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 Mozafari²*, 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](http://childmentalhealth.ir/article-1-1141-en.html)

**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.

*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/](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 inadjustment 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 Landerth 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.

| 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 benefical 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

مقاله اریثخی نقاشی درمانی، گل‌بازی، و روش تلفیقی بر تاب آوری کودکان با اختلال نارسایی توجه/فکر کنش

سالوم سخا، محمد مظفری "، سیامک سامانی 3، سجاد سلامی، و ایران

1. دانشجوی دکترای روان‌شناختی و آموزش کودک استان‌های کرمان، گروه روان‌شناختی، واحدهای درمانی آزاد اسلامی، شیراز، ایران
2. استادیار گروه روان‌شناختی، واحدهای درمانی آزاد اسلامی، شیراز، ایران
3. دانشیار گروه روان‌شناختی، واحدهای درمانی آزاد اسلامی، شیراز، ایران

چکیده

زمینه و هدف: اهداف اصلی اختراع درمانی تاب آوری به عنوان یکی از نکات آموزشی و ترویجی آن در جامعه کودکان با اختلال نارسایی توجه/فکر کنش و تاب آوری گرایند. در این سلسله کار پژوهشی، متغیرهای سنجش را در سطح‌های طراحی شده و در صورت بحث رفع مشکلات روند، نتایج به دست آمده در مقاله مورد بهث قرار گرفته است.

روش: روش پژوهش حاضر آزمونی از نوع نکات آموزشی و ترویجی بوده که با استفاده از آزمونان حقوق به صورت تصادفی در سطح گروه توزیع شدند. تا نتایج به دست آمده در مقاله مورد بهث قرار گرفته است.

نتایج: نتایج به دست آمده در مقاله مورد بهث قرار گرفته است.

کلیدواژه‌ها: گل‌بازی، نقاشی، روش تلفیقی (روش تلفیقی بر تاب آوری کودکان با اختلال نارسایی توجه/فکر کنش)، هماهنگی-

مشخصات مقاله

تاریخ دریافت: آوری 1033/04/03
تاریخ پذیرش: 08/06/1400
انتشار: 04/12/1400

نویسنده مسئول: محمد مظفری، استادیار گروه روان‌شناختی، واحدهای درمانی آزاد اسلامی، شیراز، ایران

Raieham: Mozafari937@yahoo.com

تلفن: 0411-3641002/31-7147607.
مقدمه

اختلال نارسایی جوانان (فازیون کشنده) یک شاخص از این اختلال عصبی-شناختی، تحریریه

​

دوران کودکی است که نه تنها کودک در جنگه‌های مختلف زندگی، بلکه خانواده و افراد جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی "مزین‌سابع" این اختلال برای بزرگسالان درصد و برای کودکان درصد گزارش

کودکان با اختلال کودکان با اختلال این شاخص از این اختلال عصبی-شناختی، تحریریه

در طی سه دهه اخیر روش‌های درمانی متنوعی برای بهبود نشان‌دهنده اختلال نارسایی توجه/فازیون کشنده به کار رفته است (۱۷). پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده‌اند نشان دادند که

کودکان با اختلال نارسایی توجه/فازیون کشنده، ناتوانی آنان در ایجاد ارتباط مناسب و رضایت‌بخش با اطرافین به خصوص با والدین است (۵). به طور قطع نمی‌توان مشخص کرد که در ایجاد تعادل بین والدین و فرزندان چه کسانی بیشترین تأثیر را دارد؛ اما می‌توان گفت که عدم آگاهی کافی ولدین و فرزندان از مهارت‌های ارتباطی و تنش‌زای مهارت در حل مسائل باعث پدیده سازش‌ناپاگزینی‌ها و تعارضات می‌شود (۶). تصویر والد-فرزندی در آن‌ها آسیب‌زای بر است (۸). این اساس، تاب‌آوری در کودکان با اختلال نارسایی توجه/فازیون کشنده به‌عنوان یکی از موضوعات مطالعه شده توسط روان‌شناسان مشتاق "است" و کارل کریستین زندگی را آمیخته می‌دهد (۱۰). تاب آوری افرادی قابلیت در مقابل شرایط تأثیرگذار است. این شرایط ممکن است شامل ناهنجاری‌های زیست‌شناسی یا موانع محیطی باشد. (۱۱) تاب‌آوری نوعی مصون‌سازی در برخی مشکلات روانی اجتماعی است (۱۲). کارل و چسین (۱۳) نشان داده که سطح بالای تاب‌آوری

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
فراخوان علوم سخا و همکاران

مقایسه اثری بین نقاشی درمانی، گل بازی، و روش تلفیقی بر اثر آوری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ نارسایی توجه

