

The Role of Artistic Activities in Illness Acceptance and Personal Identity Reconstruction Among Clients of Counseling and Treatment Centers: A Causal-Comparative Study

1. Raheleh Honari^{✉*}: PhD Student, Department of Psychology, Ki.C., Islamic Azad University, Kish, Iran

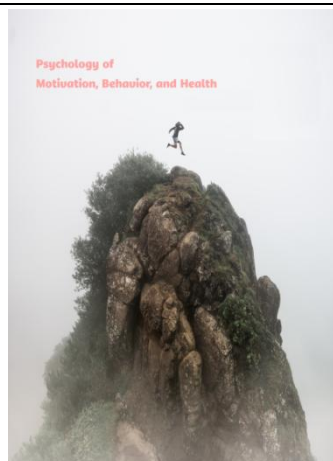
*Corresponding Author's Email: rahelehhonari@yahoo.com

Received: 2025-04-29

Revised: 2025-07-29

Accepted: 2025-08-05

Published: 2025-08-23



Abstract

Introduction and Aim: Artistic activities may facilitate emotional expression, self-understanding, meaning-making, and the symbolic representation of personal experiences, thereby contributing to how individuals perceive illness and understand their personal identity. This study aimed to compare illness perception and personal identity status between clients who participated in artistic activities and those with no documented history of such participation.

Methodology: This applied quantitative study employed an ex post facto causal-comparative design. The statistical population comprised clients attending psychological counseling and treatment centers, from whom 60 participants were selected through convenience sampling and assigned to two groups of 30: individuals engaged in artistic activities and individuals without artistic activity experience. Artistic activities included painting, drawing, music, theater, sculpture, carpet weaving, and related creative practices. Data were collected using the Brief Illness Perception Questionnaire developed by Broadbent et al. and Bardbar's Personal Identity Questionnaire. The data were analyzed in SPSS using independent-samples t-tests and one-way analysis of variance, with the significance level set at 0.05.

Findings: The independent-samples t-test revealed a statistically significant difference between participants with and without artistic activity experience in illness perception ($p=0.006$). A significant between-group difference was also found in personal identity status ($p=0.010$). Furthermore, illness perception and personal identity scores differed significantly according to age, gender, educational attainment, marital status, and employment status ($p<0.05$). However, because subgroup means and post hoc comparisons were not reported, the direction and precise location of the demographic differences could not be determined.

Conclusion: Participation in artistic activities was associated with significant differences in illness perception and personal identity status among clients of counseling and treatment centers. Artistic activities may therefore be considered a complementary resource alongside psychological counseling and clinical services. Nevertheless, given the retrospective causal-comparative design, the findings indicate associations and group differences and should not be interpreted as evidence of causality or as proof of the effectiveness of a formal art-therapy intervention.

Keywords: Artistic activities, illness perception, illness acceptance, personal identity, identity reconstruction, mental health.

How to Cite: Honari, R. (2025). The Role of Artistic Activities in Illness Acceptance and Personal Identity Reconstruction Among Clients of Counseling and Treatment Centers: A Causal-Comparative Study. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 3(2), 1-20.



Copyright: © 2025 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Illness, particularly when chronic, recurrent, or accompanied by functional and psychological limitations, is not merely a biological or clinical condition. It is also a multidimensional life experience that can alter individuals' perceptions of themselves, their future, their social relationships, their occupational and familial roles, and the overall meaning of their lives. People facing illness must often reconcile new physical or psychological realities with the self-image, expectations, and life plans they previously held. This adjustment may involve anxiety, anger, grief, uncertainty, perceived loss of control, reduced hope, social withdrawal, and disruption of personal identity. Accordingly, adaptation to illness cannot be explained solely by diagnosis or symptom severity; individuals' cognitive and emotional representations of illness and their capacity to integrate the illness into their lives are also critically important. Illness acceptance refers to a process through which individuals acknowledge the reality of their health condition, recognize its consequences and limitations, and continue their lives without either denying the condition or surrendering passively to it (Naghsh & Yekta, 2022).

Psychological adaptation to illness is strongly related to emotional awareness, emotional expression, and the ability to make sense of distressing experiences. Evidence from psychological interventions indicates that increasing nonjudgmental awareness of internal experiences can improve illness acceptance and coping strategies among individuals with chronic conditions (Irani et al., 2019). Similarly, emotional awareness and expression training, as well as relaxation-based approaches, have been associated with improved illness acceptance and emotional self-regulation in patients experiencing persistent health problems (Sabaei et al., 2024). These findings suggest that acceptance is not simply the result of receiving medical information. Rather, it depends on the individual's capacity to recognize, tolerate, express, and reorganize difficult emotions associated with illness. Activities that provide a safe and personally meaningful means of emotional expression may therefore contribute to more adaptive ways of perceiving and responding to illness.

Illness may also challenge personal identity. Personal identity includes the values, beliefs, memories, roles, commitments, goals, and self-perceptions through which individuals answer the question of who they

are. It provides a sense of personal distinctiveness while simultaneously maintaining continuity between the past, present, and anticipated future. Philosophical and anthropological discussions of identity have similarly emphasized self-awareness, individuality, and continuity as central elements of personhood (Hashempour & Rahimpour, 2022). Identity is therefore not a completely fixed structure; rather, it develops and changes through interaction with life experiences, social relationships, and significant transitions.

Identity development involves continuing processes of exploration, commitment, reconsideration, and adaptation. These processes can become particularly active during periods of crisis or major life change (Branje et al., 2021). Illness may represent such a crisis because it can threaten valued abilities, social roles, bodily integrity, independence, and future plans. In some cases, the illness may gradually become the dominant basis of self-definition, causing the individual to perceive the self primarily through symptoms, impairment, or the social role of being a patient. Identity reconstruction in this context involves integrating the illness into a broader personal narrative without reducing the entire self to the illness experience. Research on contemporary and postmodern identity has emphasized that personal identity is shaped by multiple sources of meaning and may be redefined in response to changing cultural and social conditions (Niazi & Afra, 2018). Studies of identity reconstruction in online environments have also shown that individuals can reinterpret, reorganize, and selectively represent different aspects of themselves within new contexts (Huang et al., 2021). Although online identity differs from identity in the context of illness, these findings support the broader principle that identity is flexible and narratively reconstructed through experience.

Artistic activities may provide an especially valuable setting for emotional expression, meaning-making, and self-representation. Art has historically served as one of the most fundamental forms of human communication, allowing individuals to express feelings, memories, conflicts, values, and imagined possibilities through images, sounds, movement, performance, and material creation. The role of art in quality of life extends beyond aesthetic enjoyment and includes enrichment of psychological experience, enhancement of participation, and strengthening of the individual's relationship with the self and the surrounding environment (Maleki, 2021). Art may also promote psychological well-being by activating imagination, facilitating emotional release, generating

pleasure, and supporting hope and inner reflection (Tajalli, 2021).

The psychological value of artistic participation may be explained through sensory, emotional, cognitive, and interpersonal mechanisms. Colors, sounds, rhythm, movement, form, and texture can influence attention and emotional arousal, while the process of creating an artwork requires decision-making, organization, and symbolic transformation. These features may promote concentration, emotional regulation, perceived control, and a sense of competence. Research examining the relationship between art and mental health has emphasized its potential role in reducing psychological pressure, facilitating emotional expression, and improving subjective well-being (Valipour Hafshejani & Shams Hafshejani, 2022). Artistic activity may therefore offer a nonverbal or partially verbal channel for individuals who experience difficulty explaining illness-related fear, anger, shame, sadness, or uncertainty through ordinary language.

A distinction must nevertheless be made between general artistic activity and formal art therapy. Artistic activity refers to participation in creative practices such as painting, drawing, music, theater, sculpture, handicrafts, or weaving, which may occur without a therapist or a formal clinical objective. Art therapy, by contrast, is a structured professional intervention delivered by a trained practitioner within an established therapeutic framework. However, ordinary artistic participation may still possess supportive psychological qualities. Postmodern approaches to art therapy emphasize the plurality of meaning, the importance of subjective interpretation, and the legitimacy of multiple personal narratives (Bankizadeh et al., 2021). Such principles are particularly relevant to identity reconstruction because artistic expression may allow individuals to form new interpretations of themselves, their illness, and their future.

Empirical literature has generally supported the complementary value of art-based processes in mental health care. Art therapy has been associated with enhanced emotional expression, self-awareness, social interaction, and psychological well-being among individuals receiving counseling and mental health services (Ahmed et al., 2025). Reviews of empirical studies have similarly indicated that art-based therapeutic approaches may reduce psychological distress and facilitate communication among people with mental illness (Razali, 2021). Art therapy has also been described as a complementary treatment that can be integrated with conventional psychological or

psychiatric care to improve emotional functioning and reduce selected symptoms (Hu et al., 2021). In trauma-related conditions, art-based approaches may help individuals symbolically represent difficult experiences, organize fragmented memories, and process emotions within a relatively safe expressive context (Schnitzer et al., 2021).

Art may also contribute to social and cultural identity. Participation in artistic activities can connect individuals with shared symbols, values, traditions, and collective narratives, thereby strengthening belonging and social participation (Golipour, 2024). Public art has likewise been associated with people's experiences of place, interpersonal connection, and community belonging (Cheung et al., 2021). These social functions may be especially important for individuals whose illness or psychological difficulties have contributed to isolation, reduced participation, or weakened social roles. In addition, contemporary perspectives have highlighted the cultural and educational value of art in promoting self-awareness, emotional development, and human values (Li, 2024). More recent conceptualizations have extended the scope of art therapy beyond symptom reduction by emphasizing connections among personal, social, environmental, and planetary well-being (Moula et al., 2025).

Despite the growing literature on art and mental health, previous studies have primarily focused on formal art therapy, psychological symptoms, trauma, anxiety, depression, or general well-being. Studies of illness acceptance have more often examined mindfulness, relaxation, or emotional training, whereas studies of identity have focused on developmental, philosophical, cultural, social, or online contexts. Comparatively less attention has been given to the simultaneous relationship of naturally occurring artistic participation with illness perception and personal identity among clients attending counseling and treatment centers. Therefore, the present study aimed to compare illness perception and personal identity status between clients with a history of participation in artistic activities and those without such a history.

Methodology

The study was applied in purpose, quantitative in approach, and employed an ex post facto causal-comparative design. Because the grouping variable had occurred naturally before data collection, no artistic intervention was implemented or manipulated by the researchers. The statistical population consisted

of clients attending psychological counseling and treatment centers. A convenience sample of 60 participants was selected and divided into two independent groups of 30. The first group included individuals who had participated in one or more artistic activities before entering counseling or while receiving services. These activities included painting, drawing, music, theater, sculpture, carpet weaving, and related creative practices. The comparison group consisted of individuals without a clearly documented history of artistic participation.

Demographic information included age, gender, educational level, marital status, and employment status. The Brief Illness Perception Questionnaire was used to assess participants' cognitive and emotional representations of illness, including perceived consequences, timeline, personal control, treatment control, symptom identity, concern, understanding, emotional response, and perceived causes. Personal identity was measured using Bardbar's Personal Identity Questionnaire, which assesses informational, normative, diffuse, and commitment-related identity dimensions. Internal consistency coefficients were 0.716 for illness perception and 0.735 for personal identity.

