



مقایسه اثربخشی آموزش هشیاری در لحظه‌ها کودک محور و نقاشی درمانی بر احساس تنهایی و مشکل‌های رفتاری کودکان کم‌شنوا

خالد احمدنژاد^۱، علی شاکردولق^{۲*}، علی خادمی^۳

چکیده

هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی آموزش هشیاری در لحظه‌ها کودک محور و نقاشی‌درمانی بر احساس تنهایی و مشکل‌های رفتاری کودکان کم‌شنوای شهر بوکان بود. این پژوهش با توجه به هدف کاربردی شبه آزمایشی از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و جامعه پژوهش شامل کودکان کم‌شنوای مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بوکان بود که از بین آن‌ها ۴۵ نفر به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) جایگزین شدند. ابزار پژوهش شامل بسته درمان هشیاری در لحظه‌ها کودک محور و بسته آموزشی نقاشی درمانی لیمن به همراه دو پرسش‌نامه احساس تنهایی آشر و همکاران (۱۹۸۴) و پرسش‌نامه مشکل‌های رفتاری کودکان و نوجوانان کوای و پترسون (RBPC) بود. برای تحلیل فرضیه‌های پژوهش از روش آماری تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار Spss_{v26} استفاده شد. یافته‌ها حاکی از آن است که نقاشی درمانی ۰/۸۰۲ بر احساس تنهایی و هشیاری در لحظه‌ها کودک محور ۰/۳۱۱ بر احساس تنهایی تاثیرگذار است ($sig < 0/05$). همچنین نقاشی‌درمانی ۰/۳۸۶ مشکل‌های رفتاری و هشیاری در لحظه‌ها کودک محور ۰/۵۶۷ مشکل‌های رفتاری دانش‌آموزان را کاهش می‌دهند ($sig < 0/05$). همچنین بر اساس یافته‌های این پژوهش نقاشی‌درمانی نسبت به هشیاری در لحظه‌ها بر احساس تنهایی کودکان کم‌شنوا و هشیاری در لحظه‌ها کودک محور نسبت به نقاشی درمانی بر مشکل‌های رفتاری کودکان کم‌شنوا بیش‌تر تاثیر می‌گذارد ($sig < 0/05$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که نقاشی درمانی در درمان احساس تنهایی و هشیاری در لحظه‌ها کودک محور در درمان مشکل‌های رفتاری کودکان ناشنوا تاثیرگذار است.

کلیدواژه‌ها: احساس تنهایی، هشیاری در لحظه‌ها، کم‌شنوایی، مشکل‌های رفتاری کودکان، نقاشی درمانی.

تاریخ دریافت: ۲۳ مهر ۱۴۰۲ تاریخ بازنگری: ۱۲ آبان ۱۴۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۹ تیر ۱۴۰۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول، ali.shaker2000@gmail.com)

۳. استاد گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

مقدمه

شواهد پژوهشی نشان داده‌اند آسیب‌های شنوایی^۱، که شامل ناشنوایی و کم‌شنوایی یا سخت شنوایی می‌شود، از شایع‌ترین آسیب‌های حسی _ عصبی در انسان به شمار می‌رود. حدود ۵ درصد افراد جامعه دارای آسیب شنوایی هستند و طبق آمار در هر هزار نوزاد حداقل دو نفر با آسیب شنوایی متولد می‌شوند (ژانگ، آندرووگ، مک گیر، لیانگ، مور و فو^۲، ۲۰۱۹؛ هالاهان، پولن و کافمن^۳، ۲۰۲۳؛ هالزینگر، هوفر، دال و فلینگر^۴، ۲۰۲۲). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۲۱، بیش از ۱٫۵ میلیارد نفر در سراسر جهان با نوعی از کم‌شنوایی زندگی می‌کرده‌اند که از این تعداد، حدود ۴۳۰ میلیون نفر به خدمات توان‌بخشی نیاز داشتند. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰، این تعداد به بیش از ۷۰۰ میلیون نفر افزایش یابد (سازمان جهانی بهداشت^۵، ۲۰۲۱).

کودکان با آسیب شنوایی یکی از گروه‌های بسیار نیازمند به مراقبت و مداخله‌های آموزشی به شمار می‌روند (حیدری‌دارانی و منشئی، ۱۴۰۱) که در مقایسه با کودکان شنوا به محیط زبانی غنی‌تری برای یادگیری مهارت‌های ارتباطی نیاز دارند؛ چراکه دستیابی به تجربه‌های شنیداری و زبانی زود هنگام برای رشد گفتار، مهارت‌های شناختی، کنترل هیجان، تصمیم‌گیری و سازمان‌دهی اطلاعات ضروری است (وندم، سوفیه، آمبروسو میلر^۶، ۲۰۱۲). آسیب شنوایی می‌تواند کودکان را در معرض انواع آسیب‌های اجتماعی، روان‌شناختی و رفتاری قرار دهد (کرمی و تاریکی، ۱۳۹۵) و آموزش چنین کودکانی یکی از چالش‌برانگیزترین زمینه‌های مطالعه در آموزش ویژه قلمداد می‌شود. کودکان و نوجوانان کم‌شنوا نسبت به هم‌سالان عادی خود مشکل‌های بیشتری را تجربه می‌کنند (عاشوری و قاسم زاده، ۱۳۹۷). افت شنوایی می‌تواند تأثیر جدی بر رشد و تحول فرد داشته باشد و سلامت روان او را به خطر اندازد (مک دید، پارک و چاده^۷، ۲۰۲۱).

ناشنوایی و کم‌شنوایی می‌تواند به کاهش ارتباطات اجتماعی و در نتیجه انزوای اجتماعی و احساس تنهایی در کودکان منجر شود. احساس تنهایی، به دلیل ارتباط آن با وضعیت هیجانی افراد، محرومیت اجتماعی، رفتارها و سلامت روانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. یکی از دلایل اساسی احساس تنهایی در این کودکان، دشواری‌های ارتباطی و اجتماعی است که مانع از برقراری ارتباط مؤثر با دیگران می‌شود (تیمر، بنت، ماتانو، هیکسون، وینستین، ویلد و درای^۸، ۲۰۲۴). پژوهش‌های اخیر حاکی از آن است که افراد با آسیب شنوایی، در مقایسه با هم‌تایان شنوای خود، به‌طور معمول دوستان کم‌تری دارند و بیش‌تر احساس طردشدگی و بی‌توجهی از سوی هم‌سالان را تجربه می‌کنند (سادیکونا^۹، ۲۰۲۲). این شرایط در طول زمان، زمینه‌ساز انزوای اجتماعی و احساس تنهایی در این گروه می‌شود. علاوه بر این، محدودیت‌های ارتباطی ناشی از آسیب شنوایی، به‌طور مستقیم باعث افزایش احساس تنهایی در کودکان کم‌شنوا می‌شود (هایل^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴). ارتباط‌های کلامی برای نوجوانان کم‌شنوا به‌طور نامتناسبی منجر به چالش‌هایی در دوست‌یابی و افزایش احساس تنهایی می‌شود (بوث^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴). براساس نظر روان‌شناسان، هر کوششی که به رفع احساس تنهایی منجر شود، سدی در برابر موج مشکل‌های پیچیده روانی است و از سوی دیگر، باعث بهبود سلامت آن‌ها می‌شود (ایلاز، آکتورک، ارسی، اوزتورک و اصلان^{۱۲}، ۲۰۱۴).

