

## تأثیر هنردرمانی با رویکرد نقاشی بر کاهش ناامیدی و تنهایی کودکان ناشنوای پسر

سالار فرامرزی، محمدرضا مرادی

گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** کودکان ناشنوا به دلیل نقص شنوایی خود با مشکلات روان‌شناختی متعددی رو به رو هستند. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر هنردرمانی با رویکرد نقاشی بر کاهش تنهایی و ناامیدی کودکان ناشنوای پسر صورت گرفت.

**روش بررسی:** روش پژوهش آزمایشی و از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد استفاده شد. به این منظور از بین کودکان ناشنوای ۷ تا ۱۰ ساله شهر اصفهان، تعداد ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند به شیوه نمونه‌گیری چندمرحله‌ای، انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه شاهد و مورد گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس ناامیدی کودکان Kazdin و مقیاس تنهایی Asher که روایی و اعتبار آنها تأیید شده است، استفاده شد. داده‌های به‌دست آمده با روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که بین عملکرد دو گروه مورد و شاهد در متغیرهای احساس ناامیدی و تنهایی در پس‌آزمون در سطح  $p < 0.01$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که هنردرمانی با رویکرد نقاشی بر بهبود احساس ناامیدی و تنهایی کودکان ناشنوا مؤثر است و از آن به‌عنوان یک روش آموزشی و درمانی غیرمستقیم می‌توان برای کاهش احساسات منفی کودکان ناشنوا به‌ویژه تنهایی و ناامیدی استفاده کرد و این روش را به درمانگران، مربیان و مشاورانی که با این کودکان کار می‌کنند پیشنهاد کرد.

**واژگان کلیدی:** هنردرمانی، نقاشی‌درمانی، ناامیدی، تنهایی، ناشنوا

(دریافت مقاله: ۹۳/۳/۲، پذیرش: ۹۳/۵/۴)

### مقدمه

گیرد(۳). در نقاشی‌درمانی بیان خودبه‌خودی غیرقضاوت‌گرانه به فرد اجازه می‌دهد که آزادانه درباره افکار و احساسات سرکوب شده، بدون تهدید و واکنش دیگران، صحبت کند. پایه و اساس نقاشی‌درمانی، وارد کردن شرکت‌کننده‌ها در فرایند 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(۴).

پژوهش‌های متعددی تأثیر نقاشی بر اختلالات روانی را نشان داده‌اند. Freilich و Shechtman (۲۰۱۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که هنردرمانی می‌تواند سازگاری اجتماعی،

هنردرمانی روشی برای درمان مشکلات سلامت روانی افراد است که در آن از خلاقیت هنری برای رشد و ارتقای سلامت جسمی، روانی و هیجانی افراد در سنین مختلف استفاده می‌شود(۱). با این روش می‌توان سطح خودآگاهی فرد را نسبت به عواطف و تعارضات خویش افزایش داد و وی را برای مقابله با مشکلات ایجاد شده در فرایندهای مربوط به سلامت روانی آماده کرد(۲). یکی از شاخه‌های اصلی هنردرمانی، نقاشی‌درمانی است.

نقاشی‌درمانی یک روش فرافکن است که در آن از فرد خواسته می‌شود یک فرد، موضوع یا وضعیت را نقاشی کند تا عملکردهای شناختی، بین‌فردی یا روانشناختی او مورد ارزیابی قرار

عاطفی و تحصیلی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری را افزایش دهد (۵). آنچه مسلم است کودکان در معرض بیماری‌های روانی گوناگونی قرار دارند. یکی از مهم‌ترین این بیماری‌ها که به دلایل مختلفی به وجود می‌آید، احساس افسردگی، تنهایی و ناامیدی است. تنهایی سبب خلق پایین، خودمحوری، فقدان خود نظم بخشی هیجانی و عدم پاسخ منعطفانه به رویدادهای قابل پیش‌بینی می‌شود (۶). در مقابل، ناامیدی نظامی از طرحواره‌های منفی است که فرد هم نسبت به خود و هم نسبت به آینده‌اش دارد که به خودپنداره و کفایت اجتماعی فرد آسیب می‌رساند (۷).