The data were analyzed using SPSS. Descriptive statistics included frequencies, percentages, means, and standard deviations. Independent-samples t-tests were used to compare the artistic-activity and non-artistic-activity groups. Differences in the principal variables across demographic categories were examined using independent-samples t-tests for two-category variables and one-way analysis of variance for variables with more than two categories. The significance level was set at 0.05.

Findings

The analysis indicated statistically significant differences between participants with and without artistic activity experience. For illness perception, the artistic-activity group obtained a mean score of 3.20, whereas the non-artistic-activity group obtained a mean score of 3.03. The between-group difference was statistically significant at $p=0.006$. This result indicates that the two groups differed in their cognitive and emotional representations of illness. However, because the total score included both potentially adaptive and threatening illness perceptions, the higher mean should not automatically be interpreted as unequivocally more favorable without examining the scoring direction of individual dimensions.

A statistically significant difference was also found in personal identity status. The mean score was 2.50 in the artistic-activity group and 2.83 in the non-artistic-activity group, with the difference reaching statistical significance at $p=0.010$. This result confirmed that identity status differed between the two groups. Nevertheless, the lower mean in the artistic-activity group cannot be interpreted as either more adaptive or less adaptive without considering the scoring direction and separate scores of the informational, normative, diffuse, and commitment dimensions.

Significant differences were also reported in illness perception and personal identity according to age, gender, educational attainment, marital status, and employment status. Differences across age groups were significant for both illness perception and identity status at $p<0.001$. Gender-related differences were significant for both variables at $p<0.001$. Educational groups differed significantly in illness perception at $p=0.004$ and in personal identity at $p=0.002$. Significant differences were also observed between married and unmarried participants for illness perception at $p=0.005$ and personal identity at $p=0.006$. Employment status was significantly associated with both illness perception and identity status at $p<0.001$. However, subgroup means and post hoc comparisons were not provided; consequently, the precise direction and location of these demographic differences could not be determined.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrate that participation in artistic activities was associated with statistically significant differences in both illness perception and personal identity status. The difference in illness perception may be explained by the expressive and meaning-making functions of art. Artistic participation can allow individuals to transform difficult emotions and ambiguous experiences into images, sounds, movements, performances, or material forms. Through this process, illness-related fear, grief, anger, uncertainty, and loss of control may become more observable, organized, and psychologically manageable. Creative activity may also strengthen perceived agency because the individual makes choices, manipulates materials, and produces a tangible outcome. Such experiences may influence beliefs about personal control, emotional response, and the meaning of illness.

The significant difference in identity status may reflect the capacity of artistic activity to broaden self-definition. Illness can narrow identity by making symptoms, limitations, and patienthood increasingly

dominant. Artistic participation may counter this process by enabling individuals to experience themselves as creators, performers, learners, or members of a social group. In this way, the person may retain or reactivate dimensions of identity that extend beyond illness. Art may also provide a symbolic space in which conflicting aspects of experience can coexist. The individual can represent vulnerability and strength, loss and hope, continuity and change without having to reduce the self to a single fixed narrative.

At the same time, the direction of the identity difference remains uncertain. The study established that the groups were statistically different, but the total score did not clarify whether participants with artistic experience had stronger informational identity, greater commitment, lower identity diffusion, or another identity pattern. Consequently, the results support an association between artistic participation and identity status but do not establish that artistic participation necessarily produces superior identity reconstruction.

The demographic findings suggest that illness perception and identity are embedded in broader developmental and social contexts. Age, gender,

education, marital relationships, and employment may shape access to resources, social expectations, perceived control, and the meaning assigned to illness. However, because the subgroup means and post hoc analyses were unavailable, no valid conclusion can be drawn regarding which demographic groups had more adaptive scores.

Overall, artistic activity appears to be a potentially valuable complementary resource for clients of counseling and treatment centers. It may support emotional expression, meaning-making, agency, social participation, and the maintenance of a broader personal identity. Nevertheless, the study did not evaluate a standardized art-therapy intervention, and its retrospective causal-comparative design does not permit causal inference. The findings should therefore be interpreted as evidence of significant group differences and associations rather than proof that artistic activity directly improves illness acceptance or reconstructs identity. Future controlled and longitudinal studies are required to determine whether structured artistic participation can produce measurable changes in illness acceptance and specific dimensions of personal identity.

نقش فعالیت‌های هنری در پذیرش بیماری و بازسازی هویت فردی مراجعہ‌کنندگان مراکز مشاوره و درمان: یک مطالعه علی-مقایسه‌ای

۱. راهله هنری*^{ID}: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: rahelehonari@yahoo.com

انتشار اولیه: ۱۴۰۴/۰۶/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۴

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۵/۰۷

دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۰۹

چکیده

مقدمه و هدف: فعالیت‌های هنری از طریق فراهم کردن زمینه بیان هیجان‌ها، خودشناسی، معناسازی و بازنمایی نمادین تجربه‌های فردی، ممکن است با نحوه مواجهه افراد با بیماری و ادراک آنان از هویت خویش ارتباط داشته باشند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه ادراک بیماری و وضعیت هویت فردی در میان مراجعہ‌کنندگان دارای سابقه فعالیت هنری و مراجعہ‌کنندگان فاقد چنین سابقه‌ای انجام شد.

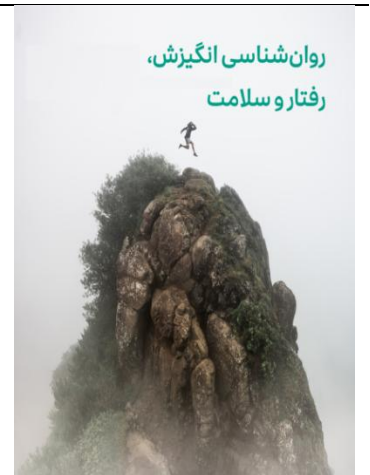
روش‌شناسی: این پژوهش کاربردی با رویکرد کمی و طرح علی-مقایسه‌ای پس‌رویدادی انجام شد. جامعه آماری شامل مراجعہ‌کنندگان مراکز مشاوره روان‌شناختی و درمانی بود که از میان آنان ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه ۳۰ نفره دارای فعالیت هنری و فاقد فعالیت هنری قرار گرفتند. فعالیت‌های هنری شامل نقاشی، طراحی، موسیقی، تئاتر، مجسمه‌سازی، قالی‌بافی و سایر فعالیت‌های مشابه بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه مختصر ادراک بیماری بردبنت و همکاران و پرسشنامه هویت فردی بردبار گردآوری شدند. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس یک‌راهه در سطح معناداری ۰.۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که میان افراد دارای فعالیت هنری و افراد فاقد فعالیت هنری از نظر ادراک بیماری تفاوت معناداری وجود داشت ($p=0.006$). تفاوت دو گروه از نظر وضعیت هویت فردی نیز از لحاظ آماری معنادار بود ($p=0.010$). همچنین، نمرات ادراک بیماری و هویت فردی برحسب سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال تفاوت معناداری داشتند ($p<0.05$). با این حال، به دلیل گزارش‌نشدن آزمون‌های تعقیبی و میانگین برخی زیرگروه‌ها، جهت و محل دقیق تفاوت‌های جمعیت‌شناختی مشخص نشد.

نتیجه‌گیری: مشارکت در فعالیت‌های هنری با تفاوت معنادار در ادراک بیماری و وضعیت هویت فردی مراجعہ‌کنندگان همراه بود و می‌تواند به‌عنوان ظرفیتی مکمل در کنار خدمات مشاوره‌ای و درمانی مورد توجه قرار گیرد. با توجه به ماهیت پس‌رویدادی پژوهش، یافته‌ها نباید به‌عنوان اثبات رابطه علی یا اثربخشی هنردرمانی تفسیر شوند.

کلیدواژه‌گان: فعالیت‌های هنری، ادراک بیماری، پذیرش بیماری، هویت فردی، بازسازی هویت، سلامت روان.

روان‌شناسی انگیزش،
رفتار و سلامت



نحوه استناددهی: هنری، راهله. (۱۴۰۴). نقش فعالیت‌های هنری در پذیرش بیماری و بازسازی هویت فردی مراجعہ‌کنندگان مراکز مشاوره و درمان: یک مطالعه علی-مقایسه‌ای. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۳(۲)، ۱-۲۰.



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC) صورت گرفته است. (4.0)

مقدمه

بیماری، به‌ویژه زمانی که ماهیتی مزمن، عودکننده یا همراه با محدودیت‌های جسمانی و روان‌شناختی داشته باشد، صرفاً یک وضعیت زیستی یا پزشکی نیست، بلکه تجربه‌ای چندبعدی است که می‌تواند ادراک فرد از خود، آینده، روابط اجتماعی، نقش‌های خانوادگی و حرفه‌ای و معنای کلی زندگی را دگرگون سازد. فرد در مواجهه با بیماری ناگزیر است میان واقعیت‌های جدید جسمانی یا روان‌شناختی و تصویری که پیش‌تر از خود داشته است، نوعی سازگاری ایجاد کند. این فرایند ممکن است با اضطراب، خشم، اندوه، احساس فقدان کنترل، کاهش امید، انزوای اجتماعی یا اختلال در انسجام هویتی همراه شود. از این‌رو، واکنش افراد به بیماری تنها برحسب شدت نشانه‌ها یا نوع تشخیص قابل تبیین نیست، بلکه نحوه ادراک، تفسیر و پذیرش بیماری نیز در تعیین کیفیت سازگاری آنان نقش اساسی دارد. پذیرش بیماری می‌تواند به فرد کمک کند تا محدودیت‌های موجود را به‌صورت واقع‌بینانه درک کند، منابع باقی‌مانده خود را بازشناسد و بدون انکار یا تسلیم منفعلانه، مسیر زندگی و اهداف خویش را متناسب با شرایط جدید بازتنظیم کند (Naghsh & Yekta, 2022).