1. Hearing Impairment
2. Zhang, Underwood, McGuire, Liang, Moore & Fu
3. Hallahan, Pullen & Kauffman
4. Holzinger, Hofer, Dall & Fellingner
5. World Health Organization
6. Vandam, Sophie, Ambrose, Moeller
7. McDaid, Park & Chadha
8. Timmer, Bennett, Montano, Hickson, Weinstein, Wild & Dyre
9. Sadikovna
10. Haile
11. Booth
12. Aylaz, Aktürk, Erci, Öztürk & Aslan

از سوی دیگر آسیب شنوایی یکی از ناتوانی‌های حسی در کودکان به حساب می‌آید. والدین این کودکان در زمینه مراقبت و نگهداری از آن‌ها با مشکل مواجه می‌شوند (توپول، جیرارد، پریر، تاکر و ووهر^۱، ۲۰۱۱)؛ از جمله این مشکل‌های رفتاری می‌توان به رفتارهای مقابله‌ای اشاره کرد. شیوع این مشکل‌های رفتاری در کودکان ناشنوا به عنوان یکی از مشکل‌های رفتاری برون‌گرایی در مقایسه با کودکان عادی بسیار بیش‌تر است (دو جانگ، جیوان، استاپرسما و ورگوب^۲، ۲۰۲۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کودکان و نوجوانان با کم‌شنوایی نسبت به هم‌تایان خود که کم‌شنوایی ندارند، شیوع بیشتری از مشکل‌های رفتاری را نشان می‌دهند (آوان، ملیک، اعظم، نصراله، طاهیر، زولیفیر و آویس^۳، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها حاکی از شیوع بالاتر مشکل‌های رفتاری در کودکان با آسیب شنوایی در مقایسه با هم‌سالان شنوا است (بوتچر و دامییر^۴، ۲۰۱۳). میزان شیوع مشکل‌های رفتاری در کودکان با آسیب شنوایی ۲۰ تا ۴۰ درصد بالاتر از کودکان شنوا گزارش شده است. این کودکان با رفتارهای خود باعث ایجاد تنش برای کل خانواده می‌شوند (کوهن - مانسیفیلد^۵، ۲۰۱۳). آن‌ها در اکثر مواقع پر جنب و جوش هستند و رفتارهای مخرب دارند که معمولا والدین واکنش‌های منفی به آن‌ها نشان می‌دهند (کریج^۶ و همکاران، ۲۰۱۶)، آن‌ها علائمی چون خستگی‌ناپذیری، پرخاشگری و خلق و خوی ناپه‌نجان را از خود بروز می‌دهند (مک دونالد و دری^۷، ۲۰۱۸). بنابراین توجه جدی به مسائل روانی کودکان، به‌خصوص از جهت تجارب و یادگیری‌های دوران کودکی به عنوان مهم‌ترین تعیین‌کننده شخصیت و سلامت افراد در دوران بزرگسالی تقریبا توسط همه مکتب‌های فکری حاکم بر روان‌شناسی و روان‌پزشکی در قرن بیستم مورد تأیید قرار گرفته است (موراتوری^۸ و همکاران، ۲۰۱۶). کم‌شنوایی می‌تواند مانع از برقراری ارتباط موثر کودکان با هم‌سالان و بزرگسالان شود. این امر می‌تواند منجر به انزوا، گوشه‌گیری و احساس تنهایی در آن‌ها گردد (پیمپرتون و راس^۹، ۲۰۲۳؛ شارما و کور^{۱۰}، ۲۰۲۲). کم‌شنوایی می‌تواند منجر به اضطراب اجتماعی، افسردگی و احساس تنهایی شود (کمپ و دل^{۱۱}، ۲۰۲۲).

بنابر آنچه بیان شد بر اساس پژوهش‌ها، چالش‌ها و مشکل‌های احساس تنهایی (منصوری نژاد، عبدلهی، محمدی، عبدالرسولی و زرگری، ۱۴۰۰) و مشکل‌های رفتاری (رحیمی پردنجانی و همکاران، ۱۴۰۰؛ مصطفی زاده و شاکر دولق، ۱۳۹۸) در کودکان کم‌شنوا بسیار حاد است. دوران کودکی زمان مناسبی برای شناسایی مشکل‌های کودکان، مداخله به موقع و جلوگیری از مشکل‌های عاطفی، اجتماعی و آموزشی در آینده است. درواقع، تشخیص و مداخله زودهنگام کم‌شنوایی می‌تواند به کودکان در یادگیری مهارت‌های ارتباطی و زبانی لازم برای تعامل موثر با دیگران کمک کند (انجمن گفتار زبان شنوایی آمریکا^{۱۲}، ۲۰۲۳). بنابراین باید روش‌های مداخله درمانی مناسب برای کاهش این مشکل‌ها ارائه شود. از این رو با توجه به اهمیت موضوع این پژوهش سعی دارد که اثر دو روش هشیاری در لحظه‌ها کودک محور و نقاشی‌درمانی به کودکان را بر بهبود این مشکل‌ها مورد بررسی قرار دهد.

مداخله‌های مبتنی بر هشیاری در لحظه‌ها (ذهن آگاهی) به عنوان یکی از درمان‌های شناختی - رفتاری نسل سوم قلمداد می‌شود. در دو دهه اخیر تعداد زیادی از مداخله‌ها و درمان‌های مبتنی بر هشیاری در لحظه‌ها ظهور کرده است (باثر^{۱۳}، ۲۰۰۶)، که از آن جمله می‌توان به هشیاری در لحظه‌ها کودک محور (بوردیک، ۲۰۱۴؛ ترجمه منشئی، اصلی آزاد، حسینی و طیبی،

1. Topol, Girard, Pierre, Tucker & Vohr
2. De Jong, Jvan, Stapersma & Vroegop
3. Awan, Malik, Azam, Nasrullah, Tahir, Zulfiqar & Awais
4. Bottcher & Dammeyer
5. Cohen-Mansfield
6. Craig
7. Mcdonald A, Drey
8. Muratori
9. Pimperton, & Ross
10. Sharma, & Kaur
11. Kemp & Dale
12. American Speech-Language-Hearing Association (Asha)
13. Baer

۱۳۹۶) اشاره کرد که کارایی بالینی آن در پژوهش‌های گوناگون برای جامعه آماری کودکان و نوجوانان نشان داده شده است. هشیاری در لحظه‌ها شکلی از مراقبه است (پاریش، لندر، وب و سینگا^۱، ۲۰۱۶) که به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آن چه در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد، تعریف شده است و به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی در توجه فرد تأکید می‌کند (مک‌کی و والکر، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش هشیاری در لحظه‌ها می‌تواند به کاهش تنهایی، اضطراب و افسردگی در کودکان و نوجوانان منجر شود (لانگر و هسه^۲، ۲۰۲۳). همچنین پژوهش‌ها حاکی از آن است که استفاده از تمرین‌های هشیاری در لحظه‌ها می‌تواند به کاهش سطح استرس و اضطراب کودکان کم‌شنوا کمک کند و در نتیجه منجر به کاهش احساس تنهایی در آن‌ها شود (حماد و شلهوب^۳، ۲۰۲۴). علاوه بر آن موجب بهبود توانایی‌های اجتماعی و کاهش مشکل‌های رفتاری مانند پرخاشگری در کودکان کم‌شنوا می‌شود (آقازیارتی^۴، ۲۰۲۳؛ مک‌گیر^۵، ۲۰۲۴).

نقاشی‌درمانی از برخی از رویکردها از جمله رویکرد فروید و یونگ نشأت یافته و به خصوص تحت تأثیر تکنیک روان‌تحلیلگری است و می‌تواند در زمینه‌های متفاوت به ویژه آموزش به ناشنوایان و کم‌شنوایان کمک کند (وبس‌کرمی، منصوری و روشن‌نیا، ۱۳۹۶). نقاشی عبارت است از ترسیم خودانگیخته تصاویر که فرصت‌هایی برای ارتباط و بیان غیرکلامی فراهم می‌کند (مردانی، شفیع‌آبادی و جعفری، ۲۰۲۰). استفاده از هنر درمانی می‌تواند به کودکان کم‌شنوا کمک کند تا احساس‌های خود را به شکلی غیرکلامی و خلاقانه بیان کنند، که این امر می‌تواند به کاهش اضطراب، افزایش عزت نفس و بهبود روابط اجتماعی آن‌ها منجر شود (برنیر، راتلیف، هیلتون، فینگرهات و لی^۶، ۲۰۲۱؛ ماچولیدی^۷، ۲۰۲۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این مداخله‌ها باعث کاهش شدت رفتارهای پرخاشگرانه و بهبود مهارت‌های اجتماعی می‌شود (یزدان‌پور، آشوری و عابدی، ۲۰۲۲). علاوه بر آن، نقاشی درمانی می‌تواند به کودکان کم‌شنوا کمک کند تا با محیط اطراف خود ارتباط بهتری برقرار کنند و در نتیجه تعامل اجتماعی آن‌ها بهبود یابد (انس، الهراب و الزین^۸، ۲۰۲۲).

