



The Effect of Family System Play Therapy on Family Environment and Behavioral Problems in Children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder

Received: December 15, 2020 Accepted: March 9, 2021

Hourieh MasoumiRad

M.Sc. Family counseling, Department of psychology and Humanities, faculty of human science, Khatam University, Tehran, Iran

Mandana Niknam

m.niknam@khatam.ac.ir

Assistant Professor, Department of psychology and Humanities, Faculty of humanities, Khatam University, Tehran, Iran (**Corresponding Author**)

Abstract

Numerous studies have focused separately on the effectiveness of the systemic family therapy approach in solving family problems or using play therapy or family-centered therapies to reduce behavioral problems in children with ADHD. In this study, Family System therapy and play therapy were combined to work with these children and their families. This study aimed to evaluate the effectiveness of family system play therapy on the family environment and behavioral problems of children with ADHD. In this study, a single case experimental design of multiple baselines was used. The statistical population included all children aged 6 to 8 years with ADHD and their families in Tehran who referred to "Tasmim", "AftabeZendegi", "baraneDanesh" counseling centers in 2020-2021, and 3 children were selected based on inclusion criteria. Subjects were randomly selected for the research project and 10 sessions of intervention were performed. The measuring instruments of the present study were the Rutter Children (Rutter, 1967) and the Moos Family Environment Scale (Moos & Moos, 1994). Findings were analyzed based on visual analysis and descriptive statistics, level, trend, and variability. Findings showed that Family System Play Therapy was effective in improving the family environment (for all three subjects) and reducing the behavioral problems of children with ADHD (for all three subjects). Findings show the effectiveness of family system play therapy on the behavioral problem and family environment. Therefore, it is recommended that family and child psychologists and therapists use this method to improve behavioral problems and the family environment.

Keywords: *play therapy, attention-deficit/ hyperactivity, family system, environment, behavioral problems*

Introduction

Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder is a neurodevelopmental disorder and a continuous pattern of neglect or overactivity. These symptoms are not consistent with his developmental level in people with the disorder and can interfere with his social, academic, or occupational functioning (American Psychiatric Association, 2013). One of the factors associated with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder that can confuse parents and family is ADHD children's behavioral problems (Yusefi, Soltanifar&teymouri, 2009) Behavioral problems are generally divided into two categories. Intrinsic disorders such as anxiety and depression, which are related to the inner world, and extrinsic disorders, such as antisocial behaviors that deal with the outside world (Mundy, Canterford, Olds, Allen & Patton, 2017). Various studies have shown that the family environment and the amount of warmth and acceptance of the family have always had positive consequences for children and are an effective factor in solving children's problems (Cummings, George & Davies, 2012; Lindahl, Bregman, Malik, 2012). On the other hand, games are like a bridge that connects the inner thoughts of children and their outer world and helps the child to gain enough control over various issues. During play, the child understands phenomena, understands relationships, and feels comfortable, and uses them as a tool for communication, exchange, experimentation, and mastery of external realities (Ghasemzade, MatbouRiahi, Alavi & Hasanzadeh, 2018). Because young children's language and cognitive abilities are developing, they may have difficulty with traditional speech-based therapies because their vocabulary is limited to expressing their feelings and experiences, so play is a growth-appropriate way to It helps young children to express their feelings. Combining a systemic and playful approach with family guidelines, systemic therapy can work well to change the hierarchy and at the same time use play therapy to give children a way to express their experiences (Daley, Miller, Bean & Oka, 2019). This study aimed to evaluate the effectiveness of family system play therapy on the family environment and behavioral problems in children with ADHD.

Methodology

In this study, a single case experimental design of multiple baselines was used. The statistical population included all children aged 6 to 8 years with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder and their families in Tehran. A single case experimental design of multiple

baselines was used. Three families with children with attention deficit hyperactivity disorder were selected in an accessible manner according to the research criteria. These families filled out the Rutter child behavior questionnaire for parents Questionnaire and the Moos Family Environment Scale, 3, 5, and 7 times, respectively, in the baseline stage then the families entered to intervention phase, which lasted 10 sessions, and during the sessions to family system play therapy. The questionnaires were answered again in sessions 2, 4, 6, 8, and 10. Findings were analyzed based on visual analysis and descriptive statistics, trends, and variability. The measuring instruments of the present study were the Rutter Children and the Moos Family Environment Scale: **Rutter child behavior questionnaire for parents Questionnaire:** This Scale was developed by Rutter in 1967. The level of agreement between the psychiatrist and the questionnaire is high. They also reported the reliability of the parents' test on 36 sample subjects as 0.92 (Rutter, 1967). **Moos Family Environment Scale:** This Scale was developed by Moos & Moos in 1994. The lowest reliability was 0.68 for the independence scale and the highest reliability was 0.86 for the continuity scale and Mollasharifi in Iran with research on 546 people) Pearson correlation coefficient from 0.63 to 0.83) (Moos & Moos, 1994).

Results and discussion

This study was performed on 3 children (2 boys and a girl aged 6 to 8 years) with ADHD with their families. Subjects entered the study as a stepwise time model. To assess the baseline stage, which is called the observation stage, two questionnaires of the family environment and children's Rutter behavioral evaluation were completed by parents three times (once a week) and no intervention was made during these three sessions. Preliminary results of the evaluations of the two questionnaires were kept for comparison with the final results. Family system play therapy intervention was performed as a family in 10 sessions for 10 weeks for 60 minutes. In each intervention session, after reviewing the assignments of the previous session, the topic of the new session was raised. Participants at the end of sessions 2, 4, 6, and 8 and the last treatment session to assess the child's behavioral problems and the family environment, two questionnaires of the family environment and behavioral assessment of children were completed by parents and after collecting data, analyzed. And the results were compared with the results of the first three tests. The results showed that family system play therapy improved the family environment for all three subjects (with

PND 80% for the first subject and 60% for the second and third subjects) and reduced the behavioral problems of children with ADHD for all three subjects (With PND 60% effective for the first subject and 80% for the second subject).

Table 1.

Result of with in-condition analysis & between-condition analysis of the family environment for 3 subjects

Subjects	with in-condition analysis (A)			with in-condition analysis (B)			between-condition analysis (A to B)		
	Md	M	Trend & stability	Md	M	Trend & stability	Md difference	M differences	PND
First case	51	51	Ascending 100% stable	57	57.2	Ascending 100% stable	51 to 57	51 to 57.2	80%
Second case	59	58.6	Ascending 100% stable	64	62.6	Ascending 100% stable	59 to 64	58.6 to 62.2	60%
Third case	56	56.28	Ascending 100% stable	59	59.2	Ascending 100% stable	56 to 59	56.28 to 59.2	60%

Table 2.

Result of with in-condition analysis & between-condition analysis of the behavior problem for 3 subjects

Subjects	with in-condition analysis (A)			with in-condition analysis (B)			between-condition analysis (A to B)		
	Md	M	Trend & stability	Md	M	Trend & stability	Md difference	M differences	PND
First case	37	37.33	Descending 100% stable	32	32.4	Descending 100% stable	37 to 32	37.33 to 32.4	60%
Second case	29	29	Unchanged 100% stable	25	24.8	Descending 100% stable	29 to 25	29 to 24.8	80%
Third case	34	33.57	Descending 100% stable	31	31	Descending 100% stable	34 to 31	33.57 to 31	60%

Conclusion

The present study confirmed that family system play therapy is effective in the family environment and in reducing behavioral problems in children with ADHD. The positive effects of family-centered education interventions on improving family functioning are in line with (Bundgaard Larsen & et al,

[2020https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S094195002030083X?via%3Dihub](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S094195002030083X?via%3Dihub)) & (Dalley & et al, 2019) studies. In addition Family system play therapy reduced the behavioral problems of children with ADHD that results are in line with (Torabi, Afrooz, Hasani & Golshani, 2020; Dalley & et al, 2019) studies.

Similar to other studies, this research is not devoid of limitations, such as lack of follow-up sessions due to the intensification of the spread of coronavirus and the closure of centers, and the reluctance of participants due to fear of COVID-19. It is suggested that similar research be done to increase the generalizations and the effectiveness of family system play therapy on children with other children with disorders such as learning disabilities, coping disobedience, autism, etc. be evaluated.

Acknowledgments

The author acknowledges the families, who cooperated in the administration of the measures.

Authors' contributions

All stages of research and preparation of the article have been done by the authors.

Funding

The author received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

Availability of data and materials

For free access to the Persian version of the measures, [contact](#) the author.

Ethics approval and consent to participate

All participants voluntarily consented to respond to the measures.

Consent for publication

The author entirely agrees and is content with the publication of the article.

Competing interests

The author declared no potential conflicts of interest.

References

- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)**. Washington, DC: USA. [[link](#)]
- Bundgaard Larsen, Liva, Daley, David, Lange, Anne-Mette, Sonuga-Barke, Edmund, thomsen, PerHove & Rask, charlotte Ulrikka (2020). Effect of Parent Training on Health-Related Quality of Life in Preschool Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Secondary Analysis of Data from a Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(9), 1005–1098. [[link](#)]
- Cummings, E., George, M., McCoy, K., & Davies, P. (2012). Interparental conflict in kindergarten and adolescent adjustment: Prospective investigation of emotional security as an explanatory mechanism. *Child Development*, 83(5), 1703-1715. [[link](#)]
- Daley, Lexie Pfeifer, Miller, Richard B., Bean, Roy A. & Oka, Megan (2019) Family System Play Therapy: An Integrative Approach, *The American Journal of Family Therapy*, 46(5), 421-436. [[link](#)]
- Ghasemzade, Sogand, MatbouRiahi, Minoo, Alavi, Zahra & Hasanzadeh, Mitra (2018). Effectiveness of family-based intervention and play therapy on the parenting style of mothers and clinical symptoms in children with separation anxiety disorder. *Journal of Research in Psychological Health*, 11(4), 74-88. [Persian] [[link](#)]
- Karami, Soghra (1994) (Investigation of Behavioral Disorders, Disorders after Trauma (PTSD) in children and adolescents aged 9-16 years Earthquake affected areas after 3 years compared to non-earthquake areas. Ph.D. Thesis in Psychiatry, Tehran Psychiatric Institute, University of Sciences Iranian Medicine. [[link](#)]
- Lindahl, K., Bregman, H., & Malik, N. (2012). Family boundary structures and child adjustment: The indirect role of emotional reactivity, *Journal of Family Psychology*, 26, 839-847. [[link](#)]
- MollaSharifi, Sheyda, Vakhshvar, Hasan & Salimizade, MohammadKazem (2005). Standardization of family atmosphere scale for Iranian family living in Tehran. *Journal of Family Research*, 1(3), 255-267. [Persian] [[link](#)]
- Mundy, L., Canterford, L., Olds, T., Allen, N. B., & Patton, G. C. (2017). The association between electronic media and emotional and behavioral problems in late childhood. *Academic Pediatrics*, 17(6), 620-624. [[link](#)]



مشاوره و روان‌درمانی خانواده

دوره دهم، شماره دوم (پیاپی ۳۰)، پاییز و زمستان ۱۳۹۹

تأثیر بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده روی جو خانواده و مشکلات رفتاری

کودکان دچار اختلال فزون‌کنشی/کاستی توجه

پذیرش: ۱۳۹۹-۱۲-۱۹

دریافت: ۱۳۹۹-۰۹-۲۵

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.	حوریه معصومی راد
استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.	ماندانا نیکنام m.niknam@khatam.ac.ir (نویسنده مسئول)

