رویش روان شناسی، سال ۸ ، شماره۶، شماره پیاپی **۳۹** ، شهریور ۱۳۹۸
Rooyesh-e-Ravanshenasi, 8(6), 2019

اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) روی مهارتهای اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان کودکان زیر ۱۲ سال مبتلا به اختلال نقص توجه ،بیش فعالی

The effectivness of parent-child relationship management (CPRT) on social skills and emotional regulation of children under the age of 12 with ADHD

عاطفه طهماسبی (نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد، کرمان
دکتر فرشید خسروپور
دکتری روانشناسی

Atefeh Tahmasbi*
M. A.
Farshid Khosropour
PhD in Psychology

چکیده

اختلال نقص توجه/بیش فعالی یکی از شایع ترین اختلالات روانی در کودکان می باشد .کودکان و نوجوانانی که دارای این تشخیص هستند ممکن است گستره ای از این نشانه ها را داشته باشند که در این سه دسته کلی جای می گیرند: بی توجه- بیش فعال و تکانشور .پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) روی مهارت-های اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان کودکان زیر ۱۲ سال مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی انجام گرفت. روش تحقیق نیمه تجربی بود. جامعه آماری در برگیرنده مادران همه کودکان زیر ۱۲ سال مشکوک به اختلال بیش فعالی و نقص توجه بود که به مرکز مشاوره آموزش وپرورش مراجعه کرده بودند. با توجه به جدول کوهن و با در نظر گرفتن توان آزمون (۰/۸۰)، اندازه اثر (۰/۵۰) و میزان خطای (۰/۰۵) برای هر گروه نمونه ۱۵ در نظر گرفته شد و با روش در دسترس انتخاب گردیدند. ابزار پژوهش مقیاس مهارتهای اجتماعی اویرت (۲۰۱۰) و فرم کودکان مقیاس تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی (۲۰۱۰) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده گردید.نتایج تحلیل برای فرضیه اصلی نشان داد درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک روی مهارتهای اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان کودکان اثربخش بوده است. بررسی فرضیه‌های فرعی نیز نشان داد مداخله بطور مستقلانه باعث بهبود مهارتهای اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان شده است.

کلمات کلیدی: تنظیم شناختی هیجان، مهارت‌های اجتماعی، رابطه والد-کودک.،کودکان بیش فعال

Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common psychiatric disorders in children. Children and adolescents with this diagnosis may have a range of these symptoms that fall into these three categories: neglect - Overactive and moving. The purpose of this study was to investigate the effect of parent-child relationship management (CPRT) on social skills and cognitive-emotional regulation in children under the age of 12 years with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).The research method was semi-experimental and the statistical population consisted of mothers of all children under the age of 12 who were suspected of having hyperactivity disorder and attention deficit disorder who referred to the counseling center of education. According to Cohen table, taking into account the test power (0.80), effect size (0.50) and error rate (0.05) for each sample group, 15 were selected randomly. The instrument of the study was the Social Skills Scale, Awyrt, Lucker and the Children's Form of Gantry Cognitive Critical Adjustment. Covariance analysis was used to analyze the data. The results of the analysis for the main hypothesis showed that parent-child relationship-based therapy (CPRT) was effective on social skills and cognitive-emotional adjustment of children. The study of sub hypotheses also showed that the intervention independently improved social skills and emotional cognitive regulation.

Key words: Cognitive Thinking. Social skills. Parent-child relationship. Overactive child

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت :** بهمن ۹۶ **پذیرش:** آبان ۹۷ **ویرایش نهایی** : مهر۹۸

مقدمه

سلامتی و بیماری کودکان در سلامتی و بیماری جامعه ی فردا و نسل های آینده اثرگذار است، لذا بهداشت روانی و توجه به رشد همه جانبه آنان در کودکی ، در زمان بزرگسالی تاثیر مثبت داردو عدم توجه به شرایط رشدی دوران کودکی صدمات جبران –ناپذیری بر سلامت روانی جامعه به بار خواهد آورد(ارجمندی و همکاران،۱۳۹۴). ا ختلال نقص توجه و بیش فعالی[۱]، یکی از شایعترین مشکلات

[۱] Attention deficit hyperactivity disorder

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.20.6]