با توجه به این‌که اکثر کودکان کم‌شنوا در محیط‌های زندگی با مشکل‌های بسیار هیجانی، رفتاری و شناختی روبه‌رو هستند، لازم است کودکان کم‌شنوا روش‌های برخورد با این مشکل‌ها را آموخته باشند؛ چراکه شناخت روش‌های خودآگاهی در مقابل مشکل‌های روان‌شناختی بر عملکرد کودکان تأثیر می‌گذارد. روش‌های آموزش هشیاری در لحظه‌ها باعث کنترل فرد بر افکار، تصمیم‌ها و روان خود می‌شود و این مهم تأثیر به‌سزایی بر احساس تنهایی و مشکل‌های رفتاری دارد. اگرچه در این زمینه پژوهش‌های مختلفی صورت گرفته است، اما تناقض در نتایج بسیار به چشم می‌خورد؛ بنابراین انجام یک پژوهش در جهت کاهش ابهام‌ها ضروری است. از سوی دیگر نقاشی درمانی می‌تواند با توانمندسازی و کاهش مشکل‌های کودکان کم‌شنوا، از طریق آموزش مهارت‌های لازم در زمینه خودباوری و مقابله با مشکل‌های محیطی و در شناخت شیوه‌های صحیح پاسخ‌دهی هنگام مواجهه با مشکل‌ها و درگیری‌های روزمره کمک کند. از این رو می‌توان انتظار داشت که آموزش هشیاری در لحظه‌ها کودک محور و نقاشی‌درمانی بر احساس تنهایی و مشکل‌های رفتاری کودکان کم‌شنوا تأثیرگذار باشد. بنابراین این پژوهش بر آن است که آیا آموزش هشیاری در لحظه‌ها کودک محور و نقاشی درمانی بر احساس تنهایی و مشکل‌های رفتاری کودکان کم‌شنوا، تأثیر معناداری دارند؟ همچنین آیا بین اثربخشی آموزش هشیاری در لحظه‌ها کودک محور و نقاشی درمانی بر احساس تنهایی و مشکل‌های رفتاری کودکان کم‌شنوا، شهر بوکان اختلاف معناداری وجود دارد؟

1. Parish, Linder, Webb & Siinga
2. Langer & Haase
3. Hammad & Shalhoub
4. Aghaziarati
5. Mcguire
6. Bernier, Ratcliff, Hilton, Fingerhut & Li
7. Malchiodi
8. Annous, Al-Hroub, & El Zein

روش

این پژوهش با توجه به هدف کاربردی و شیوه اجرا شبه آزمایشی از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش ابتدا پرسش‌نامه‌های پژوهش بر روی همه کودکان کم‌شنوای مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره اجرا شد. پس از آن افراد دارای نمره‌های بالا در پرسش‌نامه، فرم رضایت‌مندی را تکمیل کرده و با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش از جمله آستانه‌های شنوایی فرد در محدوده ۴۰ تا ۷۰ دسی‌بل، بازه سنی ۸ تا ۱۲ سال و رضایت جهت شرکت در مداخله و حضور فعال در جلسه‌ها، به عنوان گروه نمونه انتخاب شده و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) جایگزین شدند. ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. سپس گروه آزمایش طی ده جلسه درمانی ۴۵ دقیقه‌ای به صورت گروهی تحت آموزش هشیاری در لحظه‌ها کودک‌محور (بورردیک^۱) و گروه دیگر طی ده جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تحت نقاشی درمانی (لیپمن^۲) قرار گرفتند و در نهایت از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد.

ابزارهای سنجش

۱. مقیاس احساس تنهایی: این مقیاس برای سنجش احساس تنهایی در کودکان ۸ تا ۱۵ ساله توسط آشور و همکاران (۱۹۸۴) تهیه شده است که شامل ۲۴ گویه است و آزمودنی باید میزان توافق خود را با هر یک از گویه‌ها با انتخاب یکی از پنج درجه مقیاس (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵) بیان کند. در این مقیاس تعداد ۸ گویه به عنوان گویه‌های انحرافی وجود دارد که به موضوع‌های مورد علاقه کودکان مرتبط هستند. نتایج پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داده است که اعتبار مقیاس احساس تنهایی برای کل مقیاس ۰/۸۴ برای خرده مقیاس احساس تنهایی عاطفی ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس احساس تنهایی اجتماعی نیز ۰/۷۱ محاسبه شده که رضایت‌بخش بود.

۲. پرسش‌نامه مشکل‌های رفتاری کودکان و نوجوانان (RBPC): پرسش‌نامه کوای و پترسون (۱۹۸۷) دارای ۸۸ سوال بوده و هدف آن بررسی مشکل‌های رفتاری کودکان و نوجوانان (اختلال سلوک، مشکل‌های توجه - ناپختگی، پرخاشگری اجتماعی، اضطراب - گوشه‌گیری) است. برای نمره‌گذاری این پرسش‌نامه، سه نمره صفر، یک و دو به کار برده می‌شود. دامنه مشکل‌های رفتاری فرد از صفر تا ۱۷۶ نوسان دارد. در پژوهش شهیم و همکاران (۱۳۸۶) روایی پرسش‌نامه کوای و پترسون به روش همبستگی گویه‌ها با نمره کل، تحلیل عوامل و همبستگی بین نمره‌های پرسش‌نامه با نمره‌های پرسش‌نامه رفتار کودک راتر (۰/۸۸) به دست آمد.

برنامه مداخله

در این پژوهش از بسته آموزشی هشیاری در لحظه‌ها کودک‌محور بورردیک (۲۰۱۴) و بسته آموزشی هنردرمانی لیپمن (۲۰۱۵) استفاده شده است (حسینی و همکاران، ۱۳۹۶؛ زاده‌محمدی، ۱۳۸۷).

۱. مداخله هشیاری در لحظه‌ها کودک محور: جلسه‌های درمان هشیاری در لحظه‌ها کودک محور، به‌طور ویژه برای کودکان با هدف کمک به بهبود مهارت‌های خودآگاهی، تمرکز و مدیریت احساس‌ها طراحی شده‌اند. در این پروتکل که شامل تمرین‌های عملی و ارزیابی پیشرفت است، کودکان به کمک تمرین‌های ساده هشیاری در لحظه‌ها، توانایی‌های روانی خود را تقویت کرده و در کنترل استرس و اضطراب موفق می‌شوند.