پذیرش بیماری به معنای رضایت از بیماری یا چشم‌پوشی از درمان نیست، بلکه فرایندی روان‌شناختی است که طی آن فرد واقعیت وضعیت خود را می‌پذیرد، آثار و محدودیت‌های آن را در زندگی روزمره ادغام می‌کند و برای ادامه زندگی، راهبردهای سازگارانه‌تری به کار می‌گیرد. در این معنا، فرد می‌آموزد میان آنچه قابل تغییر و آنچه خارج از کنترل مستقیم اوست تمایز قائل شود و به‌جای مصرف انرژی روانی در انکار یا مقاومت دائمی، بر حفظ عملکرد، روابط، امید و کیفیت زندگی تمرکز کند. اعتبارسنجی نسخه فارسی مقیاس پذیرش بیماری نیز نشان می‌دهد که این سازه در ارزیابی سازگاری روان‌شناختی افراد با موقعیت‌های تهدیدکننده سلامت اهمیت قابل توجهی دارد و می‌تواند به‌عنوان شاخصی برای بررسی نحوه مواجهه افراد با بیماری به کار رود (Naghsh & Yekta, 2022).
 با این حال، باید میان پذیرش بیماری و ادراک بیماری تمایز مفهومی قائل شد؛ ادراک بیماری به مجموعه باورها، برداشتها و ارزیابی‌های شناختی و عاطفی فرد درباره ماهیت، پیامدها، مدت، قابلیت کنترل و

درمان‌پذیری بیماری اشاره دارد، درحالی که پذیرش بیماری بیشتر ناظر بر نحوه ادغام واقعیت بیماری در زندگی فرد است. باوجود این تمایز، این دو مفهوم به یکدیگر وابسته‌اند، زیرا ادراک تهدیدآمیز، کنترل‌ناپذیر یا ویرانگر از بیماری می‌تواند پذیرش آن را دشوار سازد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پذیرش بیماری تحت تأثیر توانایی فرد در تنظیم هیجان، پردازش تجربه و ایجاد معنایی منسجم از وضعیت خود قرار دارد. برای مثال، مداخلات مبتنی بر کاهش استرس و ذهن‌آگاهی می‌توانند از طریق افزایش آگاهی غیرقضاوتی نسبت به تجربه‌های جسمانی و هیجانی، پذیرش بیماری و راهبردهای مقابله‌ای را بهبود بخشند (Irani et al., 2019). همچنین، آموزش آگاهی و ابراز هیجانی و نیز آرام‌سازی، از طریق کاهش برانگیختگی روانی، تسهیل شناسایی احساسات و فراهم کردن امکان بیان هیجان‌های مرتبط با بیماری، می‌توانند پذیرش بیماری و خودنظم‌جویی هیجانی را ارتقا دهند (Sabaei et al., 2024). این یافته‌ها نشان می‌دهند که پذیرش بیماری صرفاً حاصل دریافت اطلاعات پزشکی نیست، بلکه به ظرفیت فرد برای تجربه، نام‌گذاری، ابراز و تنظیم هیجان‌های پیچیده نیز وابسته است. از این‌رو، هر فعالیتی که بتواند زمینه‌ای ایمن برای بیان هیجان، بازاندیشی در تجربه بیماری و بازسازی معنا فراهم کند، ممکن است با وضعیت مطلوب‌تر فرد در مواجهه با بیماری همراه باشد.

یکی از پیامدهای مهم بیماری، دگرگونی در برداشت فرد از هویت شخصی است. هویت فردی ساختاری چندبعدی و پویاست که از باورها، ارزش‌ها، ویژگی‌ها، خاطرات، نقش‌ها، روابط، اهداف و روایت‌هایی تشکیل می‌شود که فرد بر اساس آن‌ها به پرسش «من کیستم؟» پاسخ می‌دهد. هویت به فرد امکان می‌دهد احساس تمایز از دیگران و درعین حال احساس پیوستگی میان گذشته، حال و آینده را تجربه کند. در دیدگاه‌های فلسفی و انسان‌شناختی نیز خودآگاهی و ادراک فرد از خویش به‌عنوان پایه‌ای برای تشخیص و تداوم شخصی در نظر گرفته شده است (Hashempour & Rahimpour, 2022).
 بنابراین، هویت فردی را نمی‌توان مجموعه‌ای کاملاً ثابت از صفات دانست، بلکه باید آن را ساختاری در حال تحول تلقی کرد که در تعامل با تجربه‌های زیسته و تغییرات اجتماعی و روان‌شناختی بازبینی و بازسازی می‌شود.

تجربه‌های خود را در قالب تصویر، صدا، حرکت، روایت یا اجرا بازنمایی می‌کنند. نقش هنر در کیفیت زندگی نیز تنها به لذت زیبایی‌شناختی محدود نمی‌شود، بلکه با غنی‌سازی تجربه‌های روانی، افزایش مشارکت، تقویت احساس معنا و ارتقای ارتباط فرد با خود و محیط ارتباط دارد (Maleki, 2021). همچنین، هنر می‌تواند بر روح و روان افراد اثر گذاشته و از طریق ایجاد لذت، تخلیه هیجانی، فعال‌سازی تخیل و افزایش امید، به بهزیستی ذهنی آنان کمک کند (Tajalli, 2021). از این منظر، مشارکت در فعالیت‌های هنری نه تنها یک سرگرمی، بلکه نوعی تجربه روان‌شناختی و اجتماعی است.

فعالیت‌های هنری از طریق فرایندهای حسی، هیجانی، شناختی و اجتماعی می‌توانند با سلامت روان ارتباط داشته باشند. رنگ، صدا، ریتم، حرکت، بافت و فرم، دستگاه‌های حسی و توجهی فرد را درگیر می‌کنند و می‌توانند به کاهش تنش، افزایش تمرکز و تنظیم تجربه‌های عاطفی کمک کنند. از سوی دیگر، خلق اثر هنری نیازمند انتخاب، تصمیم‌گیری و سازمان‌دهی عناصر است و می‌تواند احساس کنترل، عاملیت و شایستگی را تقویت کند. بررسی تأثیر هنر بر سلامت روان نیز بر ظرفیت آن برای کاهش فشارهای روانی، تسهیل بیان احساسات و افزایش آرامش و رضایت از زندگی تأکید داشته است (Valipour Hafshejani & Shams Hafshejani, 2022). بنابراین، فعالیت هنری ممکن است برای افرادی که در بیان کلامی احساسات خود با دشواری مواجه‌اند، یک مسیر غیرکلامی یا نیمه‌کلامی برای آشکارسازی و پردازش تجربه‌های درونی فراهم آورد.

لازم است میان فعالیت هنری و هنردرمانی تمایز قائل شد. فعالیت هنری به مشارکت فرد در فعالیت‌هایی مانند نقاشی، طراحی، موسیقی، تئاتر، مجسمه‌سازی، بافندگی یا سایر اشکال خلق هنری اشاره دارد و ممکن است بدون حضور درمانگر یا اهداف درمانی رسمی انجام شود. در مقابل، هنردرمانی یک مداخله تخصصی، هدفمند و ساختاریافته است که با هدایت متخصص آموزش‌دیده و بر اساس اهداف بالینی مشخص اجرا می‌شود. با این حال، فعالیت‌های هنری عمومی نیز می‌توانند واجد ظرفیت‌های حمایتی و روان‌شناختی باشند. رویکردهای پست‌مدرن در هنردرمانی بر تکرار معنا، اهمیت روایت شخصی و پذیرش تفسیرهای چندگانه از تجربه فرد تأکید می‌کنند

تحولات هویتی در دوره‌های گذار، بحران و تغییرات اساسی زندگی شدت بیشتری پیدا می‌کنند. مرور پژوهش‌های مربوط به رشد هویت نشان داده است که هویت از طریق تعامل میان اکتشاف، تعهد، بازنگری و تجربه‌های اجتماعی شکل می‌گیرد و حتی پس از دوره نوجوانی نیز می‌تواند در پاسخ به رویدادهای جدید تحول یابد (Branje et al., 2021). بیماری نیز یکی از رویدادهایی است که می‌تواند این فرایند را فعال سازد. فرد ممکن است در نتیجه بیماری، بخشی از توانایی‌های پیشین، نقش‌های اجتماعی، استقلال، تصویر بدنی یا برنامه‌های آینده خود را در معرض تهدید ببیند. در چنین شرایطی، بیماری می‌تواند به تدریج به محور اصلی خودتعریفی فرد تبدیل شود و هویت او را به «بیمار بودن» محدود کند. بازسازی هویت فردی در این موقعیت به فرایندی اشاره دارد که طی آن فرد می‌کوشد تجربه بیماری را در روایت زندگی خود جای دهد، بدون آنکه تمامیت هویت خویش را به آن تقلیل دهد.

ماهیت بازسازی‌پذیر هویت در پژوهش‌های مرتبط با هویت معاصر نیز مورد تأکید قرار گرفته است. بررسی شکل‌گیری هویت شخصی در شرایط پست‌مدرن نشان می‌دهد که هویت افراد تحت تأثیر منابع متعدد معنا، تغییرات فرهنگی، روابط اجتماعی و افزایش امکان انتخاب و بازتعریف خویش قرار دارد (Niazi & Afra, 2018). همچنین، مطالعات مربوط به بازسازی هویت در محیط‌های آنلاین نشان داده‌اند که افراد می‌توانند در بسترهای جدید، جنبه‌های متفاوتی از خود را برجسته، بازتفسیر یا سازمان‌دهی کنند (Huang et al., 2021). اگرچه محیط آنلاین با تجربه بیماری تفاوت دارد، اصل بنیادین این مطالعات آن است که هویت ساختاری انعطاف‌پذیر و روایی است و می‌تواند در پاسخ به تجربه‌های جدید بازسازی شود. در زمینه بیماری، این انعطاف‌پذیری می‌تواند به فرد کمک کند تا نقش‌ها، ارزش‌ها و توانمندی‌های خود را از نو تعریف کند و میان تجربه بیماری و سایر ابعاد شخصیت، روابط و زندگی خویش تعادل برقرار سازد.

در این میان، هنر و فعالیت‌های هنری می‌توانند به‌عنوان بستری برای بیان، معناسازی و بازسازی تجربه‌های فردی مورد توجه قرار گیرند. هنر از دیرباز یکی از بنیادی‌ترین شیوه‌های ارتباط انسانی بوده است که از طریق آن افراد احساسات، تخیلات، ارزش‌ها، تعارض‌ها و

(Bankizadeh et al., 2021). این دیدگاه با فرایند بازسازی هویت همخوان است، زیرا فرد می‌تواند از طریق هنر روایت‌های جدیدی از خود، بیماری و آینده‌اش ایجاد کند.

هنردرمانی در مطالعات مختلف به‌عنوان رویکردی مکمل برای ارتقای سلامت روان و کاهش نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی معرفی شده است. مرور شواهد تجربی نشان داده است که فرایندهای هنری می‌توانند در بیان تجربه‌های دشوار، کاهش تنش، بهبود تعامل اجتماعی و افزایش خودآگاهی افراد مبتلا به مشکلات روانی نقش داشته باشند (Razali, 2021). همچنین، بررسی هنردرمانی به‌عنوان درمان مکمل اختلالات روانی نشان می‌دهد که فعالیت خلاقانه می‌تواند در کنار درمان‌های متعارف به کاهش برخی نشانه‌ها و ارتقای عملکرد روان‌شناختی کمک کند (Hu et al., 2021). در حوزه مشاوره نیز استفاده از هنر با افزایش خودبینگری، پردازش هیجان، شناخت تجربه‌های درونی و بهبود بهزیستی روان‌شناختی مرتبط دانسته شده است (Ahmed et al., 2025). این یافته‌ها از آن حمایت می‌کنند که هنر می‌تواند کانالی برای ارتباط با تجربه‌هایی باشد که بیان مستقیم آن‌ها دشوار، تهدیدکننده یا ناکافی است.

