

Research Paper

Comparison of the Effectiveness of Painting Therapy, Clay Therapy and a Combined Method on Resiliency in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Saloumeh Sakha¹, Mohammad Mozafari^{*2}, Siamak Samani³, Sajad Aminimanesh²

1. Ph.D. Student in Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

3. Associate Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

Citation: Sakha S, Mozafari M, Samani S, Aminimanesh S. Comparison of the effectiveness of painting therapy, clay therapy and a combined method on resiliency in children with attention deficit/hyperactivity disorder. J Child Ment Health. 2021; 8 (4):55-75.

URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1141-en.html>



doi 10.52547/jcmh.8.4.6
20.1001.1.24233552.1400.8.4.8.3

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Painting therapy,
clay therapy,
combined method,
resiliency,
attention
deficit/hyperactivity
disorder

Background and Purpose: The lack of behavioral inhibition in children with attention deficit/hyperactivity ADHD disorder disrupts the way they respond. These children are not able to wait; Because of this, resiliency in them is of importance. The purpose of this study was to compare the effectiveness of the painting therapy, clay therapy and combined method (The combination of painting therapy and clay therapy) on resiliency in children with attention deficit/hyperactivity disorder.

Methods: This study used a single-subject ABA design. The statistical population consisted of all 8 - 11 year old children with ADHD referred to medical centers of Tehran in the academic year 2020-2021. Among them, 6 children (three boys and three girls) were selected based on inclusion and exclusion criteria and by purposive sampling and were randomly placed in 3 two - person groups. Interventions of the painting therapy, clay therapy and combined methods for each child, according to the child-centered play therapy program with Landerth and Bratton Approach (2006) were conducted in 2 one - hour - weekly sessions which lasted for 8 weeks (16 sessions). The research instrument included Social-Emotional Assets and Resilience Scale (SEARS; Merrell, 2008). Data were analysed at both within-condition and between-condition levels based on three indicators of level, trend and stability.

Results: The results showed that interventions were effective in two groups of painting therapy and combined method (The combination of painting therapy and clay therapy). The most effective method in improving resiliency was the combined method (The combination of painting therapy and clay therapy) ($P < 0.05$). The recovery percentage of clay therapy was lower than other interventions and had no significant effect on the resiliency in children with ADHD ($P > 0.05$).

Conclusion: Based on the findings, it can be concluded that the painting therapy and combined method (The combination of painting therapy and clay therapy) can increase the resiliency of children with ADHD. Necessary explanations for the results are discussed in the article.

Received: 24 May 2021

Accepted: 28 Oct 2021

Available: 21 Feb 2022

* **Corresponding author:** Mohammad Mozafari, Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

E-mail: Mozafari937@yahoo.com

Tel: (+98) 7136410041

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

Attention deficit/ hyperactivity disorder ADHD is the most prevalent neurodevelopmental disorder in childhood (1). The diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) reports a prevalence rate of 0.05 percent in children (2). If children with attention deficit/ hyperactivity disorder are not properly diagnosed and treated, the result will be adults that are at risk for poor academic performance, career failure, aggression, and problems in interpersonal relationships (4).

One of the problems of children with attention deficit/ hyperactivity disorder is their inability to communicate effectively with others, specially with parents (5). Lack of adequate knowledge of parents and children about communication skills and not having problem-solving skills cause inadjustments and conflicts (6, 7). They have a vulnerable parent-child interaction (8). According to this, resiliency is of importance in children with ADHD (9). Resiliency is one of the topics of positive psychology (10). Resiliency is a kind of immunity against psychosocial problems (12). Children with attention deficit / hyperactivity disorder can increase their resiliency by learning certain skills (16).

There are various therapeutic methods for treatments of the symptoms of ADHD (17); One of which is parents training (18). The child-parent relationship therapy (CPRT) is one of the newest methods in modification of children's behavior (20), and the main factor in changing the communication (23). Art therapy is an effective method for reducing the symptoms of ADHD that can be taught based on the principles of parent-child interaction. art therapy includes painting therapy and clay therapy. In painting therapy, individuals speak freely about repressed thoughts and feelings without being threatened by the reaction of others (31). Clay causes relaxation and reduces nervous tension (34).

Considering the importance of resiliency in children with ADHD; The aim of this study was to compare the effectiveness of the painting therapy, clay therapy and combined methods

(The combination of painting therapy and clay therapy) on resiliency in children with ADHD.

Method

This study used a single-subject ABA design. The statistical population consisted of all 8 - 11 year old children with ADHD referred to medical centers of Tehran in the academic year 2020-2021. From which, 6 children (three boys and three girls) were selected based on inclusion and exclusion criteria and by purposive sampling and were randomly placed in 3 two - person groups. Inclusion criteria included diagnosis of attention deficit/ hyperactivity disorder by the psychiatrist of the center, parents having at least a diploma degree, and written consent of parents. Also, exclusion criteria included receiving another pharmaceutical (except Ritalin medication) and psychological interventions, having comorbid disorders such as conduct disorder or disruptive mood dysregulation disorder, and being absent more than three sessions. Interventions of the painting therapy, clay therapy and combined methods for each child, according to the child-centered play therapy program with Landreth and Bratton Approach (2006) were conducted in 2 one - hour - weekly sessions which lasted for 8 weeks (16 sessions) at Mehrak Psychology Center in Tehran. The research instrument included Social-Emotional Assets and Resilience Scale (SEARS; Merrell, 2008). It should be noted that the validated version of these tests in Iran has been used to conduct this research

The content of the therapy sessions was an educational pattern extracted from the books named "101 play therapy techniques" (26), "Child-centered play therapy" (43), and "Improving the parent-child relationship through play: Therapists' Handbook" (44). This therapeutic intervention was confirmed by three evaluators (professors in clinical psychology and art therapy). This program had a behavioral method. Data were analysed at both within-condition and between-condition levels based on three indicators of level, trend and stability.

Results

Table 1 shows the scores of the participants during the courses.

Table 1: Scores of participants in baseline, intervention and follow-up

Subjects	baseline (first stage A)			Intervention sessions (stage B)					Follow-up stage (second stage A)	
First participant	71	73	74	81	90	90	100	104	115	107
Second participant	63	65	66	74	80	84	91	96	103	102
Third participant	61	60	63	67	73	77	82	86	91	91
Fourth participant	67	67	68	74	79	84	90	95	103	97
Fifth participant	67	67	69	78	84	93	99	106	111	107
Sixth participant	61	63	64	71	78	81	86	95	101	98

The results showed that resiliency' scores in all six subjects improved after the treatment sessions.

Results obtained by the subjects in the treatment groups:

Based on the visual analysis of the subjects in the painting therapy group, the subjects in the clay therapy group and the subjects in the combined method group (The combination of

painting therapy and clay therapy) obtained lower scores in the social-emotional assets and resilience scale in the baseline stage; but, the scores increased after the therapeutic interventions. Findings obtained from visual data analysis in the participants of the painting therapy group showed that the mean difference of resiliency in the first participant was 24 and

in the second participant was 23.34, the mean difference of resiliency in the participants of the clay therapy group was 18 in the third participant and 20.17 in the fourth participant, and the mean difference of resiliency in the participants of the combined method therapy group (The combination of painting therapy and clay therapy) in the fifth participant was 27.5 and in the sixth participant was 22.67 that indicated the effectiveness the painting therapy, the clay therapy and the combined method (The combination of painting therapy and clay therapy) on improving participants' resiliency. The percentage of non-overlapping data (PND) was 100 % for the participants that indicates the overlapping rate between the baseline and the intervention points was effective with 100 % confidence. Also, the percentage of total recovery of the

participants in the painting therapy group for the first participant was 52.73 and in the participant subject was 58.51, in the clay therapy group for the third participant was 48.37 and in the fourth participant was 48.51 and in the combined method group (The combination of painting therapy and clay therapy) for the fifth participant was 61.09 and in the sixth participant was 58.78; that the percentage of the fourth and fifth participants was less than 0.50 percent and therefore was not significant. Finally, the percentage of recovery formula was used for comparison of the effectiveness of three interventions of the painting therapy, clay therapy and combined method (The combination method both methods painting therapy and clay therapy). The results are presented in Table 2.

Table 2: Percentage of recovery of the three groups of therapy interventions in resiliency

groups	painting therapy	clay therapy	combined method
Percent recovery	55.47	48.45	59.99

The findings of Table 2 showed that the therapeutic intervention of the combined method (The combination method of painting therapy and clay therapy) was more effective than the other two therapies, and the percentage of total recovery in clay therapy was lower than other therapeutic interventions, and had not a significant effect on the resiliency of children with ADHD.

Conclusion

The aim of this study was to compare the effectiveness of the painting therapy, clay therapy and combined methods (The combination of painting therapy and clay therapy) on resiliency in children with ADHD. The results showed that painting therapy and combined methods (The combination of painting therapy and clay therapy) interventions increased the resiliency of children with ADHD. These findings are consistent with previous research (33, 36, and 37).

In conclusion, children with ADHD have difficulty in communicating appropriately with their parents and other people (5). Lack of problem-solving skills causes maladjustments and conflicts in various aspects of their lives (6, 7). One of the therapeutic methods effective for these children is educating parents, so they can better interact with their children (18). Art therapy is an effective method that can be taught based on parent-child interactions. Artistic activities makes the child better able to control his impulses and respond to situations (27). Thus, the two methods of clay therapy and painting therapy, by improving the relationship between the child and the parents, were able to reduce the interpersonal problems of children with attention deficit/hyperactivity disorder, which resulted in improvement of their resiliency.

Also in this study, by teaching the parent-child relationship, parents had a positive relationship with their children; And the combination of art therapy with parent-child interactions was beneficial for them. As a result, children were able to overcome their emotions and increase their resiliency by projecting their inner life into painting and clay.

The use of non-random sampling method and not using qualitative methods in measuring resiliency was one of the limitations of this study that can be considered in future studies. Based on the results, it is also suggested that the painting therapy and the combined method (The combination of painting therapy and clay therapy) interventions, be used formally in preschool centers and primary schools and informally in specialized clinics in the complementary treatment of children with ADHD.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: The implementation license of this study has been issued by the Islamic Azad University, Shiraz Branch with the ethics IR.IAU.SHIRAZ.REC.1400.031 dated 2021/10/30.

Funding: The present study was conducted without any sponsoring from a specific organization.

Authors' contribution: This article is part of the first author's doctoral dissertation under supervising of the second author and the advice of the third and the fourth author.

Conflict of interest: There is no conflict of interest for the authors in this study.