1. Burdick
2. Lipman

جدول ۱. جلسه‌های درمان هشیاری در لحظه‌ها کودک محور

جلسه‌ها	هدف	تکلیف
اول	آشنایی با افراد، جلب مشارکت افراد و انجام تمرین‌های مقدماتی هشیاری در لحظه‌ها	معرفی آموزش هشیاری در لحظه‌ها و تعریف آن و توضیح پیرامون علت اجرای این دوره آموزشی برای دانش‌آموزان، توضیح پیرامون چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرین‌های هشیاری در لحظه‌ها و گنجاندن این تمرین‌ها در زندگی روزانه، آموزش و انجام تمرین‌های مربوط به وضعیت‌های تمرین‌های مراقبه هشیاری در لحظه‌ها (وضعیت نشستن روی صندلی، وضعیت خوابیده، به حالت چهار زانو، وضعیت دست‌ها) و ارائه تکلیف صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان در مورد ذهن آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته در برابر ذهن آرام با کمک بطری اکیلی، ارائه تکلیف
دوم	کسب آگاهی نسبت به تنفس آگاهانه	تکرار تمرین‌های پایه تنفسی و آموزش آگاهی نسبت به زمان حال با کمک تمرین "لیوان آب" و یادداشت‌نویسی درباره این که چگونه آگاهی نسبت به زمان حال، روز من را تغییر می‌دهد. ارائه تکلیف
سوم	کسب آگاهی نسبت به زمان حال	آموزش هشیاری در لحظه‌ها نسبت به پنج حس (چشیدن ذهن آگاهانه، گوش دادن ذهن آگاهانه، لمس کردن ذهن آگاهانه، بوییدن ذهن آگاهانه، دیدن ذهن آگاهانه) به همراه تکرار تمرین تنفس آگاهانه و ارائه تکلیف
چهارم	کسب آگاهی نسبت به پنج حس اصلی	مرور تمرین‌های تنفسی و انجام تمرین هشیاری در لحظه‌ها نسبت به افکار "نخته سفید نانوشته" و "عوض کردن کانال". ارائه تکلیف
پنجم	کسب آگاهی نسبت به افکار	انجام تنفس آرمیدگی مقدماتی، انجام تمرین هشیاری در لحظه‌ها نسبت به هیجان‌ها و معرفی "بازی من احساس می‌کنم" و یادداشت‌نویسی درباره هشیاری در لحظه‌ها نسبت به هیجان‌ها. ارائه تکلیف خانگی.
ششم	کسب آگاهی نسبت به هیجان‌ها	تکرار تمرین‌های پایه تنفسی (تنفس آرمیدگی) و تمرین "تن آرامی عضلانی تدریجی" و آموزش "اسکن بدن". ارائه تکلیف
هفتم	کسب آگاهی نسبت به عملکرد عضلات	تکرار تمرین‌های پایه تنفسی (تنفس آرمیدگی)، انجام تمرین "گوش دادن به بدنم" و "بازی احساس بدن من". ارائه تکلیف
هشتم	کسب آگاهی نسبت به بدن خود	آموزش "سلام کردن ذهن آگاهانه"، صحبت در مورد "رابطه" و تمرین مهارتی آن، تمرین هشیاری در لحظه‌ها در فعالیت روزانه، وظایف و تکالیف مدرسه. ارائه تکلیف
نهم	هشیاری در لحظه‌ها نسبت به روابط، انجام وظایف و تکالیف	مرور تمرین‌های هشیاری در لحظه‌ها جلسه‌های گذشته و مراقبه "محبت شفقت‌آمیز یا «آرزوهای دوستانه»".
دهم	شفقت هشیاری در لحظه‌ها	

۲. **بسته آموزشی نقاشی درمانی:** بر اساس اصول هنردرمانی برای بیان احساس‌ها، کاهش استرس، افزایش خودآگاهی و توسعه مهارت‌های اجتماعی طراحی شده و روایی آن توسط زاده‌محمدی (۱۳۸۷) ۰/۸۲ محاسبه شده است.

جدول ۲. ساختار جلسه‌های نقاشی درمانی

جلسه‌ها	هدف	تکلیف
اول	جذب اعضای گروه به موضوع	قطره‌ای جوهر یا رنگ روی کاغذ بچکانید، کاغذ را خوب تا بزنید و دوباره باز کنید. سعی کنید طرحی را که ظاهر شده به تصویری مبدل کنید.
دوم	گسترش قدرت تصویرپردازی و خلاقیت	از میان خط‌خطی‌هایی که کشیدید، یکی را که از همه بیشتر دوست دارید یا از آن خوش‌تان نمی‌آید، انتخاب کنید. نقاشی هدیه دهید.
سوم	ایجاد یا افزایش تمرکز و ...	هر چیزی را که دوست دارید به کسی هدیه دهید، نقاشی کنید.
چهارم	بروز احساس‌های مهم	نقاشی با موضوع آزاد ظرف ۱۵ تا ۲۰ دقیقه بدون تجزیه و تحلیلی
پنجم	ادراک کودک نسبت به خود	احساس‌های متضادی مثل عشق و تنفر یا عصبانیت و آرامش را نقاشی کنید
ششم	کشف رابطه خود با خانواده	نقاشی تمام اعضای خانواده‌تان را بکشید
هفتم	تقویت روابط بین دو نفر	دو کودک روی یک برگه‌ی کاغذ نقاشی بکشید (با وضع قوانین)
هشتم	شناخت افراد گروه و پویایی‌های گروهی به صورت کاملاً دقیق	کودکان باید به صورت گروهی و بدون تعیین موضوعی خاص نقاشی بزرگ روی یک کاغذ بسیار بزرگ بکشند
نهم	بررسی ترس‌ها و بازخورد آن به اعضاء بررسی شیوه مراقبت از قلمرو خود، بحث گروهی و یافتن روش‌های مراقبت و....	روی یک صفحه بزرگ، کاغذ دایره بزرگی کشیده و آن را از قطر به تعداد اعضای گروه تقسیم می‌کنیم. هر کودک می‌تواند مرز خود را به دل‌خواه ایجاد کند و یا وارد قلمرو دیگری شوند و به طور آزاد در آن نقاشی کنند.
دهم	آشکارسازی بخشی از هشیاری که از آن آگاه نیستند.	از کودکان گروه می‌خواهیم بر اساس سفر خیالی که برای‌شان تعریف می‌شود، نقاشی بکشند.

شیوه اجرای پژوهش

با مراجعه به مراکز شنوایی‌سنجی و مراکز وابسته به بهزیستی شهرستان بوکان و با کسب اجازه از حراست دانشگاه، اهداف و چگونگی انجام پژوهش برای مدیران مراکز تشریح شد و سپس با هماهنگی آن‌ها اطلاعات خانواده‌های کودکان کم‌شنوا تهیه شده و با آن‌ها تماس گرفته و در صورت کسب رضایت با تشکیل گروه‌های مجازی در فضای شبکه واتس‌آپ به مداخله وارد شدند. تعدادی از کودکان کم‌شنوا با توجه به معیارهای انتخاب نمونه و با توجه به معیارهای ورود به پژوهش شامل ۴۵ نفر در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند و پرسش‌نامه‌ها به صورت حضوری در اختیار افراد قرار داده شده و تکمیل شد. جلسه‌های آموزش طبق بسته آموزشی انجام و در نهایت بعد از جلسه‌های آموزش هنگام ترخیص رسانه آموزشی و کتابچه‌های آموزشی که با زبان ساده و روان تهیه شد در اختیار آن‌ها قرار گرفت. هم‌چنین در جلسه‌های آموزش مجازی نیز کل دفترچه تشریح شد. پس از آموزش دو گروه مداخله و کنترل فراخوانده شده و مجدداً پرسش‌نامه‌های پژوهش توسط سه گروه دوباره تکمیل گردید. با توجه به کودک بودن گروه‌های معیار، رعایت ملاحظه‌های اخلاقی مد نظر قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها ابتدا از آزمون توصیفی چولگی-کشدگی برای تعیین نحوه توزیع داده‌ها استفاده شد که با توجه به توزیع طبیعی داده‌ها و برای تبیین فرضیه‌های پژوهش از روش آماری تحلیل کوواریانس در نرم افزار SPSSv26 استفاده شد.