ظرفیت هنر برای پردازش تجربه‌های آسیب‌زا نیز اهمیت ویژه‌ای دارد. مرور نظام‌مند مطالعات هنردرمانی در اختلال استرس پس از سانحه نشان داده است که هنر می‌تواند به افراد کمک کند تجربه‌های آسیب‌زا را در قالب نمادها و تصاویر بازنمایی کنند، انسجام بیشتری به خاطرات پراکنده خود ببخشند و هیجان‌های دشوار را در محیطی نسبتاً ایمن پردازش نمایند (Schnitzer et al., 2021). اگرچه بیماری لزوماً معادل رویداد آسیب‌زا نیست، در برخی افراد تشخیص بیماری، تجربه درد، محدودیت یا درمان طولانی‌مدت می‌تواند ماهیتی تهدیدکننده و هویت‌زدایانه پیدا کند. در چنین شرایطی، فعالیت هنری ممکن است از طریق فراهم کردن فاصله نمادین میان فرد و تجربه بیماری، امکان مشاهده، تفسیر و بازسازمان‌دهی آن را ایجاد کند.

هنر همچنین می‌تواند در شکل‌گیری هویت فرهنگی و اجتماعی مؤثر باشد. مشارکت در فعالیت‌های هنری، افراد را با نمادها، ارزش‌ها، روایت‌ها و تجربه‌های جمعی پیوند می‌دهد و می‌تواند احساس تعلق و عضویت اجتماعی را تقویت کند (Golipour, 2024). این جنبه در

افرادی که به سبب بیماری یا مشکلات روان‌شناختی احساس انزوا، طرد یا کاهش مشارکت اجتماعی دارند، اهمیت مضاعفی پیدا می‌کند. فعالیت‌های گروهی مانند موسیقی، نمایش، نقاشی جمعی یا صنایع‌دستی می‌توانند زمینه تعامل، همکاری، دیده‌شدن و دریافت بازخورد اجتماعی را فراهم سازند. پژوهش درباره آثار هنر عمومی نیز نشان داده است که هنر می‌تواند بر تجربه افراد از مکان، کیفیت ارتباط اجتماعی، احساس تعلق و نحوه درک محیط زندگی اثر بگذارد (Cheung et al., 2021). بنابراین، هنر ممکن است نه‌فقط در سطح فردی، بلکه از طریق بازپیوند فرد با اجتماع به بازسازی هویت کمک کند.

کارکردهای فرهنگی و آموزشی هنر نیز با سلامت روان و رشد هویت پیوند دارند. نظریه‌های جدید هنردرمانی بر این نکته تأکید می‌کنند که هنر در بسترهای فرهنگی متفاوت، معانی و شیوه‌های اثرگذاری گوناگونی پیدا می‌کند و می‌تواند در آموزش، پرورش حساسیت عاطفی، رشد خودآگاهی و تقویت ارزش‌های انسانی به کار رود (Li, 2024). این امر نشان می‌دهد که آثار فعالیت هنری را نمی‌توان جدا از زمینه اجتماعی، فرهنگی و شخصی فرد تفسیر کرد. نوع هنر، معنایی که فرد به آن می‌دهد، میزان مهارت، انگیزه مشارکت، حمایت اجتماعی و تجربه موفقیت یا شکست در فعالیت هنری، همگی ممکن است بر پیامدهای روان‌شناختی آن اثرگذار باشند.

دیدگاه‌های جدیدتر، هنردرمانی را نه‌فقط روشی برای کاهش نشانه‌ها، بلکه رویکردی برای ایجاد ارتباط میان سلامت فرد، جامعه و محیط می‌دانند. در این چارچوب، هنر می‌تواند احساس پیوند با دیگران و جهان را تقویت کند و به افراد امکان دهد تجربه‌های شخصی خود را در زمینه‌ای گسترده‌تر از روابط انسانی و محیطی معنا کنند (Moula et al., 2025). چنین رویکردی برای افرادی که بیماری موجب کاهش احساس کنترل، محدودشدن نقش‌های اجتماعی یا تضعیف ارتباط آنان با محیط شده است، اهمیت دارد. مشارکت هنری می‌تواند به فرد یادآوری کند که هنوز قادر به خلق، انتخاب، تأثیرگذاری و برقراری ارتباط است و هویت او به وضعیت بیماری محدود نمی‌شود.

شناخت تفاوت احتمالی افراد دارای فعالیت هنری و فاقد آن می‌تواند شواهد اولیه‌ای درباره ظرفیت حمایتی هنر در زمینه بیان هیجان، معناسازی، سازگاری با بیماری و حفظ یا بازتعریف هویت فردی فراهم کند.

بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه ادراک بیماری و وضعیت هویت فردی در میان مراجعه‌کنندگان دارای سابقه فعالیت‌های هنری و مراجعه‌کنندگان فاقد سابقه فعالیت هنری در مراکز مشاوره و درمان بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر رویکرد، کمی و از نوع علی-مقایسه‌ای پس‌رویدادی بود. در این نوع پژوهش، متغیر مستقل به صورت مستقیم توسط پژوهشگر دست‌کاری نمی‌شود، بلکه گروه‌هایی که از پیش از نظر یک ویژگی یا تجربه با یکدیگر تفاوت دارند، از حیث متغیرهای مورد مطالعه مقایسه می‌شوند. بر این اساس، در پژوهش حاضر دو گروه از مراجعه‌کنندگان مراکز مشاوره روان‌شناختی و درمانی، شامل افراد دارای سابقه فعالیت هنری و افراد فاقد فعالیت هنری، از نظر ادراک بیماری و وضعیت هویت فردی با یکدیگر مقایسه شدند. جامعه آماری پژوهش را مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره روان‌شناختی و درمانی تشکیل دادند و نمونه‌ها به روش در دسترس انتخاب شدند. گروه دارای فعالیت هنری شامل افرادی بود که پیش از مراجعه یا هم‌زمان با دریافت خدمات مشاوره‌ای و درمانی، در یک یا چند فعالیت هنری مانند نقاشی، طراحی، موسیقی، تئاتر، مجسمه‌سازی یا قالببافی مشارکت داشتند. گروه مقایسه نیز از افرادی تشکیل شد که پیش از مراجعه یا در جریان درمان، سابقه مشخصی از مشارکت در فعالیت‌های هنری نداشتند. در هر گروه ۳۰ نفر و در مجموع ۶۰ نفر شرکت داشتند. با توجه به اینکه نوع، مدت، شدت و فراوانی فعالیت‌های هنری به صورت یکسان کنترل نشده و هیچ برنامه ساختاریافته‌ای از سوی پژوهشگر اجرا نشده بود، فعالیت هنری در این مطالعه به عنوان تجربه‌ای طبیعی و از پیش موجود در نظر گرفته شد و نباید آن را معادل یک مداخله رسمی هنردرمانی دانست. روش و تعداد نمونه در نسخه اصلی مقاله نیز به همین صورت گزارش شده است.

بر اساس این مبانی، ارتباط فعالیت‌های هنری با پذیرش بیماری و بازسازی هویت را می‌توان از طریق چند سازوکار توضیح داد. نخست، هنر بیان هیجان‌های پیچیده‌ای مانند ترس، خشم، شرم، اندوه و امید را تسهیل می‌کند. دوم، با تبدیل تجربه‌های مبهم به تصویر، صدا یا روایت، به سازمان‌دهی شناختی و معناسازی کمک می‌کند. سوم، انتخاب موضوع، رنگ، شکل یا شیوه اجرا می‌تواند احساس کنترل و عاملیت را افزایش دهد. چهارم، خلق هنری به فرد امکان می‌دهد خود را در نقش فردی خلاق، فعال و توانمند تجربه کند و از یکسان‌سازی هویت خود با بیماری فاصله بگیرد. پنجم، فعالیت‌های هنری گروهی می‌توانند ارتباط اجتماعی و احساس تعلق را تقویت کنند. این سازوکارها با یافته‌های مربوط به نقش هنر در بهزیستی روان‌شناختی، سلامت روان و کیفیت زندگی هم‌راستا هستند (Ahmed et al., 2025; Maleki, 2021; Valipour Hafshejani & Shams Hafshejani, 2022).

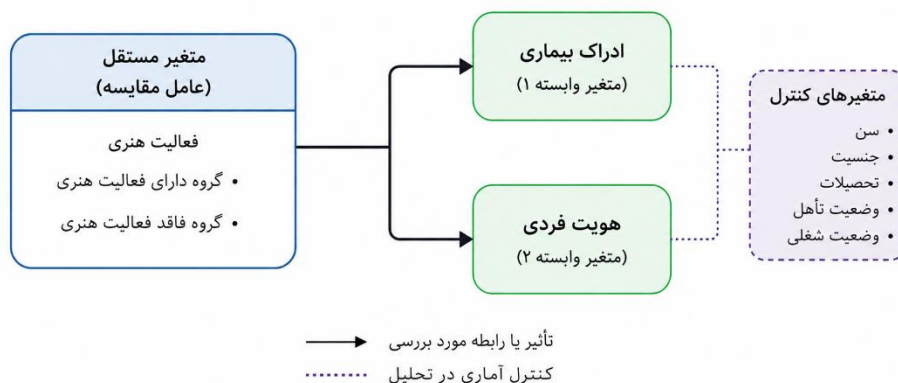
با وجود گسترش مطالعات مرتبط با هنر و سلامت روان، بخش عمده پژوهش‌ها بر هنردرمانی رسمی، کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی، اختلالات روانی یا تجربه‌های آسیب‌زا متمرکز بوده‌اند (Hu et al., 2021; Razali, 2021; Schnitzer et al., 2021). از سوی دیگر، مطالعات پذیرش بیماری عمدتاً اثربخشی مداخلاتی مانند ذهن‌آگاهی، آرام‌سازی و آموزش ابراز هیجان را بررسی کرده‌اند (Irani et al., 2019; Sabaei et al., 2024). پژوهش‌های هویت نیز بیشتر به رشد هویت، هویت پست‌مدرن، ابعاد فلسفی هویت یا بازسازی آن در محیط‌های اجتماعی و آنلاین پرداخته‌اند (Branje et al., 2021; Hashempour & Rahimpour, 2022; Huang et al., 2021; Niazi & Afra, 2018). در نتیجه، بررسی هم‌زمان فعالیت‌های هنری، نحوه مواجهه با بیماری و وضعیت هویت فردی در میان مراجعه‌کنندگان مراکز مشاوره و درمان کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

بررسی این موضوع از نظر کاربردی نیز حائز اهمیت است، زیرا مراکز مشاوره و درمان می‌توانند در کنار مداخلات تخصصی، فرصت‌هایی برای مشارکت داوطلبانه مراجعان در فعالیت‌های هنری فراهم آورند. البته چنین فعالیت‌هایی نباید جایگزین درمان‌های روان‌شناختی، روان‌پزشکی یا پزشکی تلقی شوند و نیز نباید بدون وجود چارچوب تخصصی، هنردرمانی نامیده شوند. با این حال،

فراوانی و درصد و برای متغیرهای اصلی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای مقایسه میانگین نمرات دو گروه دارای فعالیت هنری و فاقد فعالیت هنری، آزمون تی مستقل به کار گرفته شد؛ زیرا افراد دو گروه مستقل از یکدیگر بودند و داده‌ها ماهیت زوجی یا پیش‌آزمون - پس‌آزمون نداشتند. پیش از اجرای آزمون، نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها بررسی شد و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. همچنین، برای بررسی تفاوت متغیرهای اصلی بر حسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، در متغیرهای دوگروهی مانند جنسیت، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال از آزمون تی مستقل و در متغیرهای چندگروهی مانند سن و سطح تحصیلات از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. در صورت معنادار شدن تحلیل واریانس، اجرای آزمون تعقیبی برای تعیین محل دقیق تفاوت میان گروه‌ها ضروری بود. پایایی درونی ابزارها نیز با ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد که مقدار آن برای ادراک بیماری ۰/۷۱۶ و برای هویت فردی ۰/۷۳۵ به دست آمد و نشان‌دهنده پایایی قابل قبول ابزارها در نمونه مورد مطالعه بود. بر اساس این چارچوب، فعالیت هنری به‌عنوان متغیر گروه‌بندی‌کننده و ادراک بیماری و وضعیت هویت فردی به‌عنوان متغیرهای پیامد در نظر گرفته شدند و پژوهش در پی بررسی این موضوع بود که آیا میان افراد دارای فعالیت هنری و افراد فاقد فعالیت هنری از نظر این دو متغیر تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر.

