

ارزیابی چند خط پایه از نقاشی درمانی بر کاهش علائم پرخاشگری کودکان پیش دبستانی

شهرام واحدی^۱، نرگس صادقیپور^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۱/۱۵

چکیده

تشخیص و درمان مشکلات رفتاری-هیجانی کودکان در سال‌های پیش دبستانی امکان بهبود آن را افزایش می‌دهد. یکی از شایع‌ترین مشکلات رفتاری کودکان خردسال که موجب مراجعه به مراکز بهداشت روانی می‌گردد، پرخاشگری است. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی نقاشی درمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش دبستانی می‌باشد. در این تحقیق از طرح چند خط پایه‌ای تک آزمودنی استفاده شد. در طرح مذکور مشاهده یا اندازه‌گیری را در فواصل زمانی در مورد یک واحد که ممکن است فرد یا گروهی از افراد باشد، به کار برده شد. مرحله اول این طرح (A) که خط پایه و مرحله دوم (B)، مرحله مداخله است. پس از اتمام مرحله مداخله، مرحله پیگیری انجام می‌شود و نتایج مشاهدات این مرحله به دنبال مرحله دوم رسم می‌شود. آزمودنی‌های تحقیق حاضر را ۵ کودک پرخاشگر از مراکز پیش دبستانی تشکیل می‌دادند که آزمودنی‌ها ۴ پسر و ۱ دختر بودند. در تحلیل داده‌های پژوهش، از تحلیل دیداری و ترسیم نمودار استفاده شد. در تحلیل دیداری، تغییرات حاصل از مداخله بر اساس سطح، روند و تغییرپذیری مشاهدات، بررسی و تفسیر شد. نتایج به دست آمده از میانگین کل کودکان در مرحله خط پایه، مداخله، و پیگیری و نیز اندازه اثر مشاهده شده برای کل کودکان و نتایج تحلیل دیداری، نشان داد که نقاشی درمانی اثر بالایی بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش دبستانی داشته است. بنابراین، نقاشی درمانی بر کاهش علائم پرخاشگری کودکان پیش دبستانی تأثیر داشته است.

واژگان کلیدی: پرخاشگری، هنردرمانی، کودکان پیش دبستانی، نقاشی درمانی، طرح چند خط

پایه

۱. استاد دانشگاه تبریز؛ نویسنده مسئول (vahedi117@yahoo.com)

۲. کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه تبریز

مقدمه

یکی از متداول‌ترین مشکلات رفتاری دوران کودکی پرخاشگری^۱ است. مراجعه افراد به مراکز بهداشت روانی، از گستردگی این مشکل خبر می‌دهد. برآوردها نشان دادند که مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های سرپایی برای زیرمجموعه‌های اختلال سلوک^۲، که پرخاشگری هم یکی از آنهاست یک سوم الی ۵۰ درصد مراجعان، کودک و نوجوان را شامل می‌شود (هربرت^۳، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۷). در اوایل سال‌های پیش‌دبستانی، دو نوع پرخاشگری پدیدار می‌شود که رایج‌ترین نوع، پرخاشگری وسیله‌ای^۴ است. در این نوع پرخاشگری، وقتی که کودکان شیء، امتیاز، یا چیز خاصی را می‌خواهند، برای به دست آوردن آن، به فردی که سر راه آنهاست حمله‌ور می‌شوند یا بر سر او فریاد می‌کشند. نوع دیگر، پرخاشگری خصمانه^۵ است که از احساس خشم ناشی می‌شود، در این نوع پرخاشگری، کودک به دیگری آسیب می‌رساند؛ پرخاشگری خصمانه دو حالت دارد: حالت اول که پرخاشگری آشکار است؛ کودک به دیگران صدمه بدنی وارد می‌کند یا او را به چنین صدمه‌ای تهدید می‌کند، مثلاً کتک زدن، لگدزدن یا تهدید کردن یک همسال به کتک زدن (لف و کریک^۶، ۲۰۱۰). نوع دوم پرخاشگری، پرخاشگری رابطه‌ای است که به صورت محرومیت اجتماعی، شایعه‌پراکنی، آسیب به روابط دوستانه، تهدید آسیب به روابط دوستانه، تهدید به پایان دادن رابطه دوستی که در سنین قبل از مدرسه این نوع پرخاشگری در دختران بیشتر از پسران دیده می‌شود (گاور و کریک^۷، ۲۰۱۱). در جای دیگر، برخی از روانشناسان، پرخاشگری رابطه‌ای را طیف وسیعی از رفتارهای منفی در ارتباط با دیگران که شامل شایعه‌سازی، دروغ، برملاکردن اسرار دیگران، محرومیت از فعالیت در گروه، بیان دوست نداشتن، پخش شایعات است که این نوع پرخاشگری در

۱. aggression

۲. conduct disorder

۳. Herbert

۴. instrumental aggressive

۵. hostile aggression

۶. Leff & Crick

۷. Gower, Crick

دختران بیشتر از پسران دیده می‌شود. پژوهش‌ها نشان دادند که پرخاشگری رابطه‌ای مربوط به تعدادی از مشکلات از جمله رابطه معلم و دانش آموز، مشکلات ارتباط بین همکار و مبارزات علمی را شامل می‌شود (لف و کریک، ۲۰۱۰؛ ماتیسن^۱ و همکاران، ۲۰۱۱).

از آنجائی که امروزه در بسیاری از جوامع، پدیده پرخاشگری در بین کودکان رواج زیادی پیدا کرده است، این مشکل رفتاری باعث نگرانی والدین و متخصصان تعلیم و تربیت شده است. زیرا اثرات نامطلوب آن بر رفتارهای بین فردی و همچنین بر حالت درونی و روانی افراد بسیار زیاد است (نژادی کاشانی و همکاران (۱۳۸۹). به عبارتی، پرخاشگری اثرات بلندمدت و جبران‌ناپذیری بر کودکان بر جای می‌گذارد، مانند خودپنداره ضعیف^۲ و افسردگی^۳، تکانشگری^۴ و بیش‌فعالی^۵ و طرد شدن از سوی همسالان که خود می‌تواند زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات هم‌چون اخراج از مدرسه و بزهکاری باشد (نقل از نصیرزاده، ۱۳۸۹). از سوی دیگر، پرخاشگری برای قربانیان این رفتار نیز ناراحتی-های عاطفی به دنبال دارد (ماتیسن و همکاران، ۲۰۱۱).

براساس نتایج تحقیقات مختلف، دوران پیش‌دبستانی سال‌های مناسبی برای تشخیص مشکلات کودکان، مداخله به‌هنگام و پیش‌گیری از مشکلات عاطفی، اجتماعی و تحصیلی در آینده آنان است. مداخله زود هنگام و تغییر رفتارهای ناسازگار کودک در این دوره حساس، باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی و محبوبیت نزد همسالان و بزرگسالان شده و کودک را برای پذیرش مسئولیت‌های تحصیل دبستانی آماده می‌سازد و هم‌چنین مداخلات روانی-تربیتی به موقع از ادامه این گونه رفتارها پیش‌گیری می‌کند (شهیم، ۱۳۸۶).