Acknowledgments: The authors of the article consider it necessary to appreciate all the participants in the research

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی نقاشی درمانی، گل بازی، و روش تلفیقی بر تاب آوری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی

سالومه سخا^۱، محمد مظفری^{۲*}، سیامک سامانی^۳، سجاد امینی منش^۲

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

نقاشی درمانی،
گل بازی،روش تلفیقی (روش تلفیق هر دو
روش نقاشی درمانی و گل بازی با
هم)،
تاب آوری،
اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی

زمینه و هدف: عدم بازداری رفتاری در کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی نحوه پاسخ‌دهی آنان را با مشکل مواجه می‌کند. این کودکان توانایی منتظر ماندن را ندارند، بدین سبب تاب آوری در آنان از اهمیت زیادی برخوردار است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی نقاشی درمانی، گل بازی و روش تلفیقی (روش تلفیق هر دو روش نقاشی درمانی و گل بازی با هم) بر تاب آوری کودکان نارسایی توجه/ فزون کنشی انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر آزمایشی از نوع تک‌آزمودنی با طرح ABA بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۸ تا ۱۱ سال با اختلال نارسایی توجه - فزون کنشی بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در مراکز درمانی شهر تهران خدمات دریافت می‌کردند. از بین آنها تعداد ۶ کودک (سه پسر و سه دختر) بر اساس ملاک‌های ورود و خروج و به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در سه گروه ۲ نفری جای‌دهی شدند. مداخلات نقاشی درمانی، گل بازی، و روش تلفیقی (تلفیق دو روش نقاشی درمانی و گل بازی) برای هر کودک و مادر طبق برنامه بازی درمانی کودک محور با روی آورد لندرت و براتون (۲۰۰۶)، به صورت ۲ جلسه (یک ساعته) در هفته و به مدت ۲ ماه طی ۸ هفته (۱۶ جلسه) اجرا شد. ابزار پژوهش شامل مقیاس توانمندی‌های اجتماعی - هیجانی و تاب آوری (مرل، ۲۰۰۸) بود. تحلیل دیداری داده‌ها در دو سطح درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی بر اساس سه شاخص سطح یا طراز، روند و تغییرپذیری انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخلات درمانی در دو گروه نقاشی درمانی و روش تلفیقی (روش تلفیق هر دو روش نقاشی درمانی و گل بازی با هم) اثربخش بوده است. کارآمدترین روش در ارتقاء تاب آوری، روش تلفیقی (روش تلفیق هر دو روش نقاشی درمانی و گل بازی با هم) بود ($P < 0/05$). درصد بهبودی کلی گل بازی کمتر از مداخلات درمانی دیگر بوده و اثربخشی معناداری بر تاب آوری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات نقاشی درمانی و روش تلفیقی (روش تلفیق هر دو روش نقاشی درمانی و گل بازی با هم) می‌تواند سبب افزایش تاب آوری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی شود. تبیین‌های لازم برای نتایج به دست آمده در مقاله مورد بحث قرار گرفته است.

دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۳/۰۳

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۰۸/۰۶

منتشر شده: ۱۴۰۰/۱۲/۰۲

* نویسنده مسئول: محمد مظفری، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

رایانامه: Mozafari937@yahoo.com

تلفن: ۰۷۱-۳۶۴۱۰۰۴۱

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی^۱ شایع‌ترین اختلال عصبی-تحولی^۲ دوران کودکی است که نه تنها کارکرد فرد در جنبه‌های مختلف زندگی، بلکه خانواده و افراد جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ میزان شیوع^۴ این اختلال برای بزرگسالان ۲/۵ درصد و برای کودکان ۵ درصد گزارش شده است (۲) و بسته به ملاک‌های تشخیصی به کار رفته بین ۵/۹ تا ۷/۱ درصد متفاوت است (۳). اگر کودکان با این اختلال به درستی تشخیص و درمان نشوند، نتیجه آن بزرگسالانی خواهد بود که در معرض خطر ضعف عملکرد تحصیلی، شکست‌های شغلی، پرخاشگری، مشکل در روابط بین‌فردی، و دیگر اختلالات روان‌شناختی مانند سوء مصرف الکل، مواد، افسردگی، و اضطراب هستند (۴).

یکی از مشکلات کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، ناتوانی آنان در ایجاد ارتباط مناسب و رضایت‌بخش با اطرافیان به خصوص با والدین است (۵). به طور قطع نمی‌توان مشخص کرد که در ایجاد تعارض بین والدین و فرزندان چه کسی بیشترین تأثیر را دارد؛ اما می‌توان گفت که عدم آگاهی کافی والدین و فرزندان از مهارت‌های ارتباطی و نداشتن مهارت در حل مسائل باعث بروز سازش‌نیافتگی‌ها و تعارضات می‌شود (۶ و ۷). تعامل والد-فرزند^۵ در آنها آسیب‌پذیر است (۸). بر این اساس، تاب‌آوری^۶ در کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی اهمیت و تأثیر به‌سزایی دارد (۹). تاب‌آوری یکی از موضوعات مطالعه شده توسط روان‌شناسی مثبت‌نگر^۷ است و کارکرد مثبت زندگی را افزایش می‌دهد (۱۰). تاب‌آوری افزایش قابلیت در مقابل شرایط ناگوار است. این شرایط ممکن است شامل نابهنجاری‌های زیست‌شناختی یا موانع محیطی باشد (۱۱). تاب‌آوری نوعی مصون‌سازی در برابر مشکلات روانی اجتماعی است (۱۲). کارل و چسین (۱۳) نشان دادند که سطوح بالای تاب‌آوری

به فرد کمک می‌کند با استفاده از عواطف و هیجان‌های مثبت، تجربه‌های نامطلوب را پشت سر گذاشته و به وضعیت مطلوب بازگردد. کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی با علائمی چون نداشتن تاب مقاومت در برابر کام‌نیافتگی، موجب اشکال در روابط بین‌فردی با همسالان و دیگران می‌شوند. در این راستا، عبدی و نریمانی (۱۴) نشان دادند که داشتن کودک با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بر تاب‌آوری والدین تأثیر می‌گذارد. بهبود تاب‌آوری هدفی مهم جهت درمان و پیشگیری است (۱۵) و افراد می‌توانند با آموزش برخی مهارت‌ها ظرفیت تاب‌آوری خود را افزایش دهند (۱۶).

در طی سه دهه اخیر روش‌های درمانی متنوعی برای بهبود نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به کار رفته است (۱۷). یکی از این روش‌ها آموزش والدین^۸ است (۱۸). درمان‌های والد‌محور^۹ بر بهبود تعاملات فرزندان و والدین درون بافت خانواده تأکید دارد (۱۹). روش مبتنی بر رابطه والد-کودک^{۱۰} از جدیدترین روش‌ها در اصلاح رفتار کودکان است. این روش با تجهیز والدین به فنون بازی‌درمانی و کودک‌محوری به ایجاد ارتباطی مثبت کمک می‌کند (۲۰). کاظمی، محمدی و آخوندزاده (۲۱) نشان دادند که آموزش ارتباط والد-کودک روی کاهش پرخاشگری و تکانش‌گری و افزایش مهارت خودمهارگری^{۱۱} کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مؤثر است. بازی‌درمانی کودک‌محور^{۱۲} تنها شکل بازی‌درمانی است که به دلیل مهارت‌های قابل‌تعلیمی که دارد، می‌توان آن را به والدین آموزش داد (۲۲) و عامل اصلی برای تغییر ارتباط است (۲۳). در این راستا، شوشتری، عابدی، گلشنی و اهرمی (۲۴) نشان دادند که مداخلات زودهنگام مبتنی بر بازی‌های کودک‌محور بر میزان فزون‌کنشی و تکانش‌گری کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی پیش‌دبستانی مؤثر است. هنردرمانی^{۱۳} روش مؤثر برای کاهش علائم نارسایی توجه/فزون‌کنشی است که می‌تواند بر اساس اصول تعاملات والد-کودک آموزش داده شود.

8. Parents training
9. Parent-Based
10. Child-Parent Relationship Therapy (CPRT)
11. Self-Control
12. Child-Based Play Therapy
13. Art therapy

1. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
2. Neurodevelopmental Disorders
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM_5)
4. prevalence
5. Parent-Child Interaction
6. Resiliency
7. Positive Psychology

گل انجام می‌دهد با پرخاشگری درگیر شود و پس‌خورد بگیرد، بدون اینکه ترس از نتایج منفی مواد خمیری به وجود آید (۳۵). نتایج پژوهش اعتمادی، گیتی‌پسند، و مرادی (۳۶) نشان داد که گل‌درمانی بر کاهش علائم نارسایی توجه، فزون‌کنشی و تکانش‌گری مؤثر بوده است. معرف و سهرابی (۳۴) نشان دادند که گل‌درمانی می‌تواند روش مؤثری در افزایش توجه و تمرکز دانش‌آموزان باشد و به وسیله این روش می‌توان از شدت علائم نارسایی توجه در سنین بالاتر پیشگیری نمود. راستل (۳۷) اذعان می‌دارد که هنردرمانی (نقاشی، ترسیم و سفالگری) تأثیرات مثبتی بر کودکان در معرض خطر دارد و رفتارهای پرخاشگرانه، فزون‌کنشی و نارسایی توجه آنان را کاهش می‌دهد.

با توجه اهمیت تاب‌آوری در کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و تأثیر آن در حوزه‌های مختلف زندگی این کودکان و بر اساس نتایج متناقض پژوهش‌های پیشین، به مطالعه‌ای نیاز است که تأثیر آموزش این مداخلات را در سه گروه درمانی مورد بررسی قرار دهد تا از این طریق بتوان راهکارهایی را در نظر گرفت که تاب‌آوری را در کودکان نارسایی توجه/فزون‌کنشی افزایش یابد. در این راستا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی نقاشی درمانی، گل‌بازی، و روش تلفیقی (روش تلفیقی هر دو روش نقاشی درمانی و گل‌بازی با هم) بر تاب‌آوری کودکان نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش بر حسب هدف کاربردی و بر اساس روش گردآوری داده‌ها، آزمایشی بود. در پژوهش حاضر به دلیل بیماری کرونا، اجرای گروهی ممکن نبود، در نتیجه از طرح‌های درون‌گروهی (تک‌آزمودنی) از نوع ABA استفاده شد. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۸ تا ۱۱ سال با اختلال نارسایی توجه - فزون‌کنشی بود که در سال تحصیلی ۱۳۴۰-۱۳۹۹ در مراکز درمانی شهر تهران خدمات دریافت می‌کردند. تعداد کودکان در پژوهش‌های تک‌آزمودنی از یک آزمودنی و گاهی گروه کوچکی از آزمودنی‌ها تشکیل می‌شود (۳۸). بدین منظور، ۶ کودک به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در سه گروه ۲

هنردرمانی یک درمان تجربی است که انواع تحریک‌های حسی را با ارائه تکنیک‌ها و مواد هنری (مانند رنگ، مدادشمعی، گل‌رس و ...) در یک مکان امن سازمان‌یافته فراهم می‌کند (۲۵). از آنجا که مرور کلامی خاطرات تروماتیک برای کودکان خارج از توان آنها است، روش‌هایی مانند هنردرمانی که بر فرایند کلامی حوادث ناگوار توسط کودکان کمتر تأکید دارند، درمان‌های مفیدی به شمار می‌روند (۲۶). فعالیت هنری بر سیستم بازداری تأثیر گذاشته و موجب می‌شود که کودک بهتر بتواند تکانه‌های خود را مهار کند و به شکلی مؤثر به موقعیت‌ها پاسخ دهد. کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی از طریق هنر یاد می‌گیرند پاسخ‌های جدیدی به موقعیت‌ها بدهند و بر روی تغییرات هیجانی و رفتاری خود کار کنند (۲۷). ایاز (۲۸) نشان داد که کاربرد ۲۵ جلسه هنردرمانی در کاهش علائم نارسایی توجه/فزون‌کنشی شش کودک مبتلا به این اختلال مؤثر بوده است. از ابزارهای هنردرمانی، نقاشی درمانی^۱ و گل‌بازی^۲ است.

نقاشی عبارت است از ترسیم خودانگیزه تصاویر که فرصت‌هایی برای بیان غیرکلامی فراهم می‌کند (۲۹). نقاشی عامل بالقوه خلاقیتی است که وسیله درمان مؤثری هم می‌شود (۳۰). در نقاشی درمانی بیان خودبه‌خودی غیرقضاوت‌گرانه به فرد اجازه می‌دهد که آزادانه درباره افکار و احساسات سرکوب شده بدون تهدید و اکنش دیگران، صحبت کند (۳۱). کودک با نقاشی از طریق نمایش و قصه‌گویی می‌تواند وقایع زندگی‌اش را به شکل سریال درآورد و سپس می‌تواند به‌طور خلاقانه تغییراتی در قصه‌اش انجام داده و به حس تسلط و قدرتمندی برسد (۳۲). نتایج پژوهش مومنی و شلانی (۳۳) نشان داد که ترسیم‌گری گروهی پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای، و واکنشی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی را کاهش می‌دهد.