چکیده

پژوهش‌های فراوانی به‌صورت مجزا راجع به اثربخشی رویکرد خانواده‌درمانی نظام‌دار در حل مشکلات خانواده و استفاده از بازی‌درمانی یا درمان‌های خانواده‌مدار جهت کاهش مشکلات رفتاری کودکان مخصوصاً کودکان دچار اختلال فزون‌کنشی/کاستی توجه بهره‌برده شده است در این پژوهش به تلفیق رویکرد نظام‌دار خانواده و بازی‌درمانی برای کار با این کودکان و خانواده‌هایشان پرداخته شد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده بر جو خانواده و مشکلات رفتاری کودکان دچار اختلال فزون‌کنشی/کاستی توجه بود. در این پژوهش از طرح آزمایشی تک‌موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه کودکان ۶ تا ۸ سال دچار اختلال فزون‌کنشی/کاستی توجه و خانواده‌های آن‌ها در شهر تهران بودند که در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ به مراکز مشاوره تصمیم، باران دانش و آفتاب زندگی مراجعه کرده بودند و ۳ کودک به‌صورت در دسترس بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به‌صورت پلکانی زمانی وارد طرح پژوهشی شدند و ۱۰ جلسه مداخله انجام شد. ابزارهای سنجش پژوهش حاضر پرسشنامه‌های مشکلات رفتاری کودکان (Rutter, 1967) و جو خانواده (Moos & Moos, 1994) بود. یافته‌های پژوهش بر اساس تحلیل دیداری و شاخص‌های آمار توصیفی، طراز، روند و تغییرپذیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده بر بهبود جو خانواده (برای هر سه آزمودنی) و کاهش مشکلات رفتاری کودکان دچار اختلال فزون‌کنشی/کاستی توجه (برای هر سه آزمودنی) مؤثر بود. یافته‌ها کارایی بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده را بر مشکلات رفتاری و جو خانواده نشان می‌دهد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود روانشناسان و درمانگران خانواده و کودک از این روش جهت بهبود مشکلات رفتاری و جو خانواده استفاده نمایند.

کلید واژه‌ها: بازی‌درمانی، فزون‌کنشی/کاستی‌توجه، جو، نظام خانواده، مشکلات رفتاری

مقدمه

اختلال فزون کنشی/کاستی توجه^۱، با توجه به پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، یک اختلال عصبی-تحوالی^۳ و یک الگوی مستمر بی‌توجهی و یا فزون کنشی-تکانشگری است. این نشانه‌ها در افراد دچار شده با تراز تحولی او هماهنگی ندارد و موجب اختلال در کارکرد اجتماعی، آموزشی، یا شغلی او می‌شوند (American Psychiatric Association, 2013). علائم این اختلال کم‌توجهی، تکانش‌گری و کنش‌وری بیش‌ازاندازه و غیرمتناسب با سن و شرایط محیطی است، آمارها نشان می‌دهد که این اختلال کارکرد ۳ تا ۷ درصد از کودکان سنین مدرسه را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Wong, Hawes, Clarke & Kohn, 2018). این اختلال برای بسیاری از کودکان مشکلات فراوانی ایجاد می‌کند و بر کارکرد شناختی، اجتماعی، هیجانی و خانوادگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. پدرومادر کودکان دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه، فشار روانی بیش‌ازحدی را تجربه می‌کنند و افسردگی، احساس محدودیت، ناکامی، اعتمادبه‌نفس پایین و نیز اختلافات زناشویی در میان آن‌ها مشاهده می‌شود (Danforth, Harve, Wendy T, Ulaszek & McKee, 2006). یکی از عوامل مرتبط با اختلال فزون کنشی/کاستی توجه که می‌تواند مایه آشفته‌گی پدرومادر و خانواده گردد مشکلات رفتاری این کودکان است (Yousefi, Soltanifar & teymouri, 2009). به‌طور کلی مشکلات رفتاری به دو طبقه تقسیم می‌شوند. اختلالات درون‌ریزی شده مانند اضطراب و افسردگی که با دنیای درون فرد در ارتباط‌اند و اختلالات برون‌ریزی شده مانند رفتارهای ضداجتماعی هستند که با دنیای بیرون فرد سروکار دارند (Mundy, Canterford, Olds, Allen & Patton, 2017).

امروزه بهبود کیفیت زندگی به‌عنوان مفهوم تازه‌تری از سلامتی مطرح شده است که به سویه‌های روان‌شناختی، اجتماعی، کارکردی و بدنی مربوط می‌شود (Naeimi, Saeidi & Kazemiyani, 2019) با توجه به اینکه خانواده شبکه‌ای از ارتباطات است که در آن پدرومادر و کودکان در فرآیندی دوسویه باهم همکاری دارند، حضور یک کودک فزون کنش با مشکلات رفتاری، منجر به افزایش تنش می‌شود و در چنین

1. attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD)
2. diagnostic and statistical manual of mental disorder, fifth edition (DSM-5)
3. developmental disorder

موقعیتی جو خانواده نیز تحت شعاع قرار می‌گیرد (Sadeghi, rahimipour & Alimohammadi, 2017) داشتن فرزند دچار اختلال یا بیماری مزمن به دلیل نیاز به مراقبت‌های اضافی، توجه، بردباری و شکیبایی، مسئولیت پدرومادر را بیشتر می‌کند (Mousavi, 2020). پدرومادر در چالش‌های گوناگون زندگی نیرو و زمان کافی برای کودکانی که بالقوه دارای مشکلات رفتاری هستند (به‌خصوص کودکان دارای اختلالات فزون‌کنشی)، مانند درخواست‌های مکرر و پی‌درپی، پرحرفی، انجام ندادن تکالیف، حواس‌پرتی و غیره را ندارند. از این‌رو تنش‌ها موجب هم‌کنش منفی میان والد و کودک و تقویت رفتارهای منفی موجب افزایش نشانه‌های فزون‌کنشی در کودکان می‌شود (Mahmoudi & Mousavi, 2019).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که جو خانواده و تراز گرمی و پذیرش خانواده همواره دارای پیامدهای مثبتی برای فرزندان بوده است و عامل مؤثری برای حل مسائل و مشکلات کودکان است (Cummings, George & Davies, 2012; Lindahl, Bregman, Malik, 2012). درگیر شدن پدرومادر در هم‌کنش‌های کودک دارای این اختلال سبب می‌شود پدرومادر اعمال کودک خود را به‌درستی درک کنند و به آن‌ها پاسخ بدهند. این امر نه تنها سبب بهره‌مندی کودک می‌گردد بلکه خواه‌ناخواه در هم‌کنش میان اعضای خانواده و در نتیجه بهبود جو هیجانی و سازش‌پذیری خانواده کارساز است (Khanzade, BaghbanVahidi & Nedae, 2017). در این راستا نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که وجود بی‌آلایشی و پشتیبانی خانواده باعث افزایش سازش‌یافتگی روانی فرزندان (Sbicigo, Dell'Aglio, 2012) کاهش پرخاشگری (Taylor, Merrilees, Goeke-Morey, Shirlow, 2014)؛ کاهش مشکلات رفتاری (Richmond & Stocker, 2006) می‌شود. خانواده‌های کودکانی که دارای اختلال فزون‌کنشی/کاستی توجه همراه با مشکلات رفتاری هستند جو خانوادگی آشفته‌ای را تجربه می‌کنند و پدرومادر احساس تنیدگی، بی‌کفایتی و درماندگی می‌کنند (Sadeghi, rahimipour & Alimohammadi, 2017)؛ زیرا خانواده نظامی است که اختلال در هر یک از اعضای آن، کل نظام را مختل می‌کند و این نظام مختل شده به‌نوبه خود اختلالات مربوط به اعضا را تشدید کرده و مشکلات تازه‌ای ایجاد می‌کند (Taghaza, Abolmaali & Saberi, 2012). پژوهش دیگر نشان داده‌اند که کودکانی که دارای مشکلات رفتاری هستند اغلب دارای خانواده‌هایی هستند که در دوران رشد خود، پیوندهای عاطفی لازم با پدرومادر

را نداشته‌اند و از نظر ارتباطات عاطفی _ روانی با پدر و مادر خود تجارب و خاطرات خوشایندی ندارند و اغلب از سوی آن‌ها سرزنش، تحقیر، تهدید و یا تنبیه شدند (Avcı, Selcuk & Kaynak, 2018).

تاکنون مداخلات خانواده‌مدار فراوانی جهت کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان فزون‌کنش انجام شده است مانند پژوهش (Torabi, Afrooz, Hasani & Golshani, 2020) که در آن برنامه مدیریت خانواده محور را طراحی کردند و اثربخشی آن را بر روی ۶۴ کودک دبستانی دارای اختلال فزون‌کنشی/کاستی توجه بررسی کردند و دریافتند که این برنامه بر کاهش نشانه‌های اختلال تأثیر معناداری داشته است. همچنین Bundgaard Larsen, Daley, Lange, Sonuga-Barke, thomsen & Rask, 2020) در پژوهشی تأثیر آموزش پدر و مادر را بر کیفیت زندگی کودکان پیش‌دبستانی دچار اختلال فزون‌کنشی/کاستی توجه با مطالعه روی ۱۶۴ کودک، بررسی کردند و به تأثیر معنادار این آموزش بر کاهش تنیدگی خانواده و بهبود کیفیت زندگی این کودکان اشاره کرد. (Willhelmsen-Langeland, Aradal, Hjelmseth & Stige, 2020) در یک پژوهش با تأکید بر افزایش خودکارآمدی پدر و مادر و آموزش خانواده، پدر و مادر ۲۳ کودک ۶ تا ۱۲ سال دارای مشکلات رفتاری را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که آموزش پدر و مادر بر کاهش علائم مشکلات رفتاری و تنظیم احساسات کودکان اثربخش است. با این حال، بسیاری از این روش‌های خانواده‌درمانی کودک از مدل‌های درمان فردی کودک اقتباس شده‌اند. درمان‌های مورد حمایت تجربی برای اختلالات کودکی به شدت به مدل‌های روانی - آموزشی و درمان شناختی رفتاری خانواده (FCBT¹) مانند آموزش مهارت‌های فرزندپروری و سایر مدل‌های آموزش پدر و مادر وزن‌گذاری می‌شوند (Northey, 2007).

