

تأثیر هنردرمانی گروهی بر پرخاشگری و سازش‌یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه شهر تهران در سال ۱۳۹۹

صابر کرمی^۱

بهاره جانجانی^۲

محسن رضائی^۳

سامان قاسمی^۴

سارا دارابی^۵

محمد مهدی آزادی^۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۲۴

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر هنردرمانی گروهی بر پرخاشگری و سازش‌یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه می باشد. روش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل ۹۰ کودک ۸-۱۲ سال مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه مراجعه کننده به یکی از مراکز اختلالات رفتاری شهر تهران در شش‌ماهه اول سال ۱۳۹۹ بودند. از بین آنها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند، به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه به نسبت یکسان، گمارده شدند. افراد گروه آزمایش، برنامه هنردرمانی (هنرهای بصری) را در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی دریافت کردند، گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت. به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های پرخاشگری (شهپیم، ۱۳۸۵) و سازش‌یافتگی اجتماعی (سینها و سینگ، ۱۹۹۳)، استفاده شد. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون افراد گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پرخاشگری و سازش‌یافتگی اجتماعی تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0.001$). در مجموع، با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت که هنردرمانی گروهی بر کاهش پرخاشگری و افزایش سازش‌یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه، مؤثر بود.

کلید واژه‌ها: هنردرمانی، پرخاشگری، سازش‌یافتگی اجتماعی، اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه.

^۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران.

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران.

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران.

^۴ کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران.

^۵ کارشناسی ارشد علوم تربیتی، گرایش برنامه ریزی آموزشی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۶ کارشناس ارشد تکنولوژی آموزشی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

مقدمه

اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی دوران کودکی با پیامدهای طولانی مدت است (موکونالولا^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). این اختلال به صورت الگوی پایدار از بی‌توجهی شدید، مداوم و ناتوان‌کننده، بی‌حرکی و تحریک‌پذیری شدید تعریف می‌شود (حسینی و همکاران، ۲۰۱۴). اغلب این کودکان در یادگیری مشکل داشته و بهره‌ی هوشی، بازداری، کنترل خود و مهارت‌های اجتماعی و حرکتی پایین‌تری نسبت به همسالان خود دارند (بارکلی^۲، ۱۹۸۸؛ آناستاپولوس و بارکلی^۳، ۱۹۹۲؛ موکونالولا و همکاران، ۲۰۱۹). این اختلال مشکلات قابل توجهی در زندگی روزمره ایجاد می‌کند و علاوه بر علائم اصلی خود که شامل پرتحرکی، تکانشگری و نقص توجه است، مشکلاتی در حوزه‌های تحصیلی، روابط بین‌فردی و اجتماعی نیز ایجاد می‌کند که اغلب تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (بارکلی، ۲۰۱۴). هیلستروم^۴ (۲۰۱۹) و دبو و پرینز^۵ (۲۰۰۷)، در مطالعات خود نشان دادند که کودکان با کمبود توجه/ بیش‌فعال معمولاً در برقراری ارتباط با همسالان با مشکلاتی از قبیل عدم‌پذیرش و گوشه‌گیری روبه‌رو هستند (اگوندل^۶، ۲۰۱۸؛ کاردوسومورینو^۷ و همکاران، ۲۰۱۵). به‌طوری‌که ۵۲-۸۲ درصد این کودکان درگیر مشکلات اجتماعی هستند (حکیمی‌راد و همکاران، ۱۳۹۲). بر همین اساس، این کودکان با مسائل و مشکلات درون‌نمود^۸ در زمینه سازش‌یافتگی اجتماعی مواجه‌اند (نواب، دهقانی و کرباسی، ۱۳۹۸؛ مرادی مخلص و همکاران، ۱۳۹۷).

سازش عبارت است از نشان دادن واکنش‌های مناسب به محرک‌های محیطی به نحوی که برای خود فرد یا دیگران و یا هر دو مفید باشد و فرد بتواند انتظارات خود و دیگران را برآورده کند (نما و بانسل^۹، ۲۰۱۵). سازش‌یافتگی به توانایی فرد جهت تطابق با محیط اطراف اشاره دارد (پاولاس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۸). به‌عبارت دیگر سازش یافتگی اجتماعی مجموعه‌ای از کنش‌ها و رفتارهایی است که فرد در موقعیت‌ها و شرایط جدید به‌منظور ارائه پاسخ‌های مناسب به محرک‌های موجود، بروز می‌دهد (حسین پور و شیرانی، ۱۳۹۹). سازش یافتگی اجتماعی فرایند ارتباطی دوطرفه بین فرد و جامعه است. این فرایند طی دوران کودکی به شکل بارزتری نمایان می‌شود (فیاسسی و ندر-گروسبویز^{۱۱}، ۲۰۱۲). در زمینه کسب مهارت‌های سازش یافتگی اجتماعی، دوران کودکی (۸ تا ۱۲ سالگی) اهمیت