یکی از شرایطی که افراد را در معرض ناامیدی و احساس تنهایی قرار می‌دهد، داشتن معلولیت یا نقص حسی است. نقص شنوایی یکی از مهم‌ترین نقایص حسی است که در آن فرایندهای روانی فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد. در مورد کودکان ناشنوا باید توجه داشت که سلامت روان این کودکان بیشتر در معرض خطر است. پژوهشگران در تحقیق روی ناشنوایان به این نتیجه رسیدند که چون افراد ناشنوا به نشانه‌های دیداری بیشتر توجه می‌کنند ممکن است شکاک و گستاخ به نظر برسند و بیشتر منزوی شوند (۸). یافته‌های پژوهشی دیگر حاکی است که میزان خودمحوری، بدبینی، درونگرایی و گوشه‌گیری، توقع بیش از حد از دیگران، عدم قبول مسئولیت از حالات عاطفی کودکان ناشنوا به‌شمار می‌آیند (۹).

در این پژوهش فرضیه اثر نقاشی درمانی بر کاهش ناامیدی و تنهایی کودکان ناشنوا بررسی شد.

### روش بررسی

روش پژوهش آزمایشی بود و در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه شاهد استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه ناشنوایان پسر شهر اصفهان بود. از بین پسران ناشنوی ۷ تا ۱۰ ساله عضو کانون ناشنوایان اصفهان که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش، از جمله کاهش شنوایی بیش از ۷۰ دسی‌بل، از نوع حسی عصبی دوطرفه، عدم استفاده از هر گونه وسیله کمک‌شنوایی مانند سمک و وقوع نقص شنوایی قبل از فراگیری

زبان (نقص شنوایی اولیه) بودند، تعداد ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و به تصادف در دو گروه شاهد (۱۵ نفر) و مورد (۱۵ نفر) گروه‌بندی شدند.

در ابتدا آزمون ناامیدی کودکان و مقیاس تنهایی Asher روی هر دو گروه شاهد و مورد اجرا شد. پرسش‌نامه به صورت فردی توسط کودکان تکمیل شد و اگر ابهامی برای هر یک از کودکان وجود داشت توسط درمانگر و با کمک رابط ناشنوایان توضیح داده می‌شد. سپس گروه مورد در ۸ جلسه (هر جلسه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه) دو روز در هفته طبق راهنما تحت مداخلات درمانی قرار گرفتند و از بسته آموزشی هنردرمانی Martin (۲۰۰۹)، که روایی آن تأیید شده بود، استفاده شد و کودکان طبق برنامه منظم به نقاشی کشیدن پرداختند. برای انجام این کار رابط زبان ناشنوایان در ابتدای هر جلسه و به مدت پنج دقیقه مفهوم خواسته شده را برای اعضای گروه توضیح می‌داد. موضوعات این جلسات به ترتیب شامل این موارد بود جلسه اول: ترسیم هیجانانگیز مختلف (مانند خوشحال بودن و ناراحت بودن)، جلسه دوم: ترسیم اعضای گروه، جلسه سوم: چه چیزی مرا ناراحت می‌کند، جلسه چهارم: حیوانی را ترسیم کنید که دوست دارید باشید، جلسه پنجم: نقاشی دیواری گروهی (موضوع آزاد)، جلسه ششم: آنچه را در طبیعت دوست دارید، جلسه هفتم، نقاشی از بدن و جلسه هشتم: خود را چگونه تصور می‌کنید (۱۰). به منظور بررسی روایی صوری و محتوایی بسته آموزشی هنردرمانی Silvers، این بسته همراه با یک چک‌لیست در اختیار دو نفر از اساتید دانشگاه در حوزه آموزش و توانبخشی کودکان با نیازهای خاص (افراد دچار نقص شنوایی) و نیز دو نفر از کارشناسان مربوط به ناشنوایان قرار داده شد. متخصصان روایی صوری و ظاهری بسته آموزشی را تأیید کردند. علاوه بر این، ضریب همبستگی (۰/۸۲) بین نظر ایشان از طریق چک‌لیست روایی محتوایی بسته آموزشی را مورد تأیید قرار داد. گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، از هر دو گروه دوباره آزمون (پس‌آزمون) به عمل آمد تا مشخص شود که آیا این روش در کاهش ناامیدی و تنهایی مؤثر بوده است؟ در زمان پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه‌ها اگر برای هر کدام از افراد

نشان‌دهنده پایایی قابل قبول آزمون است.