برای گردآوری داده‌ها، ابتدا اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان شامل سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال ثبت شد و سپس پرسشنامه مختصر ادراک بیماری بردبنت و همکاران (۲۰۰۶) و پرسشنامه هویت فردی بردبار (۱۳۹۱) در اختیار آنان قرار گرفت. پرسشنامه مختصر ادراک بیماری از ۹ سؤال تشکیل شده است و ابعادی مانند پیامدهای ادراک‌شده بیماری، مدت‌زمان بیماری، کنترل شخصی، کنترل درمان، شدت و ماهیت علائم، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت ادراک‌شده بیماری را ارزیابی می‌کند. هشت سؤال نخست در دامنه صفر تا ۱۰ نمره‌گذاری می‌شوند و سؤال نهم به بیان علت یا علل ادراک‌شده بیماری اختصاص دارد. با توجه به محتوای این ابزار، سازه سنجیده‌شده در پژوهش «ادراک بیماری» است و نه پذیرش بیماری به معنای تخصصی آن؛ از این‌رو، در تفسیر نتایج باید این تمایز مفهومی مورد توجه قرار گیرد. پرسشنامه هویت فردی بردبار نیز شامل ۴۰ سؤال است و چهار بعد هویت اطلاعاتی، هویت هنجاری، هویت اغتشاشی و هویت تعهدی را اندازه‌گیری می‌کند. بنابراین، این ابزار وضعیت و سبک‌های هویت فردی را می‌سنجد و استفاده از عبارت «بازسازی هویت فردی» تنها در صورتی دقیق خواهد بود که تغییر هویت در طول زمان یا در قالب یک مداخله مشخص اندازه‌گیری شده باشد.

داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. در بخش آمار توصیفی، برای متغیرهای جمعیت‌شناختی از



شکل ۱: مدل مفهومی تحقیق

یافته‌ها

در این بخش، یافته‌های حاصل از داده‌های گردآوری شده با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند. در مرحله نخست، به منظور شناخت ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان، متغیرهای سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال بررسی شدند. در بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی ۶۰ شرکت‌کننده پژوهش مشخص شد که از نظر سنی، بیشترین فراوانی مربوط به گروه ۳۰ تا ۴۰ سال با ۳۰ درصد بود و پس از آن گروه‌های ۲۰ تا ۳۰ سال با ۲۷ درصد، ۴۰ تا ۵۰ سال با ۲۵ درصد و بالای ۵۰ سال با ۱۸ درصد قرار داشتند. از نظر جنسیت، ۶۳ درصد از شرکت‌کنندگان زن و ۳۷ درصد مرد بودند. همچنین، از نظر سطح تحصیلات، ۶۵ درصد دارای مدرک کارشناسی و پایین‌تر، ۳۰ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۵ درصد دارای مدرک دکتری بودند. بررسی وضعیت تأهل نیز نشان داد که ۵۵ درصد از جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیر	گروه	میانگین	حجم نمونه	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین
پذیرش بیماری	فاقد فعالیت هنری	۳۰.۳۳	۳۰	۱.۴۹۷	۰.۲۷۳
پذیرش بیماری	دارای فعالیت هنری	۳۲.۰۰	۳۰	۱.۳۷۴	۰.۲۵۰
بازسازی هویت فردی	فاقد فعالیت هنری	۲۸.۳۳	۳۰	۱.۰۵۳	۰.۱۹۲
بازسازی هویت فردی	دارای فعالیت هنری	۲۵.۰۰	۳۰	۱.۳۸۳	۰.۲۵۲

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین پذیرش بیماری در گروه دارای فعالیت هنری برابر با ۳۲.۰۰ و در گروه فاقد فعالیت هنری برابر با ۳۰.۳۳ بوده است. بنابراین، میانگین پذیرش بیماری در افراد دارای فعالیت هنری اندکی بیشتر از افراد فاقد فعالیت هنری گزارش شده است. انحراف استاندارد پذیرش بیماری در گروه دارای فعالیت هنری برابر با ۱.۳۷۴۶۵ و در گروه فاقد فعالیت هنری برابر با ۱.۴۹۶۷۴ بود که نشان می‌دهد پراکندگی نمرات در گروه فاقد فعالیت هنری کمی بیشتر بوده است.

جدول ۲. نتایج آزمون تی برای مقایسه متغیرهای پژوهش

مقایسه	میانگین تفاوت	انحراف استاندارد تفاوت	خطای استاندارد تفاوت	حد پایین فاصله اطمینان	حد بالای فاصله اطمینان	فاصله آماری تی	درجه آزادی	سطح معناداری
پذیرش بیماری در دو گروه	-۰.۱۶۶	۰.۴۶۱	۰.۰۸۴	۰.۳۳۸	۰.۵۵۲	-۱.۹۸۰	۲۹	۰.۰۰۶
بازسازی هویت فردی در دو گروه	۰.۳۳۳	۰.۶۶۰	۰.۱۲۰	۰.۰۸۶	۰.۵۸۰	۲.۷۶۳	۲۹	۰.۰۱۰

افراد مجرد و ۴۵ درصد متأهل بودند. از نظر وضعیت اشتغال نیز ۶۰ درصد از شرکت‌کنندگان شاغل و ۴۰ درصد غیرشاغل بودند. در مجموع، ترکیب نمونه نشان می‌دهد که سهم زنان، افراد ۲۰ تا ۴۰ سال، افراد دارای تحصیلات کارشناسی و پایین‌تر و افراد شاغل در نمونه بیشتر بوده است.

پس از گردآوری و بررسی پرسشنامه‌ها، داده‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در بخش آمار توصیفی، میانگین، انحراف استاندارد و خطای استاندارد متغیرهای پذیرش بیماری و بازسازی هویت فردی در دو گروه دارای فعالیت هنری و فاقد فعالیت هنری محاسبه شد. سپس برای بررسی تفاوت میان گروه‌ها از آزمون تی و برای بررسی تفاوت متغیرهای پژوهش بر حسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از تحلیل واریانس استفاده شد. در پایان نیز پایایی و روایی اولیه ابزارهای اندازه‌گیری مورد بررسی قرار گرفت.

در متغیر بازسازی هویت فردی، میانگین گروه فاقد فعالیت هنری برابر با ۲۸.۳۳۳ و میانگین گروه دارای فعالیت هنری برابر با ۳۲.۰۰۰ به دست آمد. جهت تفسیر این تفاوت به شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه وابسته است؛ به این معنا که تنها در صورتی می‌توان پایین‌تر یا بالاتر بودن میانگین را مطلوب تلقی کرد که جهت نمره‌گذاری ابزار به‌طور دقیق مشخص شده باشد. از این رو، برای تعیین معناداری آماری تفاوت‌های مشاهده‌شده، نتایج آزمون تی در جدول بعد ارائه شده است.

بر اساس مقادیر سطح معناداری گزارش شده در جدول ۲، تفاوت میان دو گروه از نظر پذیرش بیماری در سطح کمتر از ۰.۰۵ معنادار گزارش شده است. همچنین، تفاوت دو گروه از نظر بازسازی هویت فردی نیز با توجه به مقدار معناداری ۰.۰۱۰ از نظر آماری معنادار بوده است. بنابراین، بر اساس خروجی‌های ارائه شده، فرضیه اول مبنی بر وجود تفاوت معنادار میان افراد دارای فعالیت هنری و افراد فاقد فعالیت هنری از نظر پذیرش بیماری تأیید می‌شود. فرضیه دوم نیز مبنی بر وجود تفاوت معنادار میان دو گروه از نظر بازسازی هویت فردی مورد تأیید قرار می‌گیرد.

با این حال، برای تعیین دقیق گروه دارای وضعیت مطلوب‌تر نمی‌توان صرفاً به حدود پایین و بالای فاصله اطمینان استناد کرد؛ بلکه باید میانگین هر گروه و جهت نمره گذاری پرسشنامه‌ها بررسی شود. بر جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس متغیرهای پژوهش بر حسب سن

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری
پذیرش بیماری	بین گروهی	۵۴.۳۰۰	۲۱	۲.۵۸۶	۴۱.۳۷۱	۰.۰۰۰
	درون گروهی	۰.۵۰۰	۸	۰.۰۶۳	—	—
	کل	۵۴.۸۰۰	۲۹	—	—	—
بازسازی هویت فردی	بین گروهی	۵۴.۸۳۳	۲۱	۲.۶۱۱	۳۱.۳۳۳	۰.۰۰۰
	درون گروهی	۰.۶۶۷	۸	۰.۰۸۳	—	—
	کل	۵۵.۵۰۰	۲۹	—	—	—

بازسازی هویت فردی در گروه‌های سنی مورد مطالعه یکسان نبوده‌اند. با این حال، برای مشخص کردن اینکه تفاوت میان کدام گروه‌های سنی وجود دارد، انجام آزمون تعقیبی مانند توکی یا بونفرونی ضروری است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت گروه‌های سنی از نظر پذیرش بیماری معنادار بوده است؛ زیرا مقدار معناداری آزمون کمتر از ۰.۰۵ گزارش شده است. تفاوت گروه‌های سنی از نظر بازسازی هویت فردی نیز معنادار بود. بنابراین، می‌توان گفت نمرات پذیرش بیماری و

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس متغیرهای پژوهش بر حسب جنسیت

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری
پذیرش بیماری	بین گروهی	۳۸.۵۳۳	۱	۳۸.۵۳۳	۶۶.۳۲۸	۰.۰۰۰
	درون گروهی	۱۶.۲۶۷	۲۸	۰.۵۸۱	—	—
	کل	۵۴.۸۰۰	۲۹	—	—	—
بازسازی هویت فردی	بین گروهی	۳۲.۰۳۳	۱	۳۲.۰۳۳	۳۸.۲۲۲	۰.۰۰۰
	درون گروهی	۲۳.۴۶۷	۲۸	۰.۸۳۸	—	—
	کل	۵۵.۵۰۰	۲۹	—	—	—

نقش فعالیت‌های هنری در پذیرش بیماری و بازسازی هویت... (هنری)

نشده است، نمی‌توان مشخص کرد کدام گروه میانگین بیشتری داشته است. برای تفسیر کامل نتایج لازم است میانگین و انحراف استاندارد هر متغیر به تفکیک جنسیت نیز گزارش شود.