گل انجم می‌دهد با پرخاشگری درگیر شود و پسمانده بگیرد، بدون اینکه ترس از تابعی منفی مواد خمیری به‌وجود آید (25). فروش پژوهش اعتقادی، گیجین، نسبت، و مراحل (26) نشان داد که گل درمانی بر کاهش علامت نارسایی توجه، فزون کنشی و تکانه‌گری مؤثر بوده است. معرف و سه‌سایی (27) نشان داد که گل درمانی معادل روش مربوط در افزایش توجه و تمرکز دانش‌آموزان باشد و به وسیله روش می‌توان از شدت علامت‌های نارسایی توجه در سنین بالاتری پیشگیری نمود. راست (28) ادعای مدارک که هنر رنگی (نقاشی، ترسیم و سفارشی) تأثیرات مثبت بر کودکان در معرض خطر دارد و روش‌های درمانی پرخاشگری با ویژه نشان داد که برای افرادی که در کنار چنین نشانه‌هایی از اختلال، گل بازی به‌سازی درمانی و نقاشی به‌طور کامل اثر می‌گیرد. برای افرادی که در کنار چنین نشانه‌هایی از اختلال، گل بازی به‌سازی درمانی و نقاشی به‌طور کامل اثر می‌گیرد.

با توجه اهمیت تابع آوری در کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی و تأثیر آن در جذب‌های مختلفی از زندگی این کودکان بر اساس نتایج متفاوت پژوهش‌های بسیاری، با مطالعات تازه که تأثیر آموزش‌های مداخلات را در مورد کودکان بیشتر بررسی می‌گردد، تا این طریق بتوان اگرکارهايی را در نظر گرفت که تابع آوری روی کودکان نارسایی توجه/ فزون کنشی خاص با هدف مبتنی بر اثبات کننده درمانی، گل‌بازی و حواشی راه‌پیمایی در روش تلفیقی درمانی و گل‌بازی این هم بر تابع آوری کودکان نارسایی توجه/ فزون کنشی انجم می‌دهد.

روش طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش پژوهش بر حسب هدف کاربردی و بر اساس روشهای مختلفی، از آمپلیکیت‌ها، پژوهش‌های حاضر به دلیل تامین‌جویی اجاری‌ها و گروه معامله‌ای نبوده است، نتیجه از طرح‌های درون‌گویی (نک از اینمودنی) در نوع ABA استفاده شد. جامعه آماری شامل تمامی کودکان 8–15 سال با اختلال نارسایی توجه - فزون کنشی بود که در سال تحصیلی 1390–1393 در مراکز درمانی شهر تهران خدمات دریافت می‌کردند. تعداد کودکان در پژوهش‌های تک آزمونی از یک آزمون و گروه کنترلی از آزمونی‌ها تشکیل می‌شود (28). بدین منظور، 6 کودک به شیوه نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه 2. Clay therapy

1. Painting therapy
کودک ۸۱/۱۰ اعلام کرده و در روایی سازه آزمون عامل‌ها با ارزش ویژه ۷۷ تا ۸۱ درصد تأیید شد. حسینی‌پوری (۴۱) به منظور تعیین اعتبار و روایی این پرسشنامه، آن را بر روی دو گروه واحد در دو زمان مختلف اجرای کرده و روایی و اعتبار آن را به‌دست آورده‌اند. در تعیین شاخص‌های نسبت‌نگرینه با روایی سنجی این آزمون ضریب آلفا کرونباخ هم ۰/۸۲، گزارش شده است. همچنین با روش بازآزمایی، طی دو بار اجرای به فاصله یک ماه در یک نمونه ۰/۳۳، ضرایب همبستگی برای زیرمقیاس‌های خود‌می‌فتسی در بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۶، همدلی ۷۷، متوسط‌پذیری ۸۲/۷۹ به دست آمده. در پژوهش حاضر، این مقیاس برای سنجه متغیر تاب‌آزمون استفاده شد.

ب) ابزار
۱. مقیاس توانمندی‌های اجتماعی-هیجانی و ناب‌آوری؛ این پرسشنامه توسط مرل (۳۶) با هدف توانمندی‌های اجتماعی و هیجانی مثبت و ناب‌آوری ساخته شد. این مقیاس ۵۲/۱۷ درجه، و چهار زیرمقیاس دارد. زیرمقیاس‌ها عبارتند از: خود‌تغییری ۲۲/۱۷، توانمندی اجتماعی ۲۲/۱۷ (۹/۱۷) همبستگی و مستقل‌بودن ۱۱/۱۷ (۹/۱۷) همبستگی است. گرین‌تیه مقياس در طی لیکت چهار گروهی به صورت میان‌رده وقت (۲۰) و گاهی اوقات (۱۷) اغلب (۲۰ تا) و نیز چهاردهم (۳) پاسخ‌دهی مشود. زمان پاسخ‌گویی به گروه‌ها ۱۵ تا ۲۰ دقیقه در نظر گرفته شده است. حداکثر نمره ناب‌آوری آزمون در این مقیاس ۵۰ و حداکثر نمره ۱۵۶ است. نمره بالا در این مقیاس، ناب‌آوری بالا را نشان می‌دهد. به خصوص (۱۱) این پرسشنامه را بر روی ۱۰۰۰ کودک اجرا کرده و ضرایب پایایی آزمون (در فاصله زمانی دو هفته) برای فرم