1 . Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

2 . Mokona Lola

3 . Barkley

4 . Anastopoulos & Barkley

5 . Hellström

6 . De Boo & Prins

7 . Ogundele

8 . Cardoso-Moreno

9 . Externalized problems

1 . social adaptation 0

1 . Nema & Bansal 1

1 . Paulus 2

1 . Fiasse & Nader-Grosbois 3

بسیار زیادی دارد (تسنگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). نتایج مطالعات نشان داده است که کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه به دلیل اعتماد به نفس پایین و گوشه‌گیری، توانایی برقراری روابط اجتماعی گسترده‌ای را نداشته و به هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی جدید، به سختی می‌توانند با آن سازش پیدا کرده و تکالیف اجتماعی و ارتباطی خود را انجام دهند (هلیستروم، ۲۰۱۹؛ پتی و میک^۲، ۲۰۱۱). میلز و استیپک^۳ (۲۰۱۶) ضمن مطالعه‌ای نشان دادند که کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه، پایین‌ترین سطح کنش‌وری اجتماعی را دارند و مشکلات بیشتری در دوست‌یابی و حفظ رابطه دارند و مشکلات اجتماعی زیادی در موقعیت‌های اجتماعی تجربه می‌کنند. همچنین، از آنجاکه این کودکان در برخی موارد حتی از کودکان پرخاشگر نیز بیشتر مورد مورد تنفر همسالان هستند، رشد و بهبود سازش یافتگی اجتماعی در زندگی این کودکان دارای اهمیت بسیار زیادی است (شلانی و همکاران، ۱۳۹۵).

پرخاشگری^۴ یکی دیگر از مشکلات شایع در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه است و می‌تواند بر عملکرد خانواده و مدرسه و سازگاری اجتماعی آنان تأثیر منفی بگذارد (باغبان کازرانی و همکاران، ۱۳۹۴). پرخاشگری به‌عنوان رفتاری شناخته می‌شود که احتمالاً به آسیب به یک شخص یا یک شیء منجر می‌شود (دی‌لالا و دی‌لالا^۵؛ ۲۰۱۸). پرخاشگری مفهوم بسیار پیچیده‌ای است که از یک طرف تحت تأثیر عوامل موقعیتی و روان‌شناختی و از طرفی دیگر تحت تأثیر عوامل ژنتیکی است. روان‌شناسان اجتماعی پرخاشگری را رفتار آگاهانه‌ای می‌دانند که هدفش اعمال درد و رنج جسمانی یا روانی است (ایکسی^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). بارنت^۷ (۲۰۱۸) و گرای^۸ و همکاران (۲۰۱۸)، در مطالعات خود نشان دادند که کودکان با این اختلال سطوح بالایی از مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده مانند پرخاشگری را نمایش می‌دهند. شیوع رفتارهای پرخاشگرانه باعث می‌شود در سازگاری اجتماعی این کودکان اختلال ایجاد شود و هر اندازه شدت این اختلال بیشتر باشد، رفتارهای پرخاشگرانه بیشتری مشاهده می‌شود (چن^۹ و همکاران، ۲۰۱۷). با توجه به اینکه کودکان بیش فعال در مقایسه با کودکان همسن غیرپرخاشگر خود، پاسخ‌های نامناسب‌تر و پرخاشگرانه‌تری نسبت به مسائل اجتماعی بروز می‌دهند و برای حل مسائل راه‌حل‌های بسیار پرخاشگرانه‌تری را انتخاب می‌کنند (باغبان کازرانی و همکاران، ۱۳۹۴)، استفاده از روش‌های درمانی مؤثر در جهت افزایش سازگاری اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی این کودکان، ضروری به نظر می‌رسد.

1 . Tseng

2 . Petty & Mick

3 . Miles & Stipek

4 . aggression

5 . DiLalla & DiLalla

6 . Xie

7 . Barnett

8 . Gray

9 . Chen

در طول سالیان متمادی روش‌های متنوعی برای مواجهه با چالش‌های رفتاری، شناختی و روانی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی به کار گرفته شده است. در این زمینه، نتایج مطالعات نشان داده‌اند که هنردرمانی^۱ به‌عنوان یکی از شیوه‌های روان‌درمانگری می‌تواند در تشخیص و درمان بسیاری از اختلالات روان‌شناختی مؤثر باشد (حکاک خادم و سیداحمدی زاویه، ۱۳۹۸). هنردرمانی اساساً بر پایه دو رشته هنر و روان‌شناسی بنا شده است، با اینکه خصوصیتی از هر یک از والدین (هنر و روان‌شناسی) به ارث می‌برد، ماهیتی جدید و منحصر به فرد شکل می‌دهد. درباره‌ی ارتباط و نزدیکی هنر و ساحت روان انسان از دیرباز سخن‌های بسیاری بیان شده است، اما در هم بافتن هنر و درمان‌گری از منظر علم نوین، پدیده‌ای جدید است. انجمن‌های مطرح هنردرمانی مانند انجمن هنر درمانی آمریکا^۲، انجمن هنردرمانی بریتانیا^۳ و انجمن هنردرمانی کانادا^۴ تعاریف نسبتاً متفاوتی از هنر درمانی ارائه کردند. اما به طور کلی می‌توان گفت که هنر درمانی یکی از روش‌های روان‌درمانگری است که در آن درمانجویان با کمک هنر درمانگر و استفاده از ابزار هنری و فرآیندهای خلاق در جهت احساس بهروزی شخصی و بازیابی یا بهبود کارکردشان در روابط بین‌فردی و فردی گام برمی‌دارند (انجمن هنردرمانی آمریکا، ۲۰۱۶؛ انجمن هنردرمانی بریتانیا، ۲۰۱۴؛ انجمن هنردرمانی کانادا، ۲۰۱۶). در این روش، اثر هنری، نقش یک ضربه‌گیر را برای کاهش تنش در ارتباط بین روان‌درمان‌گر و بیمار ایفا می‌کند. به‌واسطه‌ی یک تصویر، یک شخص می‌تواند بین موارد منطقی و غیرمنطقی ارتباط برقرار کند و یک پذیرش بین فردی پیدا کند (رودی و میلنس^۵، ۲۰۰۸). پایه و اساس هنر درمانی، واردکردن شرکت‌کننده‌ها در فرآیند ساختاری هنر برای بیان غیرمستقیم افکار و احساسات خود است. افراد با فرافکنی زندگی درونی‌شان با نقاشی می‌توانند بر هیجانات خود غلبه کنند و سبب پویایی شخصیت خود شوند (نیوکامر^۶، ۲۰۱۶).