یافته‌ها

به منظور تعیین نرمال بودن توزیع نمونه آماری از آزمون چولگی و کشدگی استفاده شد. با توجه به نتایج، مقدار چولگی و کشدگی مشاهده شده برای متغیرهای مورد مطالعه در بازه (۲، -۲) قرار دارد. یعنی از لحاظ کجی متغیرهای پژوهش نرمال بوده و توزیع آن متقارن و توزیع متغیرها از کشدگی نرمال برخوردار است. بنابراین با توجه به نرمال بودن داده‌ها از آزمون‌های پارامتریک برای تبیین فرضیه‌های پژوهش استفاده شد. از پیش فرض‌های آزمون کوواریانس همبستگی بین متغیرهای کروی است. میزان ضریب همبستگی بین متغیرهای کمکی کوواریانس، نباید از مقدار $r=0/8$ بالاتر باشد. بر اساس نتایج ضریب همبستگی پیرسون، در کل بین متغیرهای کمکی نباید همبستگی بالایی باشد. با توجه به نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین هیچ‌کدام از متغیرها همبستگی قوی (بیش از $0/8$) وجود ندارد؛ بنابراین این مفروضه تایید می‌شود. رابطه خطی بین متغیر وابسته با متغیر کمکی برای همه گروه‌ها، باید به صورت خطی یا مستقیم وجود داشته باشد. تخطی از این مفروضه باعث کاهش توان آزمون می‌شود. این رابطه خطی با استفاده از ترسیم نمودار پراکنش برای هر گروه بررسی شد که در هر چهار متغیر پژوهش رابطه هم خطی مشاهده شد؛ بنابراین مفروضه هم خطی متغیرها در پیش آزمون و پس آزمون مورد تایید قرار گرفت. هم‌چنین نتایج آزمون χ^2 - باکس جهت همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد که آزمون χ^2 - باکس در متغیرهای پژوهش معنی‌دار نیستند؛ بنابراین واریانس دو گروه مداخله و کنترل در متغیرهای پژوهش به طور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون نشان داد تعامل متغیرهای کمکی (پیش آزمون‌ها) و وابسته (پس آزمون‌ها) در سطوح عامل در تمامی متغیرها معنی‌دار نیست. بنابراین فرض همگنی رگرسیون در همه متغیرها برقرار است.

جدول ۳. نتایج آزمون کوواریانس در اثر نقاشی درمانی بر احساس تنهایی و مشکل‌های رفتاری

توان آزمون	ضریب اتا	معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات		
۱/۰۰۰	۰/۸۰۲	۰/۰۰۱	۱۴۶/۲۱	۹۰۸/۹۵	۲	۹۰۸/۹۵	مقدار ثابت	اثر نقاشی درمانی
				۶/۲۱۶	۴۰	۲۲۸/۷۸	خطا	بر احساس تنهایی
۰/۹۵۱	۰/۳۸۶	۰/۰۰۱	۱۷/۵	۱۲۵/۱	۲	۲۵۰/۲	مقدار ثابت	اثر نقاشی درمانی
				۷/۱۱	۴۰	۳۹۸/۵	خطا	بر مشکل‌های رفتاری

۰/۹۴۸	۰/۳۱۱	۰/۰۰۱	۱۲/۶۲	۴۸۱/۵	۲	۹۳۶/۱	مقدار ثابت	اثر هشیاری در لحظه‌ها
				۳۸/۱۴	۴۰	۲۱۳۶/۰۶	خطا	بر احساس تنهایی
۱/۰۰۰	۰/۵۶۷	۰/۰۰۱	۴۷/۱۸۹	۱۰۶/۴۱	۲	۱۰۳۲/۷	مقدار ثابت	اثر هشیاری در لحظه‌ها
				۲۱/۹۰۶	۴۰	۷۸۸/۶	خطا	بر مشکل‌های رفتاری

نتایج جدول ۳، در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ حاکی از آن است که آموزش هشیاری لحظه‌ها کودک محور و نقاشی درمانی بر احساس تنهایی و مشکل‌های رفتاری کودکان کم‌شنوا تأثیرگذار بوده است؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که با سطح اطمینان ۹۹ درصد آموزش هشیاری در لحظه‌ها کودک محور ۰/۳۱۱ احساس تنهایی را کاهش می‌دهند و هم‌چنین آموزش هشیاری لحظه‌ها کودک محور ۰/۵۶۷ مشکل‌های رفتاری و هم‌چنین نقاشی درمانی ۰/۸۰۲ احساس تنهایی را کاهش می‌دهند و هم‌چنین نقاشی درمانی ۰/۳۸۶ مشکل‌های رفتاری دانش‌آموزان را کاهش می‌دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

تغییرات در سطح اطمینان ۹۵ درصد		معناداری	اختلاف میانگین (I-J)	(J) متغیر دوم	(I) متغیر اول	$\frac{I}{J}$	$\frac{I}{I}$
حد بالا	حد پایین						
۰/۷۰۶	-۶/۴۸۲	۰/۰۰۱	-۴/۳۸۸	هشیاری در لحظه‌ها	کنترل	$\frac{I}{J}$	$\frac{I}{I}$
-۲/۷۷	-۹/۹۴۸	۰/۰۰۱	-۴/۸۶۷	نقاشی درمانی	کنترل	$\frac{I}{J}$	$\frac{I}{I}$
-۱/۳۹	-۵/۵۵۷	۰/۰۰۱	-۳/۴۷۳	نقاشی درمانی	هشیاری در لحظه‌ها	$\frac{I}{J}$	$\frac{I}{I}$
-۰/۹۵	-۱۰/۷۵	۰/۰۱۴	-۵/۸۵۳	هشیاری در لحظه‌ها	کنترل	$\frac{I}{J}$	$\frac{I}{I}$
-۵/۰۶	-۱۴/۹	۰/۰۰۱	-۹/۹۸۶	نقاشی درمانی	کنترل	$\frac{I}{J}$	$\frac{I}{I}$
۰/۶۸	-۸/۹۵	۰/۰۰۵	۴/۱۳۳	نقاشی درمانی	هشیاری در لحظه‌ها	$\frac{I}{J}$	$\frac{I}{I}$

نتایج جدول شماره ۴ بین آموزش اثربخشی نقاشی درمانی و هشیاری در لحظه‌ها کودک محور بر احساس تنهایی و مشکل‌های رفتاری اختلاف معناداری وجود دارد ($\text{sig} < 0.05$) که با توجه به اختلاف میانگین مشاهده شده نقاشی درمانی نسبت به هشیاری در لحظه‌ها بر احساس تنهایی کودکان کم‌شنوا و هشیاری در لحظه‌ها کودک محور نسبت به نقاشی درمانی بر مشکل‌های رفتاری کودکان کم‌شنوای شهرستان بوکان بیشتر تأثیر می‌گذارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی آموزش هشیاری در لحظه‌ها کودک محور و نقاشی درمانی بر احساس تنهایی و مشکل‌های رفتاری کودکان کم‌شنوایی شهر بوکان بود که بر اساس یافته‌ها آموزش هشیاری در لحظه‌ها کودک محور و نقاشی درمانی بر احساس تنهایی و مشکل‌های رفتاری کودکان کم‌شنوا تأثیر مثبت و معناداری دارند. با توجه به نتایج این پژوهش نقاشی درمانی بر کاهش احساس تنهایی و آموزش هشیاری در لحظه‌ها بر کاهش مشکل‌های رفتاری کودکان بیش‌تر از مداخله درمانی دیگر تأثیرگذار است. از طریق نقاشی درمانی می‌توان به کودکان کم‌شنوا که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی ضعیف‌تری دارند، رفتارهای سازگارانه‌تری را آموخت. اصولاً نقاشی درمانی برای کودکان کم‌شنوا، تفریح و سرگرمی مناسبی است. ضمن آن‌که اعتماد به نفس و جرأت‌ورزی آن‌ها را تقویت می‌کند، اما هشیاری در لحظه‌ها با این که بر احساس تنهایی تأثیر دارد، کم‌تر بر بهبود روابط موثر است. از این رو نقاشی درمانی بر احساس تنهایی تأثیر بیش‌تری دارد. از سوی دیگر تمرین‌های هشیاری در لحظه‌ها باعث رشد عامل‌های مختلف مانند مشاهده، غیر قضاوتی بودن، غیر واکنشی بودن و عمل توأم با هشیاری می‌شود که این رشد بر بهبود رفتارهای واکنشی کودکان کم‌شنوا تأثیر فراوانی دارد. اما اثر نقاشی بر مشکل‌های رفتاری وابسته به تغییر در عواطف و هنجارهاست؛ بنابراین در بینش ذهنی کم‌تر اثر دارد. اثر هشیاری در لحظه‌ها بر مشکل‌های رفتاری به نسبت نقاشی درمانی در کودکان کم‌شنوا بیش‌تر است.