رویکردهای مختلفی از قبیل زیست‌شناختی^۶، روانکاوی^۷، گشتالتی^۸، یادگیری اجتماعی^۱، شناختی^۲ و رفتاری^۳ در ارتباط با علل پرخاشگری وجود دارند که دیدگاه درمانی

-
۱. Mathieson
 ۲. poor self-concept
 ۳. depression
 ۴. impulsivity
 ۵. hyperactivity
 ۶. biological
 ۷. psychoanalysis
 ۸. Gestalt

درمانی درمانگر را مشخص می‌کنند. در پژوهش حاضر، از میان رویکردهای مداخله‌ای روانی - تربیتی، رویکرد هنردرمانی «روش نقاشی‌درمانی» برای به حداقل رساندن رفتارهای پرخاشگرانه‌ی کودکان بهره گرفته شده است. از آنجایی که کودکان علاقه وافر به این نوع روش هنر از خود نشان می‌دهند، در کاهش رفتار پرخاشگرانه می‌تواند ارزشمند باشد. به عبارت دقیق‌تر، نقاشی‌درمانی باعث تخلیه هیجانات^۴ و کشمکش‌های درونی^۵ کودک شده و زمینه را برای ابراز آزادانه احساسات^۶ و عواطف^۷ کودک را موجب خواهد شد.

هنر درمانی عمدتاً برای ارتقای سلامت روان مطرح شد. از این روش خلاق هنری برای رشد و ارتقاء سلامت جسمی، روانی و هیجانی افراد در همه سنین استفاده می‌شود. روش مذکور بر این باور روان تحلیل‌گری مبتنی است که فرایند خلاق به کار گرفته شده در بیان حال از طریق هنر به افراد کمک می‌کند که مهارت‌های بین فردی، مدیریت رفتار، کاهش استرس، افزایش عزت نفس و خودآگاهی را گسترش داده، به بینش دست یابند. در این راستا، ایتون، دهرتی، رییکا و ویدریک^۸ (۲۰۰۷) معتقدند هنر نقاشی به عنوان یک روش برای درمان کودکان دچار آسیب‌های روانی مؤثر می‌باشد. نتایج پژوهش‌های لی^۹ (۲۰۰۲)، راسل^{۱۰} (۲۰۰۸)، مددی (۱۳۷۹) و به پژوه و نوری (۱۳۸۱) نشان دادند که نقاشی‌درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری - هیجانی، اختلال دلبستگی اجتنابی، اختلال اتیسم و اختلال دوقطبی تأثیر مثبتی دارد (نقل از نژادی کاشانی و همکاران، ۱۳۸۹). نسیموی^{۱۱} (۲۰۰۹) در درمان کودکان پرخاشگر با استفاده از نقاشی به این نتیجه رسید که نقاشی‌درمانی باعث

-
۱. Social Learning
 ۲. cognitive
 ۳. behavioral
 ۴. Katharsis
 ۵. internal conflicts
 ۶. emotions
 ۷. kind feelings
 ۸. Eaton, Doherty, Rebekah, Widrick
 ۹. Li
 ۱۰. Rastle
 ۱۱. Nissimov

کاهش احساس‌های شدید مثل خشم و پرخاشگری در کودکان می‌شود، و از سوی دیگر، باعث افزایش خلاقیت آن‌ها می‌شود، به نظر وی، فعالیت‌های خلاقانه در کاهش احساس خشم در کودکان تأثیر زیادی دارد. همچنین، نژادی کاشانی و همکاران (۱۳۸۹) تأثیر نقاشی را بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان ابتدایی دختر عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر مطالعه کرد. نتایج نشان داد که نقاشی درمانی، پرخاشگری کلامی و غیر کلامی کودکان را به طور معنی‌داری کاهش می‌دهد.

با این حال، تحقیقات اندکی در مورد تأثیر هنردرمانی در کاهش مشکلات هیجانی کودکان پیش‌دبستانی پرداخته شده است. با توجه به نیازمندی دست‌اندرکاران حوزه تعلیم و تربیت این دوره سنی در کنترل محیطی که این کودکان در آن‌ها حضور دارند و با توجه به حیاتی بودن تأثیرگذاری مسئله بر آینده تحصیلی و اجتماعی خود کودکان، از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی نقاشی درمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی انجام گرفت.

روش پژوهش

این پژوهش در قالب طرح تک‌آزمودنی^۱ که یکی از انواع تحقیق آزمایشی فردی است انجام گرفته است. طرح تک‌آزمودنی از نوع چند خط پایه‌ای با استفاده از یک رفتار در افراد مختلف^۲ استفاده شد. ابتدا از بین مراکز پیش‌دبستانی شهر تبریز پانزده مهدکودک به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس از مربیان و مدیران درخواست شد که کودکان پرخاشگر را به پژوهشگر معرفی کنند. پرسشنامه پرخاشگری واحدی (۱۳۸۶) روی تمامی کودکان ارجاعی اجرا گردید و از بین آن‌ها ۵ نفر با توجه به معیار انتخاب و ملاک ورود به مداخله (نمره پرخاشگری بالاتر از ۸۶ و ضریب هوشی متوسط ۸۵-۱۱۵) وارد جریان مداخله شدند. آزمودنی‌های تحقیق حاضر را ۵ کودک پرخاشگر از مراکز پیش‌دبستانی شهر تبریز تشکیل می‌دادند که چهار کودک پسر و یک دختر بودند.

۱. single Subject

۲. multiple-baseline-across-subjects design

الف) آزمودنی اول: پدram ۶ ساله، پسر دوم خانواده که ضریب هوشی وی ۱۱۱ بود. میانگین نمرهٔ پرخاشگری پدram ۸۹/۱۷ بود. وی بیش از حد به برادرش حسادت می‌کرد و با او رابطه خوبی نداشت. در کلاس دیگران را آزار می‌داد یا وسایل آن‌ها را برمی‌داشت، به عقیده دیگران احترام نمی‌گذاشت. با زورگویی و انجام حرکات ناشایست و گفتن الفاظ زشت باعث اعتراض دیگران می‌شد. موقع درگیری به صورت دیگران ناخن می‌زد و یا مشت می‌کوبید.

ب) آزمودنی دوم: علی‌رضا هم ۶ سال داشت، ضریب هوشی وی ۹۵ بود. در کلاس آمادگی مهدکودک تحت تعلیم بود. در یک خانواده پایین‌تر از متوسط زندگی می‌کرد. میانگین نمره پرخاشگری علی‌رضا ۱۰۲/۱۸ بود. وی هم‌کلاسی‌هایش را اذیت می‌کرد. وسایل آن‌ها را بدون اجازه برمی‌داشت، رابطه دوستی نمی‌توانست با دیگران برقرار کند. وقتی بچه‌ها باهم بازی می‌کردند، سعی می‌کرد گروه آن‌ها را بهم بزند تا نتوانند بازی کنند، ولی خودش هم دوست نداشت کسی وارد گروه شود. از هم‌کلاسی‌هایی که با او دوست نمی‌شدند یا نمی‌خواستند او را در گروه خود بیاورند، بدگویی آن‌ها را به بچه‌های دیگر می‌کرد تا آن‌ها را نزد دیگران بد جلوه دهد. به آن‌ها زور می‌گفت تا از آن اطاعت کنند. در اغلب اوقات بچه‌ها نسبت به رفتارهای علی‌رضا معترض بودند. چون به آن‌ها چنگ می‌زد یا هل می‌داد.