علاوه بر این، روایی محتوایی ابزارها به‌منظور بررسی احساس تنهایی و ناامیدی ناشنوایان با استفاده از روش هامبلتون محاسبه شد و به‌ترتیب برای پرسش‌نامه احساس تنهایی ۰/۷۸ و برای پرسش‌نامه احساس ناامیدی ۰/۷۳ به‌دست آمد. همچنین برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از شاخص‌های آماری میانگین، واریانس و انحراف معیار و نیز روش آماری تحلیل کواریانس استفاده شد. در ابتدا برای آنکه بتوان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد از F لویین برای هم‌سانی واریانس‌ها و از آزمون شاپیرو-ویلک برای نرمال بودن داده‌ها و شیب همگنی رگرسیون استفاده شد. نتایج تحلیل پیش‌فرض‌ها نشان داد F لویین ۰/۱۵۵، آزمون شاپیرو-ویلک ۰/۲۱ و شیب همگنی رگرسیون ۰/۱۷ است که با توجه به سطح معنی‌داری (p < ۰/۰۵) پیش‌فرض‌ها رعایت شده بود. بنابراین می‌شد از آزمون تحلیل کواریانس استفاده کرد. علاوه بر این از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

### یافته‌ها

در این بخش ابتدا میانگین و انحراف معیار دو گروه مورد و شاهد در حیطه ناامیدی و تنهایی و سپس داده‌های مربوط به آزمون فرضیه ارائه شده است.

همان‌گونه که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، نمرات گروه مورد در دو متغیر احساس تنهایی و ناامیدی در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیرهای همپراش (کمکی) تفاوت بین عملکرد دو گروه شاهد و مورد در آزمون‌های احساس ناامیدی و تنهایی تأثیرگذار است. به‌عبارت دیگر، می‌توان گفت تفاوت بین نمرات دو گروه، بیان‌کننده این مطلب است که نقاشی‌درمانی در بهبود ناامیدی و تنهایی گروه مورد تأثیر داشته است. همچنین توان آزمون برای هر دو متغیر ۱ به‌دست آمد که نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه است و نتایج تحلیل پیش‌فرض تحلیل کواریانس تفاوت دو گروه مورد و شاهد نشان داد که در کل بین

ناشنوا هم‌چنان ابهامی وجود داشت، با توضیحات درمانگر که به‌وسیله رابط ناشنوایان انتقال داده می‌شد، برطرف می‌شد. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از دو مقیاس استفاده شد. این مقیاس‌ها از نظر متخصصان به لحاظ روایی صوری و محتوایی برای کودکان ناشنوا مناسب تشخیص داده شد، لیکن در حین اجرای آزمون و جلسات درمانی از رابط ناشنوایان هم استفاده شد:

### ۱) مقیاس ناامیدی کودکان Kazdin: این مقیاس توسط

Kazdin و همکاران در سال ۱۹۸۳ براساس مقیاس ناامیدی بک (Beck) تهیه و در سال ۱۹۸۶ بازنگری شد (۱۱) و دارای ۱۷ پرسش بلی خیر است. بالاترین نمره در این مقیاس نمره ۱۷ است که نشانگر بالاترین حد ناامیدی در کودک و پایین‌ترین نمره صفر است که نشانگر پایین‌ترین سطح ناامیدی در کودک است. میزان پایایی از بازآزمایی مقیاس ناامیدی کودکان در نمونه کودکان دچار اختلال‌های روانی در فاصله شش هفته  $r=0/57$  و در نمونه کودکان بهنجار در فاصله ده هفته  $r=0/49$  گزارش شده است که این میزان بیانگر ثبات متوسط آزمون است. همچنین این آزمون از هم‌سانی درونی مطلوب (۰/۹۷) برخوردار است و پایایی حاصل از روش دو نیمه کردن اسپیرمن-براون را نیز ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند (۱۲). پایایی پرسش‌نامه در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به‌دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول آزمون است.