هنردرمانی، به‌عنوان یکی از شاخه‌های علم روان‌شناسی به شمار می‌رود. هنر مانند پلی میان دنیای درون و واقعیت‌های بیرونی قرار می‌گیرد و تصویر همانند یک میانجی عمل کرده و جنبه‌های خودآگاه و ناخودآگاه در گذشته و آینده فرد منعکس می‌کند (مک‌نیف^۷، ۲۰۰۹). هنردرمانی یک درمان تجربی است که انواع تحریک‌های حسی را با ارائه تکنیک‌ها و مواد هنری (مانند: رنگ، مدادشمعی، گلرس، چوب و پارچه). در یک مکان امن سازمان یافته فراهم می‌کند (هومکوئیست^۸ و همکاران، ۲۰۱۷). پایه و اساس هنردرمانی، واردکردن شرکت‌کننده‌ها در فرآیند ساختاری هنر برای بیان

1 . art therapy

2 . American Art Therapy Association (AATA)

3 . British Association of Art Therapists (BAAT)

4 . Canadian Art Therapy Association (CATA)

5 . Ruddy & Milnes

6 . Newcomer

7 . McNiff

8 . Holqvist

غیرمستقیم افکار و احساسات خود است، افراد با فرافکنی زندگی درونی‌شان با هنر می‌توانند بر هیجانات خود غلبه کنند و سبب پویایی شخصیت خود شوند (نیوکامر، ۲۰۱۶). تاکنون پژوهش‌هایی در خصوص اثربخشی هنر درمانی در بهبود وضعیت سلامت روانی - اجتماعی (ویسکرمی و همکاران، ۱۳۹۶؛ محمدی و رادین، ۱۳۹۶)، بهبود وضعیت هیجانی کودکان (اوگولو^۱ و همکاران، ۲۰۱۶)، افزایش سازگاری اجتماعی - هیجانی و تحصیلی کودکان (هانسن^۲ و همکاران، ۲۰۱۷؛ بخشی و همکاران، ۱۳۹۷)، افزایش تاب‌آوری و رشد خودابرازگری در دانش‌آموزان در معرض خطر (استپنی^۳، ۲۰۱۷)، افزایش مؤلفه‌های رفتاری و هیجانی و خودپنداره‌ی کودکان (گیاگازوگلو و پاپادانیل^۴، ۲۰۱۸؛ قدم‌پو و همکاران، ۱۳۹۴؛ زارع زاده خیبری و همکاران، ۱۳۹۳)، انجام شده است. کروزیبر و تینکانی^۵ (۲۰۱۵) و اشنایدر و داب^۶ (۲۰۱۵)، در مطالعات خود نشان دادند که هنر درمانی در کاهش رفتارهای مخرب کودکان تأثیر معناداری دارد. گیاگازوگلو و همکاران (۲۰۱۸) و هانسن^۷ و همکاران (۲۰۱۷)، در مطالعات خود بیان داشتند که هنردرمانی یکی از مداخلات مفیدی محسوب می‌شود که می‌توان به منظور بهبود حوزه‌های مختلف به خصوص حوزه بین‌فردی کودکانی که با اختلال‌های مختلف روبرو هستند، استفاده کرد. عرفان نسب، فیروزه و انوشه (۱۳۹۷) و شلانی و همکاران (۱۳۹۶)، در مطالعات خود نشان دادند که هنر درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری و تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه، اثربخش بود. همچنین، شلانی و همکاران (۱۳۹۵)، در مطالعه‌ای نشان دادند که هنردرمانی می‌تواند به‌عنوان روشی مناسب در بهبود مهارت‌های اجتماعی این کودکان مورد استفاده قرار گیرد.

با توجه به آنچه بیان شد، فنون هنردرمانی بیش از هر فن دیگری در جهان به روان‌درمانی کودکان پرداخته است؛ طبیعی است که کودکان نمی‌توانند همه‌ی مشکلات خود را به زبان و کلام بیاورند اما در خلال بازی‌های هنری و نقاشی خود را نشان می‌دهند (کینگ^۸؛ ۲۰۱۶؛ کاپیتان^۹؛ ۲۰۱۷). هنردرمانی، بر این فرضیه است که افراد می‌توانند با استفاده از تخیل و دیگر اشکال هنرهای خلاق درمان شوند. هنر قادر است نیروهای متعارض درون فردی و بین فردی را بهبود بخشد و سازگاری بهتری را برای صاحب اثر هنری ایجاد کند (ترجنسون^{۱۰}؛ ۲۰۱۸). از سویی دیگر، از آنجایی که این اختلال سبب ایجاد مشکلاتی در فرایند اجتماعی شدن کودک می‌شود، توجه به سازش‌یافتگی

^۱ Ugurlu .

^۲ Hansson .

^۳ Stepney .

^۴ Giagazoglou & Papadaniil .

^۵ Crozier & Tincani .

^۶ Schneider & Dube .

^۷ Hansson .

^۸ King .

^۹ Kapitan .

^{۱۰} Torgerson .

