

اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر خودمهارگری و بهبود رفتارهای تکانشی در کودکان تک‌والد

ندا مسعودی^۱، آتوسا کلانتر هرمزی^{۲*}، کیومرث فرح‌بخش^۳

۱. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲. استادیار گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۶/۱۶

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۲/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: محرومیت از پدر یا مادر یکی از شرایط خاص خانوادگی است که به‌عنوان یک متغیر مهم محیطی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم می‌تواند اثرات ویژه‌ای بر تحول و ابعاد مختلف رفتار کودک به‌خصوص در زمینه سلامت روانی، جسمانی، و عملکرد تحصیلی داشته باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی‌درمانی کودک‌محور بر خودمهارگری و بهبود رفتارهای تکانشی در کودکان تک‌والد است.

روش: در این پژوهش از طرح تجربی تک‌بررسی استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش را کودکان پسر تک‌والد ۱۲ - ۶ ساله خانه ایرانی مولوی مربوط به جمعیت مردمی امداد دانشجویی امام علی (ع) شهر تهران در سال ۱۳۹۵ تشکیل داده بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۳ کودک پسر تک‌والد بود که از جامعه مذکور به‌صورت در دسترس و هدفمند انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خودمهارگری کندال و ویلکاکس (۱۹۷۹) استفاده شد. مداخله آموزشی بازی‌درمانی در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای با فاصله ۱ هفته بین جلسات انجام شد. روش تحلیل داده‌ها به‌صورت تحلیل نگاره‌ای بود و برای به دست آوردن اثربخشی بازی‌درمانی از فرمول درصد بهبودی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد هرچند که بازی‌درمانی کودک‌محور بر خودمهارگری و بهبود رفتارهای تکانشی کودکان تک‌والد مؤثر بوده اما تأثیر آن معنادار نبوده است.

نتیجه‌گیری: بازی‌درمانی به‌عنوان ارتباط بین فردی پویا بین کودک و درمانگر است که به‌واسطه ایجاد فضای ارتباطی امن در اتاق بازی به کودک کمک می‌کند تا مهارت‌های خودمهارگری خود را افزایش دهند.

کلیدواژه‌ها: بازی‌درمانی کودک‌محور، خودمهارگری، تکانشگری، کودکان تک‌والد

***نویسنده مسئول:** آتوسا کلانتر هرمزی، استادیار گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

تلفن: ۴۸۳۹۳۲۶۵ - ۰۲۱

ایمیل: At.kalantar@atu.ac.ir

مقدمه

غیبت موقت یا دائم یکی از والدین به دلایل مختلف نظیر مرگ، طلاق، متارکه، تخلفات قانونی، زندانی بودن، اقتضاهای شغلی مانند خدمات نظامی، تولد نامشروع و سایر دلایل را پدید آورده تک‌والدی بودن می‌گویند. در این شرایط فرزند یا فرزندان تنها با یکی از والدین زندگی می‌کنند (۱). کودکان تک‌والد به واسطه شرایطی که دارند، دچار مسائل و مشکلات گوناگونی می‌شوند. به گفته مویلانن و رنتاکالیا^۱ اختلالات روانی به میزان بیشتری در خانواده‌های تک‌والد وجود دارد (به نقل از ۲). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که میانگین اضطراب در فرزندان خانواده‌های تک‌والد به‌طور معنی‌داری بیشتر از فرزندان سایر خانواده‌ها است (۳). نبود یکی از والدین، می‌تواند اضطراب فرزندان را بالا برده و توانایی آنها را برای کنار آمدن با دنیا و برقراری ارتباط با دیگران محدود سازد (۴). زندگی با تنها یکی از والدین، احتمالاً مسائل و مشکلات مختلفی از جمله احساس تنهایی، احساس مسئولیت در مقابل طلاق، احساس تضاد در وفاداری به والدین، ناآگاهی درباره نحوه برخورد با تعارضات والدین، و مواجهه با ناستواری خانواده، بروز رفتار انحرافی و ارتکاب جرم، افسردگی (۵)، احساس کمبود، کناره‌گیری هیجانی، خشم (۶)، فزون‌کنشی، پرخاشگری و حواس‌پرتی، مشکل در سازش‌یافتگی با همسالان، همچنین عدم مهار خود، و اختلال مهار تکانه را برای کودک ایجاد می‌کند (۷). همچنین گاهی تک‌والدها به دلیل فشارهای ناشی از مراقبت و مسئولیت خود در انجام کارکردهای والدینی، با کودک خود تعامل نامناسب دارند که این همین موضوع می‌تواند در ایجاد تکانشگری در کودکان مؤثر باشد (۸) در بسیاری از موارد والدین دارای رفتارهای پرخاشگرانه، این رفتار را در برخورد با فرزندان خود بروز می‌دهند و این نحوه رفتار می‌تواند عواقب ناخواسته زیادی مثل اختلال توجه و اضطراب را در فرزندان ایجاد کند (۹)

عدم مهار تکانه یا تکانشگری مفهومی است چندبعدی که بر اساس گرفتار شدن در رفتارهای بدون دوراندیشی و پاسخ‌دهی شتاب‌زده به محرک که اغلب پیامدهای سازش‌نیافته به بار می‌آورد، تعریف شده است (۱۰). کودکان تک‌والد اغلب خودمهارگری^۲ پایینی دارند و به‌صورت تکانشی به محرک‌ها پاسخ می‌دهند. حال آن‌که یک کودک یا نوجوان با خودمهارگری مناسب، زمانی را صرف فکر کردن به انتخاب‌ها و نتایج احتمالی می‌کند و سپس بهترین انتخاب را می‌کند (۱۱).

کودکان تکانشگر اغلب بر رفتارهای خود، کنترل مناسبی ندارند و عکس‌العمل‌هایی که به وقایع پیرامون خویش نشان می‌دهند، بیش از اندازه طبیعی است. این کودکان نمی‌توانند تعاملات اجتماعی مناسبی با اطرافیان خود داشته باشند و با رفتارهای خویش، دیگران را از خود دور می‌کنند؛ در نتیجه در انزوا فرو می‌روند، در بازی‌های گروهی شرکت نمی‌کنند، و در گوشه‌ای تنها می‌نشینند. آنان در مقایسه با کودکان غیر تکانشگر، در بزرگسالی مستعد بزهکاری، مشارکت زیاد با رفتارهای پرخطر جنسی، رفتارهای شتاب‌زده و عجولانه، کنش‌های ضعیف، پرخاشگری زیاد، و ناتوان در مقابل تنیدگی هستند (۱۲). همچنین بر اساس نتایج سایر پژوهش‌ها (۱۳ و ۱۴) سازش‌یافتگی و مهار خود در کودکان تک‌والد به‌طور معناداری پایین‌تر از سازش‌یافتگی کودکان دارای دو والد است. از مهارگری و مدیریت احساسات می‌توان به‌عنوان کلید بهشت عاطفی یاد کرد زیرا فقط از طریق خودمهارگری است که می‌توان میزان مشخصی از احساسات را با تفکر همراه کرد و مسیر اصلی درست اندیشیدن را پیمود؛ بنابراین با توجه به خطرات احتمالی ذکرشده در آینده برای کودکان تک‌والد، بهتر است از همان دوران کودکی، درمان با این کودکان، آغاز شود و بازی به‌عنوان یک روش صحیح و درست در درمان کودک است (۱۵).