ج) آزمودنی سوم: نازنین ۶ ساله با ضریب هوشی ۱۰۵ در کلاس آمادگی بود. در خانواده متوسط زندگی می‌کرد. میانگین نمره پرخاشگری وی ۹۰/۵۹ بود. نازنین فرزند اول خانواده هست. فرزند دوم ۵ ساله و بعد از نازنین به دنیا آمده است. نازنین رابطه خوبی با خواهرش نداشت، هر روز در منزل چنگ و دعوا بین دو خواهر به وجود می‌آمد و علناً می‌گفت، کاش اصلاً او نبود، هیچ‌کدام از اسباب بازی‌هایش را به خواهرش نمی‌داد و نازنین از همه بدش می‌آمد. بددهن و کج‌خلق و بدعق بود. فقط با جیغ و داد حرفش را می‌زند. نازنین همیشه معترض، و ناراضی بود.

د) آزمودنی چهارم: محمدرضا ۵ ساله با ضریب هوشی ۱۰۰ در مهدکودک مراقبت می‌شد. میانگین نمره پرخاشگری محمدرضا ۹۲/۶۲ و در خانواده پایین‌تر از متوسط زندگی می‌-

کرد. محمدرضا در منزل به حرف مادرش گوش نمی داد. بسیار بددهن و عصبانی بود. از پدرش خیلی می ترسید. ولی از مادرش حرف شنوی نداشت، حرف دیگران را قبول نداشت. وسایل منزل را بدون اجازه دست کاری می کرد، بدون اجازه وسایل برادرش را برمی داشت، اگر کسی اعتراض می کرد به دروغ دیگران را مقصر می دانست. برادر بزرگ الگویی برای رفتارهای ناپسند محمدرضا بود. چون او به پدر و مادرش بی احترامی می کرد، بیشتر رفتارهای محمدرضا از برادر بزرگتر نشأت می گرفت.

(۵) آزمودنی پنجم: امیرعلی ۵ ساله با ضریب هوشی ۱۱۲ در یک خانواده متوسط زندگی می کرد. میانگین نمره پرخاشگری وی ۹۳/۶۷ بود. در مقابل اشتباهات خودش، دیگران را مقصر می دانست و اشتباه خودش را به گردن نمی گرفت، در مقابل سرزنش دیگران زود ناراحت می شد و گریه می کرد. اغلب روزها را با گریه کردن سپری می کرد. کینه توز بود، به همسالان خودش و حتی بزرگتر از خودش زور می گفت.

ابزارهای اندازه گیری

الف) پرسشنامه پرخاشگری واحدی فرم مربی: این پرسشنامه با ۴۳ گویه و دارای چهار زیرمقیاس پرخاشگری فیزیکی، رابطه ای، کلامی، و اکنشی بود که پرخاشگری کودکان ۳ الی ۶ ساله را می سنجید که به هر گویه در طیف پنج درجه ای (اصلاً= صفر، به ندرت = ۱، یک بار در ماه = ۲، یک بار در هفته = ۳ و اغلب روزها = ۴) پاسخ داده می شد. واحدی و همکاران (۱۳۸۷) برای بررسی روایی سازه از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده نمودند. تحلیل عاملی این مقیاس به کمک تجزیه به مؤلفه های اصلی و بعد از چرخش واریماکس، چهار عامل پرخاشگری کلامی - تهاجمی، پرخاشگری فیزیکی - تهاجمی، پرخاشگری رابطه ای و خشم تکانشی را فراهم کرد که معرف روایی سازه مقیاس می باشد. برای بررسی پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل مقیاس ۰/۹۸ و برای خرده مقیاس های پرخاشگری کلامی - تهاجمی، فیزیکی - تهاجمی، رابطه ای و خشم تکانشی به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۲، ۰/۹۴ و ۰/۸۸ گزارش نمود که حاکی از پایایی خوب پرسشنامه است.

ب) **آزمون هوش ریون رنگی:** این آزمون ۳۶ تصویر دارد که بسیاری از آنها رنگی هستند و در سال ۱۹۴۷ توسط ریون تهیه گردید. این آزمون روی کودکان ۵ تا ۹ ساله و کم توان ذهنی کاربرد دارد. آزمون ریون از ماتریس‌ها یا سری تصاویر انتزاعی که یک توالی را بوجود می‌آورند تشکیل شده است که با درجه دشواری فزاینده‌ای چیده شده‌اند، آزمودنی باید از میان ۶ تا ۸ تصویر جداگانه پایین، تصویری را انتخاب کند که ماتریس بالایی را تکمیل کند (کرمی، ۱۳۹۰). پایایی آزمون با روش بازآزمایی حدود ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است و همبستگی آزمون با آزمون‌های کلامی و عملی هوش بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۵ متغیر بوده است (آناستازی، ترجمه براهنی، ۱۳۷۹). رحمانی و عابدی (۱۳۸۳) در بررسی روایی سازه آزمون، همبستگی مثبت معنی‌داری بین آزمون ریون رنگی و بخش هوشی کلامی و عملی و کسلر در کودکان استان اصفهان پیدا کردند.

طرح مداخله: مداخله شامل اجرای برنامه نقاشی درمانی در قالب طرح چند خط پایه برای کاهش نشانه‌های پرخاشگرانه شرکت‌کنندگان بود. روش کار در مراحل سه‌گانه به شیوه‌ی زیر بود:

مرحله خط پایه (A): به منظور سنجش حالت و شرایط اولیه‌ی شرکت‌کنندگان، چک لیست پرخاشگری واحدی به مدت ۲ هفته در مورد همه کودکان توسط مربی تکمیل شدند و ضمن مشاهده‌ی کلیه رفتارهای پرخاشگرانه، نمرات هر جلسه تعیین و نیز میانگین نمره هر فرد در مرحله خط پایه ثبت گردید.