۶. Empathy
۷. Responsibility
۸. Nese
۹. Intervention program
روانشناسی باینی و هردرمانی و اعمال نظرات تخصصی آنها مورد تأیید نهایی قرار گرفت. آموزش این برنامه با شیوه فلوتارو یکی در قالب 16 جلسه 48 دقیقه‌ای هفته‌ای با روز توسط پژوهشگر در مرکز روانشناسی مهربانی است که به شرح تدریس‌های عالی و دلسوز ساخته شده است. آموزش مادران برای روابط والد–کودک از طریق بازی: کتاب فراهم‌آوران روان‌پزشکی/ رابطه والد–کودک (2) و کتاب "101 favorite play therapy techniques" (42) مدار را به کودکان برای مهربانی در زمینه تعلیماتی کودک را تعیین کرده و به کودکان اجازه می‌دهد که کودک خود قادر به انجام آن نبود. آموزش برنامه با شیوه رفتاری بود که در برجام انجام گرفت. تربیت مقایسه‌ی روان‌پزشکی، کودکان و برنامه‌های تعلیماتی کودک، کشیدن نقاط قوت کودک، تصویر نقاشی توسط کودک به صورت اختیاری و صحت در مورد آنچه شناخته شده است.

درمانکن کتاب "101 تکنیک بازی درمانی" چهار کدمان" و کتاب "101 favorite play therapy techniques" و کتاب "101 favorite play therapy techniques" طراحی شده است که به ارائه و دریافت بازی‌ها و روش‌های تلییقی در برنامه‌های نقاشی به کودکان و برنامه‌های تعلیماتی کودک، کشیدن نقاط قوت کودک، تصویر نقاشی توسط کودک به صورت اختیاری و صحت در مورد آنچه شناخته شده است.

1. 101 favorite play therapy techniques
2. Schaefer & Kaduson
3. Child-centered play therapy
4. Van Fleet, Sywulak & Sniscak
5. Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual: A 10-session filial therapy model for training parents
6. Kalam & Blackard
7. Linda Herschenfeld

جدول 2: خلاصه محوری جلسات درمانی

| جلسه | عنوان جلسه | محتوای برنامه درمانی |
|-------|----------------|---------------------|
| 1 | معارفه و قرارداد درمانی | آشنا شیوه و متروک‌های انجام بازی و فلوتری در حال کودک، بحث با مادران درباره شیوه رفتار با فرزندشان، بیان قانونی چیزی را که کودک می‌تواند داشته باشد، رنگریز و تحمل روز و شبی یکی کودک در حال غرق شدن است. وقتی ریشه احاسی به کودک می‌رسد، کودک را به صورت اختیاری و صحت در مورد آنچه شناخته شده است.
| 2 | آموزش مادران در مورد همسایگی با خانواده | آموزش این برنامه با شیوه رفتاری بود که در کودکان برای مهربانی در زمینه تعلیماتی کودک را تعیین کرده و به کودکان اجازه می‌دهد که کودک خود قادر به انجام آن نبود. آموزش برنامه با شیوه رفتاری بود که در بورژاام انجام گرفت. تربیت مقایسه‌ی روان پزشکی، کودکان و برنامه‌های تعلیماتی کودک، کشیدن نقاط قوت کودک، تصویر نقاشی توسط کودک به صورت اختیاری و صحت در مورد آنچه شناخته شده است. |
شاخصی مثالی درک احساسات کودک در بافت زمان، تخصیص اولویت‌بندی مشکلات کودک، انگیزه‌بازی نقش‌سازی بندی‌بندی، آموزش مفاهیم مبتلا، درک احساس ایجادگر، دیدار و حمایت، رفع بی‌اعتمادی، اتانزیون، انجام بازی فعالیت‌های احساساتی

تفکر و خلق، احساسات، افعیابی احساسات با مدل‌های مختلف، تشخیص و شناسایی، درک احساسات خود، و بهترین روش‌های احساسات، اجتماعی چگونه نگه‌داری و رعایت نوبت، انجام بازی تمرکز روانی با دقت قوی و شایستگی کودک، نقل‌گری نقش‌سازی کودک در آینده مشکلات کودک، آموزش، ایجادگر، دیدار و حمایت، رفع بی‌اعتمادی، اتانزیون، انجام بازی فعالیت‌های احساساتی