هدف اول این پژوهش بررسی اثربخشی نقاشی درمانی بر احساس تنهایی و مشکل‌های رفتاری بود که با توجه به یافته‌ها نقاشی درمانی بر احساس تنهایی و مشکل‌های رفتاری تأثیر مثبت و معناداری دارد. نقاشی به عنوان بیان مستقیم رویاها، تخیل‌ها و سایر تجارب شخصی را به صورت تصاویر امکان‌پذیر می‌سازد، نمایش‌های تصویری از محتوای ناخودآگاه، راحت‌تر برون‌ریزی می‌شوند تا با بیان کلامی. درواقع اثربخشی نقاشی درمانی به این علت است که در این روش فرصتی برای فرد فراهم می‌شود که به دور از مقررات خشک و رسمی و در محیطی کاملاً آزاد هیجان‌ها و احساس‌های خود را تخلیه کند و

از تخلیه انفجاری و پرخاشگری آن جلوگیری شود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های یزدان‌پور (۲۰۲۲)، آشوری و عابدی (۲۰۲۲)، انس و همکاران (۲۰۲۲)، محمدی‌کشکا و همکاران (۱۴۰۱)، معافی‌پور و همکاران (۱۴۰۱)، شیخ‌علی‌زاده (۱۴۰۱) و رحیمی پردنجانی و همکاران (۱۴۰۰) هم‌خوانی دارد. محمدی‌کشکا و همکاران (۱۴۰۱) نشان داده‌اند که آموزش بازی درمانی گروهی مبتنی بر نقاشی موجب بهبود مهارت‌های هیجانی کودکان با اختلال اضطراب جدایی می‌شود. هم‌چنین معافی‌پور و همکاران (۱۴۰۱) نشان داده‌اند که نقاشی درمانی و هنر بیان‌گر در جهت کاهش احساس تنهایی از نتایج و دستاوردهای این پژوهش است. شیخ‌علی‌زاده (۱۴۰۱) در پژوهش خود نشان داد که نقاشی درمانی و بازی درمانی بر خلاقیت و مشکل‌های رفتاری دانش‌آموزان تأثیر دارد. رحیمی پردنجانی و همکاران (۱۴۰۰) نیز نشان داده‌اند که هنر درمانی مبتنی بر نقاشی هم در مرحله پس‌آزمون و هم پیگیری موجب کاهش رفتار پرخاشگرانه و مؤلفه‌های خشم، پرخاشگری کلامی و رنجش می‌شود. نتایج یزدان‌پور و همکاران (۲۰۲۲) در تأثیر نقاشی درمانی بر کاهش شدت رفتارهای پرخاشگرانه و بهبود مهارت‌های اجتماعی تأکید کرده‌اند. هم‌چنین انس و همکاران (۲۰۲۲) نشان داده‌اند که نقاشی درمانی می‌تواند به کودکان کم‌شنوا در بهبود ارتباط با محیط اطراف و در نتیجه تعامل‌های اجتماعی آن‌ها بهبود یابد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان اظهار داشت که نقاشی درمانی می‌تواند به کودکان کم‌شنوا در احساس ارتباط بیش‌تر با دیگران و کاهش احساس تنهایی و انزوا کمک کند (پانیت و دن، ۲۰۲۳) و به کاهش رفتارهای پرخاشگرانه، اضطرابی و افسرده (گوان و کوتلک، ۲۰۲۲)، بهبود عزت نفس، اعتماد به نفس و خلق و خوی کلی در کودکان کم‌شنوا کمک کند (کواک و لی، ۲۰۲۲). بنابراین می‌توان از این طریق نقاشی به تمایل‌ها و شخصیت کودکان کم‌شنوا پی برد و به آن‌ها کمک کرد تا تعارض‌ها و مشکل‌ها را حل کنند؛ زیرا کودکان می‌توانند رفتارهای خشونت‌آمیز را با کشیدن نقاشی کاهش دهند و هم‌چنین با ایجاد ارتباط غیر کلامی، رابطه خود را دیگران را تقویت بخشند.

هدف دوم این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش هشیاری لحظه‌ها کودک محور بر احساس تنهایی و مشکل‌های رفتاری بود که براساس یافته‌ها آموزش هشیاری در لحظه‌ها کودک محور بر مشکل‌های رفتاری تأثیر مثبت و معناداری دارد. در جلسه‌های هشیاری در لحظه‌ها به کودکان آموزش داده می‌شود با دیدگاه وسیع‌تری افکار خود را زیر نظر بگیرند و رابطه‌ای نامتمرکز با محتوای ذهنی خود داشته باشند. از این‌رو تحت تأثیر این آموزش‌ها عملکرد کودکان در زمینه‌های مختلف بهبود می‌یابد. این یافته‌ها با نتایج منشی (۱۴۰۱)، شهبازی و همکاران (۱۴۰۰) و هوانگ و همکاران (۲۰۲۰) هم‌راستا است. در این ارتباط پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که آموزش هشیاری در لحظه‌ها می‌تواند به طور قابل‌توجهی تنهایی را در کودکان کم‌شنوا کاهش دهد (لانگر و هسه، ۲۰۲۳). منشی (۱۴۰۱) نشان داده‌اند که آموزش هشیاری در لحظه‌ها کودک محور بر شادکامی و اضطراب اجتماعی کودکان کم‌شنوا تأثیر معنادار دارد. هم‌چنین شهبازی و همکاران (۱۴۰۰) نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های هشیاری در لحظه‌ها کودک محور با بهره‌گیری از فنونی همانند افکار، هیجان‌ها و رفتار آگاهانه و بودن در زمان حال می‌تواند به عنوان یک روش کارآمد جهت بهبود تعامل والد-کودک و رفتارهای اجتماعی کودکان مورد استفاده گیرد. از سوی دیگر هوانگ و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان داده‌اند که هشیاری در لحظه‌ها و مهارت‌های زندگی با افزایش تاب‌آوری و کاهش مشکل‌های رفتاری مرتبط هستند. در تبیین این نتایج می‌توان بیان داشت که آسیب‌شنوایی در دوران کودکی یک آسیب حسی جدی است که می‌تواند بار اجتماعی و اقتصادی سنگینی را بر دوش افراد و خانواده‌ها بگذارد (بایلند و همکاران، ۲۰۲۴). مشکل‌های رفتاری این گروه از کودکان به ویژه در اولین سال‌های زندگی با نحوه تعامل و رفتار با والدین ارتباط دارد و به این ترتیب رفتارهای نامناسب و چالش‌برانگیز کودک سبب کاهش اعتماد به نفس والدین می‌شود (بینسی، ۲۰۲۳). آموزش هشیاری در لحظه‌ها کودک محور به عنوان یک رویکرد درمانی نوظهور، می‌تواند به کودکان کم‌شنوا در مدیریت این چالش‌ها کمک کند. هشیاری در لحظه‌ها به معنای تمرکز بر لحظه حال و پذیرش بدون قضاوت تجربه‌های درونی و بیرونی است. آموزش هشیاری در لحظه‌ها به کودکان کمک می‌کند تا افکار و احساس‌های خود را به طور موثرتری درک و تنظیم کنند.