اگرچه ریشه‌های خانواده‌درمانی به‌طور محکم در رویکرد نظام‌های خانواده برای درمان مشکلات کودک محور جای گرفته‌اند، تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که درمان کودکان خردسال در میان خانواده‌درمانگران نسبتاً غیرمعمول است. یکی از دلایل ممکن کمبود رویکردهای مبتنی بر نظام خانواده برای درمان کودکان است (Daley, Miller, Bean & Oka, 2019). آنچه در مدل‌های کنونی خانواده‌درمانی محبوب کودکان وجود ندارد، مفهوم‌سازی نظام‌دار از اختلالات روانی کودکان و درمان آن‌هاست که بر

1. family cognitive behavioral therapy

زیر نظام‌های متعددی در خانواده تمرکز می‌کند چون آن‌ها برای حفظ رفتار علامت‌دار در کودکان با هم همکنش دارند (Dalley & et al, 2019). از این روی در چنین شرایطی همبندی رویکرد نظام‌دار با بازی درمانی می‌تواند برای مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال فزون کنشی/کاستی توجه اثربخش‌تر باشد. بر این اساس (Dalley & et al, 2019) مدل بازی درمانی مبتنی بر نظام خانواده را تدوین کردند؛ مدل درمانی پیشنهادی آن‌ها، تلفیقی از دیدگاه‌های نظام‌دار خانواده و بازی درمانی است. ایده اصلی خانواده‌درمانی نظام‌دار این است که نشانه مرضی فرد هنگامی که در بافت الگوهای تعاملی خانواده بررسی گردد، واجد قابلیت شناخت بیشتر است و قبل از برطرف کردن نشانه‌های مرضی تغییر در ساختار خانواده امری ضروری است. در این رویکرد به خانواده به‌عنوان یک کل در نظر گرفته می‌شود و بر تعاملات میان زیر منظومه‌های آن تأکید می‌شود که مهم‌ترین ملاک کارکرد سالم و کارکردی زیر منظومه‌ها برخوردار از مرزهای روشن بوده و بر نقش‌ها، قواعد و قدرت مبتنی است (Goldenberg & Goldenberg translate by Firouzbakht, 2020). این مدل در ادامه الگوهای اولیه و سنتی درمان نظام‌دار خانواده عمل می‌کند درحالی‌که از پیشرفت‌های اخیر و نقاط قوت بازی درمانی نیز استفاده می‌کند. تعاملات خانوادگی را در چارچوب نظام‌دار تصور می‌کند و درمانگر به‌طور سامانمند در استعاره بازی ارائه‌شده توسط خانواده دخالت می‌کند (Dalley & et al, 2019). بازی، گفت‌وگویی خودجوش است که در آن بزرگ‌سال میل و علاقه کودک را دنبال می‌کند و با کودک جهان مشترکی را شکل می‌دهد فرایند فعال همکنش رفت و برگشتی متناسب با تراز تحولی کودک است و هدف از آن نیرومند کردن هریک از ظرفیت‌های تحولی و کارکردی کودک است که بر روی هم توانایی‌های تراز بالاتر را پی‌ریزی می‌کنند. پدر و مادر به‌عنوان عوامل درمانی بازی درمانی خانوادگی در جلسات درمان می‌آموزند که چگونه تعاملات رفت و برگشتی با کودک خود داشته باشند تا به رشد فیزیکی، رشد زبان، رشد هیجانی اجتماعی، رشد ریاضی و... کودکان خود کمک کنند. کودک از بازی به‌عنوان ابزاری برای ایجاد ارتباط، مبادله و آزمایش و تسلط بر واقعیت‌های بیرونی استفاده می‌کند (Ghasemzade, MatbouRiahi, Alavi & Hasanzadeh, 2018).

از آنجایی که توانایی‌های زبانی و شناختی کودکان خردسال در حال رشد هستند امکان دارد با درمان‌های سنتی که مبتنی بر صحبت و گفتگو هستند، مشکل پیدا کنند زیرا دایره لغات آن‌ها برای بیان احساسات و

تجربیات خود اندک است، بنابراین بازی روشی متناسب با رشد است که به کودکان خردسال برای بیان احساساتشان کمک درمانی می‌دهد، همبندی رویکرد نظام‌دار و بازی‌درمانی با استفاده از دستورالعمل‌های خانواده‌درمانی نظام‌دار برای ایجاد تغییر در سلسله‌مراتب و درعین‌حال استفاده از بازی‌درمانی برای دادن راهی به کودکان جهت بیان تجارب خود به‌خوبی می‌تواند عمل کند (Dalley & et al, 2019). پدرومادر کودکان دارای اختلال فزون‌کنشی/کاستی توجه در کارگاه بازی‌درمانی هم به‌عنوان کمک‌درمانگر و هم عامل درمانی شناخته‌شده و به خاطر ارتباط هیجانی قوی با فرزند خود شرایط همکنش بیشتری را با فرزند خود دارند (Malekpour, Hadi, Faramarzi, Eshqi & Keshavarz, 2015). مزیت دیگر بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده حضور تمام اعضای خانواده از جمله پدر است که در خصوص اهمیت مشارکت پدران در درمان کودکان مطالعات متعددی انجام‌شده برای مثال (Trahan, 2018) در تحقیقی بر روی ۹۳ پدر دریافت که مشارکت پدر نقش مهمی در سلامت روان و بهبود رفتارهای اجتماعی کودک دارد، یا پژوهش (Gregory, Kivisto, Perdue & Estell, 2019) که نقش مشارکت پدر در بازی کودکان را با مطالعه روی ۴۷۲ خانواده مورد مطالعه قرار داد و نشان داد کودکانی که پدرهایشان در بازی با آنها سهیم بوده‌اند احساس امنیت بیشتری داشتند و از مشکلات بی‌نظمی هیجانی و عاطفی کمتری بودند. در، مشکلات رفتاری کمتری دارند. پژوهش (Damen, Veerman, Vermulst, Westerdijk & Scholte, 2019) نیز با مطالعه بر روی ۱۴۰ کودک تک‌والد (مادر) و ۱۵۶ کودک دارای دو والد پدر و مادر نشان داد که توانمندسازی پدرومادر باعث کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌شود که این امر در کودکانی که هر دو والد را دارند قوی‌تر است. در آخر پژوهش (Daley, Miller, Bean & Oka, 2019) بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده را در یک مطالعه موردی با یک خانواده قفقازی و کودک ۹ ساله آنها که دچار مشکلات رفتاری بود، اجرا کردند و به تأثیر این مداخله بر کاهش مشکلات رفتاری کودک و بهبود روابط زناشویی پدرومادر اشاره کردند.

بنابر آنچه گفته شد با توجه به وجود مشکلات رفتاری کودکان فزون‌کنش و احتمال بالای ایجاد تعارض در خانواده و تأثیرگذاری این اختلال و مشکلات رفتاری متعاقب آن بر جو خانواده و همچنین با توجه به اینکه در سال‌های اخیر باوجود گستره وسیعی از مداخلات خانواده محور و بازی محور برای درمان و بهبود مشکلات رفتاری و سایر اختلالات روان‌شناختی کودکان که هر کدام به‌طور اخص بر وجوه خاصی

متمرکز می‌شوند در این پژوهش با ادغام خانواده‌درمانی سنتی (با تأکید بر سلسله‌مراتب، زیر نظام‌ها، نقش‌ها، قوانین، مثلث‌ها و دیگر الگوهای خانواده‌درمانی) و بازی‌درمانی (با تأکید بر به‌کارگیری روش‌های مناسب مرحله تحولی کودک برای گنجاندن کودکان در درمان مختص خودشان)، سعی دارد که با یک مطالعه موردی، اثربخشی ادغام این دو رویکرد را بر جو خانواده و مشکلات رفتاری کودکان فزون کنش موردبررسی قرار دهد؛ بنابراین دو سؤال اساسی در پژوهش حاضر این است که:

۱. آیا بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده بر جو خانواده کودکان دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه تأثیر دارد؟
۲. آیا بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده بر مشکلات رفتاری کودکان دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه تأثیر دارد؟

روش

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی^۱ با طرح خط پایه چندگانه استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه کودکان ۶ تا ۸ سال دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه به همراه خانواده‌های آنها که از فروردین تا خرداد سال ۱۳۹۹ به سه کلینیک تخصصی مشاوره و روان‌شناختی آفتاب زندگی در منطقه یک تهران، تصمیم در منطقه پنج تهران و باران دانش در منطقه ۱۴ مراجعه کرده بودند و نمونه آماری شامل ۳ کودک فزون کنش به همراه خانواده‌های آنها بود که به‌صورت در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند به این صورت که با توجه به شیوع کرونا و محدودیت دسترسی حضوری به مراکز آموزشی یا مشاوره، فراخوانی جهت مشارکت و اعلام به خانواده‌هایی که دارای کودک دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه بودند در صفحات مجازی این مراکز به اشتراک گذاشته شد. پس از انتشار فراخوان در کل ۱۴ خانواده اعلام آمادگی کردند که با بررسی آنها بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش از میان آنها ۳ خانواده دارای کودک دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل محدوده سنی ۶ تا ۸ سال بدون در نظر گرفتن جنسیت، تأیید شدن اختلال توسط روانشناس و تأیید اختلال فزون کنشی/کاستی توجه

1. single-case experimental design (SCED)

توسط پرسشنامه تشخیصی فزون کنشی^۱ فرم پدرومادر و نمره بالا در پرسشنامه ارزیابی رفتاری راتر، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی حین انجام پژوهش و تمایل در شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت در جلسات درمانی بیش از دو جلسه، داشتن اختلالات روانی یا اعتیاد در خانواده و عدم حضور در جلسات تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش بود.

ابزارها

ارزیابی رفتاری راتر کودکان (فرم پدرومادر)^۲: این پرسشنامه یکی از رایج‌ترین پرسشنامه‌ها برای مشخص کردن مشکلات رفتاری کودکان است که در سال ۱۹۶۷ توسط مایکل راتر (Rutter, 1967) تهیه شده و دارای دو فرم الف (فرم پدرومادر) و فرم ب (معلمان) است. فرم الف دارای ۳۱ پرسش و فرم ب از ۲۶ عبارت ساده تشکیل شده است. این پرسشنامه از یک طیف سه امتیازی تشکیل شده است که به ترتیب با کد صفر، یک و دو نمره‌گذاری می‌شوند. این ابزار از روایی و پایایی بالایی برخوردار است (Rutter, 1967). (Schachar, Rutter & Smith, 1981) در آزمایشی که بر روی ۹۱ کودک انجام داد و در آن از پرسشنامه روان‌پزشکی به همراه پرسشنامه اختلالات رفتاری استفاده نمود درصد توافق بالای ۰/۷۵ را گزارش نمود. همبستگی در یک مطالعه باز آزمایی با فاصله ۲ ماه ۰/۷۴ و همبستگی میان پدران و مادران ۰/۶۴ بوده است (Schachar, Rutter & Smith, 1981). در ایران کرمی (۱۳۷۳) در پژوهشی بروی ۶۰ نفر گروه نمونه دختر و پسر نتایج راتر فرم پدرومادر را با ارزیابی روان‌پزشک مقایسه نمود و درصد توافق برابر ۰/۸۸ به دست آمد؛ همچنین پایایی این پرسشنامه را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند (karami, 1994).