مرحله مداخله (B): پس از تعیین وضعیت آزمودنی‌ها در حالت اولیه (A)، عمل آزمایشی نقاشی درمانی با پدرام به اجرا درآمد. ولی چهار آزمودنی دیگر در همان شرایط طبیعی و در مرحله خط پایه باقی ماندند و به ارزیابی رفتارهای آنها در خط پایه ادامه داده می‌شد. اگر متغیر مستقل در آزمودنی اول تغییر مطلوب را ظاهر می‌نمود، اجرای عمل آزمایشی درباره آزمودنی دوم اعمال می‌شد. در حالی که آزمودنی‌های دیگر در همان شرایط اولیه‌ی خط پایه باقی می‌ماند. همین‌طور متغیر مستقل در آزمودنی دوم تغییرات مطلوبی ایجاد نمود. اجرای عمل آزمایشی درباره آزمودنی سوم اعمال گردید و این رویه تا آزمودنی پنجم تداوم پیدا می‌کرد. محتوای برنامه‌های نقاشی درمانی حاوی آشنایی با

ابزارهای مختلف در نقاشی و موضوع آزاد، برون‌ریزی هیجانات منفی از طریق خط خطی کردن با مداد سیاه و رنگی، نقاشی علایق‌ها و تنفر و بیزاری‌ها و رنگ‌آمیزی با ابزار رنگ‌انگشتی، ترسیم طبیعت و رنگ‌آمیزی به وسیله مدادشمعی و مدادرنگی، چهره‌نگاری از خود واقعی و رنگ‌آمیزی با استفاده از ابزار آبرنگ، چهره‌نگاری ترسیمی از خود و استفاده از ابزار رنگ‌انگشتی، کپی و چاپ کردن به وسیله ابزارهای مختلف مدل و رنگ-آمیزی، ساختن کلاژ با استفاده از تصاویر مختلف از مجلات و کتاب داستان‌های کودکان و رنگ‌آمیزی و نقاشی مورد دلخواه و استفاده از ابزار مورد دلخواه کودک است.

مرحله پیگیری (C): به منظور اطلاع از ثبات یا عدم ثبات تأثیر متغیرهای مستقل بر آزمودنی پس از دو هفته از اتمام مرحله مداخله، مجدداً از کلیه آزمودنی‌ها چک لیست پرخاشگری توسط مربی اجرا گردید و کاهش پرخاشگری آنان پس از اجرای نقاشی‌درمانی مجدداً اندازه‌گیری شد. مرحله پیگیری نفر اول را بعد از ۲ هفته بعد از اتمام آموزش آغاز شد و نفر دوم را هم بعد از اتمام آموزش پیگیری را شروع گردید. به همین ترتیب، هر آزمودنی که آموزش آن به اتمام می‌رسید، دوره پی‌گیری را شروع می‌شد. قابل ذکر است در این طرح پژوهشی تک‌آزمودنی فوق، در هر زمان، تنها یک آزمودنی واحد مورد مطالعه قرار می‌گرفت و تغییرات حاصل از اجرای روش آزمایشی در ارتباط با همان فرد آزمودنی ارزیابی می‌شد، نه در رابطه با فرد دیگر؛ یعنی در اجرای این طرح خود آزمودنی، هم نقش آزمودنی آزمایشی و هم نقش آزمودنی گواه را بازی می‌کرد. البته برای تعیین اعتبار یافته‌های پژوهش و تشخیص قابلیت تعمیم آن‌ها طرح اجرا شده با یک فرد، با افراد دیگر نیز به اجرا در می‌آمد؛ اما هدف از این کار صرفاً تکرار آزمایش و یافتن نتایج تازه برای تأثیر یافته‌های قبلی بود، نه میانگین‌گیری از نتایج حاصل و انجام آزمون-های آماری (نقل از انصارحسین، ۱۳۹۱).

روش تحلیل آماری: در تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش‌های مبتنی بر روش پژوهش‌های تک‌آزمودنی، از تحلیل دیداری و آماری، که رایج‌ترین شیوه تفسیری در چنین پژوهش‌هایی است استفاده شد. در تحلیل دیداری، تغییرات حاصل از مداخله براساس سطح، روند و تغییرپذیری مشاهدات، بررسی و تفسیر گردید. سطح، اندازه بزرگی

متغیر وابسته است، روند به الگوی متغیر وابسته، طی خط پایه گفته می‌شود و مشابه شیب است و تغییرپذیری به میزان ثبات و تداوم متغیر وابسته اشاره دارد. حداقل نقاطی که برای ارزیابی سطح، روند و تغییرپذیری نیاز است سه نقطه می‌باشد (گال و بورگ، ترجمه نصر و همکاران، ۱۳۸۹). برای ارزیابی نتایج احتمالی حاصل از مداخله، از روش تحلیل دیداری نمودارها، درصد تمامی داده‌های غیرهمپوش^۱ (PAND) و اندازه اثر مورد استفاده قرار گرفت. برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر آزمودنی، در مرحله اول با استفاده از میانگین داده‌های موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری، خط میانگین داده‌ها، موازی با محور X کشیده شد و یک محفظه ثبات روی خط میانگین قرار گرفت. محفظه ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانگین رسم شود. فاصله و دامنه بین دو خط، میزان برون‌افتادگی یا تغییرپذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار فاصله ۲ عدد بالا و ۲ عدد پایین از خط میانگین، اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها زیر یا درون این ناحیه (محفظه ثبات) قرار گیرند، گفته می‌شود، داده‌ها ثبات دارد (اوگلز، لونر و بونستیل^۲، ۲۰۰۱). پس از آن برای بررسی روند داده‌ها، خط رگرسیون داده‌ها برای هر سه موقعیت پایه، مداخله و پیگیری ترسیم شد. علاوه بر آن برای بررسی توانایی خط روند در پیش‌بینی تغییرات از مجذور همبستگی بین نمره آزمودنی و مراحل ارزیابی (R^2) یا همان ضریب تعیین استفاده شد. هرچه قدر میزان R^2 یا ضریب تعیین بیشتر باشد، تغییرات با ثبات بیشتری اتفاق می‌افتند.

برای بررسی اندازه اثر روش‌ها روی تک تک آزمودنی‌ها، از شاخص (PAND) استفاده شد. این شاخص نشانگر درصد تمامی داده‌هایی است که همپوشی ندارند. برای محاسبه این شاخص، ابتدا تعداد نقاطی که در مرحله مداخله با داده‌های مرحله پایه همپوشی داشته را شمارش کرده و بر مجموع داده‌های مرحله پایه و مداخله تقسیم می‌کنند. در این حالت مقدار همپوشی به دست می‌آید، سپس این عدد را از ۱ کم نموده تا مقدار تمامی داده‌های غیرهمپوش PAND به دست آید. اگر این عدد را در ۱۰۰ ضرب کنند،

۱. Percentage of All Non- Overlapping Data

۲. Ogles, Lunner & Bonesteel

درصد تمامی داده‌های غیرهمپوش به دست می‌آید. این شاخص برای محاسبه نیاز به حداقل ۲۰ نقطه داده دارد. شاخص PAND از طریق فرمول $(\phi = (PAND \times 2) - 1)$ قابلیت تبدیل به ضریب فای را دارد. مقادیر ضریب فای همانند ضریب همبستگی پیرسون بوده و مقادیر بین ۰/۱۰ تا ۰/۳۰ نشانگر اثر ضعیف، بین ۰/۳۰ تا ۰/۵۰ اثر متوسط و بیشتر از ۰/۵۰ نشانگر اثر قوی می‌باشند. همچنین ضریب فای از طریق فرمول زیر به d کوهن تبدیل می‌شود. مقادیر d کوهن بالاتر از ۰/۸۰ نشانگر اثر قوی، بین ۰/۸۰ تا ۰/۵۰ اثر متوسط و بین ۰/۵۰ تا ۰/۲۰ و کمتر نشانگر اثر ضعیف می‌باشد (پارکر، هاگان-بروک و ونست، ۲۰۰۷).