بر اساس نتایج جدول ۴، بین زنان و مردان از نظر پذیرش بیماری تفاوت معناداری وجود داشته است. همچنین، تفاوت دو گروه جنسیتی از نظر بازسازی هویت فردی نیز معنادار گزارش شده است. باین حال، از آنجا که میانگین نمرات زنان و مردان در جدول ارائه

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس متغیرهای پژوهش بر حسب سطح تحصیلات

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
پذیرش بیماری	بین گروهی	۴۳.۲۰۰	۲	۲۱.۶۰۰	۵۰.۲۷۶	۰.۰۰۴
	درون گروهی	۱۱.۶۰۰	۲۷	۰.۴۳۰	—	—
	کل	۵۴.۸۰۰	۲۹	—	—	—
بازسازی هویت فردی	بین گروهی	۴۴.۶۳۸	۲	۲۲.۳۱۹	۵۵.۴۸۰	۰.۰۰۲
	درون گروهی	۱۰.۸۶۲	۲۷	۰.۴۰۲	—	—
	کل	۵۵.۵۰۰	۲۹	—	—	—

دکتری یکسان نبوده است. باین حال، برای تعیین محل دقیق تفاوت‌ها باید آزمون تعقیبی اجرا شود. همچنین، با توجه به اینکه تنها ۵ درصد نمونه دارای مدرک دکتری بوده‌اند، نتایج این بخش باید با احتیاط تفسیر شود.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین افراد دارای سطوح مختلف تحصیلات از نظر پذیرش بیماری تفاوت معناداری وجود داشته است. همچنین، تفاوت گروه‌های تحصیلی از نظر بازسازی هویت فردی نیز معنادار بود. این نتایج نشان می‌دهد که نمرات دو متغیر پژوهش در میان افراد دارای تحصیلات کارشناسی و پایین‌تر، کارشناسی ارشد و

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس متغیرهای پژوهش بر حسب وضعیت تأهل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
پذیرش بیماری	بین گروهی	۳۷.۸۰۰	۱	۳۷.۸۰۰	۶۲.۲۵۹	۰.۰۰۵
	درون گروهی	۱۷.۰۰۰	۲۸	۰.۶۰۷	—	—
	کل	۵۴.۸۰۰	۲۹	—	—	—
بازسازی هویت فردی	بین گروهی	۳۰.۱۳۴	۱	۳۰.۱۳۴	۳۳.۲۶۳	۰.۰۰۶
	درون گروهی	۲۵.۳۶۶	۲۸	۰.۹۰۶	—	—
	کل	۵۵.۵۰۰	۲۹	—	—	—

فردی در افراد مجرد و متأهل یکسان نبوده است. باین حال، برای مشخص کردن گروه دارای میانگین بیشتر، ارائه آمار توصیفی هر گروه ضروری است.

همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، تفاوت افراد مجرد و متأهل از نظر پذیرش بیماری در سطح کمتر از ۰.۰۵ معنادار بوده است. تفاوت این دو گروه از نظر بازسازی هویت فردی نیز معنادار گزارش شده است. بنابراین، نمرات پذیرش بیماری و بازسازی هویت

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس متغیرهای پژوهش بر حسب وضعیت اشتغال

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
پذیرش بیماری	بین گروهی	۳۹.۶۲۱	۱	۳۹.۶۲۱	۷۳.۰۹۰	۰.۰۰۰
	درون گروهی	۱۵.۱۷۹	۲۸	۰.۵۴۲	—	—
	کل	۵۴.۸۰۰	۲۹	—	—	—
بازسازی هویت فردی	بین گروهی	۳۴.۵۸۶	۱	۳۴.۲۸۶	۴۵.۲۵۳	۰.۰۰۰
	درون گروهی	۲۱.۲۱۴	۲۸	۰.۷۵۸	—	—

کل

۵۵.۵۰۰

۲۹

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که بین افراد شاغل و غیرشاغل از نظر پذیرش بیماری تفاوت معناداری وجود داشته است. همچنین، وضعیت هویت فردی در این دو گروه تفاوت معناداری داشته است. از آنجا که میانگین نمرات افراد شاغل و غیرشاغل گزارش نشده

جدول ۸. نتایج بررسی روایی و پایایی ابزارهای پژوهش

متغیر	بار عاملی گزارش شده	آلفای کرونباخ
پذیرش بیماری	۰.۸۷۶	۰.۷۱۶
بازسازی هویت فردی	۰.۷۶۵	۰.۷۳۵

بر اساس جدول ۸، بار عاملی گزارش شده برای پذیرش بیماری برابر با ۰.۸۷۶ و برای بازسازی هویت فردی برابر با ۰.۷۶۵ بوده است. بالاتر بودن این مقادیر از ۰.۷۰ می‌تواند نشان‌دهنده ارتباط مناسب شاخص‌های مورد بررسی با سازه‌های مربوط باشد. همچنین، مقدار آلفای کرونباخ پذیرش بیماری برابر با ۰.۷۱۶ و آلفای کرونباخ بازسازی هویت فردی برابر با ۰.۷۳۵ به دست آمد. با توجه به بیشتر بودن هر دو ضریب از مقدار پذیرفته شده ۰.۷۰، می‌توان گفت ابزارهای پژوهش از همسانی درونی و پایایی قابل‌قبولی برخوردار بوده‌اند.

در مجموع، یافته‌های گزارش شده نشان می‌دهد میان گروه دارای فعالیت هنری و گروه فاقد فعالیت هنری از نظر متغیرهای اصلی پژوهش تفاوت معناداری وجود داشته است. همچنین، پذیرش بیماری و بازسازی هویت فردی بر حسب سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال متفاوت گزارش شده‌اند. باین‌حال، نتایج متغیرهای جمعیت‌شناختی صرفاً وجود تفاوت را نشان می‌دهند و برای تعیین جهت و محل دقیق تفاوت، ارائه میانگین گروه‌ها و اجرای آزمون‌های تعقیبی ضروری است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه ادراک بیماری و وضعیت هویت فردی در میان مراجعه‌کنندگان دارای سابقه فعالیت‌های هنری و مراجعه‌کنندگان فاقد چنین سابقه‌ای در مراکز مشاوره و درمان انجام شد. یافته‌های استنباطی نشان داد که میان دو گروه از نظر ادراک بیماری تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین نمره این متغیر در

است، نتایج صرفاً بیانگر وجود تفاوت هستند و جهت این تفاوت را مشخص نمی‌کنند. در آخرین مرحله، روایی اولیه و پایایی درونی ابزارهای پژوهش بررسی شد. نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۸ ارائه شده است.

گروه دارای فعالیت هنری بیشتر از گروه فاقد فعالیت هنری بود. همچنین، میان دو گروه از نظر وضعیت هویت فردی نیز تفاوت معناداری مشاهده شد. افزون بر این، نتایج نشان داد که نمرات متغیرهای پژوهش برحسب سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال یکسان نبودند. باین‌حال، از آنجا که برای برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی میانگین گروه‌ها و آزمون‌های تعقیبی گزارش نشده بود، تعیین جهت و محل دقیق تفاوت‌ها امکان‌پذیر نیست. همچنین، درباره متغیر هویت فردی، معناداری تفاوت دو گروه را می‌توان تأیید کرد، اما تفسیر مطلوب‌تر بودن نمره بالاتر یا پایین‌تر به شیوه نمره‌گذاری ابعاد پرسشنامه وابسته است؛ بنابراین، نتیجه‌گیری درباره برتری قطعی یکی از دو گروه از نظر بازسازی هویت باید با احتیاط انجام شود.

نخستین یافته پژوهش نشان داد که افراد دارای سابقه فعالیت هنری و افراد فاقد چنین فعالیتی از نظر ادراک بیماری تفاوت معناداری دارند. بیشتر بودن میانگین این متغیر در گروه دارای فعالیت هنری نشان می‌دهد که مشارکت در فعالیت‌های هنری با شیوه متفاوتی از شناخت، تفسیر و مواجهه عاطفی با بیماری همراه بوده است. البته با توجه به اینکه پرسشنامه مختصر ادراک بیماری، ابعادی مانند پیامدهای ادراک شده، مدت بیماری، کنترل شخصی، کنترل درمان، نگرانی، شناخت بیماری و پاسخ عاطفی را اندازه‌گیری می‌کند، صرف بالاتر بودن نمره کل همواره به معنای پذیرش بهتر یا وضعیت مطلوب‌تر نیست و تفسیر دقیق آن به جهت نمره‌گذاری مؤلفه‌ها وابسته است. باین‌وجود، تفاوت معنادار میان دو گروه نشان می‌دهد

که فعالیت هنری می‌تواند با نحوه سازمان‌دهی شناختی و هیجانی تجربه بیماری ارتباط داشته باشد.

این یافته با نتایج پژوهش‌هایی همسو است که بر نقش پردازش هیجانی، آگاهی و معناسازی در سازگاری با بیماری تأکید کرده‌اند. در پژوهش ایرانی و همکاران، کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب بهبود پذیرش بیماری و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به لوپوس شد؛ نتیجه‌ای که نشان می‌دهد توجه آگاهانه به تجربه‌های درونی و کاهش واکنش‌پذیری هیجانی می‌تواند نحوه مواجهه فرد با بیماری را تغییر دهد (Irani et al., 2019). همچنین، صبابی و همکاران نشان دادند آموزش آرام‌سازی و آموزش آگاهی و ابراز هیجانی با پذیرش بیماری و خودنظم‌جویی هیجانی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر ارتباط دارد (Sabaei et al., 2024). فعالیت هنری نیز می‌تواند عملکردی مشابه داشته باشد؛ زیرا فرد از طریق تصویر، صدا، حرکت، نقش‌آفرینی یا ساخت یک اثر، هیجان‌های دشوار مرتبط با بیماری را شناسایی و بیان می‌کند و از حالت تجربه‌ای مبهم و کنترل‌ناپذیر به سوی تجربه‌ای بازنمایی‌شده و قابل‌پردازش حرکت می‌کند.