2. Self-control

1. Moilanen & Rantakallia

کودکان (۲۵ و ۲۶)، تحریک‌پذیری و رفتار فزون‌کنشی کودکان با اختلالات عقلی (۲۷)، اختلال انفجاری متناوب (۲۸)، موفقیت تحصیلی، خودپنداشت و روابط معلم و کودک (۱۹)؛ پیشرفت تحصیلی ضعیف دانش‌آموزان ابتدایی (۱۸)، تحول اجتماعی و عاطفی کودکان با اوتیسم (۲۹)، مهارت‌های اجتماعی ضعیف (۳۰) خودکارآمدپنداری کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای (۳۱)، افزایش خودمهارگری، بهبود وضعیت بازداری پاسخ، و افزایش کنش‌های اجرایی در اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، است (۳۲). همچنین یافته‌های دیگر پژوهش‌ها نشان داده است که بازی‌های خودمهارگری، راهبردی و بازخوردی بر مهارت‌های تکانه‌ی کودکان ۸ تا ۱۲ سال تأثیر مثبت داشته (۳۳) و مداخلات زودهنگام مبتنی بر بازی‌های کودک‌محور می‌تواند میزان فزون‌کنشی/تکانشگری کودکان پیش‌دبستانی را کاهش دهد (۳۴).

از آن جایی که کودکان تک‌والد، مهارت‌های ارتباطی ضعیفی داشته و رفتارهای آنی و تکانشی از خود بروز می‌دهند و در عین حال از داشتن شرایط مطلوب خانوادگی و هر دو والد در کنار خودشان محروم هستند و از سویی با توجه به این که بررسی‌های صورت گرفته نشان داد که مطالعات گسترده‌ای درباره بهبود رفتارهای تکانشی و خودمهارگری این کودکان با روش بازی‌درمانی کودک‌محور انجام نشده است، و همچنین با توجه به این که این روش، ظرفیت مناسبی برای امنیت‌بخشی به کودکان تک‌والدی می‌بخشد؛ بنابراین هدف این پژوهش پاسخ‌گویی به این سؤال بود که آیا بازی‌درمانی کودک‌محور بر خودمهارگری و بهبود رفتارهای تکانشی کودکان تک‌والد مؤثر خواهد بود؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: در این پژوهش از طرح تجربی تک‌موردی^۳ یا تک‌آزمودنی^۴ استفاده شد. این طرح دارای انواع طرح A-B، A-B-A، A-B-A-B است

از طریق بازی‌درمانی می‌توان اختلالات و مشکلات کودکان مثل اضطراب و افسردگی، نارسایی توجه/فزون‌کنشی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، پرخاشگری، شب‌ادراری، و ناخن جویدن را درمان کرد (۱۶). همچنین مهارت‌هایی مانند مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی (۱۵)، مدیریت خشم، مهار خود، کاهش ترس، احساس توانمندی و مهارت حل مسئله، استقلال و حرمت خود را ارتقا داد (۱۷). در این میان در بازی‌درمانی کودک‌محور^۱ عامل اصلی برای تغییر، نه به‌کارگیری وسایل بازی است و نه تفسیر رفتار، بلکه ارتباط است که مهم‌ترین نقش را در تغییر دارد؛ زیرا که ارتباط، همواره بر تجربه موجود و زنده با کودک متمرکز است (۱۸). در این نوع بازی‌درمانی، به کودک اجازه داده می‌شود تا به‌طور طبیعی به ابراز احساسات و تجارب خود بپردازد (۱۹). همچنین در بازی‌درمانی کودک‌محور، نقش کلیدی درمانگر به‌منزله خالق شرایط مساعد و ملزومات مورد نیاز کودک، تأکید می‌شود. درمانگر باید فضایی امن، پذیرنده، و حمایت‌گر را به‌وجود آورد که کودک در آن احساس راحتی کند و عمیقاً تلاش کند تا چارچوب مرجع درونی هر کودک را بشناسد. به مدد بازخورد بی‌رهنمود درمانگر، نیازها و احساس‌های کودک، تعیین‌کننده مسیر شکل‌گیری موضوع‌ها و مضامین در بازی خواهد بود و درمانگر با استفاده از بازتاب دادن، کودک را قادر می‌سازد تا به سطح بالاتری از بینش و هوشیاری نسبت به نیازها، احساسات و افکار خود دست یابد (۲۰). به عبارتی، در اتاق بازی، درمانگر احساس کودک را می‌پذیرد و از طریق انعکاس احساس و محتوا به او اجازه می‌دهد تا توانمندتر شده و خود را بپذیرد (لندرت^۲، ۲۰۰۲؛ به نقل از ۱۹).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از تأثیر بازی‌درمانی کودک‌محور بر متغیرهایی مانند سازش‌یافتگی اجتماعی و روان‌شناختی کودکان (۲۱)، اضطراب و افسردگی کودکان (۲۲)، اعتمادبه‌خود (۲۳)، رفتار و هیجانات (۲۴)، پرخاشگری

3. Single-case
4. Single-subject

1. Child-centered play therapy
2. Landreth

ویلکاکس (۳۵) در دانشگاه مینه‌سوتا ساخته شد، شامل ۳۳ سؤال است که ۱۰ سؤال آن مربوط به خودمهارگری، ۱۳ سؤال آن مربوط به تکانشگری، و ۱۰ سؤال آن نیز مربوط به هر دو عامل تکانشگری و خودمهارگری هست. نمره کلی به دست آمده از این مقیاس بیانگر میزان خودمهارگری است. ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۸ و با استفاده از روش باز آزمایی، ۰/۸۴ محاسبه شده است که قابل قبول است. همچنین در ایران توسط به‌پژوه، غباری، علیزاده و همتی علمدار (۳۶) ویرایش و روایی محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفته است که پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی یک نمونه صد نفری از دانش‌آموزان شهر تهران ۰/۹۸ محاسبه شده است. در پژوهش حاضر نیز آزمون بر روی ۳۰ کودک انجام شد که ضریب پایایی آن ۰/۹۴ به دست آمد. سؤالات این پرسشنامه به صورت مثبت و منفی است و دارای یک مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای است که نمره یک از سؤالات مثبت نشان‌دهنده حداکثر خودمهارگری و نمره هفت نشان‌دهنده حداقل خودمهارگری است. همچنین نمره گذاری سؤالات منفی، کاملاً برعکس است. دامنه نمرات از ۳۳ تا ۲۳۱ در نوسان است که هرچه نمره کودک به ۲۳۱ نزدیک‌تر باشد دارای خودمهارگری کمتری است. در خرده مقیاس تکانشگری که ۱۳ سؤال را در برمی‌گیرد، حداقل نمره ۱۳ و حداکثر ۹۱ است.