همان طور که اغلب اختلال‌های رفتاری و گوشه‌گیری نیز در کودکان نتیجه عدم شناخت والدین از نیازهای ضروری دوران کودکی و کم‌توجهی به حساسیت این دوران در کودکان‌شان است، این کم‌توجهی موجب عدم سازگاری با محیط و در نتیجه بروز مشکل‌های رفتاری در کودک می‌شود. همچنین شناسایی سریع و به موقع اختلال‌ها، امکان درمان سریع‌تر و موثرتر آن‌ها را امکان‌پذیر می‌کند؛ چراکه می‌توان با ارائه آگاهی، شناخت و دانش در مورد نحوه رفتارها و ارائه الگوی صحیح رفتار به شیوه‌های آموزش‌محور از بروز آن‌ها جلوگیری کرده یا اثر این رفتارها را در کودکان کم‌شنوا کاهش داد. فقدان شیوه‌های آموزشی معین و کارآمد در کاهش مشکل‌های کودکان کم‌شنوا از معضله‌های اصلی این قشر از جامعه است. بنابراین توجه به مداخله‌های آموزشی کودکان کم‌شنوا امری ضروری است. با توجه به محدودیت‌های ناشی از معلولیت در کودکان کم‌شنوا و پیامدهای جسمانی، روانی و تحصیلی آن، اجرای آموزش‌های ویژه هماهنگ با نیازهای خاص این کودکان ضرورت می‌یابد. اما این آموزش‌ها باید به نحوی باشد که در شرایط مختلف بر مشکل‌های مختلف کودکان کم‌شنوا موثر واقع شود. نقاشی درمانی و هشیاری در لحظه‌ها می‌تواند عاملی موثر در بهبود عملکرد کودکان کم‌شنوا باشند و منجر به بهبود احساس تنهایی و مشکل‌های رفتاری کودکان کم‌شنوا گردند. چون با وجود محدودیت آموزشی برای ناشنویان و کم‌شنوایان، در سیستم‌های آموزشی کشور طرح‌های آموزشی برای این طیف دیده نشده، به همین جهت آن‌ها بیشتر آسیب می‌بینند. بنابراین توجه به رویکردهای نوین مانند نقاشی درمانی و هشیاری در لحظه‌ها کودک محور که می‌تواند در این شرایط منجر به بهبود عملکرد کودکان کم‌شنوا گردند، اهمیت ویژه‌ای دارند که نیاز است بیش‌تر مورد توجه مسئولان آموزش کودکان با نیازهای ویژه قرار گرفته و با توجه به یافته‌ها در کودکان با احساس تنهایی از روش‌های نقاشی درمانی و در کودکان با مشکل‌های رفتاری از آموزش هشیاری در لحظه‌ها کودک محور بیشتر بهره ببرند. این پژوهش با محدودیت‌هایی از جمله کنترل اثر متغیرهای تعدیل‌گر چون سن، جنسیت، تعداد افراد خانواده، میزان آموزش‌های دیده شده و... مواجه بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در آینده اثر متغیرهای تعدیل‌گر، تا جای ممکن کنترل شده و همچنین اثر آن در مقاطع سه یا شش ماه پیگیری شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود که معلمان، مشاوران برنامه‌ریزان تحصیلی، آموزشی کودکان کم‌شنوا با بهره‌گیری از نتایج این پژوهش پروتکل‌های آموزشی مبتنی بر نقاشی درمانی و هشیاری در لحظه‌ها کودک محور را مورد توجه قرار دهند.

تشکر و قدردانی

از اساتیدی که در راستای نگارش رساله و مقاله مستخرج کمک کردند و همچنین از همه کودکان با آسیب شنوایی که در پژوهش حاضر شرکت کردند، صمیمانه تشکر می‌نمایم.

منابع

- بوردیک، د. (۱۳۹۶). راهنمای آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی به کودکان و نوجوانان، ترجمه غلامرضا منشئی، مسلم اصلی آزاد، له حسینی و پریناز طیبی، چاپ اول، اصفهان: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان). تاریخ چاپ به زبان اصلی، ۲۰۱۴.
- حیدری‌دارانی، ز.، و منشئی، غ. ر. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر شادکامی و اضطراب اجتماعی کودکان کم‌شنوا. توانمندسازی کودکان استثنایی، ۱۱۳(۱)، ۲۷-۳۷.
- رحیمی‌پردنجانی س.، جلالی، د.، نجاتی‌فر، س.، اعرابی، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی هنر درمانی مبتنی بر نقاشی بر رفتار پرخاشگرانه دانش‌آموزان دختر با آسیب شنوایی. سنجش و پژوهش در مشاوره کاربردی، ۳(۳): ۱-۱۲.
- رضایی، ع. م.، صفایی، م.، و هاشمی، ف. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس احساس تنهایی دانشجویان، مجله روانشناسی بالینی، ۳۱(۳)، ۹۲-۸۱.
- زنجیران، ش.، کیانی، ل.، زارع، م.، شایقیان، ز. (۱۳۹۶). اثربخشی معنا درمانی گروهی بر احساس تنهایی زنان سالمند مقیم سرای سالمندان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۶(۳)، ۶۰-۶۷.

- شهبازی، ف.، احمدی، ر.، چرامی، م.، و غضنفری، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی کودک محور بر تعامل والد کودک و رفتارهای اجتماعی کودکان دارای خودکنترلی پایین. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۲).
- عاشوری، م.، تاج‌ور رستمی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه توان‌بخشی شناختی مبتنی بر حافظه بر نیمرخ حافظه فعال و حافظه آینده‌نگر دانش‌آموزان کم‌شنوا، *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۶(۶)، ۵۴-۴۰.
- محمدی‌کشک، س.، ابوالقاسمی، ع.، و کافی ماسوله، س.، م. (۱۴۰۱). تأثیر بازی‌درمانی گروهی مبتنی بر نقاشی بر مهارت‌های هیجانی کودکان با اختلال اضطراب جدایی. *روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۱۳(۴۹)، ۲۳۳-۲۵۹.
- مردانی، ف.، شفیق آبادی، ا.، جعفری، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی نقاشی درمانی بر اضطراب کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی. *فصلنامه علمی خانواده درمانی کاربردی*، ۱(۲)، ۶۸-۸۴.
- معافی پور، س.، داروئی، پ.، و قمرانی، ا. (۱۴۰۱). تدوین بسته هنر درمانی بیانگر بر پایه الگوی ماندالا در جهت کاهش احساس تنهایی. *مبانی نظری هنرهای تجسمی*، ۷(۲)، ۱۳۹-۱۵۲.
- منصوری نژاد، ر.، عبدالهی، ن.، محمودی، ط.، عبدالرسولی، ل.، و زرگ، ی. (۱۴۰۰). بررسی رابطه احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی، ترس از ارزیابی منفی، سرکوب فکر و ذهن آگاهی با میانجی‌گری خود‌پنهانی. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت* ۸(۳): ۵۱-۳۹.
- موسوی، س.، ز.، موللی، گ.، و موسوی، ن. (۱۳۹۸). احساس تنهایی، استقلال و هویت در نوجوانان ناشنوا. *فصلنامه علمی پژوهشی طب توان‌بخشی*، ۲(۲)، ۲۴۰-۲۵۳.
- Aghaziarati, A., Ashori, M., Norouzi, G., Hallahan, D. P. (2023). The effectiveness of mindful parenting on cognitive and behavioral emotion regulation in mothers of children with hearing loss. *Feyz Medical Sciences Journal*, 27(1), 76-83.
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2024). Early intervention for hearing loss.
- Annous, N., Al-Hroub, A., & El Zein, F. (2022). A systematic review of empirical evidence on art therapy with traumatized refugee children and youth. *Frontiers in psychology*, 13, 811515.
- Awan, N. U., Malik, U., Azam, M., Nasrullah, A., Tahir, F., Zulfikar, R., & Awais, A. (2024). Behavioral and Emotional Difficulties In Hearing Impaired Children And Adolescents: A Systematic Review. *Kurdish Studies*, 12(4), 544-554.
- Aylaz, R., Aktürk, U., Erci, C., Öztürk, H., & Aslan, H. (2014). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 55(3), 684-699.
- Baer, R. A. (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinicians guide to evidence base and application*. USA: Academic Press is an Imprint of Elsevier.
- Bernier, A., Ratcliff, K., Hilton, C., Fingerhut, P., & Li, C. Y. (2022). Art interventions for children with autism spectrum disorder: A scoping review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 76(5), 7605205030.
- Bincy, P. (2023). *Self acceptance and socio-emotional adjustment in relation to level of aspiration among hearing impaired secondary school students in inclusive and special schools* (Doctoral dissertation, Department of Education, University of Calicut).
- Booth, L., Pauwels, J., Chadha, N. K., & Felton, M. (2024). "A lonely time for deaf and hard of hearing kids": A qualitative study of the impact of pandemic precautions on classroom communication for adolescents with hearing loss. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 111989.
- Bøttcher, L., & Dammeyer, J. (2013). Disability as a risk factor? Development of psychopathology in children with disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(10), 3607-3617.