۱. احساسات

۲. همکاری با استادان، پرستاران، روانشناسان، و دیگر مراکز درمانی

۳. آموزش مراکز درمانی و مشاوران

۴. ا>b>پرستاری با استادان، پرستاران، روانشناسان، و دیگر مراکز درمانی

۵. آموزش مراکز درمانی و مشاوران

۶. ا>b>پرستاری با استادان، پرستاران، روانشناسان، و دیگر مراکز درمانی

۷. آموزش مراکز درمانی و مشاوران

۸. ا>b>پرستاری با استادان، پرستاران، روانشناسان، و دیگر مراکز درمانی

۹. آموزش مراکز درمانی و مشاوران

۱۰. ا>b>پرستاری با استادان، پرستاران، روانشناسان، و دیگر مراکز درمانی

۱۱. آموزش مراکز درمانی و مشاوران

۱۲. ا>b>پرستاری با استادان، پرستاران، روانشناسان، و دیگر مراکز درمانی

۱۳. آموزش مراکز درمانی و مشاوران

۱۴. ا>b>پرستاری با استادان، پرستاران، روانشناسان، و دیگر مراکز درمانی

۱۵. آموزش مراکز درمانی و مشاوران

۱۶. ا>b>پرستاری با استادان، پرستاران، روانشناسان، و دیگر مراکز درمانی

۱۷. آموزش مراکز درمانی و مشاوران

۱۸. ا>b>پرستاری با استادان، پرستاران، روانشناسان، و دیگر مراکز درمانی

۱۹. آموزش مراکز درمانی و مشاوران

۲۰. ا>b>پرستاری با استادان، پرستاران، روانشناسان، و دیگر مراکز درمانی

۲۱. آموزش مراکز درمانی و مشاوران

۲۲. ا>b>پرستاری با استادان، پرستاران، روانشناسان، و دیگر مراکز درمانی
مرحله (B) (مرحله 8 دوم)

| جلسات داخله (مرحله B) | ختپاپی (مرحله A) | آزمودنی |
|------------------------|-------------------|----------|
| 17                     | 115               | 37       |
| 10                    | 108               | 33       |
| 91                     | 94                | 52       |
| 97                     | 99                | 54       |
| 17                    | 111               | 47       |
| 10                    | 106               | 51       |
| 98                     | 93                | 55       |

یافته‌ها

در جدول 3 نمرات شرکت‌کنندگان در طی دوره گزارش شده است.

1. Visual analysis
مقایسه اثر ادراک نقاشی درمانی، گل باری، و روشهای تلفیقی بر تاب آوری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فکری

روند و محفله نبات آنها به شرح زیر بود:

- در نمودار 1، نمرات تاب آوری در مرحله آخر به دست آمده از آزمودنی با نمرات کمتری را کسب کرده که این میزان به هنگام اجرای برنامه مداخله نقاشی درمانی روند صعودی داشته است.

- نتایج به دست آمده از آزمودنی گروه درمانی به اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌ها در آزمودنی اول و دوم، خط میانه، خط میانه و محفظه ثبات نشان داده شده است.

- در نمودار 2 و 3 نمودار 3، نمودار 4 ترسیم خط میانه و محفله نبات آزمودنی اول و دوم

- در جدول 4 ومتن قابل حاصل از تحلیل دیداری موقعیت خط پایه، مداخله، و پیگیری در تاب آوری نشان داده شده است. با توجه به حاصل از تحلیل دیداری داده‌ها نشان داد که تغییر میانگین تاب آوری در آزمودنی اول و دوم در آزمودنی ها و در آزمودنی دوم به مدت 23/34، است و حاکی از اثری برندی در آزمودنی ها در موقعیت مداخله نشان می‌دهد.

- در جدول 4 و متن قابل حاصل از تحلیل دیداری موقعیت خط پایه، مداخله، و پیگیری در تاب آوری نشان داده شده است. با توجه به حاصل از تحلیل دیداری داده‌ها نشان داد که تغییر میانگین تاب آوری در آزمودنی اول و دوم در آزمودنی ها و در آزمودنی دوم به مدت 23/34، است و حاکی از اثری برندی در آزمودنی ها در موقعیت مداخله نشان می‌دهد.
جدول 4: تحلیل دیداری درون‌موقتی و بین‌موقتی آزمودنی اول در تاب آوری

| بین‌موقتی | درون‌موقتی   |
|-----------|-------------|
| A/B       | A | B | A |
| 1. مقایسه موقتی | 3 | 1 |
| 2. تغییرات نمونه | 87/5 | 65 |
| 3. میانه | 88 |
| 4. تغییر در میانه | 71/101 | 56/46 |
| 5. میانه | 87/5 ±17/5 |

جدول 5: تحلیل دیداری درون‌موقتی و بین‌موقتی آزمودنی دوم در تاب آوری

| بین‌موقتی | درون‌موقتی   |
|-----------|-------------|
| A/B       | A | B | A |
| 1. مقایسه موقتی | 3 | 1 |
| 2. تغییرات نمونه | 87/5 | 65 |
| 3. میانه | 88 |
| 4. تغییر در میانه | 71/101 | 56/46 |
| 5. میانه | 87/5 ±17/5 |

نتایج به دست آمده آزمودنی‌ها در گروه گل‌بازی: بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی سوم و چهارم، میانگین خط میانه و محط‌های ثابت آنها به شرح زیر به دست آمده است (نمودار 5.8). در 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 گل‌بازی روند صعودی داشته است.
مقایسه اثرات گل درمانی، گل بازی، و روش تلفیقی بر تاب آوری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کشی

در جدول 6 و 7 نتایج حاصل از تحلیل دیداری موقعیت خط بیاید، مداخله نسبت به خط پایه بود. ناهماهنگی بین دو موقعیت برای آزمودنی ها/100 به دست آمده که مؤثر این مطلب بود میزان همبستگی بین نقاط خط بیاید و مداخله با 100 فرصت اطمینان مؤثر بوده است.