ج) برنامه مداخله‌ای: در این پژوهش، بازی درمانی کودک محور به مدت ۱۲ جلسه و در هر هفته ۱ جلسه برای هر یک از ۳ کودک اجرا شد. برنامه مداخله‌ای اجرا شده برگرفته از بازی درمانی کودک محور لندرت (۲۰۰۲)، به نقل از (۱۹) بوده است. بر اساس دیدگاه لندرت، در این نوع بازی درمانی، درمانگران، مسئولیت بازی را به عهده کودکان می‌گذارند و به توانایی کودکان برای خودفرمان شدن اعتقاد دارند. بر اساس دیدگاه او، به جای انجام دادن کاری برای کودکان، به بودن با آنها تأکید می‌شود. همچنین در این نوع

که در این پژوهش طرح A-B مورد استفاده قرار گرفت. پژوهشگر این طرح را از طریق انتخاب یک آزمودنی برای آزمایش، یک یا چند رفتار هدف، اندازه‌های رفتارهای هدف، و یک عمل آزمایشی شروع کرد. ابتدا رفتار هدف در خلال خط پایه اندازه‌گیری شده (A) و بعد عمل آزمایشی (B)، هنگامی که پژوهشگر به اندازه‌گیری رفتار هدف ادامه می‌داد، اجرا شد. در طرح A-B علاوه بر دو مرحله اصلی، مرحله دیگری نیز وجود دارد که مرحله پیگیری^۱ نامیده می‌شود.

جامعه‌ی آماری در این پژوهش شامل تمامی کودکان تک‌والد ۱۲ - ۶ ساله خانه‌ی ایرانی مولوی جمعیت امداد دانشجویی مردمی امام علی (ع) شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بود. انتخاب افراد نمونه به صورت هدفمند بود، به این صورت که ابتدا از میان کودکان این مرکز، آنهایی که تنها با یک والد خود زندگی می‌کردند و در رده سنی ۶ - ۱۲ سال قرار داشته و در آن زمان از خدمات مشاوره و روان‌درمانی استفاده نمی‌کردند، انتخاب شدند. سپس از معلم هر یک از آنان خواسته شد تا پرسشنامه خودمهارگری کندال و ویلکاکس^۲ (۱۹۷۹) را در مورد آن کودکان تکمیل کنند. پس از اجرای پرسشنامه، با توجه به نمرات کسب شده، ۳ نفر از پسرانی که نمره به دست آمده‌شان به نمره معیار یعنی ۲۳۱ نزدیک‌تر بود و همچنین مربیانشان، رفتارهای تکانشگری و عدم مهار خود را در مورد آنها گزارش داده بودند و کودک و والد آنها رضایت لازم برای شرکت در جلسه بازی درمانی را داشتند، به عنوان نمونه انتخاب شدند. آزمودنی اول ۶ ساله و دارای یک خانواده ۴ نفره بود که پدر خانواده به دلیل اعتیاد با آنها زندگی نمی‌کرد؛ آزمودنی دوم ۱۱ ساله و تک‌فرزند بود که مادرش خانه را ترک کرده بود و کودک با پدر خود زندگی می‌کرد؛ و آزمودنی سوم ۱۰ سال داشت که پدرش در زندان بود و با مادر و خواهرش زندگی می‌کرد.

ب) ابزار: در این پژوهش از پرسشنامه خودمهارگری کندال و ویلکاکس استفاده شده است. این مقیاس که توسط کندال و

2. Kendall & Wilcoxon Self-Control Questionnaire

1. Follow-up

کرده، کم‌کم به زندگی شخصی خویش نیز راه دهد و از آن راه‌حل‌ها استفاده کند. مراجع سوم بیشتر به درست کردن کاردستی و کشیدن نقاشی می‌پرداخت. او احساسات مختلف خود از جمله خشم را به شیوه غیرمستقیم و فرافکنانه بر روی برگه‌های نقاشی منتقل می‌کرد. انعکاس احساس و آرام‌سازی کودک و آموزش صبر به وی، یکی از کارهایی بود که برای بهبود وضعیت تکانشگری کودک انجام می‌شد. پس از اتمام جلسات و اجرای آزمون پیگیری، نتایج به‌صورت تحلیل نگاره‌ای داده‌ها و بر اساس درصد بهبودی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

(د) روش اجرا: پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه علامه طباطبائی و هماهنگی‌های لازم با جمعیت امداد دانشجویی - مردمی امام علی (ع) که یک سازمان مردم‌نهاد و کاملاً مستقل و غیردولتی است، انتخاب نمونه‌ها به‌صورت هدفمند و از میان کودکان تک‌والد ۶-۱۲ سال این مرکز انجام شد. برای انتخاب اعضای نمونه، از معلم هر یک از آنان خواسته شد تا پرسشنامه خودمهارگری کندال و ویلکاکس را در مورد آن کودکان تکمیل کنند. پس از اجرای پرسشنامه، با توجه به نمرات کسب‌شده، ۳ نفر از کودکانی که نمره به‌دست آمده‌شان به نقطه معیار یعنی ۲۳۱ نزدیک‌تر بود و همچنین مربیان‌شان رفتارهای تکانشگری و عدم مهار خود را در مورد آنها گزارش داده بودند، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. برای اجرای مداخله، ابتدا خط پایه هر کودک، با توجه به نمره کسب‌شده‌اش تعیین شد، سپس به اجرای مداخلات بازی‌درمانی کودک‌محور بر آن ۳ کودک به مدت ۱۲ جلسه و در هر هفته ۱ جلسه، اقدام شد. البته جهت برقراری رابطه مناسب پژوهشگر با کودک، طی دو هفته اول، پژوهشگر هفته‌ای ۲ بار کودک را ملاقات کرد و بعد از آن ادامه جلسات به‌صورت هفته‌ای ۱ بار انجام شد. در هنگام مداخلات و در انتهای جلسات دوم، چهارم، ششم، هشتم، دهم و دوازدهم، معلمان، پرسشنامه مذکور را به‌منظور اندازه‌گیری رفتار هدف، تکمیل نمودند. در پایان، جلسه پیگیری به فاصله یک ماه پس از آخرین جلسه درمان،

بازی‌درمانی، جلسات بازی از یک ساخت معین و تعریف‌شده برخوردار نیست و نیازهای فردی و عاطفی و تحول کودک از ساخت تجویزی و خشک تبعیت نمی‌کند و ضروری است که درمان بر پایه توسعه خودپنداشتی مثبت‌تر، پذیرش خودمسئولیتی بیشتر، خودفرمان شدن بیشتر، تجربه احساس مهارگری، اتکای بیشتر به خود، کسب مهارت‌های کنار آمدن، کسب یا توسعه منبع درونی ارزیابی، و اعتماد بیشتر به خود، تفکر و دقت بیشتر در انجام تکالیف، صورت گیرد. علاوه بر این، برای پاسخ‌گویی همدلانه درمانگر به کودک، از مهارت‌های کلامی و غیرکلامی استفاده می‌شود (۲۶)