یکی از سازوکارهای احتمالی تبیین این یافته، نقش فعالیت هنری در بیان غیرکلامی هیجان‌هاست. تجربه بیماری ممکن است با ترس از آینده، احساس درماندگی، خشم، شرم، اندوه یا احساس متفاوت بودن همراه باشد؛ هیجان‌هایی که همیشه نمی‌توان آن‌ها را به‌طور مستقیم و روشن در قالب واژه‌ها بیان کرد. هنر امکان می‌دهد تجربه درونی در قالب نماد، رنگ، ریتم، تصویر یا اجرا بازنمایی شود و فرد بدون الزام به توضیح کامل و مستقیم، با محتوای هیجانی خود ارتباط برقرار کند. احمد و همکاران نشان داده‌اند که به‌کارگیری هنر در فرایند مشاوره می‌تواند خودبیانگری، پردازش هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی را تقویت کند (Ahmed et al., 2025). بر این اساس، می‌توان استدلال کرد که افراد دارای فعالیت هنری احتمالاً فرصت بیشتری برای آشکارسازی، تحمل و بازسازمان‌دهی هیجان‌های مرتبط با بیماری داشته‌اند و همین امر به تفاوت آنان در ادراک بیماری منجر شده است.

یافته حاضر همچنین با مطالعات مربوط به نقش مکمل هنردرمانی در سلامت روان همخوانی دارد. هو و همکاران هنردرمانی را رویکردی

مکمل برای اختلالات روانی معرفی کرده‌اند که می‌تواند از طریق کاهش تنش، بهبود بیان هیجان و افزایش خودآگاهی، در کنار درمان‌های اصلی مورد استفاده قرار گیرد (Hu et al., 2021). رازالی نیز در مرور شواهد تجربی نشان داد که فعالیت‌های هنری ساختاریافته می‌توانند در کاهش برخی نشانه‌های روان‌شناختی، بهبود روابط اجتماعی و افزایش توانایی افراد برای بیان تجربه‌های دشوار مؤثر باشند (Razali, 2021). هرچند فعالیت‌های بررسی‌شده در پژوهش حاضر معادل هنردرمانی رسمی نبودند، اشتراک آن‌ها در استفاده از فرایند خلاقانه نشان می‌دهد که مشارکت هنری طبیعی نیز ممکن است بخشی از سازوکارهای حمایتی هنر را فعال کند.

از منظر شناختی، فعالیت هنری می‌تواند به معناسازی درباره بیماری کمک کند. فرد هنگام خلق اثر هنری، تجربه‌های پراکنده را انتخاب، ترکیب و سازمان‌دهی می‌کند و به آن‌ها صورت قابل‌مشاهده‌ای می‌بخشد. این فرایند ممکن است موجب شود بیماری از یک تجربه آشفته، ناشناخته و همه‌جانبه به بخشی قابل‌تفسیر از زندگی تبدیل شود. ولی‌پور هفشجانی و شمس هفشجانی بر نقش هنر در کاهش فشار روانی، ایجاد آرامش و بهبود سلامت روان تأکید کرده‌اند (Valipour Hafshejani & Shams Hafshejani, 2022). همچنین، تجلی هنر را عاملی مؤثر بر روح، روان و بهزیستی ذهنی افراد دانسته است (Tajalli, 2021). بنابراین، تفاوت مشاهده‌شده در ادراک بیماری ممکن است تا حدی نتیجه نقش هنر در کاهش آشفتگی هیجانی و ایجاد چارچوبی منظم‌تر برای تفسیر تجربه بیماری باشد.

احساس کنترل و عاملیت نیز می‌تواند سازوکار تبیینی دیگری باشد. بیماری، به‌ویژه در صورت مزمن یا غیرقابل‌پیش‌بینی بودن، ممکن است احساس کنترل فرد بر بدن، برنامه‌های روزانه و آینده را کاهش دهد. در مقابل، خلق هنری مستلزم انتخاب موضوع، ابزار، رنگ، فرم، صدا یا شیوه اجراست. فرد در فضای هنری تصمیم می‌گیرد، تغییر ایجاد می‌کند و نتیجه‌ای ملموس تولید می‌کند. این تجربه می‌تواند احساس توانمندی و عاملیت را تقویت کند و بر ادراک فرد از کنترل شخصی و امکان مدیریت شرایط اثر بگذارد. مالکی نیز نقش هنر را در ارتقای کیفیت زندگی، غنی‌سازی تجربه انسانی و تقویت ابعاد روانی و اجتماعی زندگی برجسته کرده است (Maleki, 2021). از این‌رو، فعالیت هنری ممکن است به افراد کمک کرده باشد خود را

تنها دریافت‌کننده منفعل پیامدهای بیماری ندانند، بلکه همچنان واجد توان انتخاب، خلق و تأثیرگذاری تجربه کنند.

دومین یافته اصلی پژوهش نشان داد که میان افراد دارای فعالیت هنری و افراد فاقد فعالیت هنری از نظر وضعیت هویت فردی تفاوت معناداری وجود دارد. این نتیجه از نظر نظری اهمیت دارد، زیرا بیماری می‌تواند تداوم تصویر فرد از خویش را مختل کند و موجب شود نقش‌ها، ارزش‌ها، توانایی‌ها و برنامه‌های آینده او مورد بازنگری قرار گیرند. هویت فردی ساختاری پویا و چندبعدی است که در تعامل با تجربه‌های جدید شکل می‌گیرد و می‌تواند در دوره‌های بحران یا تغییر اساسی بازسازی شود. برانژی و همکاران نشان داده‌اند که رشد هویت حاصل تعامل فرایندهایی مانند اکتشاف، تعهد و بازنگری است و در پاسخ به تجربه‌های اجتماعی و تحولی تغییر می‌کند (Branje et al., 2021). بنابراین، بیماری نیز می‌تواند زمینه‌ای برای بازنگری هویت فراهم سازد و فعالیت هنری ممکن است نحوه انجام این بازنگری را تحت تأثیر قرار دهد.

فعالیت هنری به فرد اجازه می‌دهد روایت تازه‌ای از خود ایجاد کند. فرد ممکن است در نتیجه بیماری به تدریج خود را عمدتاً از طریق محدودیت، نشانه یا نقش بیمار تعریف کند. در چنین شرایطی، مشارکت در موسیقی، نقاشی، نمایش، طراحی یا صنایع دستی می‌تواند جنبه‌های خلاق، مولد و فعال هویت را دوباره برجسته سازد. فرد در فرایند هنری صرفاً «بیمار» نیست، بلکه خالق، نوازنده، طراح، بازیگر یا عضوی از یک گروه هنری است. این تغییر جایگاه نمادین می‌تواند به گسترش خودتعریفی و جلوگیری از تقلیل تمام هویت به بیماری کمک کند. دیدگاه‌های فلسفی درباره هویت نیز بر خودآگاهی، تشخیص و احساس تداوم فردی تأکید دارند (Hashempour & Rahimpour, 2022). بر این مبنای، هنر می‌تواند فضایی برای حفظ یا بازسازی تداوم میان گذشته، حال و آینده فرد فراهم کند.

این تبیین با پژوهش‌های مربوط به بازسازی هویت هماهنگ است. هوانگ و همکاران در مرور مطالعات هویت آنلاین نشان دادند که افراد در بسترهای جدید می‌توانند ابعاد مختلف هویت خود را بازنمایی، بازتفسیر و بازسازی کنند (Huang et al., 2021). هرچند محیط هنری با فضای آنلاین یکسان نیست، هر دو بستر فرصتی برای

آزمودن روایت‌ها و بازنمایی‌های متفاوت از خود ایجاد می‌کنند. همچنین، نیازی و افرا نشان داده‌اند که هویت شخصی در شرایط اجتماعی معاصر تحت تأثیر تعدد منابع معنا و امکان بازتعریف خود قرار دارد (Niazi & Afra, 2018). فعالیت هنری نیز می‌تواند یکی از این منابع معنا باشد و به فرد امکان دهد تصویری انعطاف‌پذیرتر و چندوجهی‌تر از خود ایجاد کند.

رویکردهای پست‌مدرن به هنردرمانی نیز بر تکرر معنا، اهمیت تجربه شخصی و اعتبار روایت‌های گوناگون تأکید دارند (Bankizadeh et al., 2021). از این منظر، یک اثر هنری الزاماً یک معنای ثابت ندارد، بلکه می‌تواند امکان شکل‌گیری چند تفسیر از تجربه فرد را فراهم کند. این ویژگی برای بازسازی هویت اهمیت زیادی دارد، زیرا فرد می‌تواند تجربه بیماری را نه به‌عنوان پایان هویت پیشین، بلکه به‌عنوان یکی از اجزای روایتی گسترده‌تر بازتفسیر کند. هنر فضایی ایجاد می‌کند که در آن تضاد میان سلامت و بیماری، توانایی و محدودیت، امید و ترس یا گذشته و آینده بدون الزام به حذف یکی از دو سوی تجربه، بازنمایی و تحمل شود.

پژوهش‌های مربوط به هنر و هویت فرهنگی و اجتماعی نیز از این یافته حمایت می‌کنند. گلی‌پور نشان داده است که هنر می‌تواند در تقویت هویت فرهنگی و اجتماعی و انتقال ارزش‌ها و معانی جمعی نقش داشته باشد (Golipour, 2024). چئونگ و همکاران نیز نشان دادند هنر عمومی می‌تواند احساس تعلق، ارتباط با مکان و کیفیت تجربه اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار دهد (Cheung et al., 2021). برای مراجعه‌کنندگانی که در نتیجه بیماری یا مشکلات روان‌شناختی با انزوا یا کاهش مشارکت اجتماعی مواجه‌اند، فعالیت‌های هنری گروهی می‌تواند احساس تعلق، دیده‌شدن و عضویت اجتماعی را تقویت کنند. این تجربه اجتماعی ممکن است به بازسازی هویت کمک کند، زیرا بخش مهمی از هویت از طریق تعامل و بازخورد دیگران شکل می‌گیرد.

لی نیز بر ارزش فرهنگی نظریه‌های جدید هنردرمانی و کاربرد هنر در آموزش، رشد خودآگاهی و پرورش ارزش‌های انسانی تأکید کرده است (Li, 2024). این دیدگاه نشان می‌دهد فعالیت هنری صرفاً ابزاری برای تخلیه هیجان نیست، بلکه می‌تواند فرایندی آموزشی و تحولی باشد که فرد از طریق آن درباره خود، دیگران و جهان

(Ahmed et al., 2025; Hu et al., 2021; Razali, 2021; Valipour)

Hafshejani & Shams Hafshejani, 2022). مرور نظام‌مند شنیتزر و همکاران نیز نشان داده است که هنر می‌تواند در پردازش تجربه‌های دشوار و ایجاد انسجام در روایت‌های آسیب‌دیده نقش داشته باشد (Schnitzer et al., 2021). با این حال، پژوهش حاضر اثربخشی یک مداخله رسمی هنردرمانی را ارزیابی نکرده است و به دلیل ماهیت علی-مقایسه‌ای پس‌رویدادی، تفاوت‌های مشاهده‌شده ممکن است علاوه بر فعالیت هنری، تحت تأثیر ویژگی‌های شخصیتی، انگیزش، حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی یا شدت بیماری قرار گرفته باشند. بنابراین، یافته‌ها باید به‌صورت وجود ارتباط و تفاوت میان گروه‌ها تفسیر شوند، نه اثبات رابطه علی.