گل‌رس از جمله اسباب‌بازی‌هایی است که کودک می‌تواند با آن خلاقیت خود را به نمایش بگذارد. از علل سودمندی گل این است که در مراحل آغازین درمان باعث احساس آرامش و کاهش فشار عصبی می‌شود (۳۴). در هنگام کار با گل، احساسات در کودک به وجود می‌آید و او دامنه وسیعی از احساساتش را بیان می‌کند (۳۲). چون حالت خمیری و شکل‌پذیری گل، بالا است؛ درمان‌جو می‌تواند در فعالیتی که با

نفری جای‌دهی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش تشخیص قطعی ابتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی توسط روانپزشک مرکز، حداقل تحصیلات دیپلم برای والد و اعلام رضایت کتبی والدین و کودک جهت شرکت در پژوهش بود. همچنین ملاک‌های خروج عبارت از عدم قرار داشتن کودک به‌طور هم‌زمان تحت درمان دارویی دیگر (به استثناء درمان

دارویی ریتالین) و مداخلات روانی، داشتن اختلالات همایند مانند اختلال رفتار هنجاری^۱، و غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات بازی درمانی بود. شرکت‌کنندگان در این پژوهش، شش کودک دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بودند که ویژگی‌های آنها در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در مداخلات درمانی

مشخصات	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم	آزمودنی پنجم	آزمودنی ششم
سن	۱۰ سال	۹ سال	۱۱ سال	۱۰ سال	۸ سال	۹ سال
جنس	پسر	دختر	پسر	پسر	دختر	دختر
تعداد فرزند	۲	۱	۲	۲	۳	۱
ترتیب تولد	۲	۱	۱	۱	۳	۱
تحصیلات پدر	کارشناسی	کارشناسی ارشد	دیپلم	دکتری	فوق دیپلم	کارشناسی
تحصیلات مادر	کارشناسی	-	کارشناسی	کارشناسی	کارشناسی	کارشناسی
شغل پدر	مهندس	مهندس	آزاد	استاد دانشگاه	آزاد	معلم
شغل مادر	خانه‌دار	-	خانه‌دار	خانه‌دار	خانه‌دار	پرستار
سن پدر	۴۳	۴۱	۳۹	۴۲	۴۶	۴۲
سن مادر	۳۸	-	۴۴	۳۶	۴۱	۴۱

(ب) ابزار

۱. مقیاس توانمندی‌های اجتماعی-هیجانی و تاب‌آوری^۲: این پرسشنامه توسط مرل^۳ (۳۹) با هدف ارزیابی توانمندی‌های اجتماعی و هیجانی مثبت و تاب‌آوری ساخته شد. این مقیاس ۵۲ گویه و چهار زیرمقیاس دارد. زیرمقیاس‌ها عبارت‌اند از: خودتنظیمی^۴ (۲۲ گویه)، توانمندی اجتماعی^۵ (۱۳ گویه)، همدلی^۶ (۶ گویه) و مسئولیت‌پذیری^۷ (۱۱ گویه) است. گزینه‌های مقیاس در طیف لیکرت چهار گزینه‌ای به صورت هیچ وقت (۰)، گاهی اوقات (۱)، اغلب (۲) و تقریباً همیشه (۳) پاسخ‌دهی می‌شود. زمان پاسخ‌گویی به گویه‌ها ۱۵ تا ۲۰ دقیقه در نظر گرفته شده است. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس ۰ و حداکثر نمره ۱۵۶ است. نمره بالا در این مقیاس، تاب‌آوری بالا را نشان می‌دهد. نسه^۸ و همکاران (۴۰) این پرسش‌نامه را بر روی ۱۴۰۰ کودک اجرا کردند و ضرایب پایایی آزمون-پس آزمون (در فاصله زمانی دو هفته) برای فرم

کودک ۰/۸۱ اعلام کردند و در روایی سازه آزمون عامل‌ها با ارزش ویژه ۶۷ تا ۷۲ درصد تأیید شد. حسینی یزدی (۴۱) به منظور تعیین اعتبار و روایی این پرسشنامه، آن را بر روی دو گروه واحد در دو زمان مختلف اجرا کرده و روایی و اعتبار آن را به دست آوردند. در تعیین شاخص‌های روان‌سنجی این آزمون ضریب آلفای کرونباخ همه زیرمقیاس‌ها ۰/۷۸ گزارش شده است. همچنین با روش بازآزمایی، طی دو بار اجرا به فاصله یک ماه در یک نمونه ۲۳ نفری، ضرایب همبستگی برای زیرمقیاس‌های خودتنظیمی ۰/۷۷، توانمندی اجتماعی ۰/۸۳، همدلی ۰/۷۶، مسئولیت‌پذیری ۰/۸۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر، این مقیاس برای سنجش متغیر تاب‌آوری استفاده شد.

(ج) برنامه مداخله‌ای^۹: برنامه مداخله‌ای استفاده شده در این مطالعه شامل نقاشی درمانی، گل‌بازی و روش تلفیقی (استفاده از هر دو روش نقاشی-درمانی و گل‌بازی با هم) بود. برنامه توسط سخا (۴۲) و با استفاده از منابعی

6. Empathy
7. Responsibility
8. Nese
9. Intervention program

- 1 Conduct disorder
2. Social-Emotional Assets and Resilience Scale (SEARS)
3. Merrell
4. Self-Regulation
5. Social empowerment

مانند کتاب "۱۰۱ تکنیک بازی درمانی" شیفر و کداسن^۲ با ترجمه ایرانی الهه محمداسماعیل (۲۶)، کتاب "بازی درمانی کودک محور"^۳ ون‌فلت، سیولک و اسنیسک^۴ با ترجمه ایرانی مریم قریشی (۴۳) و کتاب "بهبود رابطه والد-کودک از طریق بازی: کتابچه راهنمای درمانگران/نویسندگان"^۵ براتون، لندرت، کلام و بلاکارد^۶ با ترجمه ایرانی محمودی قرانی، سعیده سادات مصطفوی و نرگس علیرضایی (۴۴) و روی آورد لندرت و براتون (۴۵) ساخته و اجرا شد. تکنیک به کار رفته مداخله خانواده‌محور در درمان کودکان سنین نهفتگی (لیندا هرچنفلد^۷) بود (۲۶). این مداخله درمانی پس از بررسی توسط سه ارزیاب (استادان و متخصصان

روان‌شناسی بالینی و هنردرمانی) و اعمال نظرات تخصصی آنها مورد تأیید نهایی قرار گرفت. آموزش این برنامه با شیوه رفتاری بود که در قالب ۱۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو روز توسط پژوهشگر در مرکز روان‌شناسی مهرک در شهر تهران ارائه شد. لازم به ذکر است که آموزش مادران برای هر سه گروه (دونفری) در ۵ جلسه اعمال شد. سپس هر گروه در یکی از برنامه‌های مداخله‌ای (نقاشی درمانی، گل‌بازی، و روش تلفیقی در ۱۱ جلسه شرکت کردند. خلاصه محتوی مداخلات آموزشی مادران، نقاشی-درمانی، گل‌بازی، و روش تلفیقی در جدول ۲ گزارش شده است:

جدول ۲: خلاصه محتوای جلسات درمانی

جلسه	عنوان جلسه	محتوای برنامه درمانی
۱	معارفه و قرارداد درمانی	آشنایی و معارفه اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، بیان هدف‌های کلی و جزئی طرح پژوهشی، بیان قوانینی که رعایت آن در گروه الزامی است، تشویق مادران به گفتگو درباره شیوه رفتار با فرزندشان، توضیح جزئیات طرح‌های درمانی، اجرای پیش‌آزمون.
۲	آموزش مادران در مورد حساسیت به علائق کودک	ترموستات باشید نه دماسنج، انتخاب‌های ارائه شده باید متناسب با مرحله تحولی کودک باشد، پاسخ‌های انعکاسی به کودک تان کمک می‌کند تا دریابند که درک می‌شوند، سوالات ندانستن را نشان می‌دهند، سوالات کودک را با ذهنش مشغول می‌کند در حالی که کودک تان با قلبشان زندگی می‌کنند، آنچه که کودک تان می‌داند مهم نیست اعتقاد و باور آنها اهمیت دارد، توجه نشان دادن به کودک تان ابزاری قوی برای ساختن حرمت خود آنهاست.
۳	آموزش تکنیک‌های ایجاد لذت در تعامل با کودک	تبعیت از کودک، آنچه را که در واقعیت نمی‌توانید ببخشید در بازی و خیال ببخشید، تشویق تلاش‌های کودک بهتر از تعجیب و تعریف از او نتیجه می‌دهد، وقتی هیچ محدودیتی نباشد امنیتی هم در کار نیست، در بازی کودک نحوه زندگی در زمان حال و نیازهای خود و آنگونه که دوست دارد امور پیش بروند را نشان می‌دهند، سوال‌هایی که جواب‌شان را واقعاً می‌دانید را نپرسید، برای قدرت بخشیدن به کودک تان باید فرصت تصمیم‌گیری را به آنها بدهیم، آزادی و خلاقیت را در کودک تشویق کنید.
۴	آموزش رفتارهای گرمی‌بخش به مادران	دیدن نیمه پر لیوان، مهم رفتاری است که بعداً به قصد اصلاح انجام می‌دهید، شما نمی‌توانید چیزی را که مالک آن نیستید ببخشید، اتفاقات خوب کم کم روی می‌دهند، در بازی والد مخزن جواب برای کودک نیست، هنگامی که نمی‌توانید از رفتار کودک حمایت کنید از احساسات خواسته‌ها و نیازهای کودک تان حمایت کنید، یکی از مفاهیمی که می‌توانیم به کودک تان انتقال دهیم این است که آنها شایسته و توانا هستند، ما سعی می‌کنیم سیاستی جدید و مهم در این خانه داشته باشیم.
۵	آموزش تکنیک‌های کاهش مهارگری منفی و دستوردهی مادر	وقتی کودک تان در حال غرق شدن است سعی نکنید به او شنا کردن آموزش دهید، در طی جلسه بازی تا لحظه‌ای که نیاز نباشد نباید محدودیتی اعمال شود، اگر نمی‌توانید منظور تان را در ۱۰ کلمه بیان کنید بهتر است اصلاً آن را نگویید، هرگز کاری را که کودک خود قادر به انجام آن نیست برایش انجام ندهید، سعی نکنید که همه چیز را یکباره تغییر دهید، وقتی که بر مشکل متمرکز می‌شوید ارتباط چشمی با کودک را از دست می‌دهید، وقتی که ما در مورد وضعیت مان انعطاف پذیر هستیم خشم مان را می‌توانیم به راحتی مهار کنیم، وقتی که مطمئن نیستید که به کودک تان چه بگویید از خودتان سوال کنید، خودتان را آماده پذیرش همه‌جانبه مسئولیت کاری تان در قبال فرزند بدانید.
خلاصه محتوای جلسات نقاشی درمانی		
۱	قرارداد درمانی	نوشتن قرارداد بین درمانگر و کودک، ایجاد جو ایمن و صمیمی، وضع محدودیت‌ها بر حسب موقعیت با دادن حق انتخاب به کودک، آموزش ترکیب رنگ‌ها و رنگ‌آمیزی
۲	نقاشی به روش آزاد	هماهنگی چشم و دست، برون‌ریزی احساسات، تحریک تخیلات کودک، کشف نقاط قوت کودک، ترسیم نقاشی توسط کودک به صورت اختیاری و صحبت در مورد آنچه کشیده شده است

5. Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual: A 10-session filial therapy model for training parents
6. Kalam & Blackard
7. Linda Herschenfeld

1. 101 favorite play therapy techniques
2. Schaefer & Kaduson
3. Child-centered play therapy
4. VanFleet, Sywulak & Sniscak