بنا بر آنچه گفته شد، در اجرای درمان، پژوهشگر (بازی‌درمانگر) مداخله مستقیم و خاصی انجام نمی‌داد و با بهره‌گیری از مهارت‌های کلامی و غیرکلامی، سعی در اجرای اصول بازی‌درمانی کودک‌محور داشت. در عین حال برنامه هر جلسه با توجه به عملکرد کودک در جلسه قبل و تحت نظر استاد راهنمای این پروژه، مشخص می‌شد. بدین ترتیب علاوه بر توجه به اصول و محتوای بازی‌درمانی کودک‌محور بر اساس نظر لندرت، هر مراجع روش درمانی متفاوتی از دیگری داشت. در کار با مراجع اول سه هدف اصلی اعتمادسازی، برون‌ریزی هیجانی، و بازسازی شناختی از طریق سؤالات مکاشفه‌ای مدنظر بود و جلسات بر این اساس پیش رفت. بیشتر وقت جلسات، بنا به تمایل و انتخاب کودک، به خواندن کتاب‌های قصه در اتاق بازی، می‌گذشت و محتوای کتاب‌ها با هدف درمانی مطابقت داشت. به‌طور کلی کتاب‌ها در مورد معذرت‌خواستن، مسخره نکردن یکدیگر، بخشندگی و عدم خودخواهی بود. برای مراجع دوم با توجه به این‌که در بازی‌های مختلفی که انجام می‌داد جنگ و مبارزه وجود داشت، با پرسیدن سؤالات مکاشفه‌ای در جهت فعال کردن ذهن کودک تلاش می‌شد تا بتواند به غیر از دعوا و جنگیدن، راه‌های دیگری را نیز برای حل مسائل و مشکلاتی که اسباب‌بازی‌ها در بازی‌هایش دارند، پیدا کند. در این صورت او می‌توانست راه‌حل‌های مختلفی را که در بازی‌هایش بیان

یافته‌ها

روند تغییر در نمرات خودمهارگری و تکانشگری مراجعان طی ۸ سنجش؛ یک سنجش جهت تعیین خط پایه، شش سنجش طی فرایند مداخله، و یک سنجش جهت پیگیری، به صورت جدول و نمودار گزارش شده است.

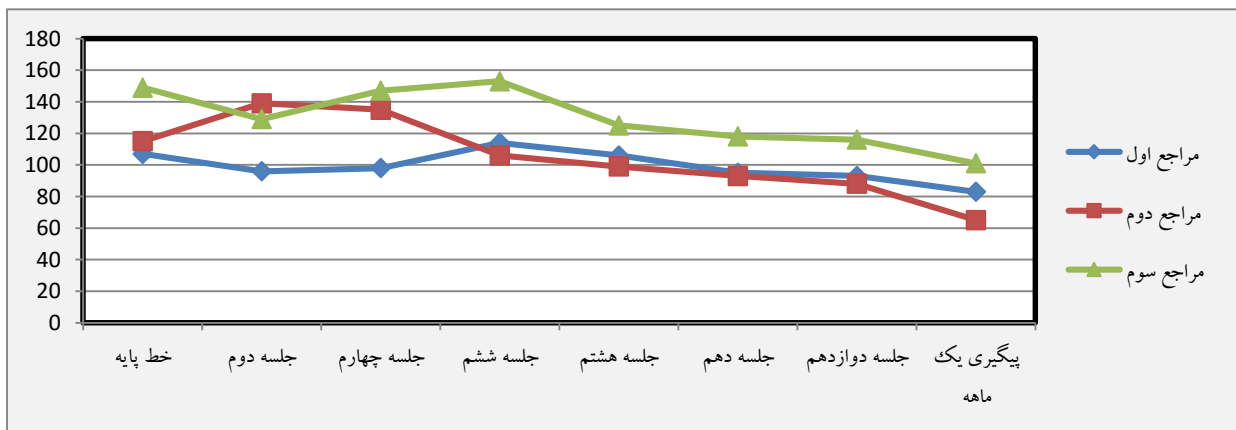
برای بررسی فرضیه یک مبنی بر این که بازی درمانی کودک محور بر افزایش خودمهارگری کودکان تک‌والد مؤثر است، در جدول (۱) و نمودار (۱)، روند تغییر نمره‌های مراجعان را در متغیر خودمهارگری در مراحل خط پایه، مداخله، و پیگیری نشان داده شده است.

به منظور سنجش ثبات تغییرات در آزمودنی‌ها برگزار شد. لازم به توضیح است که پس از اجرای هر جلسه، فعالیت‌ها و بازی‌های صورت گرفته توسط کودک که مورد مشاهده پژوهشگر قرار گرفته بود، به استاد راهنما گزارش، و پس از بحث و بررسی درباره احساسات و رفتارهای مشاهده شده، محور جلسات بعدی، مشخص می‌شد.

به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، ضمن حفظ اصل رازداری و همچنین فاش نکردن نام و مشخصات کودکان و رعایت حریم شخصی آنان، رضایت کودکان و والد هر یک از آنان برای شرکت در پژوهش جلب شد و به آنها اعلام شد هر زمان که مایل به ادامه فعالیت نبوندند، می‌توانند کودکان خود را از طرح پژوهشی خارج کرده و از ادامه دریافت مداخله صرف نظر کنند.

جدول ۱: نمرات مراجعان به همراه درصد بهبودی در متغیر خودمهارگری

تکانشگری	مراجع اول	مراجع دوم	مراجع سوم
خط پایه	۱۰۷	۱۱۵	۱۴۹
جلسه دوم	۹۶	۱۳۹	۱۲۹
جلسه چهارم	۹۸	۱۳۵	۱۴۷
جلسه ششم	۱۱۴	۱۰۶	۱۵۳
جلسه هشتم	۱۰۶	۹۹	۱۲۵
جلسه دهم	۹۵	۹۳	۱۱۸
جلسه دوازدهم	۹۳	۸۸	۱۱۶
درصد بهبودی	۱۳/۰۸٪	۲۳/۰۴	۲۲/۰۱
درصد بهبودی کل	۱۹/۰۵		
پیگیری یک‌ماهه	۸۳	۶۵	۱۰۱
درصد بهبودی نهایی	۲۲/۰۴	۴۲/۰۴	۳۲/۰۲
درصد بهبودی کلی	۳۲/۰۶٪		



نمودار ۱: سیر نمرات مراجعان در متغیر خودمهارگری

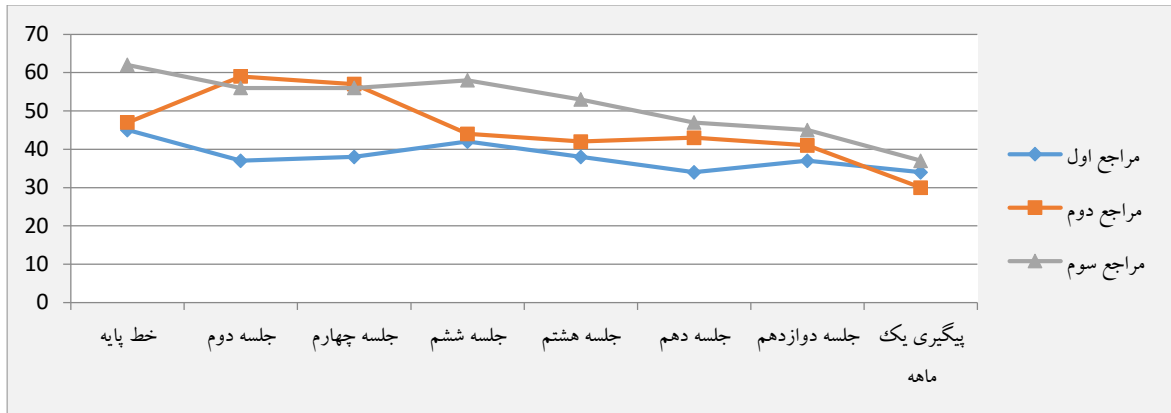
در پایان جلسه دوازدهم نمره ۱۱۶ را کسب کرد. در انتهای جلسه دوازدهم درصد بهبودی وی ۲۲/۱ درصد بود. در پیگیری یک ماه بعد، این آزمودنی نمره ۱۰۱ را به دست آورد و درصد بهبودی نهایی او به ۳۲/۲ درصد رسید که این نکته نشان‌دهنده آن است که آزمودنی خودمهارگری بیشتری به نسبت گذشته خود به دست آورده است. درصد بهبودی کلی نیز در این روش درمانی ۳۲/۶ درصد به دست آمد که چون کمتر از ۵۰ درصد است، از نظر بالینی معنادار نیست و در نتیجه فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار نگرفته است. در واقع باید گفت با توجه به نتایج به دست آمده، بازی درمانی کودک محور اگرچه بر خودمهارگری کودکان تک‌والد کاملاً تأثیرگذار بوده است و پیشرفت‌هایی حاصل شده است اما معنادار نبوده است.