اجتماعی، کسب مهارت‌های اجتماعی و بهبود مشکلات رفتاری در آموزش این کودکان ضروری است. بنابراین، به‌طور کلی این پژوهش با هدف پاسخ به این سؤال انجام شد که آیا هنردرمانی گروهی بر پرخاشگری و سازش یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال بیش‌فعالی / نقص‌توجه تأثیر دارد؟. فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارت‌اند از: ۱- هنردرمانی گروهی بر کاهش پرخاشگری کودکان با اختلال بیش‌فعالی / نقص‌توجه تأثیر دارد. ۲. هنردرمانی گروهی بر افزایش سازش یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال بیش‌فعالی / نقص‌توجه تأثیر دارد.

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل ۹۰ کودک ۱۲-۸ سال مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص‌توجه مراجعه‌کننده به یکی از مراکز اختلالات رفتاری شهر تهران در شش ماهه اول سال ۱۳۹۹ بودند. از بین آنها ۳۰ نفر (۲۱ پسر و ۹ دختر) به روش نمونه‌گیری هدفمند، به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه به نسبت یکسان، گمارده شدند. هر دو گروه آزمایش و گواه، از نظر متغیرهای سن، جنس و ضریب هوشی، همتاسازی شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: تشخیص اختلال بیش‌فعالی / نقص‌توجه توسط روان‌پزشک، بازه سنی ۸ تا ۱۲، عدم دریافت مداخله درمانی به‌صورت همزمان، نداشتن معلولیت جسمی، مشکلات صرع، تشنج، شنوایی نرمال (با استفاده از تست شنوایی ادیومتری تون خالص)، بینایی نرمال یا اصلاح شده (با استفاده از چارت بینایی اسنلن)، ضریب هوشی بالای ۷۰ (درج شده در پرونده)، داشتن سواد خواندن و نوشتن والدین، رضایت والدین و توانایی شرکت در جلسات. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به ادامه پژوهش توسط کودکان یا والدین آنها. به تمامی والدین کودکان اطمینان خاطر در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و تحلیل گروهی داده‌ها، ارائه شد.

ابزار سنجش

الف) پرسشنامه پرخاشگری (ROAQ): این پرسشنامه توسط شهیم (۱۳۸۵) ساخته شده است و پایایی و روایی آن در کودکان شهر شیراز مورد ارزیابی قرار گرفته و دارای ۲۱ گویه در زمینه پرخاشگری رابطه‌ای و آشکار می‌باشد. این پرسشنامه به شیوه لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و دارای سه زیر مقیاس پرخاشگری جسمانی (هفت گویه)، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری رابطه‌ای (هشت گویه) است. پرسشنامه توسط معلم تکمیل می‌گردد (در پژوهش حاضر با توجه به اینکه نمونه پژوهش از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز توان‌بخشی ایتیم انتخاب شد، پرسشنامه توسط والدین تکمیل گردید). در پژوهش شهیم (۱۳۸۵)، تحلیل عوامل با محور اصلی ۲ و چرخش مایل ۳ منجر به استخراج سه عامل با ارزش ویژه بیش از یک گردید که ۵۹ درصد واریانس را تبیین می‌کرد. همچنین، ضریب $KMO = 0/92$ و آزمون بارلت برای کرویت داده‌ها معنادار بود. ضریب همبستگی بین گویه‌ها و نمره کل مؤلفه پرخاشگری جسمانی از $0/82 - 0/47$ ، همبستگی بین پرخاشگری رابطه‌ای و نمره کل $0/84 - 0/67$ و ضریب همبستگی بین گویه‌ها و نمره کل مؤلفه پرخاشگری کلامی $0/63 - 0/0$ ، متغیر بوده است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه $0/91$ و بسیار مطلوب گزارش شده است. این ضریب برای پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای و کلامی به ترتیب $0/85$ ، $0/89$ و $0/83$ ، می‌باشد (شهیم، ۱۳۸۵). کسب نمره بیشتر در این پرسشنامه به معنی پرخاشگری بالاتری است. در پژوهش حاضر به منظور بررسی همسانی درونی این ابزار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان برای کل پرخاشگری $0/88$ ، به دست آمد.

ب) پرسشنامه سازش یافتگی اجتماعی^۵ (SAQ): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۳ توسط سینها و سینگ^۶ به منظور تعیین سازش یافتگی اجتماعی، هیجانی و تحصیلی کودکان ساخته شده است. در این پژوهش از فرم ۴۷ گویه‌ای استفاده شد و برای نمره‌گذاری به پاسخ‌های منطبق بر سازگاری نمره صفر به پاسخ‌های غیرمنطبق نمره یک منظور شد. مجموع کل نمرات نشان‌دهنده سازگاری عمومی فرد و مجموع نمرات فرد در هر حوزه سازگاری (عاطفی، تحصیلی و اجتماعی) مشخص‌کننده سازگاری فرد در آن حوزه است. نمره پایین نشان‌دهنده سازگاری بالاتر و نمره بالا نشان‌دهنده سازگاری پایین‌تر است. این آزمون در هر سه سطح اجتماعی، عاطفی و تحصیلی از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. ضریب پایایی این آزمون را مؤلفان (سینها و سینگ، ۱۹۹۳) از طریق

1 . Relational and Overt Aggression Questionnaire

2 . principal axis factoring

3 . oblique

4 . Keiser-Meger-Olkin measure

5 . Social Adaptation Questionnaire

6 . Sinha & Sing

دو نیمه کردن، برای سازگاری کل، عاطفی، اجتماعی و تحصیلی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۴، ۰/۹۵ و ۰/۹۶ و با روش بازآزمایی ۰/۹۰، ۰/۹۶، ۰/۹۳ و ۰/۹۳، گزارش کرده‌اند (سینها و سینگ، ۱۹۹۳). نویدی (۱۳۸۷)، ضمن مطالعه‌ای با اجرای این پرسشنامه بر روی ۱۶۴ دانش‌آموز دبیرستانی، ضریب آلفای کرونباخ را برای سازگاری کل ۰/۸۲ و برای سازگاری تحصیلی، عاطفی و اجتماعی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۰ و ۰/۶۵، گزارش کرده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل سازگاری اجتماعی ۰/۸۰، به دست آمد.