- Cohen-Yatziv, Liat (2019). The effectiveness and contribution of art therapy work with children in 2018 -what progress has been made so far? A systematic review, *International journal of art therapy*, volume 24, pages 100-112.
- Craig, F., Operto, F. F., De Giacomo, A., Margari, L., Frolli, A., Conson, M., ... & Margari, F. (2016). Parenting stress among parents of children with neurodevelopmental disorders. *Psychiatry research*, 242, 121-129.
- De Jong, T. J., van der Schroeff, M. P., Stapersma, L., & Vroegop, J. L. (2023). A systematic review on the impact of auditory functioning and language proficiency on psychosocial difficulties in children and adolescents with hearing loss. *International Journal of Audiology*, 1-11.
- Fellinger, J., Holzinger, D., Sattel, H., Laucht, M., & Goldberg, D. (2009). Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(8), 635-641.
- Haile, L. M., Orji, A. U., Reavis, K. M., Briant, P. S., Lucas, K. M., Alahdab, F., ... & GBD 2019 USA Hearing Loss Collaborators. (2024). Hearing loss prevalence, years lived with disability, and hearing aid use in the United States from 1990 to 2019: *Findings from the global burden of disease study*. *Ear and hearing*, 45(1), 257-267.
- Hallahan, D. P., Pullen, P. C., & Kauffman, J. M. (2023). Exceptional learners: An introduction to special education (15th Ed). *Published by Pearson Education, Inc.*
- Hammad, M. A., & Shalhoub, H. A. B. (2024). Effects of a Mindfulness-Based Program in Improving Self-Regulation and Attention Among Hard-of-Hearing Children: A Preliminary Investigation. *Mindfulness*, 1-11.
- Holzinger, D., Hofer, J., Dall, M., & Fellinger, J. (2022). Multidimensional family-centred early intervention in children with hearing loss: A conceptual model. *Journal of Clinical Medicine*, 11(6), 1548.
- Huang, C. C., Chen, Y., Jin, H., Stringham, M., Liu, C., & Oliver, C. (2020). Mindfulness, life skills, resilience, and emotional and behavioral problems for gifted low-income adolescents in China. *Frontiers in psychology*, 11, 594.
- Kemp, S., & Dale, P. (2022). The impact of hearing loss on social-emotional development in children. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 24(4), 1-10.
- Langer, E., & Hesse, J. (2023). The effects of mindfulness training on reducing loneliness in children with hearing impairment. *Journal of Positive Psychology*, 31(1), 45-58.
- Malchiodi, C. A. (2023). *Art therapy: Foundations, methods, and applications* (3rd ed.). Routledge.
- McDaid, D., Park, A., & Chadha, S. H. (2021). Estimating the global costs of hearing loss. *International Journal of Audiology*. 60(3), 162-170
- McDonald A, Drey NS. (2018). Primary-school-based art therapy: a review of controlled studies. *International Journal of Art Therapy*.23(1):33-44.
- McGuire, K. (2024). *Examining the Impacts of Mindfulness Martial Arts Intervention On Neural Indices of Auditory Selective Attention In Youth With ADHD* (Doctoral dissertation, Mount Saint Vincent University).
- Muratori, P., Lochman, J. E., Lai, E., Milone, A., Nocentini, A., Pisano, S., ... & Masi, G. (2016). Which dimension of parenting predicts the change of callous unemotional traits in children with disruptive behavior disorder? *Comprehensive psychiatry*, 69, 202-210.
- Parish, C. P., Linder, N. C., Webb, L., & Siinga, M. S. (2016). Indfulness- based approaches for children and youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 46(6): 172-178.
- Pimperton, H., & Ross, C. (2023). Loneliness in children with hearing loss: A systematic review and meta-analysis. *Trends in Hearing*, 27(1), 1-24.

- Sadikovna, R. K. (2022). Hearing-speech rehabilitation of children with cochlear implants as a socio-pedagogical problem. *Asian Journal of Multidimensional Research*, 11(11), 6-9.
- Sharma, A., & Kaur, S. (2022). Loneliness and social isolation among children with hearing loss: A scoping review. *Journal of Clinical and Experimental Research*, 27(1), 1-10.
- Timmer, B. H., Bennett, R. J., Montano, J., Hickson, L., Weinstein, B., Wild, J., ... & Dyre, L. (2024). Social-emotional well-being and adult hearing loss: clinical recommendations. *International Journal of Audiology*, 63(6), 381-392.
- Topol, D., Girard, N., Pierre, L. S., Tucker, R., & Vohr, B. (2011). The effects of maternal stress and child language ability on behavioral outcomes of children with congenital hearing loss at 18–24 months. *Early human development*, 87(12), 807-811.
- VanDam, M., Ambrose, S. E., & Moeller, M. P. (2012). Quantity of parental language in the home environments of hard-of-hearing 2-year-olds. *Journal of deaf studies and deaf education*, 17(4), 402-420.
- World Health Organization. (2021). *World report on hearing*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-hearing>
- Yazdanipour, M., Ashori, M., & Abedi, A. (2022). Impact of group theraplay on the social–emotional assets and resilience in children with hearing loss. *International Journal of Play Therapy*, 31(2), 107.
- Zhang, F., Underwood, G., McGuire, K., Liang, C., Moore, D. R., & Fu, Q. J. (2019). Frequency change detection and speech perception in cochlear implant users. *Hearing research*, 379, 12-20.

Comparing the Effectiveness of Child-Centered Mindfulness Training and Drawing Therapy on Loneliness and Behavioral Problems of Hearing Impaired Children

Khalid Ahmadnejad¹, Ali Shaker Doleq^{2*}, Ali Khademi³

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of child-centered mindfulness training and art therapy on loneliness and behavioral problems in children with hearing impairment in the city of Bukan. This research, considering its applied purpose, was conducted using a quasi-experimental design with a pretest-posttest structure. The research method was semi-experimental with a pretest-posttest design. The study population consisted of children with hearing impairment who attended the Bukan counseling center. A total of 45 participants were randomly assigned to two experimental groups and one control group (30 participants in the experimental groups and 15 in the control group). The research instruments included the child-centered mindfulness training package, the Liebmann art therapy training package, and two questionnaires: the Asher et al. (1984) Loneliness Scale and the Quay & Peterson (RBPC) Behavioral Problems Questionnaire for children and adolescents. Hypothesis testing was conducted using covariance analysis (ANCOVA) in SPSS v26. The findings indicate that art therapy had an effect of 0.802 on loneliness, while child-centered mindfulness training had an effect of 0.311 on loneliness ($p < 0.05$). Additionally, art therapy reduced behavioral problems by 0.386, while child-centered mindfulness training reduced behavioral problems by 0.567 ($p < 0.05$). Furthermore, the results suggest that art therapy was more effective than mindfulness training in reducing loneliness in children with hearing impairment, whereas child-centered mindfulness training was more effective than art therapy in reducing behavioral problems in these children ($p < 0.05$). Therefore, it can be concluded that art therapy is effective in treating loneliness, while child-centered mindfulness training is effective in addressing behavioral problems in children with hearing impairment.

Keywords: feeling alone, mindfulness, hearing loss, behavioral problems of children, painting therapy.

Submission: 15 October 2023

Revised: 3 November 2023

Accepted: 9 July 2024

1. Ph.D. student in general psychology, Islamic Azad University, Urmia branch, Urmia, Iran

2. Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Urmia branch, Urmia, Iran. **Corresponding Author**, Email: ali.shaker2000@gmail.com

3. Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Urmia branch, Urmia, Iran