برای بررسی فرضیه دوم مبنی بر این که بازی درمانی کودک محور بر کاهش رفتارهای تکانشی کودکان تک‌والد مؤثر است در جدول ۲ و نمودار ۲ روند تغییر نمرات مراجعان به همراه درصد بهبودی آنان در مقیاس تکانشگری گزارش شده است.

همان‌طور که داده‌های جدول و نمودار ۱ نشان می‌دهد، آزمودنی اول در خط پایه، نمره ۱۰۷ را کسب کرده بود که در جلسه دوازدهم به نمره ۹۳ و بعد از گذشت یک ماه جلسه پیگیری، نمره او به ۸۳ که پایین‌ترین حد خود بود، رسید. در نهایت درصد بهبودی او در پایان جلسه دوازدهم ۱۳/۰۸ درصد بود و بعد از پیگیری یک‌ماهه به ۲۲/۴ درصد رسید که این، پیشرفت آزمودنی را در رفتار نشان می‌دهد؛ اما از آنجایی که درصد بهبودی مراجع کمتر از ۵۰ درصد است، از لحاظ بالینی معنادار نیست ولی می‌توان استنباط کرد با توجه به کاهش نمرات در جدول و همچنین درصد بهبودی به دست آمده، این فرد نسبت به خط پایه خود و گذشته‌اش پیشرفت داشته است. آزمودنی دوم نمره ۱۱۵ را در خط پایه کسب کرده بود. درصد بهبودی در پایان جلسه دوازدهم ۲۳/۴ درصد بوده است و بعد از یک ماه پیگیری، آزمودنی نمره ۶۵ را کسب کرد که پایین‌ترین نمره‌ای بود که وی در طول مدت درمان و بعد از آن داشت. همچنین درصد بهبودی نهایی وی ۴۳/۴ درصد شد که می‌توان گفت، در مقایسه خط پایه با انتهای درمان، این آزمودنی بالاترین درصد بهبودی را بین آزمودنی‌ها نشان داد. آزمودنی سوم در خط پایه نمره ۱۴۹ و

جدول ۲: نمرات مراجعان به همراه درصد بهبودی در متغیر تکانشگری

تکانشگری	مراجع اول	مراجع دوم	مراجع سوم
خط پایه	۴۵	۴۷	۶۲
جلسه دوم	۳۷	۵۹	۵۶
جلسه چهارم	۳۸	۵۷	۵۶
جلسه ششم	۴۲	۴۴	۵۸
جلسه هشتم	۳۸	۴۲	۵۳
جلسه دهم	۳۴	۴۳	۴۷
جلسه دوازدهم	۳۷	۴۱	۴۵
درصد بهبودی	۱۷/۷	۱۲/۷	۲۷/۴
درصد بهبودی کل		۲۶/۱۹	
پیگیری یک‌ماهه	۳۴	۳۰	۳۷
درصد بهبودی نهایی	۲۴/۴	۳۶/۱	۴۰/۳
درصد بهبودی کلی		۳۳/۶	



نمودار ۲: سیر نمرات مراجعان در متغیر تکانشگری

نمرات، روند کاهش تکانشگری را نشان داده‌اند اما این اثربخشی معنادار نبوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر خودمهارگری و بهبود رفتارهای تکانشی در کودکان تک‌والد بود. بررسی فرضیه یکم این پژوهش مبنی بر این که بازی درمانی کودک محور باعث افزایش خودمهارگری در کودکان تک‌والد می‌شود، نشان داد با توجه به این که درصد بهبودی کلی به دست آمده در مورد متغیر خودمهارگری ۳۲/۶ درصد شده است که کمتر از ۵۰ درصد (نمره معناداری بالینی) است، این فرضیه رد می‌شود؛ بنابراین، روش درمانی به کار گرفته شده، در افزایش خودمهارگری این کودکان به طور معنادار، مؤثر نبوده است. در پژوهشی که از روش بازی درمانی کودک محور برای کاهش مشکلات و نشانه‌های رفتاری اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی کودکان استفاده شد، افزایش خودمهارگری، بهبود وضعیت بازدارنده پاسخ، و افزایش کنش اجرایی، به دست آمد (۳۲). همچنین بر اساس نتایج سایر پژوهش‌ها، بازی درمانی کودک محور بر متغیرهایی مانند سازش یافتگی اجتماعی و روان‌شناختی کودکان (۲۱)، رفتار و هیجانانگیز (۲۲)، پرخاشگری کودکان (۲۳ و ۲۴)، تحریک پذیری و رفتار فزون کنشی کودکان با اختلالات ذهنی (۲۵)، مؤثر بوده است که به لحاظ اثربخشی معنادار، پژوهش

بر اساس جدول و نمودار ۲، نمره تکانشگری مراجع اول در مرحله خط پایه ۴۵ بود و در آخرین جلسه درمان، نمره‌ی او به ۳۷، و در پیگیری یک‌ماهه به عدد ۳۴ کاهش یافت. به طور کلی نمره آزمودنی در این خرده‌مقیاس، نسبت به خط پایه، ۱۱ نمره کاهش یافته است. درصد بهبودی این مراجع در پایان جلسات مشاوره ۱۷/۷ و پس از اتمام دوره پیگیری به ۲۴/۴ درصد افزایش یافت. نمره مراجع دوم، در مرحله خط پایه ۴۷ بود که در پایان جلسه دوازدهم به ۴۱ رسید. بعد از برگزاری جلسه پیگیری یک‌ماهه، نمره این آزمودنی به ۳۰ رسید که نسبت به خط پایه، ۱۷ نمره کاهش داشته است. درصد بهبودی او نیز در پایان جلسات، ۱۲/۷ درصد و پس از اتمام پیگیری یک‌ماهه به ۳۶/۱ درصد رسید. نمره مراجع سوم نیز در مرحله خط پایه ۶۲ بود و در جلسه دوازدهم به ۴۵ رسید. این روند تا پایان مرحله پیگیری ادامه پیدا کرد، به گونه‌ای که طی جلسه پیگیری به نمره ۳۷ رسید. درصد بهبودی این مراجع که از دو مراجع دیگر بیشتر شده است پس از اتمام جلسات، ۲۷/۴ درصد و در پایان دوره پیگیری، ۴۰/۳ درصد به دست آمد. با توجه به این که درصد بهبودی نهایی ۳۳/۶ درصد شده است که از ۵۰ درصد کمتر است، بنابراین نتیجه از نظر بالینی معنادار نیست و بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز رد می‌شود. در واقع با توجه نتایج به دست آمده، بازی درمانی کودک محور اگرچه بر کاهش رفتارهای تکانشی کودکان تک‌والد مؤثر بوده است و

و در شرایط مکان و زمان مناسب‌تر و به میزان متعادل‌تری بروز می‌دادند. در نتیجه می‌توان گفت این کودکان در برخی از رفتارهایشان و نه غالب آنها، تغییر کرده بودند؛ اما از طرفی شرایط اضطراب‌زای خانواده و عدم دسترسی و هماهنگی درمانگر با والدین، احتمالاً موجب آن شد که تغییرات زیادی در کودکان اتفاق نیفتد و همان‌طور که نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهد، درمان از لحاظ بالینی معنادار نشود.