۳	تشخیص مشکل	شناسایی مسائل و درک احساسات کودک در بافت زمان، تشخیص اولویت‌بندی مسائل کودک‌کان، انجام بازی نقاشی سه بعدی (فراتر از زمان)
۴	مهارت افزایش تاب‌آوری	آموزش مفاهیم مشارکت، درک احساس دیگران، بردباری و تحمل، رعایت نوبت، انجام بازی نقاشی گروهی
۵	مهارت مهار هیجان‌ها و احساسات	روش‌های تخلیه هیجانی، درک و تشخیص عواطف و هیجانات خود، چگونگی اصلاح تخلیه هیجانی در برخورد با شکست‌ها، انجام بازی فعالیت دیوار احساسی
۶	مهارت مهار تکانش‌گری	افزایش توجه آگاهانه، افزایش احساس مهار بر مشکلات، آموزش تکنیک تصمیم‌گیری، بهبود مهار تکانه، انجام بازی حل مسئله (رویارویی با فرایند تصمیم‌گیری)
۷	افزایش اعتماد به خود	تمرکز بر نقاط قوت و شایستگی‌های کودک، تقویت نگرش مثبت و حس امیدواری، شناخت بهتر توانمندی و ویژگی‌های خود، انجام بازی تابلوی خلق
۸	مهارت حل مسئله	تقویت قوه خلاقیت، آشنایی با مراحل حل مسئله، استفاده از تکنیک بارش فکری برای حل مشکل، انجام بازی ترسیم راه حل
۹	اعضای خانواده	تشخیص چگونگی مهار کودک توسط والدین، نحوه برقراری ارتباط اعضای خانواده با کودک و یکدیگر، هماهنگی بین اعضای خانواده، انجام بازی نقاشی خانواده
۱۰	تعاملات اعضای خانواده	تأثیر روابط خانواده بر رفتارهای مشکل‌ساز کودک، آشنایی با شیوه‌های برخورد والدین با رفتار مشکل‌آفرین کودک، تمرین رفتار مناسب در فضای خانواده، انجام بازی نمودار تعامل خانواده
۱۱	مرور جلسات و جمع‌بندی	ارزیابی و مرور مطالب جلسات درمانی، جلوگیری از سرخوردگی احتمالی کودک، اجرای پس‌آزمون
خلاصه محتوای جلسات گل‌بازی		
۱	قرارداد درمانی	نوشتن قرارداد بین درمانگر و کودک، ایجاد جو ایمن و صمیمی، وضع محدودیت‌ها بر حسب موقعیت با دادن حق انتخاب به کودک، تقویت عضلات انگشتان، ترغیب کودک در استفاده از گل، بکارگیری شیوه‌های استفاده و شکل‌دهی به گل
۲	ارتباط با گل به صورت اختیاری	برون‌ریزی احساسات، تحریک تخلیلات کودک، ساخت اشیاء با گل به صورت اختیاری و صحبت در مورد آنچه ساخته شده است
۳	تشخیص مسئله	آشکار نمودن موضوعات حساس و بروز کام‌نایافتگی، درک دنیای بیرونی و درونی کودک، انجام بازی کار با رویای کودک
۴	مهارت افزایش تاب‌آوری	برقراری ارتباط و همکاری، ایجاد حس همدلی، آموزش مفاهیم بردباری، تحمل و رعایت نوبت، انجام بازی گل‌گروهی
۵	مهارت مهار هیجان‌ها و احساسات	افشای هیجانات درونی توسط کودک، درک و تشخیص عواطف و هیجانات خود، چگونگی اصلاح تخلیه هیجانی در برخورد با شکست‌ها، انجام بازی مجسمه‌های احساسی
۶	مهارت مهار تکانش‌گری	افزایش توجه آگاهانه، افزایش احساس مهار بر مشکلات، ارتقا توانایی تصمیم‌گیری، بهبود مهار تکانه، انجام بازی پر کردن سطل زباله احساسات
۷	افزایش اعتماد به خود	احساس آزادی در آشکارسازی و بیان خود، شناخت بهتر توانمندی‌ها و ویژگی‌های خود، نشان دادن توانایی در موقعیت‌های ناایمن، انجام بازی قطار بازی
۸	مهارت حل مسئله	تقویت قوه خلاقیت، استفاده از تکنیک بارش فکری، توانایی کاربرد راه‌حل جهت مشکلات، انجام بازی، بازی‌درمانی به شیوه حل مسئله
۹	اعضای خانواده	تشخیص چگونگی مهار کودک توسط والدین، هماهنگی بین اعضای خانواده، افزایش تماس جسمانی ایمن با دیگر افراد زندگی، انجام بازی پروژه هنر خانواده
۱۰	تعاملات اعضای خانواده	تأثیر روابط خانواده بر رفتارهای مشکل‌ساز کودک، آشنایی با شیوه‌های برخورد والدین با رفتار مشکل‌آفرین کودک، تمرین رفتار مناسب در فضای خانواده، انجام بازی ترسیم حسی - حرکتی دست خانواده
۱۱	مرور جلسات و جمع‌بندی	ارزیابی و مرور مطالب جلسات درمانی، جلوگیری از سرخوردگی احتمالی کودک، اجرای پس‌آزمون
خلاصه محتوای جلسات درمانی روش تلفیقی (روش تلفیق هر دو روش نقاشی درمانی و گل‌بازی با هم)		
۱	قرارداد درمانی	نوشتن قرارداد بین درمانگر و کودک، ایجاد جو ایمن و صمیمی، وضع محدودیت‌ها بر حسب موقعیت با دادن حق انتخاب به کودک، آموزش ترکیب رنگ‌ها و رنگ‌آمیزی
۲	ارتباط با گل به صورت اختیاری	برون‌ریزی احساسات، تحریک تخلیلات کودک، ساخت اشیاء با گل به صورت اختیاری و صحبت در مورد آنچه ساخته شده است
۳	تشخیص مسئله	شناسایی مسائل و درک احساسات کودک در بافت زمان، تشخیص اولویت‌بندی مسائل کودک‌کان، انجام بازی نقاشی سه بعدی (فراتر از زمان)
۴	مهارت افزایش تاب‌آوری	برقراری ارتباط و همکاری، ایجاد حس همدلی، آموزش مفاهیم بردباری، تحمل و رعایت نوبت، انجام بازی گل‌گروهی
۵	مهارت مهار هیجان‌ها و احساسات	روش‌های تخلیه هیجانی، درک و تشخیص عواطف و هیجانات خود، چگونگی اصلاح تخلیه هیجانی در برخورد با شکست‌ها، انجام بازی فعالیت دیوار احساسی
۶	مهارت مهار تکانش‌گری	افزایش توجه آگاهانه، افزایش احساس مهار بر مشکلات، ارتقاء توانایی تصمیم‌گیری، بهبود مهار تکانه، انجام بازی پر کردن سطل زباله احساسات
۷	افزایش اعتماد به خود	تمرکز بر نقاط قوت و شایستگی‌های کودک، تقویت نگرش مثبت و حس امیدواری، شناخت بهتر توانمندی و ویژگی‌های خود، انجام بازی تابلوی خلق
۸	مهارت حل مسئله	تقویت قوه خلاقیت، استفاده از تکنیک بارش فکری، توانایی کاربرد راه‌حل جهت مشکلات، انجام بازی، بازی‌درمانی به شیوه حل مسئله
۹	اعضای خانواده	تشخیص چگونگی مهار کودک توسط والدین، نحوه برقراری ارتباط اعضای خانواده با کودک و یکدیگر، هماهنگی بین اعضا خانواده، انجام بازی نقاشی خانواده

۱۰	تعاملات اعضای خانواده	تأثیر روابط خانواده بر رفتارهای مشکل‌ساز کودک، آشنایی با شیوه‌های برخورد والدین با رفتار مشکل‌آفرین کودک، تمرین رفتار مناسب در فضای خانواده، انجام بازی ترسیم حسی - حرکتی دست خانواده
۱۱	مرور جلسات و جمع‌بندی	ارزیابی و مرور مطالب جلسات درمانی، جلوگیری از سرخوردگی احتمالی کودک، اجرای پس‌آزمون

(د) روش اجرا: پس از کسب مجوز از دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز و هماهنگی با مدیریت مرکز روان‌شناسی مهرک، جلسه توجیهی برای والدین کودکان با نارسایی توجه / فزون‌کنشی برگزار شد و اطلاعات مورد نیاز در مورد هدف پژوهش به آنها ارائه شد. تعداد ۶ کودک که مادرانشان تمایل به همکاری داشتند بر مبنای ملاک‌های ورود به پژوهش گزینش شده، رضایت کتبی از آنان اخذ شد و به صورت تصادفی در ۳ گروه (برای هر گروه درمانی ۲ نفر) قرار داده شدند. در آغاز مقیاس توانمندی‌های اجتماعی - هیجانی و تاب‌آوری (۳۹) بر روی والدین کودک انجام و نمرات آن جهت مرحله A (اول) ثبت شد و منحنی خط پایه آن رسم شد. سپس سه گروه تحت عنوان گروه آزمایش، نقاشی‌درمانی، گل‌بازی، و روش تلفیقی را دریافت کرده (مرحله B) و نتایج آن به صورت نمودار دومی در کنار نمودار اول رسم شد. پژوهشگر در هر جلسه موارد مورد بحث و مهارت‌های جدید را آموزش داده و تکالیفی برای اجرا در فاصله بین جلسات معین می‌کرد. مادران تمرین‌های تعیین شده در خانه را به طور عملی انجام داده و گزارشی از روند انجام آن تکلیف را بیان می‌کردند. در مرحله سوم یعنی مرحله A (دوم) مجدداً شرایط مرحله خط پایه تکرار شد. شرکت‌کنندگان در ۱۰ نوبت (سه بار در مرحله خط پایه، شش بار در مرحله مداخله و یک بار در مرحله پیگیری یک ماهه) ارزیابی شدند. در ۵ جلسه اول، مداخله روی مادران اعمال شد و از جلسه ششم، روی مادر و کودک اجرا شد. جلسه ۶ تا ۷ صرف برقراری ارتباط بین کودک

و محیط بازی شد. جلسه ۸ تا ۱۳ هر کودک بر حسب مشکل خود به بازسازی صحنه‌ها و ایفای نقش معنادار پرداخت. در این مسیر با استفاده از فنونی مانند پذیرش کامل احساسات، دادن پاسخ همدلانه، دادن پاسخ‌های انعکاسی به هیجانات و ترغیب، به کودک کمک شد تا به برون‌ریزی امیال و کشاننده‌های منع شده خود پردازد و پس از تخلیه هیجانی راه‌حل‌های جدیدی برای مسئله خود بیابد. جلسه ۱۴ تا ۱۶ تمامی موضوع‌های شکل گرفته و بیان شده از سوی کودک در طول جلسات پیشین تا رسیدن به سازش یافتگی قابل قبول دنبال شد. به منظور رعایت کردن ملاحظات اخلاقی آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های آنها کدگذاری شد و اصول اخلاقی مانند محرمانه ماندن اطلاعات و رازداری کاملاً رعایت شد. با کسب اجازه از والدین، فرایند ثبت و ضبط جلسات درمانی فیلم‌برداری شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۳) استفاده شد و ترسیم نمودارها با استفاده از نرم‌افزار اکسل انجام شد. تحلیل داده‌های پژوهش بر اساس راهنمای گام به گام تحلیل داده‌های تک‌آزمودنی گسست (۴۶) تحلیل شد و روش تحلیل دیداری^۱ در دو سطح درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی بر اساس سه شاخص سطح یا طراز، روند، و تغییرپذیری انجام شد. از فرمول درصد بهبودی برای معناداری آماری داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۳ نمرات شرکت‌کنندگان در طی دوره گزارش شده است.