پژوهش حاضر با چند محدودیت همراه بود. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شد و حجم نمونه نیز محدود بود؛ از این رو، تعمیم نتایج به همه مراجع‌کنندگان مراکز مشاوره و درمان باید با احتیاط صورت گیرد. نوع، مدت، فراوانی و شدت فعالیت‌های هنری شرکت‌کنندگان کنترل نشد و فعالیت‌هایی متفاوت مانند موسیقی، نقاشی، تئاتر، مجسمه‌سازی و قالب‌بافی در یک گروه قرار گرفتند. همچنین، تخصیص شرکت‌کنندگان به گروه‌ها تصادفی نبود و امکان تأثیر متغیرهای مداخله‌گر وجود دارد. ابزار مورد استفاده برای متغیر بیماری، ادراک بیماری را اندازه‌گیری می‌کرد و نه پذیرش بیماری به معنای تخصصی آن؛ پرسشنامه هویت نیز وضعیت و سبک‌های هویتی را سنجید و تغییر یا بازسازی هویت را در طول زمان ارزیابی نکرد. افزون بر این، میانگین خرده‌مقیاس‌های هویت، میانگین گروه‌های جمعیت‌شناختی و نتایج آزمون‌های تعقیبی گزارش نشد و همین امر تفسیر جهت و محل دقیق برخی تفاوت‌ها را محدود کرد.

پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده از طرح‌های آزمایشی یا نیمه‌آزمایشی با تخصیص تصادفی، گروه کنترل فعال و اندازه‌گیری‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده کنند تا تغییرات ناشی از فعالیت هنری با دقت بیشتری بررسی شود. بهتر است انواع فعالیت‌های هنری به‌طور جداگانه مقایسه شوند و مدت، تعداد جلسات، شدت مشارکت و سابقه هنری افراد کنترل گردد. استفاده از مقیاس اختصاصی پذیرش بیماری، ابزارهای معتبر بازسازی هویت و گزارش جداگانه خرده‌مقیاس‌های هویت نیز ضروری است. بررسی نقش

شناخت جدیدی به دست می‌آورد. همچنین، مولا و همکاران ماهیت هنردرمانی را در پیوند با سلامت انسان، جامعه و محیط بررسی کرده‌اند و بر نقش هنر در تقویت احساس ارتباط و تعلق تأکید دارند (Moula et al., 2025). بنابراین، تفاوت وضعیت هویت فردی دو گروه ممکن است نه تنها ناشی از خودپیانگری فردی، بلکه حاصل تجربه ارتباط با دیگران، محیط و منابع فرهنگی معنا باشد.

با این حال، جهت تفاوت مشاهده‌شده در هویت فردی باید محتاطانه تفسیر شود. میانگین نمره هویت فردی در گروه دارای فعالیت هنری کمتر از گروه فاقد فعالیت هنری بود، اما پرسشنامه مورد استفاده ابعاد اطلاعاتی، هنجاری، اغتشاشی و تعهدی هویت را اندازه‌گیری می‌کند و بدون گزارش نمرات خرده‌مقیاس‌ها و جهت نمره‌گذاری، نمی‌توان پایین‌تر بودن نمره کل را لزوماً مطلوب یا نامطلوب دانست. امکان دارد تفاوت دو گروه ناشی از کاهش هویت اغتشاشی، تغییر در هویت هنجاری، افزایش اکتشاف اطلاعاتی یا تفاوت در تعهد هویتی باشد. از این رو، یافته پژوهش به‌طور قطعی وجود تفاوت در وضعیت هویت را نشان می‌دهد، اما برای اثبات بازسازی مطلوب‌تر هویت در گروه هنری، تحلیل تفصیلی خرده‌مقیاس‌ها ضروری است.

نتایج مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نیز نشان داد که ادراک بیماری و وضعیت هویت فردی برحسب سن، جنسیت، تحصیلات، تأهل و اشتغال تفاوت معناداری دارند. از نظر نظری، این یافته قابل انتظار است؛ زیرا تجربه بیماری و هویت در خلأ شکل نمی‌گیرند و تحت تأثیر مرحله زندگی، نقش‌های اجتماعی، منابع اقتصادی، فرصت‌های آموزشی و روابط خانوادگی قرار دارند. با این حال، چون میانگین زیرگروه‌ها و آزمون‌های تعقیبی گزارش نشده است، نمی‌توان مشخص کرد کدام گروه سنی یا تحصیلی وضعیت متفاوت‌تری داشته یا تفاوت زنان و مردان، افراد مجرد و متأهل و شاغلان و غیرشاغلان در چه جهتی بوده است. بنابراین، این نتایج تنها بیانگر ضرورت توجه به زمینه‌های جمعیت‌شناختی در مطالعه رابطه فعالیت هنری، ادراک بیماری و هویت هستند و نباید فراتر از داده‌های موجود تفسیر شوند.

در مجموع، نتایج پژوهش با مجموعه‌ای از مطالعات همسو است که فعالیت‌های هنری را با بیان هیجان، سلامت روان، معناسازی، احساس کنترل، ارتباط اجتماعی و بازسازی روایت شخصی مرتبط می‌دانند

References

- Ahmed, D., Kamal, M., & Al-Anshari, R. (2025). The Influence of Art Therapy in Counseling: Enhancing Psychological Wellbeing. *Research Psychologie, Orientation et Conseil*, 2(2), 96-106. <https://doi.org/10.70177/rpoc.v2i2.1858>
- Bankizadeh, Z., Hesami Kermani, M., & Zadeh Mohammadi, A. (2021). Postmodernism and Its Influence on Art Therapy. *Honar-Ha-Ye-Ziba: Honar-Ha-Ye-Tajassomi*, 26(2), 105-114.
- Branje, S., de Moor, E. L., & Spitzer, J. (2021). Dynamics of Identity Development in Adolescence: A Decade in Review. *Journal of Research on Adolescence*, 31(4), 908-927.
- Cheung, M., Guaring, G., Smith, N., & Craven, O. (2021). The Impacts of Public Art on Cities, Places and People's Lives. *The Journal of Arts Management, Law, and Society*. <https://doi.org/10.1080/10632921.2021.1942361>
- Golipour, S. (2024). *The Impact of Art on Promoting Cultural and Social Identity in Education* Third National Conference on Recent Developments in Developmental and Educational Psychology.
- Hashempour, A., & Rahimpour, F. (2022). Personal Identity and Its Anthropological Foundations in Avicenna's Thought. *Islamic Philosophy and Theology*, 55(1), 215-236.
- Hu, J., Zhang, J., Hu, L., Yu, H., & Xu, J. (2021). Art Therapy: A Complementary Treatment for Mental Disorders. *Frontiers in psychology*, 12, 686005. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.686005>
- Huang, J., Kumar, S., & Hu, C. (2021). A Literature Review of Online Identity Reconstruction. *Frontiers in psychology*, 12, 696552. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.696552>
- Irani, S., Tavakoli, M., Esmaeili, M., & Fatemi, A. M. (2019). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on Illness Acceptance and Stress-Coping Strategies in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Positive Psychology Research*, 5(1), 1-16.
- Li, T. (2024). Cultural Value of Modern Art Therapy Theory and Its Application in the Field of Education. *Cultura: International Journal of Philosophy of Culture and Axiology*, 21(4), 17-33.
- Maleki, Z. (2021). The Role and Position of Art in Human Quality of Life. *Scientific Journal of Modern Studies in the Humanities in the World*, 2(4), 74-82.
- Moula, Z., Whitaker, P., & Hickman, C. (2025). The Nature of Art Therapy: Uniting Human and Planetary Health. *International Journal of Art Therapy*, 30(1), 2-4. <https://doi.org/10.1080/17454832.2025.2458382>
- Naghsh, Z., & Yekta, M. R. (2022). Validation of the Persian Version of the Illness Acceptance Scale Among Women Aged 18 Years and Older During the COVID-19 Pandemic. *Quarterly Journal of Psychological Methods and Models*, 13(48).
- Niazi, M., & Afra, H. (2018). Semantic Reconstruction of Postmodern Personal Identity Formation: A Study of Young People in Bojnord. *Quarterly Journal of Social sciences*, 27(82).
- Razali, S. (2021). Art Therapy for People with Mental Illness: Overview of the Evidence from Empirical Research on the Effectiveness of the Treatment. *International Journal of Art & Design*, 5(5), 34-47.
- Sabaei, M., Mohammadi Shirmahalleh, F., Gholami Touran Poshti, M., Agah, S., & Tari Moradi, A. (2024). Comparison of the Effectiveness of Relaxation Training and Emotional Awareness and Expression Training on Illness Acceptance and Emotional Self-Regulation in Patients with Irritable

میانجی متغیرهایی مانند تنظیم هیجان، خودکارآمدی، امید، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، معنای زندگی و حمایت اجتماعی می‌تواند سازوکارهای احتمالی رابطه هنر با سازگاری روان‌شناختی را روشن‌تر سازد. همچنین، اجرای پژوهش در گروه‌های مختلف بیماران و مقایسه فعالیت هنری عمومی با هنردرمانی تخصصی می‌تواند اعتبار و کاربردی‌پذیری یافته‌ها را افزایش دهد.

مراکز مشاوره و درمان می‌توانند متناسب با نیازها، علایق و توانایی‌های مراجعان، فرصت مشارکت داوطلبانه در فعالیت‌هایی مانند نقاشی، موسیقی، نمایش، طراحی و صنایع‌دستی را فراهم کنند. این فعالیت‌ها بهتر است در کنار درمان‌های اصلی و نه به‌عنوان جایگزین آن‌ها اجرا شوند. متخصصان می‌توانند از آثار هنری مراجعان به‌عنوان نقطه آغاز گفت‌وگو درباره هیجان‌ها، برداشت از بیماری، نقش‌های ازدست‌رفته یا حفظ‌شده و روایت فرد از خویشتن استفاده کنند. در مواردی که هدف درمانی مشخصی دنبال می‌شود، برنامه باید توسط هنردرمانگر یا متخصص آموزش‌دیده طراحی و هدایت شود. همچنین، توصیه می‌شود مداخلات هنری با شرایط جسمانی، فرهنگی، شناختی و روان‌شناختی هر فرد متناسب باشند و از تحمیل نوع خاصی از فعالیت یا ارزیابی زیبایی‌شناختی آثار اجتناب شود.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

- Bowel Syndrome. *Journal of Psychological Science*, 23(144).
- Schnitzer, G., Holttum, S., & Huet, V. (2021). A Systematic Literature Review of the Impact of Art Therapy Upon Post-Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Art Therapy*. <https://doi.org/10.1080/17454832.2021.1910719>
- Tajalli, E. (2021). *The Impact of Art on Individuals' Psyche and Mental Well-Being in Life* Eighth International Conference on Tourism, Culture, and Art,
- Valipour Hafshejani, N., & Shams Hafshejani, S. (2022). *Examining the Impact of Art on Mental Health* Eleventh International Conference on Psychology, Educational Sciences, and Lifestyle,