$$d = \frac{2\phi}{\sqrt{1 - \phi^2}}$$

برای بررسی اندازه اثر روش هنر نقاشی-درمانی بر کل کودکان، از درصد تمام نقاط داده غیرهمپوش PAND استفاده شد. همچنین این شاخص به ضریب فی تبدیل شده و سپس آماره d کوهن برای بررسی میزان اثر مورد محاسبه قرار گرفت. با توجه به شکل شماره ۱، تعداد کل مشاهدات در مرحله خط پایه و مداخله برای تمامی کودکان ۲۲۴ مشاهده می‌باشد. تعداد کل مداخلات ۹۵ مداخله و تعداد مشاهده‌ها در مرحله خط پایه ۱۲۹ عدد می‌باشد. پدram، ۳ مشاهده همپوش در مرحله مداخله با پایین‌ترین عدد مرحله پایه یعنی ۸۷ دارد. علی‌رضا، ۲ مشاهده همپوش با پایین‌ترین عدد مرحله پایه یعنی ۹۸ دارد. محمدرضا، ۴ مشاهده همپوش با پایین‌ترین عدد مرحله پایه یعنی ۸۸ دارد. نازنین ۲ مشاهده همپوش با پایین‌ترین عدد مرحله پایه یعنی ۸۵ دارد و امیرعلی ۵ مشاهده همپوش با پایین‌ترین عدد مرحله پایه یعنی ۸۸ دارد. با توجه به این موارد، مجموع کل مشاهدات همپوش ۱۶ مشاهده است. با توجه به این مقادیر درصد مشاهدات همپوش ۷ درصد است. شاخص PAND نیز از کسر مقدار همپوشی از عدد ۱ به دست می‌آید و مقدار آن برابر با ۰/۹۳ است. ضریب فای متناظر با این مقدار ۰/۸۶ و اندازه اثر d کوهن ۳/۳۷ است که جز اندازه‌های اثر بالا می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که به طور کلی روش

هنر نقاشی درمانی تاثیر نیرومندی بر کاهش علائم پرخاشگری کودکان دارد. همچنین از شاخص اندازه اثر تفاوت میانگین استاندارد شده^۱ (SMD) برای بررسی تاثیر روش درمانی نقاشی بر کاهش علائم پرخاشگری کودکان استفاده شد. این شاخص بهترین روش کمی محاسبه اندازه اثر در تحقیقات آزمایشی تک موردی می‌باشد (کراتوچویل و همکاران)^۲ (۲۰۱۰).

یافته های پژوهش

شاخص های میانگین و انحراف استاندارد برای هر ۵ کودک در سه مرحله پایه، مداخله و پیگیری در جدول (۱) گزارش شده است. با توجه به نتایج جدول ۱، میانگین پدram از مرحله خط پایه ۸۹/۱۷ تا مرحله مداخله ۶۷/۲۵ کاهش چشمگیری داشته است و این کاهش تا مرحله پیگیری ۵۶/۶۷ نیز ادامه داشته است. انحراف استاندارد مرحله خط پایه ۱/۹۴ برای این کودک نشانگر نزدیک بودن داده‌ها به میانگین و وجود ثبات بالا در داده‌هاست. در مرحله مداخله نیز انحراف معیار ۱۲/۸۴ نشانگر پراکندگی زیاد داده‌ها می‌باشد. در مرحله پیگیری نیز انحراف معیار ۱/۷۵ نشانگر همگنی و ثبات بالا در این مرحله می‌باشد. همچنین برای پدram اندازه اثر SMD ۱۱/۳۰- می‌باشد. این عدد نشان می‌دهد که روش هنر نقاشی درمانی تاثیر نیرومندی بر کاهش پرخاشگری پدram داشت.

همچنین میانگین علی‌رضا از مرحله خط پایه ۱۰۲/۱۸ تا مرحله مداخله ۷۶/۹۵ کاهش قابل توجهی داشته است و این کاهش تا مرحله پیگیری ۶۳/۱۷ نیز تداوم داشت. انحراف استاندارد مرحله خط پایه ۲/۱۳ برای این کودک نشانگر همگرا بودن داده‌ها به میانگین و وجود ثبات بالا در داده‌هاست. در مرحله مداخله نیز انحراف معیار ۱۲/۴۷ حاکی از پراکندگی زیاد داده‌ها می‌باشد. در مرحله پیگیری نیز انحراف معیار ۲/۱۴ نشانگر همگنی و ثبات بالا در این مرحله می‌باشد. همین‌طور، برای علیرضا اندازه اثر SMD ۱۱/۸۴- می‌

۱. standardized Mean Difference

۲. Kratochwill et al

باشد. این عدد نشان می‌دهد که روش هنرنقاشی‌درمانی تأثیر نیرومندی بر کاهش پرخاشگری علی‌رضا داشت.

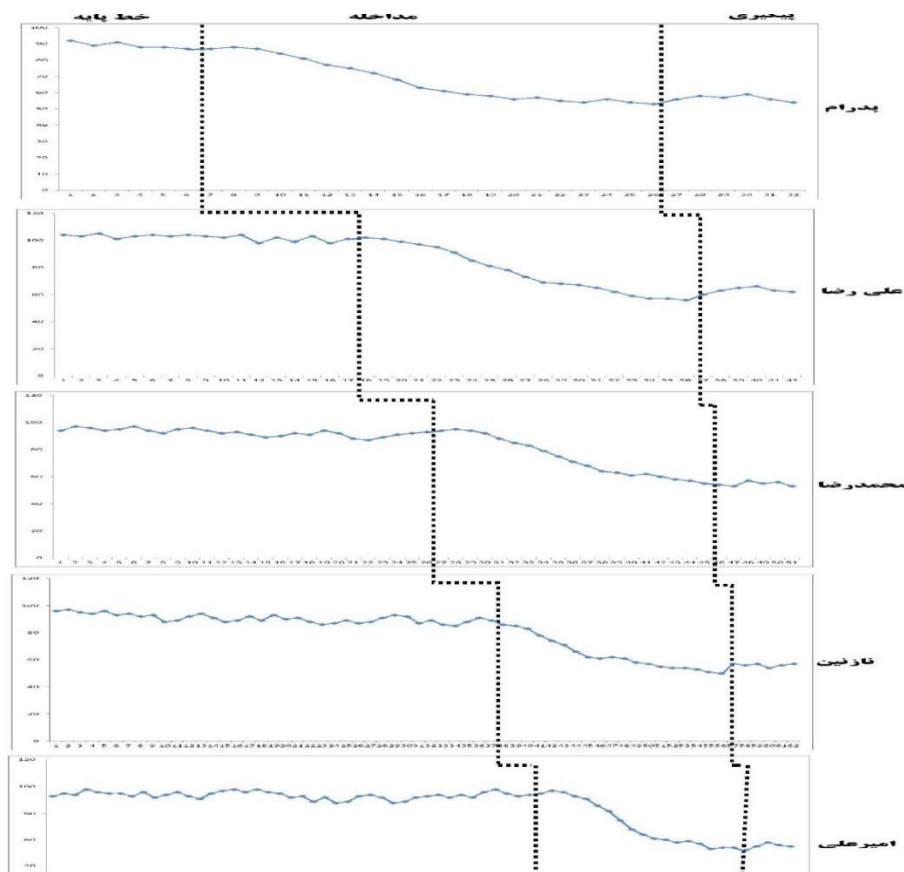
همین‌طور میانگین محمدرضا در مرحله خط پایه ۹۲/۶۲ تا مرحله مداخله ۷۳/۸۹ کاهش زیادی یافت که نشانگر اثربخش بودن درمان بود. این کاهش در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت ($\bar{X} = ۵۴/۶۷$). انحراف معیار مرحله خط پایه ۲/۶۷ نشانگر پراکندگی پایین داده، و وجود ثبات در این مرحله می‌باشد. انحراف معیار مرحله مداخله ۱۴/۲۸ می‌باشد که نشان می‌دهد داده از میانگین فاصله زیادی دارد. در مرحله پیگیری نیز انحراف معیار ۱/۶۳ می‌باشد که بیانگر ثبات بالا در داده‌های این مرحله می‌باشد. همچنین برای محمدرضا اندازه اثر $SMD -۷/۰۲$ می‌باشد. این عدد نشان می‌دهد که روش هنرنقاشی‌درمانی تأثیر نیرومندی بر کاهش پرخاشگری محمدرضا داشت.