پرسشنامه جو خانواده موس و موس^۳: مقیاس جو خانواده ابتدا توسط موس و موس در سال ۱۹۸۱ ارائه شد. سپس نسخه تجدیدنظر شده آن در سال ۱۹۹۴ به چاپ رسید و شیوه نمره‌گذاری به صورت دو گزینه‌ای، درست (نمره یک) و نادرست (نمره صفر) است (Moos & Moos, 1994). بر اساس تحقیق انجام شده توسط موس، کرونکیت و موس (۱۹۹۸)، ثبات درونی در همه مقیاس‌ها قابل قبول بوده است و دامنه‌ای از ثبات

1. SNAP-IV
2. child behavior questionnaire for parents
3. family environment scale

متوسط برای زیر مقیاس پیشرفت و استقبال تا ثبات قوی برای انسجام، سازمان‌دهی، جهت‌گیری فرهنگی و تأکید مذهبی-اخلاقی را در برمی‌گیرد. در تحقیق موس و موس (۱۹۹۸) ۴۷ نفر که اعضای ۹ خانواده بودند، هرکدام ۲ بار به فاصله ۸ هفته به آزمون پاسخ دادند، پایین‌ترین پایایی ۰/۶۸ برای مقیاس استقلال و بالاترین پایایی برای مقیاس پیوستگی ۰/۸۶ بوده است (Moos, R. H., Cronkite, R. C., & Moos, B. S., 1998). در ایران نیز ملاشریفی و همکاران، پایایی آزمون به دو روش ضریب آلفای کرونباخ و باز آزمایی بررسی کردند. در روش ضریب آلفای کرونباخ، ۵۴۶ نفر از ۴ منطقه تهران انتخاب و پایایی خرده مقیاس‌ها از ۰/۵۹ تا ۰/۷۹ به دست آمد. در روش باز آزمایی که بر روی ۵۰ نفر و به فاصله یک ماه و نیم اجرا شد، ضریب همبستگی پیرسون از ۰/۶۳ تا ۰/۸۳ به دست آمد (MollaSharifi, Vakhshvar, & Salimizade, 2005).

مداخلات

پروتکل بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده توسط (Dalley & et al, 2019) تهیه شد که با همبندی بازی‌درمانی و نظریه خانواده‌درمانی نظام‌دار مینوچین در سه مرحله‌ی ارزیابی، درمان و خاتمه، تدوین شده است. در پژوهش حاضر از این پروتکل، پس از ترجمه و بررسی روایی محتوایی آن با کمک ۵ متخصص خانواده و کودک، استفاده شد و با توجه به نظرات آن‌ها بازنگری شد و بازی‌ها و مداخلات خانواده با در نظر گرفتن حساسیت‌های فرهنگی، مورد استفاده قرار گرفت. لازم به ذکر است که اجرای پروتکل توسط کارشناس ارشد مشاوره خانواده که دوره‌ای تخصصی خانواده‌درمانی و بازی‌درمانی را تحت نظارت متخصصین گذرانده بود، انجام گرفت. در زیر مراحل بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده شرح داده شده است:

گام نخست: ارزیابی

جلسه نخست: مشاوره با پدر و مادر بدون حضور کودک، بررسی مفاهیم اصلی خانواده‌درمانی نظام‌دار مانند منظومه‌ی خانواده، مرزها، مثلث‌ها در خانواده و توضیح اجمالی و شفاف‌سازی مباحث خانواده‌درمانی نظام‌دار و همبندی آن با بازی‌درمانی برای پدر و مادر.

جلسه دوم: آشنایی بیشتر با کودک، ایجاد رابطه‌ی حسنه با کودک، نقاشی خانواده انجام بازی «خاله‌بازی کودک» با ایفای نقش توسط اعضای خانواده و تقسیم نقش‌های بازی توسط کودک و مشاهده‌ی درمانگر با کمترین مداخله به‌منظور

بررسی وضعیت غالب خانواده و معرفی زیر منظومه‌ها و نقش‌ها و الگوی مراوده‌ای رایج در خانواده و پر کردن پرسشنامه‌های جو خانواده و مشکلات رفتاری راتر توسط پدرومادر.

جلسه سوم: بررسی مرزهای موجود در خانواده به کمک بازی صندلی بازی حمایتی یا موش و گربه‌ی حمایتی و دزد و پلیس. تمرین جلسات بازی و ایفای نقش توسط پدرومادر و انتخاب نقش‌های اعضای خانواده توسط کودک و مشاهده‌ی درمانگر با کمترین مداخله به منظور بررسی مرزهای موجود در خانواده و نظام حمایتی اعضای خانواده از یکدیگر. جلسه چهارم: یافتن مثلث‌های موجود حول مشکلات خانواده و ائتلاف‌ها و اتحادهای شکل گرفته به کمک بازی طناب‌کشی و یک بازی موردعلاقه‌ی کودک که در آن یارکشی صورت پذیرد که به کمک آن‌ها و مشاهده‌ی درمانگر، مثلث‌های کودک با اعضای خانواده را کشف کند و پر کردن پرسشنامه‌های جو خانواده و مشکلات رفتاری راتر توسط پدرومادر.

گام دوم: درمان

جلسه پنجم: مشاوره با پدرومادر بدون حضور کودک و توضیح مشکلات مشاهده‌شده‌ی درمانگر در نظام خانواده و زیر نظام‌های زناشویی و والدینی و کوشش برای یافتن راه‌حل‌های مناسب در جهت درمان نظام‌دار خانواده با کمک فنون الحاق، تشخیص، بازسازی و ... ایجاد سیستم‌های جدید و مرزهای صحیح و شکستن مثلث‌ها.

جلسه ششم: درمان در جهت کاهش مشکلات کودک در نظام خانواده به‌طور غیرمستقیم و با کمک ترتیب دادن مجدد بازی‌ها و تکرار بازی‌های جلسه‌ی دوم با جهت‌دهی جدید بازی به سمت بازسازی وضعیت غالب خانواده و معرفی زیر منظومه‌ها مثل زیر منظومه‌های زن و شوهری و والد-فرزندی و ... و وظایف و نقش‌های و الگوی مراوده‌ای رایج در خانواده به کمک بازی با کمک گرفتن از والدینی که اکنون به کمک خانواده‌درمانی نظام‌دار آگاهی بیشتری به نظام خانواده خود و الگوهای تعاملی‌شان پیدا کرده‌اند و درصدد حل مشکلات سیستم خانواده‌ی خود هستند و پر کردن پرسشنامه‌های جو خانواده و مشکلات رفتاری راتر توسط پدرومادر.

جلسه هفتم: تکرار بازی‌های جلسه‌ی سوم با جهت‌دهی جدید بازی به سمت بازسازی مرزهای موجود در خانواده و حمایت کل اعضای خانواده به کمک والدینی که اکنون به کمک خانواده‌درمانی نظام‌دار آگاهی بیشتری به نظام خانواده خود و الگوهای تعاملی‌شان پیدا کرده‌اند و درصدد حل مشکلات نظام خانواده‌ی خود هستند.

جلسه هشتم: تکرار بازی‌های جلسه‌ی چهارم با مداخله‌ی درمانگر و جهت‌دهی جدید به سمت شکستن مثلث‌های موجود حول مشکلات خانواده و ائتلاف‌ها و اتحادهای شکل گرفته به کمک والدینی که اکنون به کمک خانواده‌درمانی نظام‌دار آگاهی بیشتری به نظام خانواده خود و الگوهای تعاملی‌شان پیدا کرده‌اند و درصدد حل مشکلات نظام خانواده‌ی خود هستند و پر کردن پرسشنامه‌های جو خانواده و مشکلات رفتاری راتر توسط پدرومادر.

جلسه نهم: جمع‌بندی و آماده‌سازی کودک جهت اتمام جلسات بازی‌درمانی

گام سوم: خاتمه

جلسه دهم: گزارش پدرومادر راجع به نظام خانواده و مشکلات رفتاری کودک پس از آخرین جلسه‌ی بازی‌درمانی. پر کردن پرسشنامه‌های جو خانواده و مشکلات رفتاری راتر بعد از جلسه دهم.

شیوه‌ی اجرا پژوهش

این پژوهش دو مرحله مطالعه مقدماتی و بررسی اصلی داشت. هدف از مرحله مقدماتی، اشراف و مهارت در بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده، تهیه پروتکل آن و آماده‌سازی ابزارهای پژوهش و بررسی اعتبار و پایایی آن‌ها بود. در مرحله اصلی انتخاب نمونه و اجرای پروتکل بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده، گردآوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات بود. پس از توافق درباره اهداف، نحوه اجرا و زمان برگزاری جلسات، محرمانه بودن اطلاعات و آزادی انصراف از مشارکت با افراد شرکت‌کننده و اخذ رضایت‌نامه، آزمودنی‌ها به صورت پلکانی هر کدام با فاصله یک هفته بعد از اجرای خط پایه وارد طرح پژوهشی شدند به این صورت که آزمودنی نخست پس از ۳ جلسه خط پایه و آزمودنی دوم پس از ۵ خط پایه و آزمودنی سوم پس از ۷ خط پایه وارد مرحله‌ی مداخله شدند. جهت ارزیابی مرحله خط پایه که مرحله مشاهده نامیده می‌شود، دو پرسشنامه جو خانواده و ارزیابی رفتاری راتر کودکان، سه مرتبه (هر هفته یک مرتبه) توسط پدرومادر تکمیل شد و هیچ‌گونه مداخله‌ای در طی جلسات صورت نگرفت. نتایج اولیه ارزیابی‌های دو پرسشنامه برای مقایسه با نتایج نهایی نگه‌داشته شد. مداخله بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده در ۱۰ جلسه به مدت ۱۰ هفته به مدت ۶۰ دقیقه به صورت خانوادگی در سه مرکز باران دانش، تصمیم تهران و آفتاب زندگی برگزار شد و در طول اجرای مداخله، کودکان و خانواده‌های آن‌ها تحت هیچ‌گونه آموزش یا درمانی قرار نگرفتند. در هر جلسه‌ی مداخله پس از بررسی تکالیف جلسه‌ی قبل، موضوع جلسه‌ی جدید مطرح می‌شد. شرکت‌کنندگان (پدرومادر) در انتهای جلسات ۲، ۴، ۶ و ۸ و آخرین جلسه درمان به منظور ارزیابی تراز مشکلات رفتاری کودک و جو عاطفی خانواده، دو پرسشنامه جو خانواده و ارزیابی رفتاری را تکمیل کردند و پس از جمع‌آوری داده‌ها، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و نتایج آن با نتایج سه آزمون نخستین مقایسه شد.

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر شامل ۳ کودک به ترتیب یک پسر ۸ ساله به نام ح-د که دومین فرزند یک خانواده‌ی ۵ نفره دارای دو خواهر ۲ و ۱۵ ساله بود، یک پسر ۷ ساله به نام الف-ف اولین فرزند یک خانواده ۴ نفره و دارای یک برادر ۵ ساله و یک دختر ۸ ساله اولین فرزند یک خانواده ۴ نفره و دارای یک برادر ۵ ساله بود؛ که همگی به همراه خانواده‌هایشان در مراکز حضور یافتند.