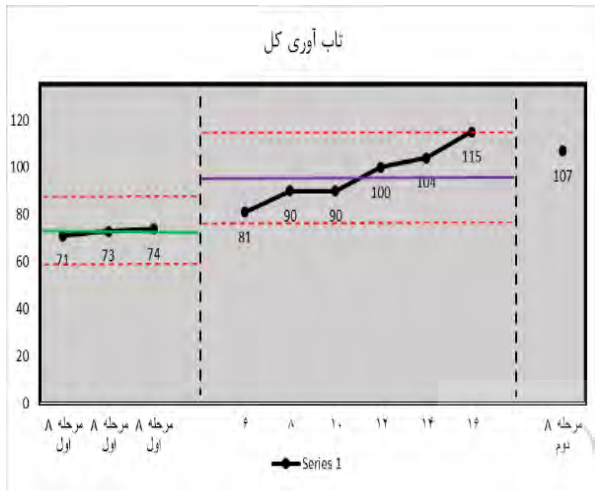
جدول ۳: نمرات شرکت‌کنندگان در خط پایه، مداخله، و پیگیری

آزمودنی	خط پایه (مرحله A اول)			جلسات مداخله (مرحله B)			مرحله پیگیری (مرحله A دوم)		
شرکت‌کننده اول	۷۱	۷۳	۷۴	۸۱	۹۰	۹۰	۱۰۰	۱۰۴	۱۱۵
شرکت‌کننده دوم	۶۳	۶۵	۶۶	۷۴	۸۰	۸۴	۹۱	۹۶	۱۰۳
شرکت‌کننده سوم	۶۱	۶۰	۶۳	۶۷	۷۳	۷۷	۸۲	۸۶	۹۱
شرکت‌کننده چهارم	۶۷	۶۷	۶۸	۷۴	۷۹	۸۴	۹۰	۹۵	۱۰۳
شرکت‌کننده پنجم	۶۷	۶۷	۶۹	۷۸	۸۴	۹۳	۹۹	۱۰۶	۱۱۱
شرکت‌کننده ششم	۶۱	۶۳	۶۴	۷۱	۷۸	۸۱	۸۶	۹۵	۱۰۱

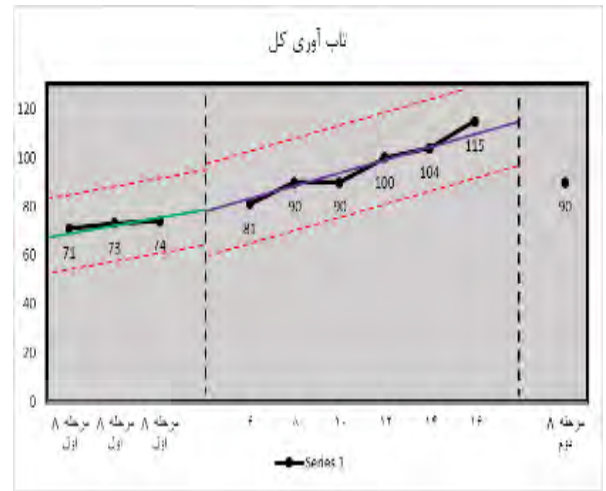
1. Visual analysis

روند و محفظه ثبات آنها به شرح زیر بود (نمودار ۱-۴). در نمودارها، آزمودنی‌ها در مقیاس توانمندی‌های اجتماعی-هیجانی و تاب‌آوری در مرحله خط پایه نمرات کمتری را کسب کرده که این میزان به هنگام اجرای برنامه مداخله نقاشی درمانی روند صعودی داشته است.

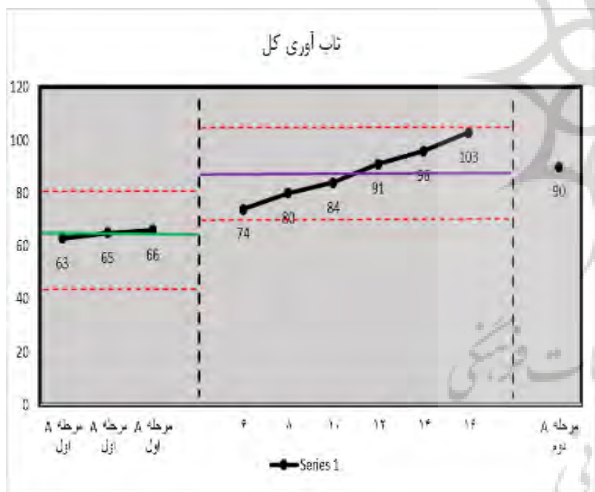
مندرجات جدول ۳ حاکی از آن است که نمرات تاب‌آوری در هر شش آزمودنی با گذشت جلسات رو به بهبود است.
نتایج به دست آمده آزمودنی‌ها در گروه نقاشی درمانی: بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی اول و دوم، خط میانه، خط



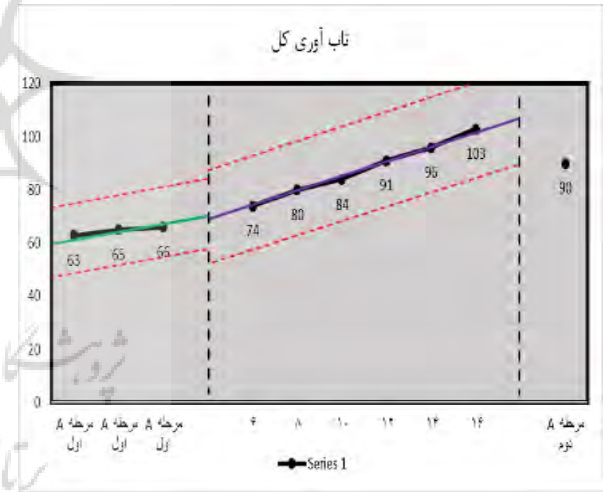
نمودار ۱: ترسیم خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی اول



نمودار ۲: ترسیم خط روند آزمودنی اول



نمودار ۳: ترسیم خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی دوم



نمودار ۴: ترسیم خط روند آزمودنی دوم

مداخله نسبت به خط پایه بود. ناهمپوشی بین دو موقعیت مجاور برای آزمودنی‌ها ۰/۱۰۰ به دست آمده که مؤید این مطلب است میزان هم‌پوشی بین نقاط خط پایه و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان مؤثر بوده است.

در جدول ۴ و ۵ نتایج حاصل از تحلیل دیداری موقعیت خط پایه، مداخله، و پیگیری در تاب‌آوری نشان داده شده است. یافته‌های حاصل از تحلیل دیداری داده‌ها نشان داد که تغییر میانگین تاب‌آوری در آزمودنی اول ۲۴ و در آزمودنی دوم ۲۳/۳۴ است و حاکی از اثربخشی مداخله نقاشی درمانی بر بهبود تاب‌آوری در آزمودنی‌ها در موقعیت

جدول ۴: تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی آزمودنی اول در تاب آوری

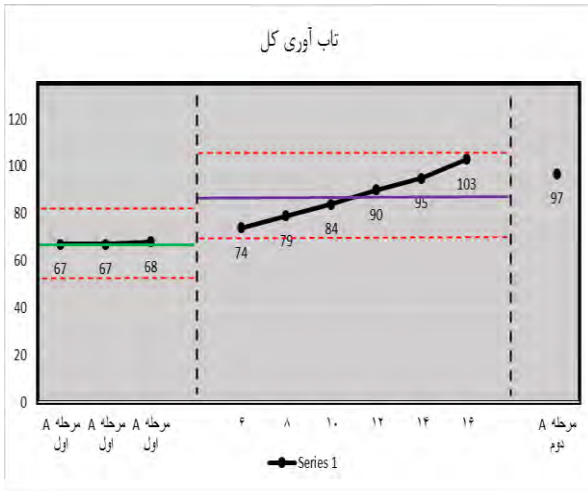
بین موقعیتی		درون موقعیتی		
A یا B		A	B	A
	۱. مقایسه موقعیت			۱. توالی موقعیت
	۲. تغییرات روند	۱	۶	۳
	۲-۱. تغییر جهت			۳. سطح
	۲-۲. اثر وابسته به هدف مثبت	-	۹۵	۷۳
	۲-۳. تغییر ثبات	-	۹۶/۶۶	۷۲/۶۶
	۳. تغییر در سطح	-	۸۱-۱۱۵	۷۱-۷۴
	۳-۱. تغییر نسبی	-	۹۵ ± ۱۹	۷۳ ± ۱۴/۶
	۳-۲. تغییر مطلق	-		
	۳-۳. تغییر میانه	-	+۱۴	+۱/۵
	۳-۴. تغییر میانگین	-	+۳۴	+۳
	۴. همپوشی داده‌ها			
۰/۱۰۰	۴-۱. PND	-	صعودی	صعودی
۰/۰	۴-۲. POD	-	بائیات	بائیات

جدول ۵: تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی آزمودنی دوم در تاب آوری

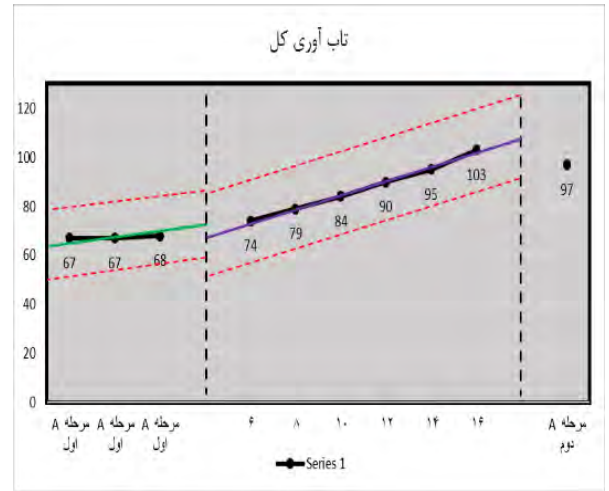
بین موقعیتی		درون موقعیتی		
A یا B		A	B	A
	۱. مقایسه موقعیت			۱. توالی موقعیت
	۲. تغییرات روند	۱	۶	۳
	۲-۱. تغییر جهت			۳. سطح
	۲-۲. اثر وابسته به هدف مثبت	-	۸۷/۵	۶۵
	۲-۳. تغییر ثبات	-	۸۸	۶۴/۶۶
	۳. تغییر در سطح	-	۷۴-۱۰۳	۶۳-۶۶
	۳-۱. تغییر نسبی	-	۸۷/۵ ± ۱۷/۵	۶۵ ± ۱۳
	۳-۲. تغییر مطلق	-		
	۳-۳. تغییر میانه	-	+۱۶	+۱/۵
	۳-۴. تغییر میانگین	-	+۲۹	+۳
	۴. همپوشی داده‌ها			
۰/۱۰۰	۴-۱. PND	-	صعودی	صعودی
۰/۰	۴-۲. POD	-	بائیات	بائیات

نمودارها، آزمودنی‌ها در مقیاس توانمندی‌های اجتماعی-هیجانی و تاب آوری در مرحله خط پایه نمرات کمتری را کسب کرده که این میزان به هنگام اجرای برنامه مداخله گل بازی روند صعودی داشته است.