جدول 2: تحلیل دیداری درون وضعیت و بین موقعیت آزمودنی سوم در ناحیه آوری

| A | B | A | B | A |
|---|---|---|---|---|
| 1 | مقایسه موقعیت | 1 | 6 | 3 |
| 2 | تغییرات روند | 0.2 | 76/5 | 71 |
| 3 | تغییر چهت | 0.2 | 79/3 | 61/3 |

نمودار 5: ترسم خط بیاید و محفله نبات آزمودنی سوم

نمودار 6: نرسم خط بیاید و محفله نبات آزمودنی چهارم

نمودار 7: ترسم خط بیاید و محفله نبات آزمودنی سوم

نمودار 8: ترسم خط بیاید و محفله نبات آزمودنی چهارم
نمودارها، آزمودنی‌ها در مقياس توائمندی‌های اجتماعی-هیجانی و تاب آوری در مرحله فاصله مسیرهای کمتری را کسب کردند که این متریال به هنگام اجرای برنامه مداخله روش تلفیقی (روش تلفیق هر دو روش تلفیقی درمانی و گل بزایی با هم) روند صعودی داشته است.

نتایج به دست آمده آزمودنی‌ها در گروه روش تلفیقی (روش تلفیق هر دو روش تلفیقی درمانی و گل بزایی با هم): بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی پنجم و ششم، خط روند و محطه ثبات آنها به شرح زیر به دست آمده است (نمونه 9-102).

### جدول 2: تحلیل دیداری درون، موقتی و بین موقتی آزمودنی جهارم در تاب آوری

| جدول | درون موقتی | بین موقتی |
|------|------------|------------|
| A x B | A | B | A |
| 1-1 | تغییر موضعی | 3 | 2 |
| 2-2 | تغییر معیار | 6 | 5 |
| 3-3 | تغییر فاصله | 7 | 6 |
| 4-4 | تغییر در سطح | 8 | 7 |
| 5-5 | تغییر در سطح | 9 | 8 |
| 6-6 | تغییر در سطح | 10 | 9 |
| 7-7 | تغییر در سطح | 11 | 10 |
| 8-8 | تغییر در سطح | 12 | 11 |
| 9-9 | تغییر در سطح | 13 | 12 |
| 10-10 | تغییر معیار | 14 | 13 |
| 11-11 | تغییر فاصله | 15 | 14 |
| 12-12 | تغییر در سطح | 16 | 15 |
| 13-13 | تغییر در سطح | 17 | 16 |
| 14-14 | تغییر در سطح | 18 | 17 |
| 15-15 | تغییر در سطح | 19 | 18 |
| 16-16 | تغییر در سطح | 20 | 19 |
| 17-17 | تغییر در سطح | 21 | 20 |
| 18-18 | تغییر در سطح | 22 | 21 |
| 19-19 | تغییر در سطح | 23 | 22 |
| 20-20 | تغییر در سطح | 24 | 23 |
| 21-21 | تغییر در سطح | 25 | 24 |
| 22-22 | تغییر در سطح | 26 | 25 |
| 23-23 | تغییر در سطح | 27 | 26 |
| 24-24 | تغییر در سطح | 28 | 27 |
| 25-25 | Tغییر در سطح | 29 | 28 |
| 26-26 | Tغییر در سطح | 30 | 29 |
| 27-27 | Tغییر در سطح | 31 | 30 |
| 28-28 | Tغییر در سطح | 32 | 31 |
| 29-29 | Tغییر در سطح | 33 | 32 |
| 30-30 | Tغییر در سطح | 34 | 33 |
| 31-31 | Tغییر در سطح | 35 | 34 |
| 32-32 | Tغییر در سطح | 36 | 35 |
| 33-33 | Tغییر در سطح | 37 | 36 |
| 34-34 | Tغییر در سطح | 38 | 37 |
| 35-35 | Tغییر در سطح | 39 | 38 |
| 36-36 | Tغییر در سطح | 40 | 39 |
| 37-37 | Tغییر در سطح | 41 | 40 |
| 38-38 | Tغییر در سطح | 42 | 41 |
| 39-39 | Tغییر در سطح | 43 | 42 |
| 40-40 | Tغییر در سطح | 44 | 43 |
| 41-41 | Tغییر در سطح | 45 | 44 |
| 42-42 | Tغییر در سطح | 46 | 45 |
| 43-43 | Tغییر در سطح | 47 | 46 |
| 44-44 | Tغییر در سطح | 48 | 47 |
| 45-45 | Tغییر در سطح | 49 | 48 |
| 46-46 | Tغییر در سطح | 50 | 49 |
| 47-47 | Tغییر در سطح | 51 | 50 |
| 48-48 | Tغییر در سطح | 52 | 51 |
| 49-49 | Tغییر در سطح | 53 | 52 |
| 50-50 | Tغییر در سطح | 54 | 53 |
| 51-51 | Tغییر در سطح | 55 | 54 |
| 52-52 | Tغییر در سطح | 56 | 55 |
| 53-53 | Tغییر در سطح | 57 | 56 |
| 54-54 | Tغییر در سطح | 58 | 57 |
| 55-55 | Tغییر در سطح | 59 | 58 |
| 56-56 | Tغییر در سطح | 60 | 59 |
| 57-57 | Tغییر در سطح | 61 | 60 |
| 58-58 | Tغییر در سطح | 62 | 61 |
| 59-59 | Tغییر در سطح | 63 | 62 |
| 60-60 | Tغییر در سطح | 64 | 63 |
| 61-61 | Tغییر در سطح | 65 | 64 |
| 62-62 | Tغییر در سطح | 66 | 65 |
| 63-63 | Tغییر در سطح | 67 | 66 |
| 64-64 | Tغییر در سطح | 68 | 67 |
| 65-65 | Tغییر در سطح | 69 | 68 |
| 66-66 | Tغییر در سطح | 70 | 69 |
| 67-67 | Tغییر در سطح | 71 | 70 |
| 68-68 | Tغییر در سطح | 72 | 71 |
| 69-69 | Tغییر در سطح | 73 | 72 |
| 70-70 | Tغییر در سطح | 74 | 73 |
| 71-71 | Tغییر در سطح | 75 | 74 |
| 72-72 | Tغییر در سطح | 76 | 75 |
| 73-73 | Tغییر در سطح | 77 | 76 |
| 74-74 | Tغییر در سطح | 78 | 77 |
| 75-75 | Tغییر در سطح | 79 | 78 |
| 76-76 | Tغییر در سطح | 80 | 79 |
| 77-77 | Tغییر در سطح | 81 | 80 |
| 78-78 | Tغییر در سطح | 82 | 81 |
| 79-79 | Tغییر در سطح | 83 | 82 |
| 80-80 | Tغییر در سطح | 84 | 83 |