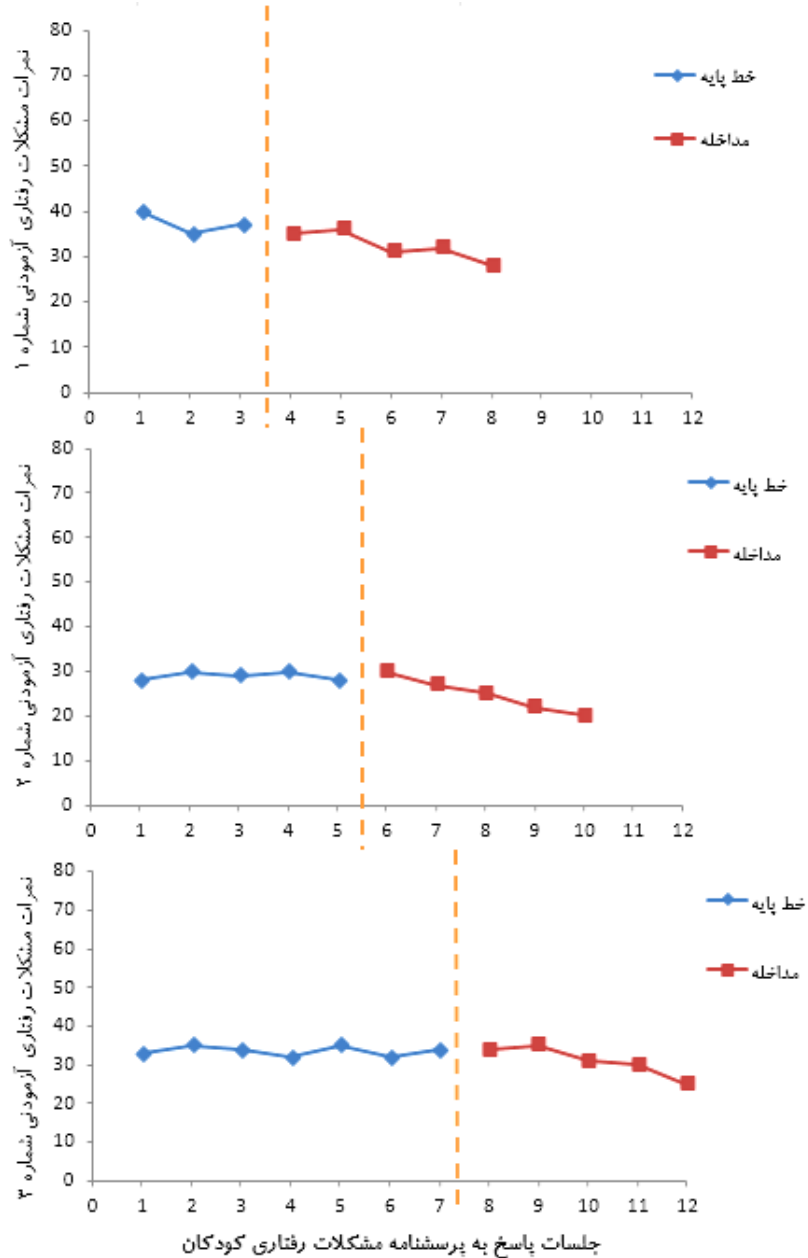
در این پژوهش در ابتدا برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری^۱ نمودارها استفاده شده است. نتایج برآمده از پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها پس از اندازه‌گیری‌های پی‌درپی در طول جلسات خط پایه و مداخله در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱.

نمرات پرسشنامه‌ی جو خانواده و مشکلات رفتاری کودکان در موقعیت خط پایه و مداخله‌ی سه آزمودنی

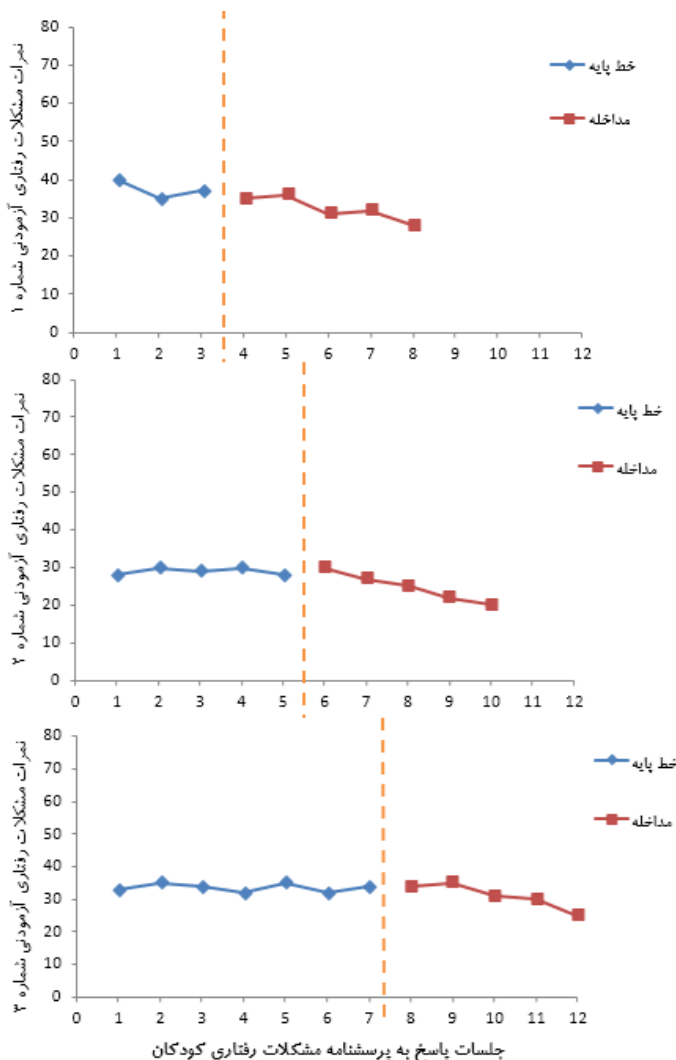
آزمودنی سوم (ف-م)		آزمودنی دوم (الف-ف)		آزمودنی نخست (ح-د)		آزمودنی‌ها
مشکلات رفتاری	جو	مشکلات رفتاری کودکان	جو خانواده	مشکلات رفتاری کودکان	جو خانواده	نمرات در مراحل پژوهش
کودکان	خانواده					
۳۳	۵۷	۲۸	۵۹	۴۰	۵۱	خط پایه نخست
۳۵	۵۶	۳۰	۶۰	۳۵	۵۰	خط پایه دوم
۳۴	۵۵	۲۹	۵۸	۳۷	۵۲	خط پایه سوم
۳۲	۵۸	۳۰	۵۹	-	-	خط پایه چهارم
۳۵	۵۶	۲۸	۵۷	-	-	خط پایه پنجم
۳۲	۵۷	-	-	-	-	خط پایه ششم
۳۴	۵۵	-	-	-	-	خط پایه هفتم
۳۴	۵۵	۳۰	۵۸	۳۵	۵۱	جلسه دوم مداخله
۳۵	۵۶	۲۷	۵۷	۳۶	۵۵	جلسه چهارم مداخله
۳۱	۵۹	۲۵	۶۴	۳۱	۵۷	جلسه ششم مداخله
۳۰	۶۱	۲۲	۶۶	۳۲	۶۰	جلسه هشتم مداخله
۲۵	۶۵	۲۰	۶۸	۲۸	۶۳	جلسه دهم مداخله

1. analysis visual.



نمودار ۱. اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر نظام خانواده بر جو خانواده کودکان دارای اختلال فزون کنشی/کاستی توجه برای سه آزمودنی

طبق نمودار شماره ۱ داده‌های هر ۳ آزمودنی برای فرضیه نخست پژوهش که اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده بر جو خانواده کودکان دچار فزون‌کنشی/کاستی توجه است پس از مداخله روندی صعودی در جهت هدف پژوهش نشان می‌دهد.



نمودار ۲. اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده بر مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال‌فزون‌کنشی/کاستی توجه برای سه آزمودنی

طبق نمودار شماره ۲ داده‌های هر ۳ آزمودنی برای فرضیه دوم پژوهش که اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان دچار فزون کنشی/کاستی توجه است پس از مداخله روندی نزولی در جهت هدف پژوهش نشان می‌دهد.

سپس تحلیل درون موقعیتی^۱ ابتدا برای موقعیت خط پایه و سپس برای موقعیت‌های مداخله انجام می‌شود و به مقایسه‌ی طراز^۲ یا تراز، رسم خط میانه موازی محور طول‌ها، محفظه‌ی ثبات^۳ به صورتی که دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. فاصله و دامنه‌ی میان دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییرپذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۸۰-۲۰٪، اگر ۸۰٪ نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰٪ مقدار میانه (محفظه‌ی ثبات) قرار گیرند، گفته می‌شود، داده‌ها ثبات دارد، شاخص روند^۴ به کمک دو نیم کردن^۵ و محفظه‌ی ثبات خط روند بر اساس معیار ۸۰-۲۰٪ رسم شد و بررسی تغییرپذیری داده‌ها در دو موقعیت مجاور می‌پردازد. در آخرین مرحله از تحلیل میان موقعیتی^۶ برای تعیین کارآمدی مداخله موردنظر به محاسبه درصد داده‌های غیر همپوش^۷ و درصد داده‌های همپوش^۸ می‌پردازیم. برای محاسبه درصد داده‌های غیر همپوش ابتدا بزرگ‌ترین داده را در موقعیت خط پایه مشخص کرده، سپس تعداد داده‌هایی که بالاتر از بالاترین داده در مرحله خط پایه است را می‌شماریم. اگر هدف مداخله کاهش متغیر موردنظر باشد، کوچک‌ترین داده در مرحله خط پایه را مشخص می‌کنیم. سپس داده‌هایی که در مرحله مداخله پایین‌تر از کوچک‌ترین داده در مرحله خط پایه است را می‌شماریم. بر این اساس هر چه میان دو موقعیت مجاور درصد داده‌های غیر همپوش بیشتر از داده‌های همپوش باشد می‌توان مداخله را کارآمدتر دانست (Sarmad, Bazargan-Harandi & Hejazi, 2020).

اکنون به یافته‌های برآمده از تحلیل درون موقعیتی و میان موقعیتی داده‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش که فرضیه نخست تأثیر بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده بر جو خانواده کودکان دچار اختلال فزون

1. with in-condition analysis
2. level
3. stability
4. trending
5. middle-Split
6. between-condition analysis
7. percentage of non-overlapping data (PND)
8. percentage of overlapping data (POD)

کنشی/کاستی توجه و فرضیه دوم که تأثیر بازی درمانی مبتنی بر نظام خانواده بر مشکلات رفتاری کودکان دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه را برای هر آزمودنی مورد بررسی قرار می‌دهیم.

آزمودنی نخست (ح-د):

طبق جدول ۲، آزمودنی نخست (ح - د) طی سه نقطه‌ی خط پایه، روندی نزولی و ثابت در جو خانواده نشان داده است که با شروع مداخله روند نمرات از نزولی به صعودی تغییر یافته است و با توجه به تغییرات شاخص‌های نمرات جو خانواده و درصد داده‌های غیر همپوش، اثربخشی مداخله بر بهبود جو خانواده در آزمودنی نخست را نشان می‌دهد.

جدول ۲.

نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و میان موقعیتی برای متغیر جو خانواده آزمودنی نخست (ح-د)

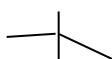
میان موقعیت‌ها		درون موقعیتی	
A به B	مقایسه‌ی موقعیت‌ها	B	A
	تغییرات روند	۵	۳
	تغییر جهت		طراز
مثبت	اثر وابسته به هدف	۵۷	۵۱
بانیات به بانیات	تغییر نیات	۵۷,۲	۵۱
	تغییر در طراز	۶۳-۵۱	۵۲-۵۰
۵۳ به ۵۲	تغییر نسبی	۶۸,۴-۴۵,۶	۶۱,۲-۴۰,۸
		۱۰۰٪ بانیات	۱۰۰٪ بانیات
۵۱ به ۵۲	تغییر مطلق		تغییر طراز
۵۷ به ۵۱	تغییر میانه	۶۱,۵-۵۳	۵۲-۵۰
۵۷,۲ به ۵۱	تغییر میانگین	۶۳-۵۱	۵۲-۵۰
	همپوشی داده‌ها		روند
٪۸۰	PND	صعودی	صعودی
		۱۰۰٪ بانیات	۱۰۰٪ بانیات
٪۲۰	POD	خیر	خیر
			مسیرهای چندگانه

طبق جدول ۳، آزمودنی نخست (ح - د) طی سه نقطه‌ی خط پایه، روندی صعودی و ثابت در مشکلات رفتاری کودکان دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه نشان داده است، با شروع مداخله روند نمرات از

صعودی به نزولی تغییر یافته است و با توجه به تغییرات شاخص‌های نمرات مشکلات رفتاری کودکان دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه و درصد داده‌های غیر همپوش، اثربخشی مداخله بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه در آزمودنی نخست را نشان می‌دهد. دلیل پایین بودن درصد داده‌های غیر همپوش مداخله‌ی خانواده درمانگر و بازی‌درمانگر در جلسات اولیه‌ی مداخله است.