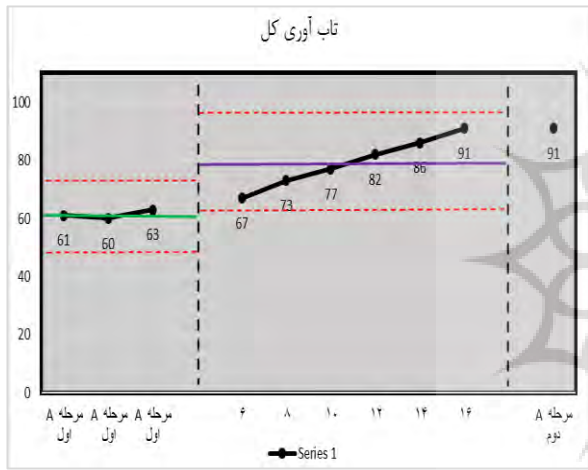
نتایج به دست آمده آزمودنی‌ها در گروه گل بازی: بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی سوم و چهارم، خط میانه، خط روند و محفظه ثبات آنها به شرح زیر به دست آمده است (نمودار ۵-۸). در



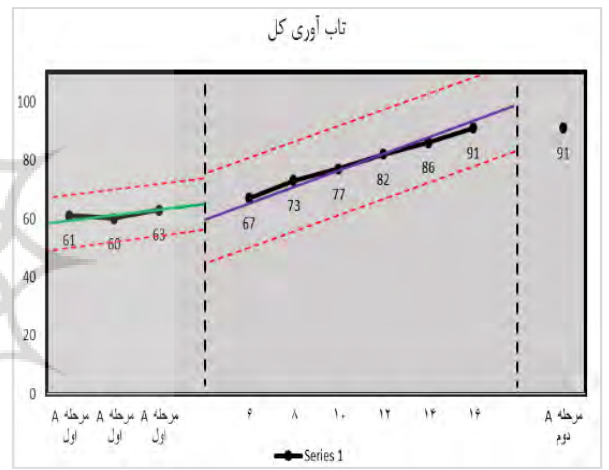
نمودار ۵: ترسیم خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی سوم



نمودار ۶: ترسیم خط روند در آزمودنی سوم



نمودار ۷: ترسیم خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی چهارم



نمودار ۸: ترسیم خط روند آزمودنی چهارم

اثربخشی مداخله گل بازی بر بهبود تاب آوری در آزمودنی‌ها در موقعیت مداخله، و پیگیری در تاب آوری نشان داده شده است. یافته‌های حاصل از تحلیل دیداری داده‌ها نشان داد که تغییر میانگین تاب آوری در آزمودنی سوم ۱۸ و در آزمودنی چهارم ۲۰/۱۷ است و حاکی از


در جدول ۶ و ۷ نتایج حاصل از تحلیل دیداری موقعیت خط پایه، مداخله، و پیگیری در تاب آوری نشان داده شده است. یافته‌های حاصل از تحلیل دیداری داده‌ها نشان داد که تغییر میانگین تاب آوری در آزمودنی سوم ۱۸ و در آزمودنی چهارم ۲۰/۱۷ است و حاکی از

جدول ۶: تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی آزمودنی سوم در تاب آوری

بین موقعیتی		درون موقعیتی			درون موقعیتی	
A یا B		A	B	A		
	۱. مقایسه موقعیت				۱. توالی موقعیت	
	۲. تغییرات روند	۱	۶	۳	۲. طول موقعیت	
	۲-۱. تغییر جهت				۳. سطح	
+	۲-۲. اثر وابسته به هدف	-	۷۹/۵	۶۱	۳-۱. میانه	
+	۲-۳. تغییر ثبات	-	۷۹/۳۳	۶۱/۳۳	۳-۲. میانگین	
	باثبات به باثبات					

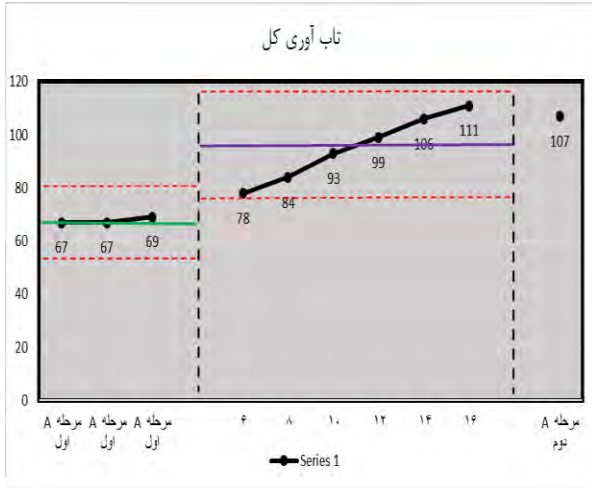
۳-۳. دامنه تغییرات	۶۳-۶۰	۹۱-۸۶	-	۳. تغییر در سطح
۳-۴. دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۲ درصد از میانه هر موقعیت	$61 \pm 12/2$	$79/5 \pm 15/9$	-	۳-۱. تغییر نسبی
۴. تغییر سطح	+۱/۵	+۱۳	-	۳-۲. تغییر مطلق
۴-۱. تغییر نسبی	+۲	+۲۴	-	۳-۳. تغییر میانه
۴-۲. تغییر مطلق			-	۳-۴. تغییر میانگین
۵. روند			-	۴. همپوشی داده‌ها
۵-۱. جهت	صعودی	صعودی	-	۴-۱. PND
۵-۲. ثبات	بائثبات	بائثبات	-	۴-۲. POD

جدول ۷: تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی آزمودنی چهارم در تاب‌آوری

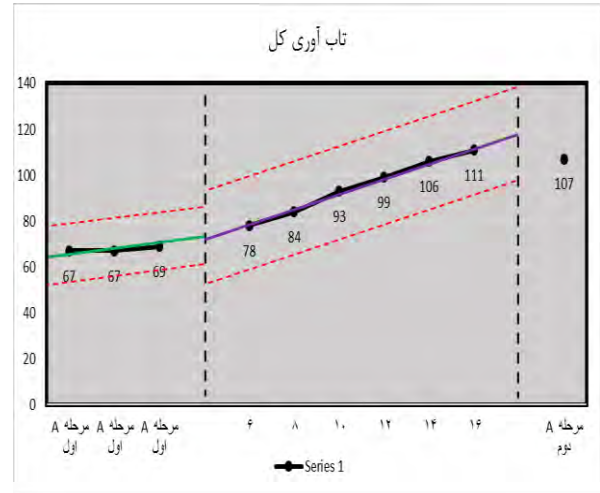
بین‌موقعیتی		درون‌موقعیتی			
A با B	۱. مقایسه موقعیت	A	B	A	۱. توالی موقعیت
	۲. تغییرات روند	۱	۶	۳	۲. طول موقعیت
	۲-۱. تغییر جهت				۳. سطح
مثبت	۲-۲. اثر وابسته به هدف	-	۸۷	۶۷	۳-۱. میانه
بائثبات به باثبات	۲-۳. تغییر ثبات	-	۸۷/۵	۶۷/۳۳	۳-۲. میانگین
	۳. تغییر در سطح	-	۷۴-۱۰۳	۶۷-۶۸	۳-۳. دامنه تغییرات
+۱۱/۵	۳-۱. تغییر نسبی	-	$87 \pm 17/4$	$67 \pm 13/4$	۳-۴. دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۲ درصد از میانه هر موقعیت
+۶	۳-۲. تغییر مطلق	-	+۱۶	+۰/۵	۴. تغییر سطح
+۲۰	۳-۳. تغییر میانه	-	+۲۹	+۱	۴-۱. تغییر نسبی
+۲۰/۱۷	۳-۴. تغییر میانگین	-			۴-۲. تغییر مطلق
	۴. همپوشی داده‌ها				۵. روند
۰/۱۰۰	۴-۱. PND	-	صعودی	صعودی	۵-۱. جهت
۰/۰	۴-۲. POD	-	بائثبات	بائثبات	۵-۲. ثبات

نمودارها، آزمودنی‌ها در مقیاس توانمندی‌های اجتماعی-هیجانی و تاب‌آوری در مرحله خط پایه نمرات کمتری را کسب کرده که این میزان به هنگام اجرای برنامه مداخله روش تلفیقی (روش تلفیق هر دو روش نقاشی درمانی و گل‌بازی با هم) روند صعودی داشته است

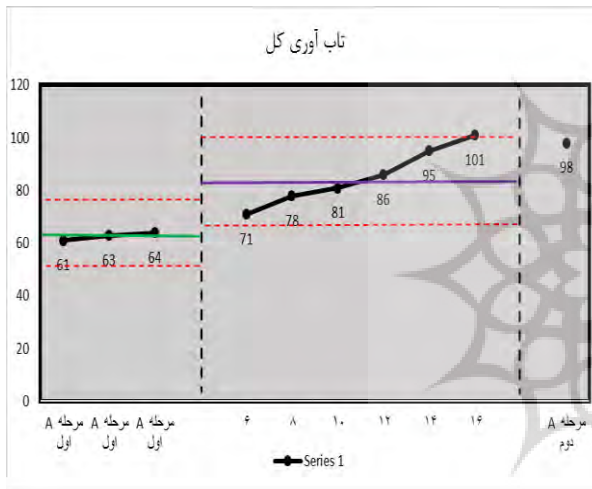
نتایج به دست آمده آزمودنی‌ها در گروه روش تلفیقی (روش تلفیق هر دو روش نقاشی درمانی و گل‌بازی با هم): بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی پنجم و ششم، خط میانه، خط روند و محفظه ثبات آنها به شرح زیر به دست آمده است (نمودار ۹-۱۲). در



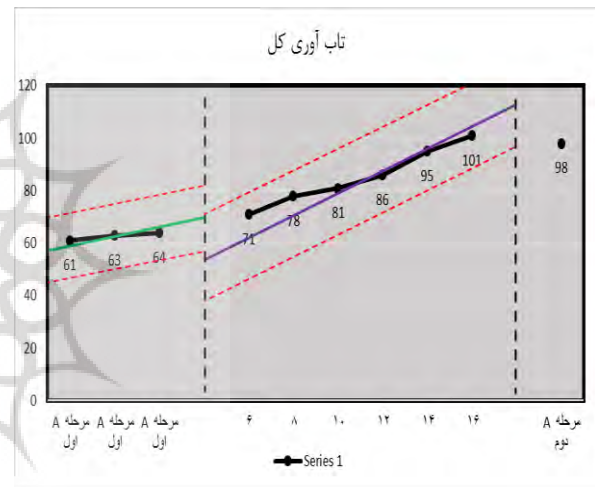
نمودار ۹: ترسیم خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی پنجم



نمودار ۱۰: ترسیم خط روند آزمودنی پنجم



نمودار ۱۱: ترسیم خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی ششم



نمودار ۱۲: ترسیم خط روند آزمودنی ششم


در جدول ۸ و ۹ نتایج حاصل از تحلیل دیداری موقعیت خط پایه، مداخله، و پیگیری در تاب‌آوری نشان داده شده است. یافته‌های حاصل از تحلیل دیداری داده‌ها نشان داد که تغییر میانگین تاب‌آوری در آزمودنی پنجم ۲۷/۵ و در آزمودنی ششم ۲۲/۶۷ است و حاکی از اثربخشی مداخله روش تلفیقی (روش تلفیق هر دو روش نقاشی درمانی و گل‌بازی با هم) بر بهبود تاب‌آوری در آزمودنی‌ها در موقعیت مداخله نسبت به خط پایه بود. ناهمپوشی بین دو موقعیت مجاور برای آزمودنی‌ها ۰/۱۰۰ به دست آمده که مؤید این مطلب است که میزان هم‌پوشی بین نقاط خط پایه و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان مؤثر بوده است.