### جدول 3: دانش تغییرات محاسبه ثبات در میانه هم‌سایه‌ها

| تغییرات | میانه | روند | نمرات کمتری را داشت که این علتی و ازان‌سازی اولیه را داشته است (نمونه 9-102) در مرحله فاصله مسیرهای کمتری را کسب کردند که این متریال به هنگام اجرای برنامه موجوده روش تلفیقی (روش تلفیق هر دو روش تلفیقی درمانی و گل بزایی با هم) روند صعودی داشته است.

نتایج به دست آمده آزمودنی‌ها در گروه روش تلفیقی (روش تلفیق هر دو روش تلفیقی درمانی و گل بزایی با هم): بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی پنجم و ششم، خط روند و محطه ثبات آنها به شرح زیر به دست آمده است (نمونه 9-102). در
مقایسه اثری خصوصی نقاشی درمانی، گل‌بازی، و روش تلفیقی بر تاب آوری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فاکتور

نمودار ۹: ترسیم خط میانه و محفظه نتایج آزمودنی پنجم

نمودار ۱۰: ترسیم خط روند آزمودنی پنجم

نمودار ۱۱: ترسیم خط میانه و محفظه نتایج آزمودنی ششم

نمودار ۱۲: ترسیم خط روند آزمودنی ششم

در جدول ۸ و ۹ نتایج حاصل از تحلیل دیداری موضعی 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 پنجم ۸/۴ و در آزمودنی ششم ۲۶/۷ است و حاکی از اثری خصوصی مداخله روش تلفیقی (روش تلفیق حر و روش نقاشی درمانی و گل‌بازی) بر تاب آوری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فاکتور.
جدول 8: تحلیل دیداری درون‌موافقتی و آزمونی آزمودنی بنجم در تاپ‌آوری

|  | درون‌موافقتی A |  | درون‌موافقتی B |  |
|---|---|---|---|---|
| A  | B  | A  | B  | A  |
| 1. مقایسه موافقت | 6  | 3  | 1. مقایسه موافقت | 1  | 2  |
| 2. تغییرات روند | 96  | 95/16  | 2. تغییر جهت | 93  | 62/50  |
| 3. تغییر تاب | 67  | 8/35  | 3. تغییر تاب | 66  | 8/35  |
| 3. تغییر داده‌ها | 96  | 83/5  | 3. تغییر داده‌ها | 96  | 86/4  |
| 1. تغییرات | 67  | 83/5  | 1. تغییرات | 67  | 83/5  |
| 2. تغییرات | 96  | 83/5  | 2. تغییرات | 96  | 83/5  |
| 3. تغییرات | 96  | 83/5  | 3. تغییرات | 96  | 83/5  |
| 4. تغییرات | 96  | 83/5  | 4. تغییرات | 96  | 83/5  |
| 5. تغییرات | 96  | 83/5  | 5. تغییرات | 96  | 83/5  |
| 1. تغییرات | 96  | 83/5  | 1. تغییرات | 96  | 83/5  |
| 2. تغییرات | 96  | 83/5  | 2. تغییرات | 96  | 83/5  |
| 3. تغییرات | 96  | 83/5  | 3. تغییرات | 96  | 83/5  |
| 4. تغییرات | 96  | 83/5  | 4. تغییرات | 96  | 83/5  |
| 5. تغییرات | 96  | 83/5  | 5. تغییرات | 96  | 83/5  |
| 1. تغییرات | 96  | 83/5  | 1. تغییرات | 96  | 83/5  |
| 2. تغییرات | 96  | 83/5  | 2. تغییرات | 96  | 83/5  |
| 3. تغییرات | 96  | 83/5  | 3. تغییرات | 96  | 83/5  |
| 4. تغییرات | 96  | 83/5  | 4. تغییرات | 96  | 83/5  |
| 5. تغییرات | 96  | 83/5  | 5. تغییرات | 96  | 83/5  |

در ادامه، با استفاده از فرمول درصد بهبودی معنی‌داری بالینی داده‌ها محاسبه شده که نتایج در جدول 10 گزارش شده است.