فرضیه دوم پژوهش حاضر این بود که بازی درمانی کودک‌محور بر کاهش رفتارهای تکانشی کودکان تک‌والد مؤثر است. با توجه به نتایج به‌دست آمده از این پژوهش، مشخص شد که بازی درمانی کودک‌محور باعث کاهش نمرات تکانشگری آزمودنی‌ها شده و در بهبود وضعیت آزمودنی‌ها تأثیر داشته است اما به این دلیل که درصد بهبودی، کم‌تر از ۵۰ درصد گزارش شده، این روش درمانی برای کاهش تکانشگری کودکان موردنظر از لحاظ بالینی معنادار نبوده و در نتیجه این فرضیه نیز رد شده است. نتیجه به دست آمده، با نتایج برخی پژوهش‌ها مبنی بر تأثیرگذاری مثبت بازی‌های خودمهارگری، راهبردی و بازخوردی بر مهار تکانه کودکان ۸ تا ۱۲ سال (۳۶) و اثربخشی معنادار بازی درمانی کودک‌محور بر کاهش پرخاشگری کودکان (۲۵ و ۲۶)، تحریک‌پذیری و رفتار فزون‌کنشی کودکان با اختلالات ذهنی (۲۷)، اختلال انفجاری متناوب (۲۸)، و نیز تأثیر مداخلات زودهنگام مبتنی بر بازی‌های کودک‌محور بر کاهش میزان فزون‌کنشی / تکانشگری کودکان پیش‌دبستانی (۳۴) از نظر سطح معناداری، همسو نبوده است. در یک پژوهش انجام شده (۱۸)، گزارش شد که اگرچه بازی درمانی کودک‌محور بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان ابتدایی مؤثر بوده اما نتوانسته است اضطراب عملکردی آنان را در مدرسه و محیط بیرون از آن نشان دهد که این یافته در راستاری نتایج پژوهش حاضر است.

بر اساس نتایج مطالعات و پژوهش‌ها، در تبیین این یافته آنچه قابل تأمل است این است که گاهی تک‌والدها به دلیل

انجام‌شده با نتایج ذکر شده، همسو نیست. نتیجه پژوهشی دیگر (۳۰)، نشان داد که بازی درمانی کودک‌محور موجب افزایش مهارت‌های اجتماعی ضعیف در کودکان می‌شود. در این پژوهش که به‌صورت آزمایشی تک‌آزمودنی اجرا شد، تغییرات محسوسی در جلسات اولیه به وجود نیامد اما در جلسه پایانی و پیگیری، ضریب معناداری بالینی، بالاتر از ۵۰ درصد گزارش شد. در این پژوهش نیز، خودمهارگری کودکان تک‌والد، در طی جلسات، کاملاً بی‌تأثیر نبوده و روند تدریجی افزایش را نشان داده و پیشرفت‌هایی هرچند اندک حاصل شده است که این تغییر در جلسات آخر و پیگیری محسوس‌تر بود، اما معنی‌داری بالینی نتیجه به دست نیامد.

بر اساس نظر لندرت (۲۰۰۲، به نقل از ۱۹) بازی درمانی احتمالاً می‌تواند در ایجاد و افزایش روابط مطلوب با بزرگ‌سالان در محیط آموزشی کمک کند، همچنین در اتاق بازی بین کودک و درمانگر رابطه‌ی منحصربه‌فردی ایجاد می‌شود که کودک، اتاق و درمانگر را امن دانسته و راحت‌تر به ابراز هیجانات و تجارب خود می‌پردازد و انعکاس احساس و محتوا توسط بازی درمانگر، موجب می‌شود تا کودک خود را بهتر بپذیرد. در تبیین این یافته بر اساس نظر گفته‌شده، می‌توان گفت که پذیرش، توجه و رفتار ملاحظت‌آمیز بازی‌درمانگر و استفاده از استدلال برای کمک به کودک راجع به این که بفهمد چرا باید از قواعد و مقررات اطاعت کند، علاوه بر ایجاد امنیت خاطر در فضای درمان، موجب افزایش سطح خودمهارگری در کودک می‌شود. در این پژوهش، بر اساس بررسی پژوهشگر، هر سه کودک مورد مطالعه شرایط ایمن و آرامش‌بخش در خانه‌های خود نداشتند. با این وجود در فضای امن خانه ایرانی و در فضای درمانی آرامش‌بخش و به دور از تنش و اضطراب، در هر جلسه با رغبت و اشتیاق کامل در اتاق بازی حضور می‌یافتند و با توجه به گفته‌های مربیان و معلمان این آزمودنی‌ها، هر سه کودک از لحاظ مهار هیجانات، عواطف و احساسات خود نسبت به گذشته، بهبود یافته بودند و هیجانات خود را به‌طور معقولانه‌تر

فضای خانواده داشته‌اند، احتمالاً موجب شده تا درمان از لحاظ بالینی معنادار نباشد، ولیکن نمرات هر ۳ آزمودنی نسبت به دوره پیش از درمان کاهش یافته است و بنا به گزارش مربیانشان، نه تنها وضعیت تحصیلی و رفتاری آنان تا حدودی بهبود یافته بود، بلکه روابط اجتماعی، چشمی و فیزیکی بیشتری برقرار کرده و نسبت به گذشته، آشفته‌گی کمتر و تمرکز بیشتری را در محیط آموزشی نشان می‌دادند. این نتیجه همسو با دیدگاه لندرت (۲۰۰۲) در مورد تأثیر گذاری مثبت روابط مطلوب بزرگسالان با کودک در محیط آموزشی از طریق بازی است (به نقل از ۱۹).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، عدم امکان کنترل تمام متغیرهای مداخله‌گر و مزاحم بود. این کودکان پس از اتمام ساعات آموزشی به خانه‌های خود مراجعه می‌کردند و از آنجا که محل زندگی آزمودنی‌های این پژوهش در مناطق آسیب‌زا بوده است، علاوه بر مشکلات تک‌والدی بودن و تکانشگری و سطح پایین خودمهارگری، انواع دیگری از مشکلات از جمله مشاهده اعتیاد خویشان و نزدیکان، خشونت‌های خانوادگی و بی‌احترامی به آنها، آنها را دچار مشکلات پیچیده‌تری کرده است؛ بنابراین عدم توانایی پژوهشگر در کنترل این عوامل گوناگون از جمله محدودیت‌های این پژوهش بوده است. با توجه به بهبود رفتارهای کودکان مورد مطالعه در محیط آموزشی و فرهنگی ذکر شده، پیشنهاد می‌شود بر روی آورد بازی درمانی کودک محور برای ایمنی بخشی به کودکان در محیط‌های آموزشی تمرکز بیشتری شده و به غنی‌سازی محیط و بسترسازی برای بازی‌های گروهی و حرکتی، اقدام شود. از آنجا که یافته‌های این پژوهش معنادار نبود، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از سایر روش‌های درمان بخش برای خودمهارگری و بهبود رفتارهای تکانشی چنین کودکانی در کنار روش بازی درمانی استفاده شود. همچنین تأثیر این روش درمانی بر بهبود خودمهارگری و کاهش تکانشگری دختران