در جدول ۸ و ۹ نتایج حاصل از تحلیل دیداری موقعیت خط پایه، مداخله، و پیگیری در تاب‌آوری نشان داده شده است. یافته‌های حاصل از تحلیل دیداری داده‌ها نشان داد که تغییر میانگین تاب‌آوری در آزمودنی پنجم ۲۷/۵ و در آزمودنی ششم ۲۲/۶۷ است و حاکی از اثربخشی مداخله روش تلفیقی (روش تلفیق هر دو روش نقاشی درمانی و

جدول ۸: تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی آزمودنی پنجم در تاب‌آوری

بین‌موقعیتی		درون‌موقعیتی			
A یا B	۱. مقایسه موقعیت	A	B	A	۱. توالی موقعیت
	۲. تغییرات روند	۱	۶	۳	۲. طول موقعیت
	۲-۱. تغییر جهت				۳. سطح
مثبت	۲-۲. اثر وابسته به هدف	-	۹۶	۶۷	۳-۱. میانه
باثبات به باثبات	۲-۳. تغییر ثبات	-	۹۵/۱۶	۶۷/۶۶	۳-۲. میانگین
	۳. تغیر در سطح	-	۷۸-۱۱۱	۶۷-۶۹	۳-۳. دامنه تغییرات
+۱۶	۳-۱. تغییر نسبی	-	۹۶ ± ۱۹/۲	۶۷ ± ۱۳/۴	۳-۴. دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۲ درصد از میانه هر موقعیت
+۹	۳-۲. تغییر مطلق				۴. تغییر سطح
+۲۹	۳-۳. تغییر میانه	-	+۲۲	+۱	۴-۱. تغییر نسبی
+۲۷/۵	۳-۴. تغییر میانگین	-	+۳۳	+۲	۴-۲. تغییر مطلق
	۴. همپوشی داده‌ها				۵. روند
۰/۱۰۰	۴-۱. PND	-	صعودی	صعودی	۵-۱. جهت
۰/۰	۴-۲. POD	-	باثبات	باثبات	۵-۲. ثبات

جدول ۹: تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی آزمودنی ششم در تاب‌آوری

بین‌موقعیتی		درون‌موقعیتی			
A یا B	۱. مقایسه موقعیت	A	B	A	۱. توالی موقعیت
	۲. تغییرات روند	۱	۶	۳	۲. طول موقعیت
	۲-۱. تغییر جهت				۳. سطح
مثبت	۲-۲. اثر وابسته به هدف	-	۸۳/۵	۶۳	۳-۱. میانه
باثبات به باثبات	۲-۳. تغییر ثبات	-	۸۵/۳۳	۶۲/۶۶	۳-۲. میانگین
	۳. تغیر در سطح	-	۷۱-۱۰۱	۶۱-۶۴	۳-۳. دامنه تغییرات
+۱۴/۵	۳-۱. تغییر نسبی	-	۸۳/۵ ± ۱۶/۷	۶۳ ± ۱۲/۶	۳-۴. دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۲ درصد از میانه هر موقعیت
+۷	۳-۲. تغییر مطلق				۴. تغییر سطح
+۲۰/۵	۳-۳. تغییر میانه	-	+۱۷	+۱/۵	۴-۱. تغییر نسبی
+۲۲/۶۷	۳-۴. تغییر میانگین	-	+۳۰	+۳	۴-۲. تغییر مطلق
	۴. همپوشی داده‌ها				۵. روند
۰/۱۰۰	۴-۱. PND	-	صعودی	صعودی	۵-۱. جهت
۰/۰	۴-۲. POD	-	باثبات	باثبات	۵-۲. ثبات

در ادامه، با استفاده از فرمول درصد بهبودی معنی‌داری بالینی داده‌ها محاسبه شد که نتایج در جدول ۱۰ گزارش شده است.

جدول ۱۰: درصد بهبودی شرکت‌کنندگان در مراحل مختلف درمانی

درصد بهبودی کل	درصد بهبودی پیگیری (مرحله A دوم)	درصد بهبودی مداخله (مرحله B)	آزمودنی
۵۲/۷۳	۴۷/۲۶	۵۸/۲۱	شرکت‌کننده اول
۵۸/۵۱	۵۷/۷۴	۵۹/۲۹	شرکت‌کننده دوم
۴۸/۳۷	۴۸/۳۷	۴۸/۳۷	شرکت‌کننده سوم
۴۸/۵۱	۴۴/۰۶	۵۲/۹۷	شرکت‌کننده چهارم
۶۱/۰۹	۵۸/۱۴	۶۴/۰۵	شرکت‌کننده پنجم
۵۸/۷۸	۵۶/۳۹	۶۱/۱۸	شرکت‌کننده ششم

در پایان برای مقایسه میزان اثربخشی سه مداخله نقاشی درمانی، گل‌بازی و روش تلفیقی (روش تلفیق هر دو روش نقاشی درمانی و گل‌بازی با هم) از فرمول درصد بهبودی استفاده شد که نتایج در جدول ۱۱ گزارش شده است.

همان‌طور که مشاهده می‌شود درصد بهبودی شرکت‌کننده سوم بعد از مداخله درمانی و در مرحله پیگیری، و همچنین درصد بهبودی شرکت‌کننده چهارم در مرحله پیگیری از ۵۰٪ کمتر بوده و بنابراین از نظر بالینی معنادار نبود.

جدول ۱۱: درصد بهبودی و میانگین نمرات سه گروه مداخله درمانی در تاب‌آوری

گروه	مراحل	میانگین نمرات تاب‌آوری	درصد بهبودی
نقاشی درمانی	خط پایه	۶۸/۶۶	۵۵/۴۷
	مداخله	۱۰۶/۷۵	
گل‌بازی	خط پایه	۶۴/۳۳	۴۸/۴۵
	مداخله	۹۵/۵	
روش تلفیقی	خط پایه	۶۵/۱۶	۵۹/۹۹
	مداخله	۱۰۴/۲۵	

فرزندان، بتوانند تعامل مناسب‌تری را برقرار کنند. درمان‌های والدمحور-کودک‌محور بر بهبود تعاملات فرزندان و والدین درون بافت خانواده تأکید داشته و عامل اصلی برای تغییر ارتباط است. هنر درمانی روش مؤثری است که می‌تواند بر اساس اصول تعاملات والد-کودک آموزش داده شود. فعالیت هنری بر سیستم بازداری کودکان با این اختلال تأثیر گذاشته و موجب می‌شود که کودک بهتر بتواند تکانه‌های خود را مهار کند و به شکلی مؤثر به موقعیت‌ها پاسخ دهد (۲۷).

نتیجه به دست آمده را می‌توان بر اساس نظریه لندرت و برتون (۴۵) این‌گونه تبیین کرد که طبق نظر درمان‌گران والدمحور تغییر در شیوه والدگری منجر به کاهش مشکلات رفتاری و بهبود رفتار اجتماعی می‌شود. از این رو در پژوهش حاضر با آموزش رابطه والد-کودک، مادران به فنون بازی درمانی کودک‌محوری تجهیز شده و ارتباطی مثبت با کودکان خود ایجاد کردند. در واقع، با افزایش آگاهی مادران از تعاملات ارتباطی، تعارضات درونی آنها کمتر شده، و با موقعیت‌های دشوار و تنش‌آور و رفتار سازش‌نا یافته فرزندان، سازش‌یافته‌تر برخورد کردند. در طی ارتقای تعاملات والد-کودک، نشانه‌های فزون‌کنشی و تکانش‌گری در کودکان مبتلا کاهش یافت. نتایج یافته‌های کاظمی و همکاران (۲۱) و شوشتری و همکاران (۲۴) نیز مؤید اثربخشی این مداخلات درمانی بر میزان فزون‌کنشی، افزایش مهارت خودمهارگری و

یافته‌های جدول ۱۱ نشان می‌دهد که مداخله درمانی روش تلفیقی (روش تلفیق هر دو روش نقاشی درمانی و گل‌بازی با هم) نسبت به دو روش درمانی دیگر اثربخشی بیشتری داشته است، درصد بهبودی کلی گل‌بازی کمتر از مداخلات درمانی دیگر بوده است، و همچنین بر تاب‌آوری کودکان با نارسایی توجه/فزون‌کنشی اثربخشی معناداری نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی نقاشی درمانی، گل‌بازی، و روش تلفیقی (روش تلفیق هر دو روش نقاشی درمانی و گل‌بازی با هم) بر تاب‌آوری کودکان با نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود. یافته‌ها نشان داد که مداخلات نقاشی درمانی و روش تلفیقی (روش تلفیق هر دو روش نقاشی درمانی و گل‌بازی با هم) سبب افزایش تاب‌آوری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شد. این یافته‌ها با برخی از نتایج پژوهش‌های قبلی (مانند ۲۱، ۲۴، ۳۳، ۳۴، ۳۶) همسو است.

اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی با عوامل خطر ساز خانوادگی فراوانی همراه است. این کودکان در ایجاد ارتباط مناسب با والدین و اطرافیان مشکل دارند (۵). نداشتن مهارت در حل مسائل باعث بروز سازش‌نا یافتگی‌ها و تعارضات در جنبه‌های مختلف زندگی آنان می‌شود (۶ و ۷). یکی از روش‌های درمانی مناسب برای کودکان با این اختلال، آموزش والدین است (۱۸) تا آنها با یادگیری اصول برقراری ارتباط با

تکانش‌گری کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود و با نتایج پژوهش حاضر همسو است.

از سویی نتیجه به دست آمده را می‌توان بر اساس نتایج مطالعات شیفر و همکاران (۲۶) این گونه تبیین کرد که مرور کلامی خاطرات تروماتیک برای کودکان خارج از توان آنها است. روی‌آوردهایی مانند هنردرمانی که بر فرایند کلامی حوادث ناگوار توسط کودکان کمتر تأکید دارند، درمان‌های مفیدی به شمار می‌روند. از این رو در پژوهش حاضر، از ابزارهای هنردرمانی (نقاشی‌درمانی و گل‌بازی)، به سبب سهولت ترکیب آن با اصول تعاملات والد-کودک، استفاده شد. کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی با استفاده از نقاشی، آزادانه درباره افکار و احساسات سرکوب شده خود، بدون تهدید و انکس مادر، صحبت کرده و به طور خلاقانه با تغییر در مسائل، به احساس تسلط بر مشکلات رسیدند. در واقع این فرایند خلاق به کودکان کمک کرد که مهارت‌های بین‌فردی خود را گسترش داده، رفتار خویش را مدیریت کرده، و به بینش در حل مسائل دست یابند. کودکان با فراکنی زندگی درونی‌شان به نقاشی توانستند بر هیجانات خود غلبه کرده و برای حل مشکلات خود منعطف‌تر تفکر کنند و این موضوع سبب پویایی شخصیت آنان شده و در نهایت هدف اصلی پژوهش که همانا ارتقای تاب‌آوری بود، محقق شده است. پژوهشی که توسط مومنی و همکاران (۳۳) انجام شد نیز نشانگر اثربخشی نقاشی‌درمانی بر پرخاشگری و فزون‌کنشی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود و تأیید کننده یافته‌های پژوهش حاضر است.

ارتقای تاب‌آوری زمانی افزایش بیشتری داشت که نقاشی‌درمانی به همراه گل‌بازی به شرکت‌کنندگان ارائه شد. آزمودنی‌ها در طی کار با گل به احساس آرامش رسیده و فشارهای عصبی آنان کاهش یافت. در هنگام کار با گل، کودک دامنه وسیعی از احساسات خود را نشان می‌داد. چون حالت شکل‌پذیری گل بالا است و آنان توانستند بدون ترس از نتایج منفی، با پرخاشگری با گل درگیر شوند و پس‌خوراند دریافت

کنند. در واقع کودکان در هنگام کار کردن با چنین مواد ابتدایی، نیازهای واپس زده قبلی خود را جبران کرده و به خاطرات، اندیشه‌های خود عینیت داده و بیش از پیش درصدد افزایش تاب‌آوری خود برآمدند. نتایج پژوهش اعتمادی و همکاران (۳۶) و معرف و همکاران (۳۴) حاکی از اثربخشی این مداخله درمانی بر فزون‌کنشی و تکانش‌گری کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود و با یافته‌های پژوهش حاضر نیز همسو است.