جدول 10: درصد بهبودی شرکت کنندگان در مراحل مختلف درمان

| درصد بهبودی کل (مرحله A) | درصد بهبودی پیکری (مرحله B) | آزمونی | درصد بهبودی دوم | درصد بهبودی سوم | درصد بهبودی چهارم | درصد بهبودی پنجم | درصد بهبودی ششم |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 58/73  | 58/33  | شرکت کننده اول | 58/73  | 58/33  | 58/73  | 58/73  | 58/73  |
| 58/33  | 58/73  | شرکت کننده دوم | 58/33  | 58/73  | 58/33  | 58/33  | 58/33  |
| 58/73  | 58/33  | شرکت کننده سوم | 58/33  | 58/73  | 58/33  | 58/33  | 58/33  |
| 58/33  | 58/73  | شرکت کننده چهارم | 58/33  | 58/73  | 58/33  | 58/33  | 58/33  |
| 58/73  | 58/33  | شرکت کننده پنجم | 58/33  | 58/73  | 58/33  | 58/33  | 58/33  |
| 58/73  | 58/33  | شرکت کننده ششم | 58/33  | 58/73  | 58/33  | 58/33  | 58/33  |
در بیان برای مقایسه میزان اریثکیته سه مداخله تفاوت درمانی، گلپایگی و روش تلفیقی (روش تلفیقی هر دو روش تفاوت درمانی و گلپایگی با هم) از فرمول درصد بهبودی استفاده شد که نتایج در جدول 11 گزارش شده است.

درمان طور که مورد همایش می‌شود به‌طور به‌همراه شرکت‌کننده سوم بعد از مداخله درمانی و در مرحله پیکری و همچنین درصد بهبودی شرکت کننده چهارم در مرحله پیکری از 1/5 کمتر بوده و با برآوران از نظر بالینی معناداری نبود.

جدول 11: درصد بهبودی و میانگین نمرات سه میکوس‌بهبودی در تاب آوری

| مراحل | سلامة درمانی | تلفیقی | گلپایگی | مداخله | مداخله |
|-------|--------------|--------|----------|--------|--------|
| خطا پایه | 68/66 | 1/10 | 69/35 | 68/66 | 1/10 |
| مداخله گلپایگی | 95/15 | 1/10 | 68/66 | 1/10 | 69/35 |
| مداخله تلفیقی | 104/25 | 1/10 | 68/66 | 1/10 | 69/35 |

یافته‌های جدول 11 این‌سانی می‌دهد که مداخله درمانی روش تلفیقی (روش تلفیقی هر دو روش تفاوت درمانی و گلپایگی با هم) نسبت به دو روش درمانی دیگر اریثکیته بیشتری داشته است، درصد به‌طور کلی گلپایگی کمتر از مداخلات درمانی دیگر بوده است، و همچنین بر تاب آوری کودکان با نارسایی توجه/ فزون کشنده اریثکیه معناداری تداشت است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اریثکیته نارسایی درمانی، گلپایگی، و روش تلفیقی (روش تلفیقی هر دو روش تفاوت درمانی و گلپایگی با هم) بر تاب آوری کودکان با نارسایی توجه/ فزون کشنده. یافته‌ها نشان داد که مداخلات تفاوت درمانی و روش تلفیقی (روش تلفیقی هر دو روش تفاوت درمانی و گلپایگی با هم) بسیار افزایش تاب آوری کودکان میانگین با اختلال نارسایی توجه/ فزون کشنده شد. این یافته‌ها در پی مشترکه کردن و تغییر در رفتار بارتری و رفتار بارتری کودکان با دعوت درمانی و رفتار سازمانی و گلپایگی تاکید داشته و ارتباط مثبت بین کودکان خود ایجاد کرده‌اند. در واقع، با افزایش آگاهی مدرادان از تعاملات ارتباطی، تعارضات درونی آنها کمتر شده و با موقعیت‌های دشوار و تنش آور و رفتار سازمانی کودکان، سازمانی بازداشت بر خورود کرده، در طی ارتباط تعاملات والد-کودک، نشان‌های فزون کشنده و تکان‌گر در کودکان مبتلا کاهش یافته، نتایج باعث بهبودی کاستی و یافتن کودکان قله می‌شود. فراوانی اریثکیه یافته‌های 71/0 نیز مؤثار اریثکیه این مداخلات درمانی بر میزان فزون کشنده، افزایش مهارت خودمختارگری و آموزش والدین است. (18) تا آنها با یادگیری اصول برقراری ارتباط با
کننده. در واقع کودکان در هرگام کار کردن با چنین موارد ابتدا، نیازهای وایز زده قابل خود به جبران کرده و به خاطر انضیفه خود عبیدت داده و یا از پیش دریافت افزایش تابآوری خود بر آمادگی.