به علاوه، میانگین نازنین در مرحله خط پایه ۹۰/۵۹ در مرحله مداخله ۶۴/۲۶ و پیگیری ۵۶/۱۷ بود که خبر از کاهش میزان پرخاشگری در طی مراحل درمان داشت. انحراف استاندارد مرحله پایه برای این کودک ۳/۱۰ می‌باشد که نشانگر ثبات متوسط در داده‌های این مرحله می‌باشد. در مرحله مداخله نیز انحراف معیار ۱۱/۸۱ نشانگر عدم وجود ثبات و پراکندگی بالای داده‌ها می‌باشد. در مرحله پیگیری نیز انحراف معیار ۱/۱۷ بر ثبات بالای داده‌ها در این مرحله دلالت داشت. همچنین برای این کودک اندازه اثر $SMD -۸/۴۹$ می‌باشد. این عدد نشان می‌دهد که روش هنرنقاشی‌درمانی تأثیر نیرومند و کاهشی بر پرخاشگری نازنین داشته است.

در نهایت، میانگین امیرعلی در مرحله خط پایه ۹۳/۶۷، مداخله ۷۲/۳۹ و پیگیری برابر ۵۵/۲۰ بود که حکایت از کاهش میزان پرخاشگری این کودک در طی مراحل درمان بود. انحراف معیار ۲/۶۳ در مرحله خط پایه و ۲/۱۷ در مرحله پیگیری نشانگر ثبات بالای داده‌های این دو مرحله می‌باشد. همچنین، برای این کودک اندازه اثر $SMD -۸/۰۹$ می‌باشد. این عدد نشان می‌دهد که روش هنرنقاشی‌درمانی تأثیر نیرومندی بر کاهش پرخاشگری امیرعلی داشته است. شاخص SMD برای کل گروه نیز ۴/۴۷- بدست آمد که نشان می‌دهد روش درمانی نقاشی تأثیر نیرومندی بر کاهش پرخاشگری کودکان داشته است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد کودکان در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری

کودکان	خط پایه		مداخله		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پدرام	۸۹/۱۷	۱/۹۴	۶۷/۲۵	۱۲/۸۴	۵۶/۶۷	۱/۷۵
علی رضا	۱۰۲/۱۸	۲/۱۳	۷۶/۹۵	۱۲/۴۷	۶۳/۱۷	۲/۱۴
محمد رضا	۹۲/۶۲	۲/۶۷	۷۳/۸۹	۱۴/۲۸	۵۴/۶۷	۱/۶۳
نازنین	۹۰/۵۹	۳/۱۰	۶۴/۲۶	۱۱/۸۱	۵۶/۱۷	۱/۱۷
امیر علی	۹۳/۶۷	۲/۶۳	۷۲/۳۹	۱۶/۷۷	۵۵/۲۰	۲/۱۷
کل	۹۳/۶۵	۵/۰۸	۷۰/۹۵	۵/۱۳	۵۳/۱۷	۳/۴۴



شکل ۱. طرح چند خط پایه برای چهار آزمودنی در طی جلسات درمانی

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر نقاشی‌درمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش-دبستانی انجام پذیرفت. نتایج به دست آمده از میانگین کل کودکان در مرحله خط پایه، مداخله، و پیگیری و نیز اندازه اثر مشاهده شده برای کل کودکان و نتایج تحلیل دیداری، نشان داد که نقاشی‌درمانی اثر بالایی بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی داشته است. یافته‌های این فرضیه همسو با یافته‌های مطالعات به‌پژوه و نوری (۱۳۸۱)؛ نژادی و همکاران (۱۳۸۹)؛ پیفالو^۱ (۲۰۰۲)؛ اسلایتون^۲ (۲۰۱۱)؛ اسمجسترز^۳ و همکاران، (۲۰۱۱)؛ نسیموی (۲۰۰۹) و نیز نتایج پژوهش‌های مییر^۴ و همکاران (۲۰۱۱)؛ وارسون^۵ (۲۰۱۲)؛ ایتون و همکاران (۲۰۰۷)؛ ایلاف داقلیوقلی و دنیز^۶ (۲۰۱۰)؛ فردریک^۷ (۲۰۰۶)؛ بوورس^۸ (۲۰۰۵)؛ مورفی^۹ (۲۰۰۴) که گزارش نمودند نقاشی بر کاهش رفتارهای نابهنجار کودکان تأثیر معناداری داشته و باعث بهبود رفتارهای اجتماعی آنان می‌شود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت فعالیت‌های هنری با ایجاد علاقه و لذت و درگیر کردن هر چه بیشتر این کودکان، آنان را ترغیب می‌کند با احساس آزادی و محدودیت کمتری به بیان صریح‌تر تجارب آسیب‌زای خود بپردازند. سپس با شناخت احساسات و عواطف خود، تسلط بیشتری بر این عواطف و هیجانات به دست آورند. این امر به نوبه خود گام مهمی در کاهش اختلالات رفتاری و افزایش سلامت روانی کودکان می‌باشد (پیفالو، ۲۰۰۲). هم‌چنین می‌توان در تبیین این یافته بیان کرد که هنر نقاشی باعث افزایش خلاقیت، و به دنبال آن باعث کاهش احساس‌های شدید مثل پرخاشگری در کودکان می‌شود. فعالیت‌های خلاقانه در کاهش احساس خشم در کودکان تأثیر بسیاری داشته است