روش اجرا

پس از اجرای پیش‌آزمون‌ها، افراد گروه آزمایش، برنامه جلسات هنردرمانی (هنرهای بصری) را در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته دو جلسه) به صورت گروهی دریافت کردند؛ گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره به‌وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات هنردرمانی

جلسه	هدف	محتوا
۱	معارفه و آشناسازی با روند کار جلسات، ساخت خانه رویاها با استفاده از ماکت- های چوبی	بالا بردن اعتمادبه نفس درمناجویان از طریق کار با مواد حاضر و آماده و ساخت اشیایی زیبا با صرف کمترین میزان تلاش.
۲	نقاشی با موسیقی، نقاشی با چشمان بسته، و انجام یک نقاشی گروهی	تجربه احساسات متفاوت از طریق موسیقی، غلبه بر ترس از ترسیم، با استفاده از تکنیک نقاشی با چشمان بسته، تقویت به خاطر آوردن رویدادها با جزییات.
۳	طراحی از اسکلت بدن انسان در ابعاد کوچک و بزرگ	آشنایی با اعضای بدن، افزایش توجه و دقت، ترغیب به برون‌ریزی و انتقال احساسات.
۴	ترسیم و صحبت کردن به صورت هم- زمان	صحبت در مورد آرزوها و خواسته‌ها و ترسیم آن. تخلیه هیجانی و بیان آزادانه.
۵	نقاشی از صورت بر روی چوب، استفاده از تجربیات نو در نقاشی (نقاشی روی چوب به جای کاغذ)	بالا بردن توجه، شناخت نشانه‌های احساسات مختلف بر روی صورت، برون‌ریزی و کسب شناخت بهتر از درمانجو.

۶	کار با گل سفالگری و آموزش تکنیک پینچ (فشاری) در سفالگری	تخلیه احساساتی چون خشم از طریق ورز دادن گل.
۷	ساخت ظروف سفالی از طریق تکنیک فشاری	افزایش اعتماد به نفس.
۸	ساخت مجسمه سردیس با گل	استفاده از گل برای بیان احساسات. افزایش آگاهی هیجانی و ارتقای عزت نفس.
۹	انجام نقش برجسته با استفاده از طرح- های مشخص	افزایش حس توجه و تشریک مساعی.
۱۰	آشنایی اعضای گروه با چگونگی ساخت ظروف با چرخ سفالگری و در صورت تمایل تجربه‌ی کار با آن و اجرای پس آزمون و اعلام پایان جلسات	افزایش توجه و دقت، ابراز احساسات و عواطف.

یافته‌ها

در جدول ۲، آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش ارائه شده است. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک سنجیده شد. نتایج آزمون نرمال بودن کلموگروف-اسمیرنوف متغیرهای وابسته پژوهش شامل: پرخاشگری و سازش‌یافتگی اجتماعی، نشان داد که توزیع نرمال است ($P > 0/05$). آزمون لون جهت بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیرهای وابسته پژوهش نشان داد که سطح معناداری به‌دست آمده بزرگ‌تر از $0/05$ است، بنابراین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی نمرات این متغیرها در مرحله پیش‌آزمون یکسان می‌باشند.

جدول ۲. میانگین، انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به همراه پیش فرض‌های نرمال بودن داده‌ها

معنی داری	پس آزمون	پیش آزمون	گروه	متغیر	پس آزمون		پیش آزمون	
					انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
۰/۱۸	۰/۲۱	۱/۴۳	۰/۱۹	۷/۶۵	۴۳/۵۴	۹/۱۲	۵۶/۱۴	پرخاشگری
۰/۱۶	۰/۷۸	۰/۲۰	۰/۱۸	۸/۵۴	۵۷/۴۹	۹/۲۸	۵۶/۸۷	کنترل
۰/۱۲	۰/۷۸	۰/۱۸	۰/۱۵	۴/۹۹	۳۶/۱۲	۴/۷۶	۲۵/۸۷۶	سازش‌یافتگی
۰/۱۶	۰/۸۵	۰/۰۱	۰/۲۰	۴/۸۷	۲۵/۵۴	۴/۵۶	۲۵/۱۵	اجتماعی

نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح $(P > ۰/۰۵$ و $F = ۵/۱۸$) پشتیبانی می‌کنند. همچنین، با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جدول ۳، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است و محقق مجاز است تا از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کند.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثر گروه بر متغیرهای پرخاشگری و سازش‌یافتگی اجتماعی

متغیر	آزمون	ارزش F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
پرخاشگری	اثر پیلایی	۰/۷۸	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	لامبدای ویلکز	۰/۳۹	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	اثر هتلینگ	۵/۶۰	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۵/۶۰	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹
سازش‌یافتگی اجتماعی	اثر پیلایی	۰/۶۷	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	لامبدای ویلکز	۰/۳۴	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	اثر هتلینگ	۰/۹۴	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۰/۹۴	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱

همان‌طور که نتایج تحلیل کوواریانس جدول ۴ نشان می‌دهد، با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون پرخاشگری ($F= ۱۰/۷۶$ و $\eta^2 = ۰/۶۱$) و سازش‌یافتگی اجتماعی ($F= ۱۲/۷۵$ و $\eta^2 = ۰/۶۵$)، تفاوت معناداری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$). با توجه به میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در پرخاشگری و سازش‌یافتگی اجتماعی، می‌توان گفت که هنردرمانی بر کاهش پرخاشگری و افزایش سازش‌یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه، تأثیر دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای تعیین تأثیر هنر درمانی بر پرخاشگری و سازش‌یافتگی اجتماعی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	P	F	مجذور اتا
پرخاشگری	گروه	۱۳۹/۸۷	۱	۱۳۹/۸۷	۰/۰۰۱	۱۰/۷۶	۰/۶۱
سازش یافتگی اجتماعی	گروه	۳۱۵/۱۸	۱	۳۱۵/۱۸	۰/۰۰۱	۱۲/۷۵	۰/۶۵

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر هنردرمانی گروهی بر پرخاشگری و سازش‌یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه انجام شد.

یافته حاصل از پژوهش نشان داد که هنردرمانی گروهی بر کاهش پرخاشگری کودکان با اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه، مؤثر بود. این یافته با نتایج مطالعات عرفان نسب و همکاران (۱۳۹۷)؛ شلانی و همکاران (۱۳۹۶)؛ ویسکرمی و همکاران (۱۳۹۶)؛ محمدی و رادین (۱۳۹۶)؛

اوگولو و همکاران (۲۰۱۶)؛ کروزیب و تینکانی (۲۰۱۵)؛ اشنایدر و داب (۲۰۱۵)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که کودکان در جریان هنر درمانی، می‌توانند از طریق خلق، ساختن و دستکاری آثار هنری و بدون اینکه احساس کنند در روند درمان قرار دارند و فارغ از شرمساری و در شرایطی ایمن عواطفشان را بیان کنند و همچنین فعالیت‌های مغزی که برای رشد عاطفی، عملکرد مغز یکپارچه و بیان احساسات مناسب می‌باشد را تحریک کنند. هنر درمانی از طریق درگیر شدن در اکتشافات مختلف رسانه‌ای، تنظیم حسی را حمایت می‌کند در نتیجه فرد می‌تواند اظهارات عاطفی پیچیده را در یک مکان امن در درون هنردرمانی بیان کند (کروزیب و تینکانی، ۲۰۱۵)؛ و از این طریق تأثیر مهمی در تنظیم رفتار و بهبود رفتارهای پرخاشگرانه، عدم توجه و نادیده گرفتن قواعد و قوانین داشته باشد. استفاده از تکنیکی مثل تخلیه احساساتی، باعث می‌شود تا کودک به صورت ذهنی بر بدن

خود آگاهی یابد و در مواقع عصبانیت و اضطراب با استفاده از این تکنیک به کنترل خشم و اضطراب خود پرداخته و آرامش را به خود بازگرداند. همچنین، استفاده از تکنیک‌هایی مثل رنگ زدن زندگی موجب می‌شود تا کودک ابراز درست هیجانات خود را یاد بگیرند و احساس شکست خود را از طریق رنگ‌ها ابراز کنند و بهتر بتوانند هیجانات خود را کنترل کند. علاوه بر این، کودکان در طول گروه درمانی، حالت دفاعی خود را برای بیان احساساتشان از دست می‌دهند و فرصت بیشتری می‌یابند تا احساسات خود را بیان کنند و با انواع حالات خلقی مثل خشم، ترس و غیره بیشتر آشنا شوند. در جریان استفاده از تکنیک‌های هنردرمانی، این فرصت در اختیار کودکان قرار می‌گیرد تا احساساتی که اجازه بیان آنها را در محیط‌های دیگر ندارند، بدون ترس از پیامدهای آنها ابراز کنند و احساسات خود را بهتر کنترل کنند که در نتیجه آن پرخاشگری آنها نیز کاهش می‌یابد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که هنردرمانی گروهی بر افزایش سازش‌یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه، مؤثر بود. این یافته با نتایج مطالعات بخشی مروتی و همکاران (۱۳۹۷)؛ شلانی و همکاران (۱۳۹۵)؛ گیازوگلو و همکاران (۲۰۱۸)؛ هانسن و همکاران (۲۰۱۷) و هانسن و همکاران (۲۰۱۷)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت هنر درمانی یکی از شیوه‌های درمان غیردارویی است که در این روش از تأثیرات روانی برخی هنرها از جمله نقاشی بر ذهن و روان بیمار استفاده می‌شود. هدف کلی هنر درمان‌گران این است که مراجع را قادر سازند با استفاده از ابزار هنر در محیطی سالم و امن در خود رشد و تحول ایجاد کند. بنابراین در هنر درمانی به مراجع فرصت داده می‌شود تا افکار و احساسات خود را بیان کند و با دیگران ارتباط برقرار نماید. هنر، درها و پنجره‌ها را به روی روان آدمی می‌گشاید. مراجعان ناگهان خودشان را به گونه‌ای متفاوت می‌شناسند و درک می‌کنند. موضوع هنری در اختیار مراجع قرار می‌گیرد و او فرآیندی را ایجاد می‌کند که حاصلش اطلاعات رفتاری فوری است که می‌تواند به طور استعاره‌ای نیز توسط درمان‌گر و یا مراجع به عنوان تعمیمی از پاسخ عاداتی مراجع به موقعیت‌های زندگی‌اش مورد توجه قرار بگیرد (بخشی مروتی و همکاران، ۱۳۹۷). توجه به اینکه یکی از مشکلات اصلی کودکان با اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه، ناتوانی در برقراری ارتباطات است، لذا یکی از راه‌های مؤثر برای افزایش این مهارت برگزاری جلسات هنردرمانی به صورت گروهی است. تجربیات هنردرمانی به دلیل ماهیت ذاتی تجربیات گروهی می‌تواند سلامتی و مهارت‌های اجتماعی شدن مثبت را ارتقا بخشد. هنر درمانی گروهی از طریق خلق کارهای هنری گروهی، تمرین کردن زبان و عوامل اجتماعی را تشویق می‌کند. استفاده از هنردرمانی در یک محیط گروهی می‌تواند موجب انسجام اجتماعی شود، همکاری را تقویت کند و حس ارتباط و تعلق داشتن به دیگران را ایجاد کند. هنردرمانی کودکان را ترغیب می‌کند تا در یک محیط امن به بیان خود به صورت کلامی و غیرکلامی بپردازند و از این طریق ارتباطشان را با افراد