از آنجا که به دلیل بیماری کرونا اجرای گروهی ممکن نبود، در نتیجه از طرح‌های درون‌گروهی (تک‌آزمودنی) استفاده شد که تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجهه کرد. عدم دسترسی به هر دو والد و عدم مهار مصرف دارو جهت رسیدن به نتایج مطلوب‌تر را نیز می‌توان از دیگر محدودیت‌های پژوهش برشمرد. استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و عدم استفاده از روش‌های کیفی در سنجش تاب‌آوری از محدودیت‌های این مطالعه بوده است که در مطالعات بعدی می‌تواند مورد توجه قرار گیرد. همچنین بر اساس نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود که مداخلات نقاشی‌درمانی و روش تلفیقی (روش تلفیق هر دو روش نقاشی‌درمانی و گل‌بازی با هم) به صورت رسمی در مراکز پیش‌دبستانی و مدارس ابتدایی و به صورت غیررسمی در کلینیک‌های تخصصی در درمان تکمیلی کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی استفاده شوند. لازم است که اجرای مداخله برای هر دو والد، با مهار مصرف دارو و با نمونه‌گیری تصادفی انجام شود تا اعتبار پژوهش با اطمینان بیشتری برآورد شود. شایسته است که مادران با استفاده از این مداخلات درمانی در خانه، ضمن اینکه باعث ارتقای تاب‌آوری کودکان خود می‌شوند، به بهبود تعاملات والد-کودک کمک کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود که مشاوران و درمانگران این مداخلات درمانی را به عنوان یک روش درمانی باثبات و ابزاری قوی در بهبود تاب‌آوری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به کار برند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: مجوز اجرای این مطالعه بر روی افراد نمونه از سوی کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز با کد اخلاق IR.IAU.SHIRAZ.REC.1400.031 به تاریخ ۱۴۰۰/۸/۵ صادر شده است.

حامی مالی: این مطالعه بدون حامی مالی سازمان خاصی انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای نویسنده نخست در رشته روان‌شناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص دانشگاه آزاد اسلامی

واحد شیراز است. نویسنده نخست به عنوان مجری پژوهش، نویسنده دوم استاد راهنما، و نویسندگان سوم و چهارم به عنوان استادان مشاور در این پژوهش نقش داشتند
تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافی در این پژوهش وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدینوسیله از مدیریت و پرسنل مرکز روان‌شناسی مهرک و تمامی مادرانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

References

1. El- Nemr FM, Badr HS, Salem MS. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children. *Science Journal of Public Health*. 2015; 3(2): 274-280. [Link]
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 3013, pp: 79-90. [Link]
3. Willcutt EG. The prevalence of dsm-5 attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012; 9(3): 490-499. [Link]
4. Bakhshayesh A, Mirhosseini RS. Effectiveness of play therapy on the reduction of children's severity symptoms with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and promotion of their academic performance. *scientific journal of ilam university of medical sciences (sjimu)*. 2015; 22 (6): 1-13. [Persian]. [Link]
5. Ahmadi N, Chaudhry S, Olango G, Molla M. 3.43 The relation of parent-child interaction therapy (PCIT) in well-being of young children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017; 56(10, Supplement): S218. [Link]
6. Shan W, Zhang Y, Zhao J, Zhang Y, Cheung EFC, Chan RCK, et al. Association between maltreatment, positive parent-child interaction, and psychosocial well-being in young children. *J Pediatr*. 2019; 213: 180-186. [Link]
7. Vandermaas-Peeler M, Westerberg L, Fleishman H. Bridging known and new: inquiry and intersubjectivity in parent-child interactions. *Learn Cult Soc Interact*. 2019; 21: 124-135. [Link]
8. Chronis-Tuscano A, Lewis-Morrarty E, Woods KE, O'Brien KA, Mazursky-Horowitz H, Thomas SR. Parent-child interaction therapy with emotion coaching for preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Cogn Behav Pract*. 2016; 23(1): 62-78. [Link]
9. Abdollahi Baqrabadi G. Effectiveness of lego therapy on social skills in children with autism. *Rooyesh*. 2016; 5 (3): 153-164. [Persian] [Link]
10. Hosseini Ghomi T, Salimi Bajestani H. Effectiveness of resilience training on stress of mothers whose children, suffer from cancer in imam khomeini hospital of tehran. *Health Psychology*. 2013; 1(4): 97-109. [Persian] [Link]
11. Jamshidi eini A, Razavi V. Effectiveness of resilience training on stress and psychological well-being of nurses in a military hospital in Kerman. *EBNESINA*. 2018; 19 (4): 38-44. [Persian] [Link]
12. Nodjoumi S, Bahrami H. The role of personality traits in predicting military students' resilience. *EBNESINA*. 2013; 15 (3): 35-42. [Persian] [Link]
13. Carle AC, Chassin L. Resilience in a community sample of children of alcoholics: its prevalence and relation internalizing symptomatology and positive affect. *J Appl Dev Psychol*. 2004; 25(5): 577-596. [Link]
14. Abdi R, Narimani A. Comparison of personality traits and resiliency in mothers of children with autism disorder and attention deficit /hyperactivity disorder with normal children's mothers. *MEJDS*. 2018; 70(8): 1-6. [Persian] [Link]
15. Kaveh M, Alizadeh H, Delavar A, Borjali A. Development of a resilience fostering program against stress and its impact on quality of life components in parents of children with mild intellectual disability. *JOEC*. 2011; 11 (2): 119-140. [Persian] [Link]
16. Kordich-Hall D, Pearson J. Resilience, giving children the skills to bounce back. *Journal of Education and Health*. 2005; 23(1): 12-15. [Link]
17. Mohebb N, Amiri Sh, Behraves A. The effectiveness of short time structured play therapy on attention -deficit hyperactivity disorder in pre-school children (six years). *Journal of Instruction and Evaluation*. 2013; 6(22): 27-43. [Persian]. [Link]
18. Lee PC, Niew WI, Yang HJ, Chen VCH, Lin KC. A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil*. 2012; 33(6): 2040-2049. [Link]
19. Christian DD, Perryman KL, Portrie-Bethke TL. Improving the parent-adolescent relationship with adventure-based counseling: an adlerian perspective. *Journal of Child and Adolescent Counseling*. 2017; 3(1): 44-58. [Link]
20. Van der Geest IM, Van den Heuvel-Eibrink MM, Passchier J, Van den Hoed- Heerschop C, Pieters R, Darlington ASE. Parenting stress as a mediator of parents' negative mood state and behavior problems in children with newly diagnosed cancer. *Psychooncology*. 2014; 23(7): 758-765. [Link]
21. Kazemi MR, Mohammadi MR, Akhondzadeh SH. Amantadine versus methylphenidate in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder: a randomized, double-blind trial. *EBNESINA*. 2011; 14 (3): 10-16. [Persian] [Link]
22. VanFleet R, Sywulak AE, Sniscak CC. *Child-centered play therapy*. New York: Guilford Press; 2011, pp: 63-65. [Link]
23. Blanco PJ, Muro JH, Holliman R, Stickley VK, Carter K. Effect of child-centered play therapy on performance anxiety and academic achievement. *J Child Adolesc Couns*. 2015; 1(2): 66-80. [Link]
24. Shoshtari M, Abedi A, Golshani F, Ahromi R. Effectiveness of early interventions based on child-oriented games on the rate of hyperactivity/ impulsivity of preschool children. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2011; 1(2): 103-118. [Persian] [Link]
25. Holmqvist G, Roxberg A, Larsson I, Lundqvist-Persson C. What art therapists consider to be patient's inner change and how it may appear during art therapy. *The Art in Psychology*. 2017; 56(November, 2017): 45-52. [Link]
26. Schaefer ch, Kaduson H. *101 play therapy techniques* (Vol. 1). Mohammad ismail M. (Persian translator). Third edition. Tehran: Publishing Danjeh; 2020; pp: 15-200. [Persian] [Link]

27. Malchiodi C. Creative art therapy: brain-wise approaches to violence. *Psychology Today* [Serial Online]. 2013 Oct. Available from: [\[Link\]](#)
28. Ayaz H. Using art as therapy with a child with attention deficit/hyperactivity disorder - comorbid intellectual disability: a case study. *Journal of Basic & Applied Sciences*. 2018;14: 156-160. [\[Link\]](#)
29. Levick MF. They could not talk & so they drew: Children's styles of coping & thinking. Illinois: Charles. C. Thomas; 2014, pp: 124-38. [\[Link\]](#)
30. Ferraris AO. Children's painting and its concepts. Sarafan AR. (Persian translator). 14th edition. Tehran; 2019, p: 7-13. [\[Link\]](#)
31. Newcomer KL, Krug HE, Mahowald ML. Validity and reliability of the timed-stands test for patients with rheumatoid arthritis and other chronic diseases. *J Rheumatol*. 1993; 20(1): 21-27. [\[Link\]](#)
32. Mohammad Ismail E. Play therapy: theories, methods and clinical applications. Fifth edition. Tehran: Publishing Danzheh; 2017, pp: 94-106. [Persian]. [\[Link\]](#)
33. Momeni Kh, Shalani B. The effectiveness of group drawing on aggression reduction in hyperactive-aggressive students. *Journal of Developmental Psychology Iranian Psychologists*. 2016; 13(49): 71-77. [Persian]. [\[Link\]](#)
34. Moaref S, Sohrabi N. A comparison play therapy with the clay therapy of the treatment of children with attention defici. *Journal of Psychological Achievements (JPAs)*. 2017; 4, 24(2): 65-80. [Persian] [\[Link\]](#)
35. Hassanpour F, Jalali MR, Sha'iri MR, Khaza'I M. Effectiveness of work with clay in reducing primary school children's aggression. *Clinical Psychology Studies*. 2013; 3(10): 140-153. [Persian] [\[Link\]](#)
36. Etemadi A, Gitipasand Z, Moradi M. The effects of using solution – focused group therapy procedure on reduction mother – daughter conflicts in mothers. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy (FCPJ)*. 2013; 3(4): 565-591. [Persian] [\[Link\]](#)
37. Rastle M. Individual art therapy counseling with at-risk children in school setting [master's thesis]. [Perth, USA]: Ursuline's campus features, Ursuline college; 2008. [\[Link\]](#)
38. Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. one edition (New). Tehran: Publishing Roshd; 2020; pp: 373-391. [Persian]. [\[Link\]](#)
39. Merrell KW. Social and emotional assets and resiliency scales (SEARS). Eugene: School psychology program. University of Oregon. 2008. [\[Link\]](#)
40. Nese RNT, Doerner E, Romer N, Kaye NC, Merrell KW, Tom KM. Social emotional assets and resilience scales: development of a strength-based short-form behavior rating scale system. *Journal for Educational Research Online*. 2012; 4(1): 124-139. [\[Link\]](#)
41. Hosseini Yazdi A. Evaluation of the effectiveness of divorce visa program (CODIP) on improving self-concept of increasing resilience and reducing externalized problems in children. [Thesis for Master of Science]. [Mashhad, Iran]: Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ferdowsi University; 2013, 1. [Persian] [\[Link\]](#)
42. Sakha S. Compare of effectiveness painting, clay therapy and combined methods on impulsivity, emotion regulation and resilience of children with attention deficit/hyperactivity disorder. [Thesis for PhD]. [Shiraz, Iran]: Faculty of Economics and Management, Islamic Azad University; 2021, 86-190. [Persian]. [\[Link\]](#)
43. VanFleet R, Sywulak AE, Sniscak CC. Child-centered play therapy. Ghoreishi M, (Persian translator). 14th edition. Tehran: Publishing Farabi; 2016; pp: 51-300. [Persian] [\[Link\]](#)
44. Landarth G, Bratton S, Kalam T, Blackard S. Improving the parent-child relationship through play: Therapists' Handbook (Vol. 1). Mahmoudi Qaraei J, Alirezaei N, Mostafavi S. (Persian translator). Two edition. Tehran: Publishing Ghatreh; 2016; pp: 51-300. [Persian] [\[Link\]](#)
45. Landreth GL, & Bratton SC. Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual: an evidence-based 10-session filial therapy model. New York: Pub. Location: 2019; pp: 62-311. [\[Link\]](#)
46. Gast DL. (2010). Single subject research methodology in behavioral sciences. New York: Routledge; 2010, pp: 365-391. [\[Link\]](#)