۱. Pifalo

۲. Slayton

۳. Smeijsters

۴. Meyer

۵. Warson

۶. Elif Daglioglu

۷. Friedrich

۸. Bowers

۹. Murphy

(نسیمی، ۲۰۰۹). به عبارتی، نقاشی به عنوان یک خروجی امن و خلاقانه برای بیان احساسات و افکار به کار می‌رود، و فرصتی برای کودکان فراهم می‌سازد تا کودک به راحتی و با آزادی کامل به تخلیه درون خود پردازد، و تجارب و خاطره‌ها و احساسات را بیان کند. نقاشی، کودک را قادر به بیان، به طور شفاهی می‌سازد تا یک ارتباط زبانی مشترک بین کودک و درمانگر به وجود آید، که در نتیجه باعث تسهیل روابط بین کودک و درمانگر می‌شود و یک روش درمان مؤثر برای کودکانی که دچار آسیب روانی و اجتماعی هستند می‌شود (ایتون و همکاران، ۲۰۰۷). تأثیر روانی و فرایندهای پویا در بیان فرم هنر، باعث بهبود فرایند درمانی در افراد پرخاشگر می‌شود و رفتارهای جایگزین را به جای خشم برمی‌گزیند و افکار درونی فرد تخلیه شده کاهش پرخاشگری را موجب خواهد شد. ابراز وجود، عزت‌نفس، مکانیسم‌های مقابله‌ای، شایستگی اجتماعی، دستیابی به موفقیت و بینش در افکار و احساسات را موجب می‌شود. بیان هنری احساسات، به جای عمل پرخاشگرانه می‌تواند به عنوان یک مکانیسم مقابله عمل کند (اسمجسترز و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعات نشان می‌دهد که هنر می‌تواند به عنوان شکلی از درمان مورد استفاده قرار گیرد. زیرا تصاویر اغلب نشان دهنده تنش آدمی، مشکلات روانی و یادگیری است. با تکیه بر فرایندهای شناسایی تصاویر، آوردن در سطح ناخودآگاه، در یک روش کنترل شده در طول جلسات درمانی، می‌تواند درمان مؤثری باشد. بنابراین هنر درمانگر با استفاده از تطهیر آزاد، تمام احساسات منفی بیمار را از بین می‌برد و باعث حل تعارضات در بیمار می‌شود و ثبات عاطفی بیمار را برقرار می‌سازد (آلن، ۲۰۰۸).

لندگارتن (ترجمه هاشمیان و ابوحمزه، ۱۳۸۷) اظهار داشت که نقاشی ارائه فرصت - های منحصر به فردی است که کودک به واسطه آنها در قالب رنگ‌ها، خطوط و فضا، احساسات، هیجانات، نیازها و حتی دانسته‌های خود را به نحوی که مایل است آزادانه بیان می‌کند. نقاشی و سایر هنرها مانند پلی میان دنیای درون و واقعیت‌های بیرونی قرار می‌گیرد و تصویر همانند یک میانجی عمل کرده و جنبه‌های خودآگاه، ناخودآگاه گذشته، حال و آینده فرد را منعکس می‌کند. می‌توان گفت به کمک نقاشی، کشمکش‌ها و دلهره‌های درونی کودک کاهش یافته و اثر آنها کم می‌شود. وقتی مسائل و مشکلات عاطفی بر

روی کاغذ منتقل می‌شود به صورت تازه و جداگانه‌ای که کمتر سنگین و دلهره‌آور است، در می‌آید. ایلاف داقلیوقلی (۲۰۱۰) نیز بیان می‌دارد که نقاشی نه تنها منعکس‌کننده رشد کودکان، بلکه نشان‌دهنده طرز تفکر آنها و ارائه سرنخ در مورد مشکلات هیجانی و روانی کودکان و نوجوانان می‌باشد و راهی برای ارائه حل و فصل مشکلات است. نقاشی منعکس‌کننده احساسات کودکان است. به گونه‌ای که وقتی آنها نمی‌توانند به طور شفاهی نگرش و مشکلات خود را بیان کنند، نقاشی بیان غیرکلامی آنها خواهد بود. علاوه بر این، خوشکنش (۱۳۹۰) خاطر نشان می‌سازد نقاشی‌درمانی بر پایه دانش رشد شناختی انسان و تئوری‌های روان‌شناختی، در برگیرنده طیف کاملی از مدل‌های ارزیابی و درمان، همچون مفاهیم آموزشی، روان‌پویایی، شناختی، مسائل بین‌فردی، و سایر امور درمانی، مانند سازگاری با تعارضات هیجانی، پرورش خودآگاهی، رشد مهارت‌های اجتماعی، هدایت رفتاری، حل مشکلات موجود، کاهش دادن اضطراب، کمک به جهت‌گیری مناسب و همچنین باعث افزایش عزت‌نفس می‌شود. به سخن دیگر، کودکان با استفاده از نقاشی می‌توانند مهارت بیان نظرات و ایده‌های خود را پیدا کنند و مهارت لازم برای ارتباط سالم با دوستان را فراگیرند. از طریق محصولات هنری که خود بوجود می‌آورند، احساس ارزشمندی، اعتماد به نفس، ادراک، استدلال، احترام پیدا می‌کنند.

همچنین مهارت‌های تفکر انتقادی و مهارت‌های درک و تفسیر مشکلات در آنها ایجاد می‌شود و یاد می‌گیرند با تلاش رؤیاهای خود را تحقق بخشیده و از آن لذت ببرند. بنابراین انتظار می‌رود با توجه به تبیین‌های فوق، نقاشی‌درمانی با تأثیراتی که روی رفتار و هیجان و احساسات کودکان می‌گذارد، قادر است پرخاشگری کودکان را کاهش دهد. بدین صورت که کودکان می‌توانند در سنین پایین با برقراری ارتباط اجتماعی خوب با دیگران، مهارت‌های اجتماعی را بخوبی بیاموزند و بتواند احساسات و افکار خود را بیان پرخاشگری خودشان را کنترل کنند (نسیموی، ۲۰۰۹).

در نهایت، تعمیم‌پذیری یافته‌های ما نیز به خاطر ترکیب و حجم نمونه، فقدان داده‌های پیگیری طولانی محدود شده است. با این حال، تعمیم‌پذیری مداخله، هدف این ارزیابی

اولیه نبود. بنابراین جهت کسب اطمینان بیشتر از تداوم درمان، تحقیقات آینده بایستی روی نمونه‌های بزرگتر همراه با مرحله پیگیری انجام گیرد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد، بدون حمایت مالی و ارتباط با منافع شخصی نویسندگان تهیه گردیده است. از همکاری مدیران مراکز پیش‌دبستانی دنیا، غنچه‌های زندگی، نیاز، سراج و مهرزاد که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، بی‌نهایت سپاسگزاریم.

منابع

- انصارحسین، سروین (۱۳۹۱). اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش علائم نوجوان مبتلا به اختلال هراس اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- آناستازی، آنا (۱۳۷۹). *روان‌آزمایی*، ترجمه محمدنقی براهنی، چاپ چهارم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- به‌پژوه، احمد؛ نوری، فریده (۱۳۸۱). تأثیر نقاشی‌درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان عقب‌مانده‌ذهنی. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*. سال ۳۲، شماره ۲، ص ۱۷۰ - ۱۵۵.
- خوش‌کنش، ابوالقاسم (۱۳۹۰). *روش‌ها و کاربردهای هنردرمانی*. دومین کنگره سراسری هنردرمانی در ایران. دانشگاه شهید بهشتی پژوهشکده خانواده مطالعات هنردرمانی. صص ۳۰.
- رحمانی، جهانبخش و عابدی، محمدرضا (۱۳۸۳). هنجاریابی آزمون ریون رنگی کودکان ۵ تا ۱۰ ساله در استان اصفهان، *فصلنامه آموزه*، ۲۳، ۸۱-۸۶.
- شهیم، سیما (۱۳۸۶). پرخاشگری رابطه‌ای در کودکان پیش‌دبستانی، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. سال سیزدهم، شماره ۳، صص ۲۷۱ - ۲۶۴.
- کرمی، ابوالفضل (۱۳۹۰). *روان‌آزمایی*. انتشارات نشر روان سنجی.