### ۲) مقیاس تنهایی Asher: این مقیاس ۲۴ پرسشی

توسط Asher و همکاران (۱۹۸۴) برای ارزیابی تنهایی و نارضایتی اجتماعی کودکان ۷ تا ۱۵ ساله طراحی شده است. دامنه نمره این آزمون بین ۱۶ تا ۸۰ است که نمره بالاتر نشانه تنهایی و نارضایتی اجتماعی بیشتر است. ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش دو نیمه کردن ۰/۸۳، با روش اسپیرمن-براون ۰/۹۱ و با روش دو نیمه کردن گاتمن ۰/۹۱ بود (۱۳). پایایی پرسش‌نامه در این پژوهش با استفاده از روش آلفا کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمد که

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار گروه مورد و شاهد در حیطه احساس ناامیدی و تنهایی در پیش‌آزمون-پس‌آزمون

| متغیر         | میانگین (انحراف معیار) نمرات گروه شاهد |              | میانگین (انحراف معیار) نمرات گروه مورد |              |
|---------------|--|--------------|--|--------------|
|               | پیش‌آزمون                              | پس‌آزمون     | پیش‌آزمون                              | پس‌آزمون     |
| احساس ناامیدی | ۱۴/۲۶ (۱/۳۳)                           | ۱۳/۷۳ (۱/۴۳) | ۱۳/۴۶ (۱/۳۰)                           | ۶/۴۰ (۱/۳۵)  |
| احساس تنهایی  | ۴۴/۵۳ (۴/۱۷)                           | ۴۳/۲۶ (۲/۵۲) | ۴۶/۰۰ (۳/۵۰)                           | ۲۶/۶۰ (۳/۰۴) |

دو گروه برای هر دو متغیر تفاوت معنی‌داری در سطح  $p < 0/001$  وجود دارد و ۹۱ درصد این تفاوت‌ها ناشی از متغیر مستقل بود. مجذور اتا برای احساس ناامیدی ۰/۸۶ و برای احساس تنهایی ۰/۸۹ به‌دست آمد.

## بحث

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون، به‌عنوان متغیر همپراش (کمکی)، نقاشی‌درمانی بر بهبود احساس تنهایی و ناامیدی کودکان پسر ناشنوا مؤثر است. این نتایج با تحقیقات مرادی مطلق و همکاران (۲۰۰۹) هم‌سو است. آنها اظهار داشتند که نشانه‌های ترسیم شده در نقاشی توسط کودکان با نشانه‌های برون‌سازی شده و درونی‌سازی شده با یکدیگر متفاوت است (۱۴). همچنین نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش کرمی و همکاران (۲۰۱۲) هم‌سو است. آنها در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که نقاشی‌درمانی می‌تواند باعث کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان دچار نارساخوانی شود (۱۵).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که به‌نظر می‌رسد به‌طور کلی هنردرمانی و به‌طور خاص نقاشی‌درمانی می‌تواند با فراهم کردن زمینه‌ای برای بروز و تخلیه هیجانات کودک بر احساس تنهایی و ناامیدی مؤثر باشد. کودکان در جلسات نقاشی ترس‌ها و احساسات منفی خود را در غالب نقاشی بیان می‌کنند. کودک با بیان فرافکنانه احساسات خود در وجود آدم‌ها و حیوانات نقاشی شده، خود را از نظر تنظیم هیجانات به سطح سازگارانه می‌رساند و همین موضوع سبب می‌شود که مشکلات عاطفی وی بهبود پیدا کرده و از نظر تطابق و سازگاری با خود و محیط در