جدول ۳.

نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و میان موقعیتی برای متغیر مشکلات رفتاری کودکان دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه برای آزمودنی نخست (ح-د)

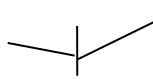
میان موقعیت‌ها		درون موقعیتی		
B به A	مقایسه‌ی موقعیت‌ها	B	A	توالی موقعیت‌ها
	تغییرات روند	۵	۳	طول موقعیت‌ها
	تغییر جهت		طراز	
منفی	اثر وابسته به هدف	۳۲	۳۷	میانه
بائیات به بائیات	تغییر ثبات	۳۲,۴	۳۷,۳۳	میانگین
	تغییر در طراز	۳۶-۲۸	۴۰-۳۵	دامنه تغییرات
۳۵,۵ به ۳۷	تغییر نسبی	۳۸,۴-۲۵,۶	۴۴,۴-۲۹,۶	دامنه‌ی تغییرات محفظه‌ی ثبات ۲۰٪ از میانه‌ی هر موقعیت
		۱۰۰٪بائیات	۱۰۰٪بائیات	
	تغییر مطلق		تغییر طراز	
۳۵ به ۳۷	تغییر میانه	۳۵,۵-۲۹,۵	۴۰-۳۷	تغییر نسبی
۳۲ به ۳۷	تغییر میانگین	۳۵-۲۸	۴۰-۳۷	تغییر مطلق
۳۲,۴ به ۳۷,۳۳				
	همپوشی داده‌ها		روند	
٪۶۰	PND	نزول	نزول	جهت
٪۴۰	POD	۱۰۰٪بائیات	۱۰۰٪بائیات	ثبات
		خیر	خیر	مسیرهای چندگانه

آزمودنی دوم (الف-ف):

طبق جدول ۴، آزمودنی دوم (الف - ف) طی سه نقطه‌ی خط پایه، روندی نزولی و ثابت در جو خانواده نشان داده است، با شروع مداخله روند نمرات از نزولی به صعودی تغییر یافته است و با توجه به تغییرات شاخص‌های نمرات جو خانواده و درصد داده‌های غیر همپوش، اثربخشی مداخله بر بهبود جو خانواده در آزمودنی دوم را نشان می‌دهد

جدول ۴.

نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و میان موقعیتی برای متغیر جو خانواده آزمودنی دوم (الف - ف)

میان موقعیت‌ها		درون موقعیتی	
A به B	مقایسه‌ی موقعیت‌ها	B	A
	تغییرات روند	۵	۵
	تغییر جهت		طراز
	اثر وابسته به هدف مثبت	۶۴	۵۹
بائبات به بائبات	تغییر ثبات	۶۲,۶	۵۸,۶
	تغییر در طراز	۶۸-۵۷	۶۰-۵۷
۵۷,۵ به ۵۹,۵	تغییر نسبی	۷۶,۸-۵۱,۲	۷۰,۸-۴۷,۲
		۱۰۰٪ بائبات	۱۰۰٪ بائبات
	تغییر مطلق		تغییر طراز
۵۸ به ۵۷		۶۷-۵۷,۵	۵۹,۵-۵۷,۵
۶۴ به ۵۹		۶۸-۵۷	۶۰-۵۷
۶۲,۲ به ۵۸,۶			روند
	همپوشی داده‌ها		
٪۶۰	PND	صعودی	صعودی
٪۴۰	POD	۱۰۰٪ بائبات	۱۰۰٪ بائبات
		خیر	خیر
			مسیرهای چندگانه

طبق جدول ۵، آزمودنی دوم (الف - ف) طی سه نقطه‌ی خط پایه، روندی صعودی و ثابت در مشکلات رفتاری کودکان دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه نشان داده است، با شروع مداخله روند نمرات از صعودی به نزولی تغییر یافته است و با توجه به تغییرات شاخص‌های نمرات مشکلات رفتاری کودکان دچار

اختلال فزون کنشی/کاستی توجه و درصد داده‌های غیر همپوش، اثربخشی مداخله بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه در آزمودنی دوم را نشان می‌دهد.

جدول ۵.

نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و میان موقعیتی برای متغیر مشکلات رفتاری کودکان دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه برای آزمودنی دوم (الف - ف)

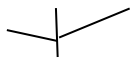
میان موقعیت‌ها		درون موقعیتی	
A به B	مقایسه‌ی موقعیت‌ها	B	A
	تغییرات روند	۵	۵
	تغییر جهت		طراز
	اثر وابسته به هدف	۲۵	۲۹
منفی	تغییر ثبات	۲۴.۸	۲۹
بانبات به بانبات	تغییر در طراز	۳۰-۲۰	۳۰-۲۸
	تغییر نسبی	۳۰-۲۰	۳۴.۸-۲۳.۲
۲۸.۵ به ۲۹	تغییر مطلق	۱۰۰٪ بانبات	۱۰۰٪ بانبات
۳۰ به ۲۸	تغییر میانگین	۲۸.۵-۲۱	۲۹-۲۹
۲۵ به ۲۹	تغییر میانگین	۳۰-۲۰	۲۸-۲۸
۲۴.۸ به ۲۹	همپوشی داده‌ها		روند
٪۸۰	PND	نزول	ثابت
		۱۰۰٪ بانبات	۱۰۰٪ بانبات
٪۲۰	POD	خیر	خیر

آزمودنی سوم (ف-م):

طبق جدول ۶، آزمودنی سوم (ف - م) طی سه نقطه‌ی خط پایه، روندی نزولی و ثابت در جو خانواده نشان داده است، با شروع مداخله روند نمرات از نزولی به صعودی تغییر یافته است و با توجه به تغییرات شاخص‌های نمرات جو خانواده و درصد داده‌های غیر همپوش، اثربخشی مداخله بر بهبود جو خانواده در آزمودنی سوم را نشان می‌دهد.

جدول ۶.

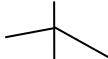
نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و میان موقعیتی برای متغیر جو خانواده آزمودنی سوم (ف - م)

میان موقعیت‌ها		درون موقعیتی		
A به B	مقایسه‌ی موقعیت‌ها	B	A	توالی موقعیت‌ها
	تغییرات روند	۵	۷	طول موقعیت‌ها
	تغییر جهت		طراز	
مثبت	اثر وابسته به هدف	۵۹	۵۶	میانه
بانبات به بانبات	تغییر ثبات	۵۹,۲	۵۶,۲۸	میانگین
	تغییر در طراز	۶۵-۵۵	۵۸-۵۵	دامنه تغییرات
۵۷ به ۵۵,۵	تغییر نسبی	۷۰,۸-۴۷,۲	۶۷,۲-۴۴,۸	دامنه‌ی تغییرات محفظه‌ی ثبات
		۱۰۰٪/بانبات	۱۰۰٪/بانبات	۲۰٪ از میانه‌ی هر موقعیت
۵۵ به ۵۵	تغییر مطلق		تغییر طراز	
۵۹ به ۵۶	تغییر میانه	۶۳-۵۵,۵	۵۷-۵۵	تغییر نسبی
۵۹,۲ به ۵۶,۲۸	تغییر میانگین	۶۵-۵۵	۵۵-۵۷	تغییر مطلق
	همپوشی داده‌ها		روند	
٪۶۰	PND	صعودی	صعودی	جهت
٪۴۰	POD	۱۰۰٪/بانبات	۱۰۰٪/بانبات	ثبات
		خیر	خیر	مسیرهای چندگانه

طبق جدول ۷، آزمودنی سوم (ف - م) طی سه نقطه‌ی خط پایه، روندی صعودی و ثابت در مشکلات رفتاری کودکان دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه نشان داده است، با شروع مداخله روند نمرات از صعودی به نزولی تغییر یافته است و با توجه به تغییرات شاخص‌های نمرات مشکلات رفتاری کودکان دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه و درصد داده‌های غیر همپوش، اثربخشی مداخله بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه در آزمودنی سوم را نشان می‌دهد.

جدول ۷.

نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و میان موقعیتی برای متغیر مشکلات رفتاری کودکان دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه برای آزمودنی سوم (ف - م)

میان موقعیت‌ها		درون موقعیتی	
A به B	مقایسه‌ی موقعیت‌ها	B	A
	تغییرات روند	۵	۷
	تغییر جهت		طراز
	اثر وابسته به هدف	۳۱	۳۴
منفی	تغییر ثبات	۳۱	۳۳.۵۷
بانیات به بانیات	تغییر در طراز	۳۵-۲۵	۳۵-۳۲
	تغییر نسبی	۲۷.۲-۲۴.۸	۴۰.۸-۲۷.۲
۳۴.۵ به ۳۲	تغییر مطلق	۱۰۰٪ بانیات	۱۰۰٪ بانیات
۳۴ به ۳۴	تغییر میانگین	۳۴.۵-۲۷.۵	۳۵-۳۲
۳۱ به ۳۴	تغییر میانگین	۳۴-۲۵	۳۴-۳۳
۳۱ به ۳۳.۵۷	همپوشی داده‌ها		روند
۶۰٪	PND	نزول	صعود
۴۰٪	POD	۱۰۰٪ بانیات	۱۰۰٪ بانیات
		خیر	خیر
			مسیرهای چندگانه

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده بر جو خانواده و کاهش مشکلات رفتاری کودکان دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه بود. نتایج برآمده از تحلیل و تفسیر اطلاعات و داده‌ها نشان داد که بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده بر بهبود جو خانواده برای هر سه آزمودنی اثربخش بود؛ به عبارت دیگر آزمودنی نخست با درصد داده‌های غیر همپوش ۸۰٪، آزمودنی دوم و سوم نیز با درصد داده‌های غیر همپوش ۶۰٪ کارایی بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده بر جو خانواده تأیید شد. همچنین یافته‌ها نشان داد که فرضیه دوم پژوهش، بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال فزون کنشی/کاستی توجه برای هر سه آزمودنی (با درصد داده‌های غیر همپوش ۶۰٪ برای آزمودنی نخست و سوم ۸۰٪ برای آزمودنی دوم) اثربخش بوده است.