فشارهای ناشی از مراقبت و مسئولیت خود در انجام کارکردهای والدینی، با کودک خود تعاملات نامناسب دارند که این در ایجاد تکانشگری در کودکانشان مؤثر است. رفتارهای والدین در واحد خانواده، از عوامل بسیار مؤثر بر وضعیت فرزندان است. مشکلات روان‌شناختی والدین مثل افسردگی، سوء مصرف مواد، و تعاملات نامناسب کودک با والدین و بالعکس می‌تواند از عوامل مرتبط با تکانشگری در کودکان باشد. در واقع رفتار والدین بر وضعیت رفتار فرزندان تأثیر گذار است و کودکان از والدین خود رفتارهای مناسب و نامناسب را می‌آموزند (۸). در بسیاری از موارد، والدین دارای رفتارهای پر خاشگرانه، این رفتار را در برخورد با فرزندان خود بروز می‌دهند و این نحوه رفتار می‌تواند عواقب ناخواب‌آوری زیادی مثل اختلال توجه و اضطراب را در فرزندان ایجاد کند. این گونه وقایع در دوران کودکی و محیط خانوادگی علاوه بر اثرات سوء مشخص بر کودکان، می‌تواند در بروز تکانشگری‌های بعدی مؤثر باشد. والدین با مدیریت خشم که مهارتی فراگرفتنی است و آگاهی مؤثر بر آن، می‌توانند میزان تکانشگری خود را کاهش دهند و از این طریق از تکانشگری کودکانشان کاسته شود، از این رو می‌توان گفت روابط والدین و فرزندان به‌طور خاص، تأثیر عمیقی بر سلامت روانی، فیزیکی، اجتماعی، و اقتصادی کودک دارد. در واقع تعاملات خانوادگی ضعیف، شامل دلبستگی ناایمن، نظارت یا مهارگری ناکافی والدین، اختصاص زمان اندک به کودک و فقدان ارتباط مثبت، کودکان را در معرض خطر بروز رفتارهای تکانشی و پرخطر قرار می‌دهند (۹).

به‌طور کلی و بر اساس مطالعات و نظریات موجود، می‌توان گفت که رفتارهای غیر تکانشگری تا حدود زیادی به تجارب کودک ارتباط دارد و او می‌تواند تجارب رشدیافتگی را به طرق گوناگون، به‌ویژه از طریق بازی‌ها در طی دوران تحول به دست آورد. در این پژوهش نیز به دلیل آن که از طرف خانواده‌ها در درمان کودکان مورد مطالعه، همکاری لازم وجود نداشت و کودکان شرایط اضطراب‌زا و ناایمنی را در

امام علی (ع) و تمامی آزمودنی‌ها و والدین‌شان که ما را در اجرای این پژوهش یاری رسانده‌اند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تضاد منافع: با توجه به این که نویسندگان این مطالعه، از هیچ‌گونه جایگاه یا شرایط ویژه برخوردار نبودند و یا ارتباط با شخص یا مراکزی که بر اهداف پژوهش تأثیرگذار باشند، نداشتند و همچنین نتایج پژوهش هیچ‌گونه سود اقتصادی برای نویسندگان نداشته است، بنابراین پژوهش حاضر هیچ‌گونه تضاد منافی ندارد.

تک‌والد نیز بررسی شود، زیرا زندگی با یکی از والدین، تأثیر متفاوتی بر روی دختران نسبت به پسران خواهد داشت.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه علامه طباطبائی است که طی شماره نامه ۸۳/۱۱۷۳۵۲ در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه در تاریخ ۱۳۹۴/۱۱/۲۶ به تصویب رسیده است. پژوهشگران از همکاری مسئولین محترم خانه ایرانی مولوی جمعیت امداد دانشجویی - مردمی

References

1. Lamb GE. Fatherlessness: Implications for god's word, church, and world. *Christian Education Journal*. 2017; 14(1): 99-108. [\[Link\]](#)
2. Nilsen A. Divorce and family structure in Norway: associations with adolescent mental health. *J Divorce Remarriage*. 2018; 59(3): 175-194. [\[Link\]](#)
3. Hakim Shooshtray M, Panaghy L, Hajebi A, Abedi S. Emotional and behavioral problems of single parent vs. two parent children: imam Khomeini charity. *Tehran University Medical Journal TUMS Publications*. 2008; 66(3): 196-202. [Persian]. [\[Link\]](#)
4. Charles R. Is there any empirical support for Bowen's concepts of differentiation of self, triangulation, and fusion? *Am J Fam Ther*. 2001; 29(4): 279-292. [\[Link\]](#)
5. Boring JL, Sandler IN, Tein J-Y, Horan JJ, Vélez CE. Children of divorce-coping with divorce: A randomized control trial of an online prevention program for youth experiencing parental divorce. *J Consult Clin Psychol*. 2015; 83(5): 999-1005. [\[Link\]](#)
6. Valdez CR, Mills CL, Barrueco S, Leis J, Riley AW. A pilot study of a family-focused intervention for children and families affected by maternal depression. *J Fam Ther*. 2011; 33(1): 3-19. [\[Link\]](#)
7. Floyd S. Book review: the children of divorce. *Christian Education Journal*. 2011; 8(2): 421-428. [\[Link\]](#)
8. Fox HC, Axelrod SR, Paliwal P, Sleeper J, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug Alcohol Depend*. 2007; 89(2-3): 298-301. [\[Link\]](#)
9. Dick DM, Viken RJ, Kaprio J, Pulkkinen L, Rose RJ. Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and oppositional defiant disorder symptoms. *J Abnorm Child Psychol*. 2005; 33(2): 219-229. [\[Link\]](#)
10. Brown S, Mitchell TB, Fite PJ, Bortolato M. Impulsivity as a moderator of the associations between child maltreatment types and body mass index. *Child Abuse Negl*. 2017; 67: 137-146. [\[Link\]](#)
11. Winstok Z. From self-control capabilities and the need to control others to proactive and reactive aggression among adolescents. *J Adolesc*. 2009; 32(3): 455-466. [\[Link\]](#)
12. Vazire S, Funder DC. Impulsivity and the self-defeating behavior of narcissists. *Pers Soc Psychol Rev*. 2006; 10(2): 154-165. [\[Link\]](#)
13. Hetherington EM. Coping with divorce, single parenting, and remarriage: A risk and resiliency perspective. New York: Psychology Press; 2014, pp:47-64 [\[Link\]](#)
14. Lansford JE. Parental divorce and children's adjustment. *Perspect Psychol Sci*. 2009; 4(2): 140-152. [\[Link\]](#)
15. Porter ML, Hernandez-Reif M, Jessee P. Play therapy: A review. *Early Educ Dev*. 2009; 179(8): 1025-1040. [\[Link\]](#)
16. Salter K, Beamish W, Davies M. The effects of child-centered play therapy (CCPT) on the social and emotional growth of young Australian children with autism. *International Journal of Play Therapy*. 2016; 25(2): 78-90. [\[Link\]](#)
17. Sohrani Shegefti N. Play therapy techniques and its implication for emotional disturbances and behavioral disorders. *Psychological methods and models*. 2010; 1(4): 45-63. [Persian]. [\[Link\]](#)
18. Blanco PJ, Muro JH, Holliman R, Stickley VK, Carter K. Effect of child-centered play therapy on performance anxiety and academic achievement. *J Child Adolesc Couns*. 2015; 1(2): 66-80. [\[Link\]](#)
19. Blanco PJ. Impact of school-based child-centered play therapy on academic achievement, self-concept, and teacher-child relationships. In: Baggerly JN, Ray DC, Bratton SC, editor. *Child-centered play therapy research: the evidence base for effective practice*. John Wiley & Sons; 2010, pp: 126-144. [\[Link\]](#)
20. Lindo NA, Chung CF, Carlson S, Sullivan JM, Akay S, Meany-Walen KK. The impact of child-centered play therapy training on attitude, knowledge, and skills. *International Journal of Play Therapy*. 2012; 21(3):149-166. [\[Link\]](#)
21. Dougherty JL. Impact of child-centered play therapy on children of different developmental stages. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 34(5): 541-565. [\[Link\]](#)