رشد دهند و کمتر دچار اضطراب و ترس از حضور در اجتماع شوند و از این طریق سازش‌یافتگی اجتماعی آنها افزایش یابد.

مطالعه حاضر همانند سایر تحقیقات دارای برخی محدودیت‌ها بود از جمله: عدم وجود مرحله پیگیری به جهت محدودیت‌های زمانی و مکانی؛ عدم تعمیم‌پذیری نتایج به نشانه‌های اختلالات دیگر؛ عدم امکان کنترل متغیرهای مداخله‌کننده از قبیل شرایط محیطی، وضعیت اقتصادی، عاطفی و مسائل خاص شخصی آزمودنی‌ها، که باعث محدودیت در تعمیم دادن نتایج می‌شود. در مجموع، برنامه‌ریزان، مدیران، مربیان و معلمان می‌توانند با استفاده از نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه، با آموزش‌های مناسب مسیر را برای مداخلات درمانی متناسب باز کنند تا با استفاده از روش‌هایی چون هنر درمانی به بهبود اختلال‌های کودکان با اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه اقدام کنند.

منابع

- بخشی مروتی، م.، مروتی، ذ.ا.، الهی، ط. و شاه محمدیان، س. (۱۳۹۷). اثربخشی هنردرمانی بر مهارت‌های اجتماعی-ارتباطی، تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم. فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی، ۸(۳۰)، ۱۵۵-۱۷۷.
- ویسکرمی، ح.ع.، منصور، ل. و روشن‌نیا، س. (۱۳۹۶). اثربخشی نقاشی درمانی بر معنای زندگی و سلامت روان دانش‌آموزان دختر دارای پیشرفت تحصیلی پایین. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان-درمانی، ۸(۳۲)، ۳۹-۶۲.
- محمدی، ا. و رادین، ع. (۱۳۹۶). اثربخشی هنر درمانی بر پایه نقاشی بر کاهش افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در کودکان پیش دبستانی. فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی‌شناختی، ۸(۲۸)، ۴۳-۵۱.
- زارع زاده خیبری، ش.، رفیعی‌نیا، پ. و اصغری نکاح، س. م. (۱۳۹۳). اثربخشی هنردرمانی گروهی بیانگر بر خودکارآمدی تعاملی کودکان آسیب دیده از سرپرستی. مجله روان‌شناسی تحولی: روان-شناسان ایرانی، ۱۰(۴۰)، ۳۷۱-۳۸۱.
- قدم‌پور، ع.ا.، شهبازی‌راد، ا.، محمدی، ف. و عباسی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی بی‌رهنمود بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی. فصلنامه روان‌شناسی تربیتی، ۳۸(۱۱)، ۱۲۷-۱۱۳.
- مرادی مخلص، ح.، هوشمندی، م. و صالحی، و. (۱۳۹۷). بهبود سازگاری اجتماعی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی با توسعه منطقه تقریبی رشد در بستر نمایش خلاق. فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۱(۱)، ۷۳-۸۴.
- شهیم، س. (۱۳۸۵). پرخاشگری آشکار و رابطه‌ای در کودکان دبستانی. نشریه پژوهش‌های روان-شناختی، ۹(۱)، ۲۴-۴۷.
- شلانی، ب.، کرمی ج. و مومنی، خ. (۱۳۹۵). اثربخشی هنردرمانی با رویکرد نقاشی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی. مجله پرستاری کودکان، ۲(۴)، ۱۰-۱۵.
- نواب، م.، دهقانی، ا. و کرباسی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت بر رشد پس از سانحه در مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی. فصلنامه سلامت روان کودک، ۱۶(۱)، ۲۵۰-۲۳۹.

نویدی، ا. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش مدیریت خشم بر مهارت‌های سازگاری پسران دوره متوسطه شهر تهران. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۴(۴)، ۳۹۴-۴۰۳.

حکاک خادم، ف. و سید احمدی زاویه، س. (۱۳۹۸). اثربخشی هنردرمانی (هنرهای بصری) در بهبود علائم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در مرکز روزانه اعصاب و روان احبا. مجله روان‌شناسی افراد استثنایی، ۹(۳۳)، ۹۷-۱۱۶.