یافته‌های این پژوهش با دیگر بررسی‌های پژوهشی که تأثیر مداخلات آموزش‌های خانواده‌مدار را بر مشکلات کودکان و خانواده‌های آن‌ها بررسی کرده‌اند، همخوان و همسو بود، برای نمونه با نتایج پژوهش (Torabi, Afroz, Hasani & Golshani, 2020) در تأثیر برنامه مدیریت خانواده محور بر کاهش نشانه‌های اختلال فزون کنشی/کاستی؛ پژوهش (Daley, Miller, Bean & Oka, 2019) در اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده بر بهبود مشکلات رفتاری کودک و کیفیت تعاملات زناشویی پدرومادر؛ یا پژوهش (Bundgaard Larsen, Daley, Lange, Sonuga-Barke, thomsen & Rask, 2020) در تأثیر آموزش خانواده محور بر ارتقا کیفیت زندگی کودکان دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه و کاهش تنیدگی خانواده و همچنین پژوهش (Wilhelmsen-Langeland, Aradal, Hjelmseth & Stige, 2020) در اثربخشی آموزش خانواده محور بر کاهش علائم مشکلات رفتاری و روانی کودکان و افزایش خودکارآمدی پدرومادر، همسو بود؛ بنابراین نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌هایی که اشاره شد همخوانی دارد. در بررسی پیشینه پژوهش، یافته‌ای مبنی بر نتیجه مخالف این پژوهش یافت نشد و همه پژوهش‌ها اثربخشی درمان‌های خانواده‌مدار را نشان داده‌اند.

در تبیین اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده بر جو خانواده هم از جنبه نظری و هم از جنبه چگونگی کارکرد این مداخله در خانواده می‌توان به چند نکته اشاره داشت نخست اینکه به نظر می‌رسد کیفیت زندگی زناشویی و خانواده بر سلامت روانی و بدنی فرزندان تأثیر دارد (Naeimi, Saeidi & Kazemiyani, 2019) در نتیجه یکی از عوامل تأثیرگذار بر رفتار و شخصیت فرزندان، فضای خانواده است که در صورت پرداختن به‌به نیازهای روانی و زیستی فرزندان مشکلات رفتاری کمتر و شخصیت منعطف‌تری در زندگی خواهند داشت و چالش‌های تحولی و روانی کمتری را تجربه خواهند کرد؛ دوم اینکه لازمه جو مناسب و انسجام در هر خانواده به‌ویژه خانواده‌هایی که دارای کودک با مشکلات خاص هستند، وجود ارتباط و همکنش کارآمد میان اعضای خانواده از جمله میان پدرومادر است (Daley, Miller, Bean & Oka, 2019). این پژوهش با همبندی خانواده‌درمانی نظام‌دار و بازی‌درمانی، کل خانواده را از توانش‌های موجود در هر دو رویکرد بهره‌مند می‌کند؛ استفاده از مؤلفه‌های خانواده‌درمانی نظام‌دار و بازی‌درمانی هم برای بازسازی سلسله‌مراتب خانوادگی و هم برای تلطیف رفتار مرضی کودک اثرگذار بوده است.

مؤلفه‌های نظام‌دار این رویکرد به پدرومادر کمک می‌کند تا از وظایف و نقش‌های خود در خانواده آگاهی یابد همچنین ائتلاف‌های موجود در خانواده را شناسایی کنند، نقش‌ها و تعاملات سالم‌تری را تجربه کنند و کنش‌وری‌هایی را انجام دهند که روند دگرگونی و بهبود را تسهیل کنند. در جلسات مشاوره پدرومادر با درمانگر به پدرومادر کمک می‌شد که از راه ایجاد ارتباطی کارآمد، افزون بر هماهنگ کردن انتظارانشان با توانمندی‌های کودک، برای سازگار کردن ارتباطات خانوادگی خود و ایجاد یک جو هیجانی خودمانی در محیط خانه کوشش کنند. به‌راستی، بهبود روابط میان پدرومادر و کودک به بهبود روابط میان همسران با یکدیگر و دیگر اعضای خانواده منجر می‌شود (Khanzade, BaghbanVahidi & Nedae, 2017).

به‌طور کلی عوامل بسیاری بر ارتقا کیفیت جو خانواده مؤثر است که می‌توان به حل مناسب تعارض، تماس و ارتباط مناسب کل اعضای خانواده، بروز هیجانات مثبت و منفی به شیوه درست، عدم خودمحوری و وجود همدلی و همکاری میان زوج‌ها و در کل خانواده، تسهیل در فرایند حل مشکل و تصمیم‌گیری در خانواده اشاره کرد که با کمی دقت می‌توان دریافت بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده، ارتباط نزدیک و مستقیمی با این عوامل دارند بنابراین این یافته منطقی به نظر می‌رسد که همبندی فنون نظام‌دار خانواده و فن‌های بازی‌درمانی سبب ارتقا کیفیت جو خانواده می‌گردد؛ بنابراین با ادغام این دو رویکرد هم امکان بررسی سلسله‌مراتب پدرومادر و کودک در خانواده وجود داشت و هم از راه بازی به کودک فرصت ابراز نگرانی‌ها و احساساتش داده می‌شد (Dalley & et al, 2019).

در تبیین تأثیرگذاری بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه می‌توان گفت از آنجا که در این مداخله، تمرینات و آموزش‌ها با تأکید بر اصول احترام و درگیری فعال اعضای خانواده و افزایش حمایت افراد از یکدیگر، اجرا می‌شود و در آن به‌جای انطباق کودک با محیط، محیط با شرایط کودک منطبق می‌شود و افزون بر این برخلاف برنامه‌های آموزشی کودک محور که معمولاً موقتی و مقطعی است و به‌مرورزمان اثربخشی خود را از دست می‌دهد، این مداخلات به‌صورت نوعی سبک زندگی برای خانواده تعریف شده و احتمال اثربخشی موقت خود را از دست می‌دهد.

همچنین می‌توان گفت پدرومادر به‌عنوان نزدیک‌ترین افراد به کودک سهم بیشتری در آموزش و یادگیری دارند. با آموزش پدرومادر و کاهش تنش موجود و بهبود روابط والد-کودک این امکان برای پدرومادر ایجاد می‌شود که کودکان را بهتر درک کنند، نسبت به نیازهای آن‌ها شناخت کافی به دست آورند و با تأمین محیطی پذیرا، قضاوت‌ها نسبت به کودک دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه، کاهش می‌یابد و بهبود مشکلات رفتاری کودک تسریع می‌گردد (Malekpour, Hadi, Faramarzi, Eshqi & Keshavarz, 2015). به‌طور کلی با بهره‌گیری از مدل تلفیقی بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده، با کار کردن بر روی مسائل ارتباطی، بی‌آلایشی و ایجاد حلقه مشترک ارتباطی میان اعضای خانواده و گسترش آن از راه نگاه نظام‌دار و به‌کارگیری بازی‌درمانی می‌توان انتظار بروز پیامدهای مثبتی از جمله کاهش مشکلات رفتاری در کودک دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه را داشت. وقتی پدرومادر متوجه می‌شود که کل نظام خانواده در ایجاد و تداوم مشکلات نقش دارند، با استفاده از ابزار ارتباطی بازی، درک آن‌ها از الگوهای ارتباطی معیوب خانواده که در تداوم مشکل مؤثر بوده است بالا می‌رود و با همدلی و پذیرش بیشتری با کودک ارتباط برقرار می‌کنند، زیرا والدینی که کودک دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه دارند معمولاً تحملشان در برابر مشکلات رفتاری کودک پایین است و نمی‌توانند دنیا را از دریچه چشم آن‌ها ببینند بنابراین با استفاده از جنبه‌هایی مثبت بازی‌درمانی ارتباط پدرومادر با کودک نشانه‌دار بهبود پیدا می‌کند و زبان بازی به آن‌ها کمک می‌کند که تغییرات مثبتی را در تعاملات خود به وجود آورند؛ به‌عبارت‌دیگر بازی‌درمانی می‌تواند به ایجاد توازن در خانواده کمک کند؛ وقتی همه اعضا با هم بازی می‌کنند، از نظر شناختی و کلامی همه در یک تراز قرار می‌گیرند. این امر باعث می‌شود تا فعالیت‌های نظام‌دار مشکل‌آفرین خانواده، مانند کنار گذاشتن مادر از تعاملات، یا جنگ قدرت میان کودک و پدر نمایان شود. با استفاده از زبان بازی‌درمانی، درمانگر امکان می‌یابد که به کودک کمک کند به‌جای پرخاشگری و ابراز خشم خود از راه رفتارهای منفی بتواند اظهار نظر کند، شنیده شود و احساسات خود را به والدینش بیان کند.

در تبیین دیگری می‌توان به این نکته اشاره کرد که امروزه پژوهش‌های بسیاری بر نقش مهم و حیاتی حضور و رابطه پدر با کودک اشاره کرده‌اند مانند پژوهش‌های (Trahan, 2018) که معتقد است مشارکت پدر

نقش مهمی بر سلامت روان و رفتارهای اجتماعی کودکان در طولانی مدت می‌گذارد و یا پژوهش (Gregory, Kivisto, Perdue & Estell, 2019) که به نتایج مهمی دال بر اهمیت بازی پدر با کودک بر سازگاری کودکان اشاره داشته‌اند و همچنین (Damen, Veerman, Vermulst, Westerdijk & Scholte, 2019) که در پژوهش خود به اهمیت و برتری وجود هر دو والد در توانمندسازی روان‌شناختی کودک نسبت به وجود یک والد تأکید کرده است افزون بر این (Mousavi, 2020) نیز در پژوهش خود تأیید کرده است که مشارکت پدران در مراقبت از فرزندان می‌تواند به افزایش بازدهی‌های هیجانی و شناختی در فرزندان کمک کند و پرواضح است که غیر از بازخوردهای مثبت آن برای فرزندان، به کاهش خستگی‌ها، افزایش بهزیستی روانی در مادران و وجود زمانی هرچند کوتاه برای باز توانی مادران می‌انجامد. از آنجاکه تاکنون پژوهش‌های که تأثیر بازی‌درمانی را با رویکرد خانواده محور بررسی کرده‌اند اکثراً به صورت آموزش پدر و مادر و معمولاً با مادر کودک به عنوان والدی که بیشتر با کودک در ارتباط است اجرا شده است، در این پژوهش با همبندی دو مقوله‌ی مهم خانواده‌درمانی نظام‌دار و بازی‌درمانی الزام حضور و درگیری کل اعضای خانواده از جمله پدر در جلسات مداخله و درگیر کردن هر دو والد به طور فعال در جلسات بازی‌درمانی، یکی دیگر از دلایل قوت و اثربخشی این مدل مداخله بر مشکلات رفتاری کودک دچار اختلال فزون کنشی/کاستی توجه بود.

محدودیت‌های و پیشنهادهای پژوهش

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود، نخست اینکه شیوه انتخاب شرکت‌کنندگان در دسترس و داوطلبانه بوده؛ دوم عدم انجام مرحله پیگیری جهت بررسی مداومت تغییرات و اثربخشی مداخله به دلیل شیوع پاندمی کرونا، سوم عدم کنترل برخی متغیرهای مزاحم مانند وضعیت روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی خانواده‌ها که ممکن است بر متغیرهای پژوهش تأثیر داشته باشد از محدودیت‌های پژوهش حاضر بودند، از این روی در تعمیم نتایج یافته‌ها باید جوانب احتیاط در نظر گرفته شود.