22. Stulmaker HL, Ray DC. Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Child Youth Serv Rev.* 2015; 57: 127-133. [\[Link\]](#)
23. Baggerly J, Parker M. Child-centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. *J Couns Dev.* 2005; 83(4): 387-396. [\[Link\]](#)
24. Landreth GL, Ray DC, Bratton SC. Play therapy in elementary schools. *Psychol Sch.* 2009; 46(3): 281-289. [\[Link\]](#)
25. Ray DC, Blanco PJ, Sullivan JM, Holliman R. An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. *International Journal of Play Therapy.* 2009; 18(3):162-175. [\[Link\]](#)
26. Schumann B. Effectiveness of child-centered play therapy for children referred for aggression. In: Baggerly JN, Ray DC, Bratton SC, editor. *Child-centered play therapy research: the evidence base for effective practice.* John Wiley & Sons; 2010, pp: 193-208. [\[Link\]](#)
27. Swan KL, Ray DC. Effects of child-centered play therapy on irritability and hyperactivity behaviors of children with intellectual disabilities. *The Journal of Humanistic Counseling.* 2014; 53(2): 120-133. [\[Link\]](#)
28. Paone TR, Douma KB. Child-centered play therapy with a seven-year-old boy diagnosed with intermittent explosive disorder. *International Journal of Play Therapy.* 2009; 18(1): 31-44. [\[Link\]](#)
29. Salter K, Beamish W, Davies M. The effects of child-centered play therapy (CCPT) on the social and emotional growth of young Australian children with autism. *International Journal of Play Therapy.* 2016; 25(2): 78-90. [\[Link\]](#)
30. Meany-Walen KK, Teeling S. Adlerian play therapy with students with externalizing behaviors and poor social skills. *International Journal of Play Therapy.* 2016; 25(2): 64-77. [\[Link\]](#)
31. HosseinKhanzadeh AA. The effect of child-centered play therapy on the self-efficacy in peer relations among students with oppositional defiant disorder symptoms. *Quarterly Journal of Child Mental Health.* 2017; 4(3): 49-59. [Persian]. [\[Link\]](#)
32. Ganji K, Zabihi R, Khoda-bakhsh R, Kraskian A. The impact of child-centered play Therapy on reduction of behavioral symptoms of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Clinical Psychology.* 2012; 3(4): 15-26. [Persian]. [\[Link\]](#)
33. Kaduson HG, Finnerty K. Self-control game interventions for attention-deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy.* 1995; 4(2): 15-29. [\[Link\]](#)
34. Shoshtari M, Abedi A, Golshani F, Ahromi R. Effectiveness of early interventions based on Child-oriented games on the rate of hyperactivity / impulsivity of preschool children. *Psychology of Exceptional Individuals.* 2010; 1(2): 103-118. [Persian]. [\[Link\]](#)
35. Kendall PC, Wilcox LE. Self-control in children: Development of a rating scale. *J Consult Clin Psychol.* 1979; 47(6):1020-1029. [\[Link\]](#)
36. Beh-Pajooh A, Ghobari B, Alizadeh H, Hemati Alamdar G. Impact of training self -control techniques on enhancement of social skills in students with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Exceptional Children.* 2007; 7(1): 1-18. [Persian]. [\[Link\]](#)

The Effectiveness of Child-Centered Play Therapy on Self-Control and Improvement of Impulsive Behavior in Single-Parent Children

Neda Masoudi¹, Atoosa Kalantar Hormozi^{2*}, Kiumars Farahbakhsh³

1. M.A. of Rehabilitation Counseling, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
2. Assistant Professor, Department of Counselling, Faculty of Psychology and Educational Science, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
3. Associate Professor, Department of Counselling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Received: May 8, 2018

Accepted: September 7, 2018

Abstract

Background and Purpose: Deprivation from a parent is one of the special family circumstances that can have a direct and indirect impact on the development and various dimensions of the child's behavior, especially in the field of mental health, physical activity, and academic performance. The purpose of the present study was to investigate the effect of child-centered play therapy on the self-control and impulsive behavior of single-parent children.

Method: In this research, a single-subject experimental design was used. The statistical population of this study was the children of a 6-8-year-old boy from the Iranian House of Molavi, who was a member of the popular population of Imam Ali center in Tehran in 1395. The sample consisted of 3 single-parent boys were selected through convenient sampling method. The Kendall and Wilcox self-control questionnaire (1979) was used to collect data. The intervention training was conducted in 12 sessions of 45 minutes with intervals of 1 week between sessions. The data analysis method was analytic, and the rate of recovery was used to obtain the effectiveness of play therapy.

Results: The results of data analysis showed that although child-focused therapy had an effective effect on self-control and impulsive behavior of single-parent children, its effect was not clinically meaningful.

Conclusion: Play therapy is a dynamic interpersonal relationship between the child and the therapist, helping the child increase his self-control skills by creating a secure communication space in the play room.

Keywords: Child-centered play therapy, self-control, impulsivity, single-parent children

Citation: Masoudi N, Kalantar Hormozi A, Farahbakhsh A. The effectiveness of child-centered play therapy on self-control and improvement of impulsive behavior in single-parent children. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2018; 5(4): 67-79.

***Corresponding author:** Atoosa Kalantar Hormozi, Assistant Professor, Department of Counselling, Faculty of Psychology and Educational Science, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Email: At.kalantar@atu.ac.ir

Tel: (+98) 021-48393265