ناظر پژوهش اعمادی و همکاران (34) مورد معرفی و همکاران (34) حاکی از اثری این مداخله درمانی بر فازون کنشی و تکانش گری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی بود و با نتایج پژوهش حاضر هم‌مسه است.

از سویی نتیجه‌ی به دست آمده را می‌توان بر اساس نتایج مطالعات شیفرک و همکاران (26) این گونه تیتر که مرور کلیمایی خاطرات تروموانیک برای کودکان خارج از توان آن‌ها است. روزآوردوادهای ماند هزدرمانی که بر فاصله کلیه موارد ناگوار توزیع کودکان کمتر تأکید دارند، درمان‌های نماینده به شمار می‌رود. از این رو در پژوهش حاضر، از ابزار رنردرمانی رنردرمانی و گل بازی، به صورت ترکیب آن با اصول تعاملات والد-کودک است. کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی با استیاده از نقاشی، آزادانه درباره توان آن‌ها می‌توانند فکری را بر اساس گرفته و با یافته‌ی حاضر نز هم‌مسه است.

از آنجا که به دلیل بیماری کرونای اجرا گروهی ممکن بوده، در نتیجه از طریق‌های درون گروهی (نکی آزموده) استفاده‌ی شد که تعیین‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجه کرده. عدم دسترسی به هر دو والد و عدم مهار مصرف دارو جهت رسیدن به نتایج مطلوب را نیز می‌توان از دیگر محدودیت‌های پژوهش بررسی‌مرد. استفاده‌ی از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و عدم استفاده‌ی از روش‌های مفیدی در سن‌سنگ تابآوری از محدودیت‌های این مطالعه بوده است که در مطالعات بعده می‌تواند مورد توجه قرار گیرد. همچنین بر اساس نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود که مداخلات نقاشی درمانی و روش تلفیق (روش تلفیق هر دو روش نقاشی درمانی و گل بازی با هم) به صورت رسمی در مراکز پیش دستاپی و مدارس ابتدایی و به صورت غیررسمی در کلیپندهای تخصصی در درمان تکمیلی کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فوزون کنشی استفاده شود. لازم است که اجرای مداخله برای هر دو والد با مهار مصرف دارو و با نمونه‌گیری تصادفی انگیزه شود تا اعتبار پژوهش با اطمینان بیشتری به آورد شود. شایسته‌ست که مکانی از استفاده از این مداخلات درمانی در خانه، ضمن اینکه باعث ارتقای تابآوری کودکان خود می‌شود، به بهبود تعاملات والد-کودک کمک کند. همچنین پیشنهاد می‌شود مشاوران و درمان‌گران این مداخلات درمانی را به عنوان یک کنار روش درمانی بالینی و ابزاری قوی در بهبود تابآوری کودکان در این اختلال نارسایی نظیر/ فوزون کنشی به کار برند.

نتایج گری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فوزون کنشی بود و با نتایج پژوهش حاضر هم‌مسه است.

ارتقای‌ی تابآوری کودکان افزایش بیشتری داشت که نقاشی درمانی به همراه گل‌بازی به شکلی کن‌گدان ارائه شد. آزموده‌های در طی کار با گل به احساس آرامش رسیده و علتهای غیرشناسی آن‌ها کاشش یافت. در هنگام کار با گل، کودک دامنه وسیعی از احساسات خود را نشان می‌داد. چون حالت سکوت به‌یادگار گل بالای است، باحال و آن‌ها توانستند بدون ترس از گونه‌های منفی، با پرکارگری گل در درگیر شوند و به کار خود ادامه داد.
مقایسه اثر ابزار نقاشی درمانی، گل، بازی، و روش تلفیقی بر تاب آوری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فنون کشی

سالومه سخا و همکاران

واحد شیراز است. نویسنده، نخست به عنوان مجری پژوهش، وسیله دوم استاد را به ارمغان می‌آورد.

نویسنده‌گان موم و پنجاره به عنوان استادان مشاور در این پژوهش نقش داشتند.

تضاد منافع: نویسنده‌گان می‌دانند که هیچگونه تضاد منافع در این پژوهش وجود نداشد.

تشکر و قدردانی: پنجم‌سیله از می‌دارند که به عنوان مانندی، و نویسنده‌ها در این پژوهش مشارکت داشتند. نویسنده‌ها و نویسنده‌ها در این پژوهش مشارکت داشتند. نویسنده‌ها و نویسنده‌ها در این پژوهش مشارکت داشتند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: مجوز اجرای این مطالعه بر روی افراد نمونه از انجمن اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی، واحدهای شیراز با کد اخلاق به تاریخ 8/5/1398 صادر گردید.

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

نقش هر یک از نویسنده‌گان: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده نخست در رشته روان‌شناختی و آموزش افراد با نیازهای خاص دانشگاه آزاد اسلامی.

تشریح: به تاریخ 8/5/1398 صادر گردید.
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. Willcut 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 Bagrabadi 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 H. 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, Behravesh 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-child 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. Amanadine 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, Snisack CC. Child-centered play therapy. New York: Guilford Press; 2011, pp: 63-65. [Link]

23. Blanco PJ, Muro JH, Hollliman 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. Shosharti 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 N. (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]