بنابراین پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آتی وضعیت روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی خانواده‌ها در نظر گرفته شود و همچنین از مرحله پیگیری برای بررسی ثبات و دوام مداخله استفاده شود. همچنین از آنجایی که یک روش درمانی زمانی حمایت می‌شود که حداقل در چند پژوهش مستقل بررسی و اجرا گردد پیشنهاد

می‌شود که برای بالاتر بردن اعتبار مداخله، پژوهش‌های مشابه صورت گیرد و اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده بر کودکان دارای اختلالات دیگر کودکان نظیر اختلال یادگیری، نافرمانی مقابله‌ای، درخودماندگی نیز بررسی گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود مشاوران و روانشناسان کودک و خانواده در جلسات خود اصول پیشنهادشده بازی‌درمانی مبتنی بر نظام خانواده را در راستای ارتقا سلامت خانواده و کودکان به کار ببرند.

اخلاق پژوهش

به دلیل این‌که پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های مداخله‌ای است. ملاک‌های اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره ایران در نظر گرفته شد. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، پیش از اجرای پژوهش همه مشارکت‌کنندگان از هدف پژوهش آگاه شدند و از امکان انصراف مشارکت در هر مرحله از پژوهش برخوردار بودند و درباره شرکت در درمان رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و درباره رازداری و محرمانه بودن هویت و اطلاعات به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد. نکات دیگر مربوط به اخلاق در پژوهش مانند رعایت ارزش‌های اخلاقی در جمع‌آوری داده‌ها، عدم سوگیری در تحلیل داده‌ها و دقت در استناددهی نیز رعایت شده‌اند. سعی پژوهشگر در همه مراحل بر این بود که شرکت‌کنندگان از آسیب‌های روانی یا اجتماعی از اجرای پژوهش تا حد امکان مصون بمانند.

مشارکت نویسندگان

نویسنده نخست، اجرای درمان، تجزیه و تحلیل اطلاعات را به عهده داشت و نویسنده دوم (نویسنده مسئول) به‌عنوان استاد راهنما در همه مراحل اجرا و تجزیه و تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله مساعدت، نظارت و راهنمایی داشتند.

منابع مالی

این مطالعه با هزینه شخصی محقق انجام گرفته و در هیچ‌یک از مراحل انجام این پژوهش هیچ‌گونه منابع مالی دریافت نشده است.

دسترسی به مواد و داده‌ها

برای دسترسی رایگان به نسخه فارسی اعتباریابی شده سنج‌های پژوهش با نویسنده [مکاتبه](#) شود.

تأیید اخلاقی و رضایت مشارکت‌کنندگان

همه مشارکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش و پاسخ به سنج‌ها رضایت خود را به‌صورت شفاهی اعلام نمودند.

رضایت برای انتشار

نویسنده برای انتشار این مقاله رضایت کامل دارد.

تصریح درباره تعارض منافع

این پژوهش با منافع شخص یا سازمانی منافات ندارد. نویسنده نخست این پژوهش دانشجوی ارشد مشاوره دانشگاه خاتم، نویسنده دوم عضو هیئت‌علمی دانشگاه خاتم می‌باشند.

سپاسگزاری

از کلیه افرادی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، به‌ویژه پدر و مادر و کودکان مشارکت‌کننده در تحقیق تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)**. Washington, DC: USA. [[link](#)]
- Avci, D., Selcuk, K. T., & Kaynak, S. (2018). The magnitude and determinants of emotional-behavioral problems in working adolescents in Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 44-50. [[link](#)]
- Bundgaard Larsen, Liva, Daley, David, Lange, Anne-Mette, Sonuga-Barke, Edmund, thomsen, PerHove & Rask, charlotte Ulrikka (2020). Effect of Parent Training on Health-Related Quality of Life in Preschool Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Secondary Analysis of Data from a Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 59(9), 1005–1098. [[link](#)]
- Cummings, E., George, M., McCoy, K., & Davies, P. (2012). Interparental conflict in kindergarten and adolescent adjustment: Prospective investigation of emotional security as an explanatory mechanism. *Child Development*, 83(5), 1703-1715. [[Link](#)]
- Daley, Lexie Pfeifer, Miller, Richard B., Bean, Roy A. & Oka, Megan (2019) Family System Play Therapy: An Integrative Approach, *The American Journal of Family Therapy*, 46(5), 421-436. [[link](#)]
- Damen, H., Veerman, J.W., Vermulst, A.A. Ingrid Westerdijk & Ron H. J. Scholte (2020). Parental Empowerment and Child Behavioral Problems in Single and Two-Parent Families During Family Treatment. *J Child Fam Stud*, 29, 2824–2835. [[link](#)]
- Danforth J., Harvey, E., Wendy, R., Ulaszek, t & McKee, T.E. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 188-205. [[link](#)]
- Ghasemzade, Sogand, MatbouRiahi, Minoo, Alavi, Zahra & Hasanzadeh, Mitra (2018). Effectiveness of family-based intervention and play therapy on the parenting style of mothers and clinical symptoms in children with separation anxiety disorder. *Journal of Research in Psychological Health*. 11(4), 74-88. [Persian] [[link](#)]
- Goldenberg, Herbert & Goldenberg, Irene. **Family Therapy: An Overview**. Translate by Mehrdad FirouzBakht (2019). Tehran: Rasa. [Persian] [[link](#)]

- Gregory, Jenifer, Kivisto, Katherine Little, Perdue, Neil H and Estell, David B. (2019). Father-child play, child emotional dysregulation, and adolescent internalizing symptoms: A longitudinal multiple mediation analysis. *Cambridge University Press*.31(4), 1325-1338. [[link](#)]
- Karami, Soghra (1994) (Investigation of Behavioral Disorders, Disorders after Trauma (PTSD) in children and adolescents aged 9-16 years Earthquake affected areas after 3 years compared to non-earthquake areas. Ph.D. Thesis in Psychiatry, Tehran Psychiatric Institute, University of Sciences Iranian Medicine. [[link](#)]
- Khazade, Abbas-Ali, BaghbanVahidi, Mansoure & Nedae, Nahid (2017). The Impact of Training Mothers of Autistic Children for Effective Communication Skills on Family Emotional Conditions, Adaptability and Cohesion. *Journal of Exceptional Children*. 164, 39-50. [Persian] [[link](#)]
- Lindahl, K., Bregman, H., & Malik, N. (2012). Family boundary structures and child adjustment: The indirect role of emotional reactivity. *Journal of Family Psychology*, 26, 839-847. [[link](#)]
- Mahmoudi, Nasrin, Mousavi, Roghaye (2019). Investigating the Effective Factors and Family Structure on Children's ADHD. *Journal of Counseling Research*. 18(69), 230-253. [Persian] [[link](#)]
- Malekpour, Mokhtar, Hadi, Samira, Faramarzi, Salar, Eshqi, Ronak & Keshavarz, Amir (2015). Comparison of the Efficacy of Family Based, Child Based and Family-Child Based Interventions on the Rate of ADHD's Symptoms in Children with ADHD. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*. 4(4), 653-672. [Persian] [[link](#)]
- MollaSharifi, Sheyda, Vakhshvar, Hasan & Salimizade, MohammadKazem (2005). Standardization of family atmosphere scale for Iranian family living in Tehran. *Journal of Family Research*. 1(3).255-267. [Persian] [[link](#)]
- Moos, R. and Moos, B. (1994). **Family Environment Scale Manual: Development Application**, Research (3rd Edition), California: Consulting Psychologists Press, Inc. [[link](#)]
- Moos, R. H., Cronkite, R. C., & Moos, B. S. (1998). The long-term interplay between family and extra family resources and depression. *Journal of Family Psychology*, 12(3), 326–343. [[link](#)]
- Mousavi, Seyyedeh Fatemeh (2020). Exhaustion from Parenting Responsibilities in the Families living in Tehran: The Role of Fathers and Mothers' Involvement in

- Parental Functions. *Journal of family counseling and psychotherapy*, 10,1(29),271-298. [Persian] [[link](#)]
- Mundy, L., Canterford, L., Olds, T., Allen, N. B., & Patton, G. C. (2017). The association between electronic media and emotional and behavioral problems in late childhood. *Academic Pediatrics*, 17(6), 620-624. [[link](#)]
- Naeimi, Ebrahim, Saeidi, Milad, Kazemian, Somayeh (2019). Comparison of quality of life of single-parent couples with more than two children in families living in Tehran. *Journal of family counseling and psychotherapy*, 9,1(27),161-172. [Persian] [[link](#)]
- Northey, W. F. (2007). Characteristics and clinical practices of marriage and family therapists: A national survey. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(4), 487-494. DOI: 10.1111/j.1752-0606.2002.tb00373.x [[link](#)]
- Richmond M, Stocker C. (2006). Associations between family cohesion and adolescent siblings' externalizing behavior. *Journal of Family Psychology*, 20(4), 663-669. [[link](#)]
- Rutter, Michael (1967). A children's behavior questionnaire for completion by children: preliminary findings. *journal of child Psychology and Psychiatry*, 8(1), 1-11. [[link](#)]
- Sadeghi, Masood, Rahimpour, Tahere & Alimohammadi, Hossein (2017). The effect of resilience and psychological hardiness on the mental health of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 18(1), 30-37. [Persian] [[link](#)]
- Sarmad, Zohre, Bazargan-Harandi, Abbas & Hejazi, Elahe (2020). **Research Methods In Behavioral Science**. *Tehran: Agah*. [Persian] [[link](#)]
- Sbicigo B, Dell'Aglio DD. (2012). Family environment and psychological adaptation in adolescents. *Academic Journal*, 25(3), 18- 23. [[link](#)]
- Schachar, R., Rutter, M., & Smith, A. (1981). The characteristics of situationally and pervasively hyperactive children: Implications for syndrome definition. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 22(4), 375-392. [[link](#)]
- Taghaza, Mojgan, Abolmaali, Kadije & Saberi, Hayede (2012). Comparison of family's emotional setting in Hyperactive versus normal children. *Journal of behavioral science*, 4(11), 9-26. [Persian] [[link](#)]
- Taylor LK, Merrilees CE, Goetze-Morey MC, Shirlow P, Cummings EM (2014). Trajectories of Adolescent Aggression and Family Cohesion: The potential to

- Perpetuate or Ameliorate Political Conflict. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 13, 1-15. [[link](#)]
- Torabi, Aliakbar, Afrooz, Gholamali, Hasani, Fariba & Golshani, Fateme (2020). Designing a Family-Centered Behavioral Management Program (FBMP) and Assessing its Effectiveness in Reducing Symptoms of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. *Journal of Child Mental Health*, 7 (1), 351-370. [Persian] [[link](#)]
- Trahan, M. H. (2018). Paternal self-efficacy and father involvement: A bi-directional relationship. *Psychology of Men & Masculinity*, 19(4), 624–634. [[link](#)]
- Willhelmsen-Langeland, Ane, Aradal, H., Hjelmseth, K.H. Fyhn & Stige, S.H. (2020). An Emotion-Focused Family Therapy workshop for parents with children 6-12 years increased parental self-efficacy. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 25(1).29-41. [[link](#)]
- Wong, Hawes, Clarke & Kohn. (2018). Perceptions of ADHD Among Diagnosed Children and Their Parents: A Systematic Review Using the Common-Sense Model of Illness Representations. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(1), 57-93. [[link](#)]
- Yousefi, Shakila, Soltanifar, Atefe, Teymouri, Saeed (2009). Parenting stress in mothers of children with and without attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 11(42), 115-122. [Persian] [[link](#)]