سطح بالاتری عمل کند. این مسئله در مورد کودکان ناشنوا که از گفتار نیز محروم هستند، اهمیت دوچندان دارد. بسیاری از شرایطی که در مورد کودکان عادی بدون تلاش و مشکلی انجام می‌گیرد، در مورد کودکان ناشنوا با محدودیت مواجه است. کودکان ناشنوا از ابزار بیان (گفتار) نمی‌توانند استفاده کنند و در ابراز احساسات خود به روش بیانی مشکل دارند. اینجاست که لزوم استفاده از روشی غیرمستقیم و در عین حال جذاب و برانگیزاننده برای نفوذ به دنیای حساس و آسیب‌پذیر کودکی و کشف نقاط پنهان وجود او ضروری و اجتناب‌ناپذیر می‌شود.

نقاشی شیوه‌ای لطیف برای آزادسازی هیجانات پنهانی است که کودکان ناشنوا از بیان آنها عاجزند. ناشنویان از آنجایی که در ارتباط با جامعه شنوایان دچار مشکل هستند، احساس تنهایی و ناامیدی می‌کنند و در این جا هنر قادر است با فراهم کردن زمینه‌ای برای بروز این احساسات سرپوشیده، احساسات منفی آنها را کاهش دهد و سبب برقراری تعادل عاطفی شود. کودک ناشنوا قادر است با کمک نقاشی عواطف عمیق خود را برون‌ریزی کند و نحوه احساس خود را نسبت به جهان پیرامون و جهان درون خود تغییر دهد. به‌عبارت دیگر، بیان آزاد هنر برای کودک ناشنوا شکلی از گفتار است. نقاشی برای کودک ناشنوا این بیش را فراهم می‌کند که بتواند نسبت به دنیای درونی خویش آگاهی پیدا کرده و آنچه را که سبب ایجاد مشکل در وی شده است پیدا کند و نسبت به تغییر آن آمادگی لازم را کسب کند.

از طرفی دیگر، زمانی که این فرایند در قالب گروه قرار می‌گیرد، احتمالاً اثربخشی آن بیشتر خواهد شد. زیرا کودکان در تعامل با یکدیگر مهارت‌های اساسی اجتماعی را که پیش‌نیاز

میزان کاهش ناامیدی و تنهایی است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در کار بالینی و در کنار سایر درمان‌های رایج در مورد کودکان ناشنوا، هنردرمانی به‌ویژه با رویکرد نقاشی گنجانده شود. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود که تأثیر نقاشی درمانی بر سایر ویژگی‌های روانشناختی ناشنوایان با توجه به جنس و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی انجام گیرد.

### سپاسگزاری

از زحمات جناب آقای حسن نژاد و تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آید. از تمامی دانش‌آموزانی که در این پژوهش شرکت داشتند سپاسگزاریم.

### REFERENCES

1. Nissimov-Nahum E. Use of a drawing task to study art therapists' personal experiences in treating aggressive children. *The Arts in Psychotherapy*. 2009;36(3):140-7.
2. Feldman MB, Betts DJ, Blausey D. Process and outcome evaluation of an art therapy program for people living with HIV/AIDS. *Art Ther*. 2014;31(3):102-9.
3. Cox MV, Catte M. Severely disturbed children's human figure drawings: are they unusual or just poor drawings? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2000;9(4):301-6.
4. Rubin JA. *Introduction to art therapy: sources and resources*. 2, illustrated ed. New York: Routledge; 2010.
5. Freilich R, Shechtman Z. The contribution of art therapy to the social, emotional, and academic adjustment of children with learning disabilities. *The Arts in Psychotherapy*. 2010;37(2):97-105.
6. Iwaniec D. *The emotionally abused and neglected child identification, assessment and intervention a practice handbook*. Chichester, West Sussex: 2<sup>nd</sup> ed. John Wiley & Sons Ltd;

تعاملات بعدی در دوره نوجوانی و بزرگسالی هستند فرا می‌گیرند و با ترکیب آنها با یکدیگر و تعمیم این تجربیات به زندگی روزمره، می‌توانند از نظر عملکرد اجتماعی و ارتباطی در وضعیت بهتری قرار گیرند. زمانی که این روابط هدفمند و پایدار شد و در کودک احساس تعلق به گروه ایجاد کرد، می‌توان انتظار داشت که سطح تنهایی و ناامیدی وی کاهش یابد.