گال، مردیت؛ بورگ، والتر و گال، جوئیس (۱۳۸۹). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی، مترجمان جمعی از نویسندگان. انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.

لندگارتن، هلن (۱۳۸۷). هنردرمانی بالینی. ترجمه کیانوش هاشمیان و الهام ابوحمزه، تهران: نشر دانژه.

مددی، نازنین (۱۳۷۹). بررسی تأثیر نقاشی‌درمانی در کاهش رفتارهای اختلال‌های هیجانی در کودکان عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، تهران: دانشگاه آزاد اسلامی.

نژادی کاشانی، غزاله؛ میرزمانی، سید محمود؛ داورمنش، عباس؛ صالحی، مسعود (۱۳۸۹). تأثیر نقاشی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان دختر عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر مقطع ابتدایی، ویژه‌نامه توانبخشی اعصاب کودکان، دوره یازدهم، شماره پنجم، شماره مسلسل ۴۵، ص ۸۴-۷۸.

نصیرزاده، راضیه؛ روشن، رسول (۱۳۸۹). تأثیر قصه‌گویی در کاهش پرخاشگری پسران شش تا هشت‌ساله، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. سال شانزدهم، شماره ۲، ص ۱۲۶-۱۱۸.

واحدی، شهرام، فتحی آذر، اسکندر، حسینی نسب، سید داود و مقدم، محمد (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی مقیاس پرخاشگری پیش دبستانی. مشهد: فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۳۷، ۱۵-۲۴.

هربرت، مارتین (۱۳۸۷). روانشناسی بالینی؛ یادگیری اجتماعی، رشد و رفتار. ترجمه مهرداد فیروزبخت، تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.

Allen, P. (۲۰۰۸). Commentary on community-based art studios: Underlying principles. *Art Therapy: Journal of the American Art therapy Association*, ۲۵(۱), ۱۱-۱۳.

Bowers, J.J. (۲۰۰۵). Therapy through art: facilitating treatment of sexual abuse. *Journal of psychosocial Nursing and Mental Health Services*, ۳۰, ۱۵-۲۴.

- Eaton, L.G., Doherty, K.L., Rebekah, M. & Widrick, B.A. (۲۰۰۷). A review of research and methods used to establish art therapy as an effective treatment method for traumatized children. *The Art in Psychotherapy*, ۳۴, ۲۵۶-۲۶۲.
- Elif Daglioglu H. & Deniz U. (۲۰۱۰). A study on the emotional indicators in ۵-۶-year-old girls' and boys' human figure drawings. *Procedia Social and Behavioral Sciences* ۲: ۱۵۰۳-۱۵۱۰.
- Friedrich, W.F. (۲۰۰۶). Art therapy and CBT in child abuse trauma. *Association for play Therapy*, ۱۷(۱), ۷- ۱۰.
- Gower, A, Crick, N. (۲۰۱۱). Baseline autonomic nervous system arousal and physical and relational aggression in preschool: *The moderating role of effortful control. International Journal of Psychophysiology*, ۸۱: ۱۴۲-۱۵۱.
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M & Shadish, W. R. (۲۰۱۰). Single-case designs technical documentation. Retrieved from What Works Clearinghouse website: http://ies.ed.gov/ncee/wwc/pdf/wwc_scd.pdf.
- Leff S.S., & Crick N.R. (۲۰۱۰). Interventions for Relational Aggression: Innovative Programming and Next Steps in Research and Practice. *School Psychol Rev*, ۳۹(۴): ۵۰۴-۵۰۷.
- Li HL. Painting therapy for a child with emotional and behavioral disorders. A single case study. Thesis for master of art in art therapy and counseling; ۲۰۰۲, Abstract page.
- Mathieson, C.L., Murray-Close D, Crick, R.N, Woods, F.K., Zimmer-Gembeck, M, Geiger, C.T & Morales, R.J. (۲۰۱۱). Hostile Intent Attributions and Relational Aggression: The Moderating Roles of Emotional Sensitivity, Gender, and Victimization. *J Abnorm Child Psychol*, ۳۹: ۹۷۷-۹۸۷.
- Meyer, C. D., Bender, B., Metzl, E. & Diaz, K. (۲۰۱۱). Psychotropic Medication and Art Therapy: Overview of Literature and Clinical Considerations. *The Arts in Psychotherapy*, ۳۸, ۲۹-۳۵.
- Murphy, J. (۲۰۰۴). Art therapy with sexually abused children and young people, *International Journal of Art therapy*, ۳(۱): ۱۰ -۱۶.
- Nissimov – Nahum, E. (۲۰۰۹). Use of a Drawing Task to Study Art Therapists Personal Experiences in Treating Aggressive Children. *The Arts in Psychotherapy*, ۳۶, ۱۴۰-۱۴۷.
- Ogles, B. M., Lunner, K. M., & Bonesteel, K. (۲۰۰۱). Clinical significance: History, application and current practice. *Clinical Review*, ۲۱, ۴۲۱-۴۴۶.
- Parker, R.I., Hagan-Burke, S., & Vannest, K. J. (۲۰۰۷). Percent of all non-overlapping data PAND: An alternative to PND. *Journal of Special Education*, ۴۰, ۱۹۴-۲۰۴.

- Pellegrini, D.A., Bohn-Gettler C., Dupuis D., Hickey M., Roseth C., Solberg D.(۲۰۱۱). An empirical examination of sex differences in scoring preschool children's aggression. *Journal of Experimental Child Psychology*, ۱۰۹: ۲۳۲-۲۳۸.
- Pifalo, T. (۲۰۰۲). Art therapy with sexually abused children. *Journal of the American Art therapy Association*, ۱۹(۴), ۱۲- ۲۲.
- Rastle M.A. Individual art therapy counseling with at-risk children in school setting. Thesis for master of art in art therapy and counseling. USA. Ursuline college; ۲۰۰۸, Abstract page.
- Slayton, S.C. (۲۰۱۲). Building Community as Social Action: An Art Therapy Group with Adolescent Males. *The Art in Psychotherapy*, ۳۹(۳):۱۷۹-۱۸۵.
- Smeijsters, H, & Kil, J, & Kurstjens, H, & Welten, J, & Willemars, G(۲۰۱۱). Arts therapies for young offenders in secure care—A practice-based. *The Arts in Psychotherapy*. ۳۸ ۴۱-۵۱.
- Warson, E. (۲۰۱۲). Healing Pathways: Art Therapy for American Indian Cancer Survivors. *Springer Science Business Media*, ۱, ۴۷-۵۶.