حسین پور، م. و شیرانی، ش. (۱۳۹۹). اثربخشی ذهن‌آگاهی کودک‌محور بر خودپنداشت و سازش‌یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال‌های رفتاری درون‌نمود. فصلنامه سلامت روان کودک، ۱۷(۱)، ۶۷-۵۷.

حکیمی راد، ا.، افروز، غ.، ع.، به پژوه، ا.، غباری بناب، ب. و ارجمندنی، ع. ا. (۱۳۹۲). اثربخشی برنامه‌های آموزش بازداری پاسخ و حافظه فعال بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، دانشگاه الزهراء، ۰(۴)، ۹-۲۹.

De Jong, P., & Berg, I. K. (2012). Interviewing for solutions. 4th ed. Pacific Grove, CA: Brooks Cole. P.15
Frost, D.M. (2012). The narrative construction of intimacy and affect in relationship stories: Implications for relationship quality, stability, and mental health. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30 (3), 247-269.

Emerick, L. J. (1992). Academic underachievement among the gifted: Students' perceptions of factors that reverse the pattern. *Gifted Child Quarterly*, 36(3), 140-146.

Florian, V., Mikulincer, M. & Taubman, O. (2014). Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 687-695.

Franklin, C., Zhang, A., Froerer, A., & Johnson, S. (2017). Solution focused brief therapy: A systematic review and meta-summary of process research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(1), 16-30.

Gong, H., & Hsu, W. (2016). The effectiveness of solution-focused group therapy in ethnic Chinese school settings: A meta-analysis. *International Journal of Group Psychotherapy*, 67(3), 1-27.

Guignard, J. H., Kermarrec, S., & Tordjman, S. (2016). Relationships between intelligence and creativity in gifted and nongifted children. *Learning and Individual Differences*, 52, 209–215.

Guan, P. (2015). Coping style and psychological distress among Chinese gifted students. *Gifted Child Quarterly*, 69, 30-41.

Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlook. *Annual Review of Psychology*, 4, 1-21.

McDonald, A. (2015). Primary-school-based art therapy: a review of controlled studies. *International Journal of Art Therapy*, 23(1), 33-44.

Nix, G. A., Ryan, R. M., Manly, J. B., & Deci, E. L. (1999). Revitalization through self-regulation: The effects of autonomous and controlled motivation on happiness and vitality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35, 266–284.

O'Connor, C. (1997). Dispositions toward (collective) struggle and educational resilience in the inner city: A case analysis of six African-American high school students. *American Educational Research Journal*, 34(4), 593-629.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). From ego-depletion to vitality: Theory and findings concerning the facilitation of energy available to the self. *Social and Personality Journal of Environmental Psychology* 30, 159–168.

Ryan, R. M., & Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529–565.

Shen, D. W., Kim, L. M. (2018). Cisplatin resistance: a cellular self-defense mechanism resulting from multiple epigenetic and genetic changes. *Journal of Pharmacological reviews*, 64(3): 706-721.

Steven E. W., Barbara, A., Cockrill, J., & Mandel, A. (2019). Lung Defense Mechanisms. *Principles of Pulmonary Medicine (Seventh Edition)*, 22(1), 285-296.

Stewart, K., & Townley, G. (2019). Intrapersonal and social-contextual factors related to psychological well-being among youth

experiencing homelessness. *Journal of Community Psychology*, 47(4), 772-789.

Vlachopoulos, S. P., & Karavani, E. (2009). Psychological needs and subjective vitality in exercise: A cross-gender situational test of the needs universality hypothesis. *Hellenic Journal of Psychology*, 6, 207-22

Wand, T. (2010). Mental health nursing from a solution focused perspective. *Int International. Journal of Mental Health Nursing*, 19, 210 -21 9.

Winnicott, D. W. (2013). The Family and Emotional Maturity. In *Psychosomatic Disorders in Adolescents and Young Adults. Proceedings of a Conference Held by the Society for Psychosomatic Research at the Royal College of Physicians, London. (P: 169).*

The effect of group art therapy on aggression and social adjustment of children with attention deficit/hyperactivity disorder in Tehran in 2019

saber karami, Bahare Janjani, mohsen Rezaei, saman gasemi, sara darabi

Abstract

The present study was conducted with the aim of investigating the effect of group art therapy on aggression and social adjustment of children with attention deficit/hyperactivity disorder. The research method was a semi-experimental pre-test-post-test with a control group. The statistical population of the study included ۹۰ children aged ۸-۱۲ years with attention deficit/hyperactivity disorder who referred to one of the behavioral disorders centers in Tehran in the first six months of ۲۰۱۹. Among them, ۳۰ people (۲۱ boys and ۹ girls) were selected as the research sample by purposive sampling method and assigned to two experimental and control groups in the same ratio. The people of the experimental group received the art therapy program (visual arts) in ۱۰ sessions of ۹۰ minutes (two sessions per week) as a group, the control group was placed on the waiting list. Aggression (Shahim, ۱۳۸۵) and social compatibility (Sinha & Singh, ۱۹۹۳) questionnaires were used to collect information. The results of the multivariate covariance analysis showed that by controlling the pre-test effect, there was a significant difference between the average post-test scores of the experimental and control groups in the variables of aggression and social adaptability ($P < .001$). In general, according to the results of this research, it can be said that group art therapy was effective in reducing aggression and increasing social adjustment of children with attention deficit/hyperactivity disorder.

Keywords: Art therapy, aggression, social adjustment, hyperactivity disorder/attention deficit.