### نتیجه‌گیری

اگرچه پژوهش محدودیت‌هایی همچون محدودیت در ابزار اندازه‌گیری و انتخاب نمونه داشته است، اما به‌طور کلی و با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان گفت میزان آگاهی کودکان از احساسات درونی و برون‌ریزی آنها، عامل نیرومندی در

- 2006.
7. İpek N, Derman MT, Sadioğlu Ö. The levels of anxiety and hopelessness of primary education children with speech disorders and of their parents. *Journal of Elementary Education Online*. 2010;9(1):23-30.
8. Vernon M. Fifty years of research on the intelligence of deaf and hard-of-hearing children: a review of literature and discussion of implications. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2005;10(3):225-31.
9. Blanchfield BB, Feldman JJ, Dunbar JL, Gardner EN. The severely to profoundly hearing-impaired population in the United States: prevalence estimates and demographics. *J Am Acad Audiol*. 2001;12(4):183-9.
10. Martin N. *Art as an early intervention tool for children with Autism*. 1<sup>st</sup> ed. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2009.
11. Kazdin AE, Rodgers A, Colbus D. The hopelessness scale for children: psychometric characteristics and concurrent validity. *J*

- Consult Clin Psychol. 1986;54(2):241-5.
12. Sanatnegar S, Hassanabadi H, Asghari Nekah M. The effectiveness of group story therapy on reducing hopelessness and loneliness of female children in family-like community centers. *Journal of Applied Psychology*. 2013;6(4):7-23. Persian.
  13. Cassidy J, Asher SR. Loneliness and peer relations in young children. *Child Dev*. 1992;63(2):350-65.
  14. Moradi Motlagh M, Abedin AR, Heydari M. The assessment of the distinctive indicators in "self-figure drawings" of three groups of children with internalizing problems, externalizing problems, and normal children. *Journal of Clinical Psychology*. 2009;1(1):19-34. Persian.
  15. Karami J, Alikhani M, Zakiei A, Khodadi K. The effectiveness of art therapy (painting) in reducing the aggressive behavior of students with dyslexia. *Journal of Learning Disabilities*. 2012;1(3):105-17. Persian.

## Research Article

# Effectiveness of art therapy on reduction of hopelessness and solitude in children with hearing impairment

Salar Faramarzi, Mohammad Reza Moradi

Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Received: 23 May 2014, accepted: 26 July 2014

## **Abstract**

**Background and Aim:** Deaf children face many psychological problems due to their inability to hear. The present study investigates the effectiveness of art therapy (painting) in reducing the hopelessness and solitude experienced by these children.

**Methods:** An experimental design with pre- and post-testing and a control group was used. Multi-stage method was used for selecting 30 children with hearing impairment (age range: 7-10 years) from Isfahan. Subjects were randomly appointed to experimental and control groups. Data was collected using Kazdin hopelessness scale and Asher solitude scale. Analysis of covariance statistical method was used to analyze the data.

**Results:** Findings indicated a significant difference between feelings of hopelessness and solitude of deaf children in experimental and control groups ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** From these findings it can be concluded that art therapy decreases the rate of hopelessness and solitude in deaf children and can be applied as an educational and therapeutic method.

**Keywords:** Art therapy, painting therapy, hopelessness, solitude, deaf children

**Please cite this paper as:** Faramarzi S, Moradi MR. Effectiveness of art therapy on reduction of hopelessness and solitude in children with hearing impairment. *Audiol.* 2015;23(6):25-31. Persian.

---

**Corresponding author:** Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Azadi Square, Isfahan, 81746-73441, Iran. Tel: 0098311-7932214, E-mail: s.faramarzi@edu.ui.ac.ir