کودکان و نوجوانان و علت مراجعه به روانپزشک و مشاور اطفال است و علائم نامناسبی مانند نقص توجه، بیش فعالی وتکانشگری را دارد(کراس[1] و همکاران،۲۰۰۲) جنبه مشترک تمام مطالعات مذکوربیانگرشیوع نسبتاًبالای بیش فعالی در کودکان دبستانی می باشد که فراوانی آن براساس معیار DSM-IVدرکودکان سنین مدرسه ۳-۷٪ و براساس معیار ICD10 ۷٪/۱٪است(کاپلان و سادوک،۲۰۰۳). در تحقیقات مختلف در ایران فراوانی شیوع این اختلال از ۳تا ۱۲,۵ درصد گزارش شده است (اخوان کرباسی و همکاران، ۱۳۸۶)، (خوشابی و همکاران، ۱۳۸۵) و (مرادی و همکاران،۱۳۹۰).براساس بررسی های انجام شده در مناطق مختلف این فراوانی متغیر گزارش شده است. چنانکه در مطالعه ای در تهران ٪۱۱(گلایول و همکاران،۱۳۸۰)، درگناباد ۹٪ و در مشهد ۱۵٪ (طلایی،۱۳۷۶) گزارش شده است. تفاوتهایی که درموردمیزان بیش فعالی درکشورهای مختلف گزارش شده است،احتمالاً به دلیل روشهای مختلف تشخیص است نه تفاوت جلوه ها یاعلایم بالینی این اختلال. باوجوداینکه فراوانی این اختلال در پسران بیشتراز دختران ودامنه آن از ۳ به ۱ تا ۱۰به۱ میباشد، ولیکن یک علت مهم ناتوانی روانپزشکی در دخترهامحسوب میشود،در حالیکه شیوع واقعی این اختلال در دخترها دقیق نیست ولی احتمالاًاندک نیزنیست(هبرانی و بهدانی،۱۳۸۴)اختلال بیش فعالی با اختلالات دیگری چون ناتوانی در یادگیری، نافرمانی مقابله ای، اختلال سلوک، افسردگی، اختلالات اضطرابی و...مرتبط است. از این رو کودک مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی با مشکلات زیادی در زمینه های مختلف آموزشی از جمله عملکرد ضعیف تحصیلی، تکرار پایه، ترک تحصیل و یا مدرسه، روابط خانوادگی و دوستانه ضعیف و مشکلات زیادی در نوجوانی و بزرگسالی فرد در آینده روبرو می شود آنچه باعث توجه محققان به رفتارهای ناسازگار کودکان بیش فعال شده، اثر نامطلوب آن بر رفتارهای بین فردی و اجتماعی آنان است (براتون و لندرث،[2] ۲۰۰۵). کودکان بیش فعال بخاطر رفتارهای ناسازگار خود نمی توانند ارتباط سازنده و مطلوبی با دیگران داشته باشند و این امر ضعف در مهارت های اجتماعی آنان را بدنبال دارد. این کودکان بدلیل ضعف در تمرکز و دقت از برقراری ارتباط مداوم و پیوسته با دیگران ناتوان هستند. ضعف در ارتباط با دیگران در کودکان بیش فعال سبب می شود آنها نتوانند به شناخت هیجانی خوبی نائل شوند. این کودکان بدلیل اینکه تعامل مطلوبی با دیگرکودکان ندارند و بعضا در تعاملات با همسالان و بزرگترها بازخوردهای هیجانی منفی دریافت می کنند، نمی توانند نه هیجانات خود را خوب تشخیص داده و نه اینکه در شناخت حالات هیجانی دیگران قوی باشند (گالاگر[3] ، ۲۰۰۳) . برای تشخیص اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی در کودک، باید بین سنین پنج تا هفت سالگی دست کم به مدت ۶ ماه پیاپی نشانه هایی چون فعالیت و تحرک بیش از حد معمول، حواسپرتی مداوم و نداشتن تمرکز روی کاری ثابت، بی توجهی، پریشانی، اضطراب، جنب وجوش زیاد و تکانشی و نسنجیده عمل کردن را در موقعیتهای متفاوت مانند خانه، مدرسه و ارتباط با همسالان در کودک مشاهده کرد(انجمن روانپزشکی آمریکا،۲۰۰۴). کودک بیش فعال در خانه از والدین خود پیروی نکرده و تکانشی عمل می کند و دچار بی ثباتی هیجانی بوده و تحریک پذیر است. این کودکان در ارتباط اجتماعی با همسالان خود مشکل داشته و منزوی میشوند،در مدرسه قادر به انجام تکلیف نبوده و نیازمند توجه بیشتر از سوی معلمان هستند(اخوان کرباسی و همکاران،۱۳۸۷). با توجه به چنین درصد قابل توجهی و بعضی از عوارض ناخواسته دارو در این کودکان و یا ممانعت و نارضایتی والدین از مصرف دارو در این کوذکان اهمیت و ضرورت بررسی روشهای دیگری که بتوانند عوارض ناشی از این اختلال را در کنار مصرف دوز پایین تر دارو یا جایگزینی این روشها بجای دارو به خوبی احساس می شود. اغلب درمان هایی که در مورد کودکان و نوجوانان با اختلالات بیش فعالی صورت می گیرد، در چهارچوب رویکردهای گوناگون قرار دارند؛ دارودرمانی، رفتاردرمانی، رواندرمانی، خانواده درمانی، گروه درمانی و بازی درمانی (براستون و آیبرگ،[4] ۱۹۹۸). یکی ازروشهای مؤثر دیگر برای کاهش علایم نقص توجه / بیش فعالی، استفاده از بازی درمانی که یک وسیله ضروری برای متخصصان سلامت روانی است که با کودکان سرو کار دارند رویکرد بازی درمانی یک زبان ارتباطی برای کودکان است. بازی درمانی به عنوان یک ارتباط بین فردی پویا بین کودک ویک درمانگر آموزش دیده در فرایندبازی درمانی توصیف میشودکه رشد یک استرتباط امن رابرای کودک تسهیل مینماید تا کودک به طورکامل خود را بیان کند(رای،[5] ۲۰۰۴).بازی درمانی روشی است که به وسیله آن،ابزارهای طبیعی بیان حالت کودک، یعنی بازی، به عنوان متددرمانی وی به کار گرفته میشود تا به کودک کمک کند فشارهای احساسی خویش را تحت کنترل قراردهد. هر چند کاربردهای بازی درمانی برای کودکان مشکل دار در مقالات مختلف مورد تأکید قرار گرفته است ولی اندازه گیری رفتارهای مشکل دار، هدف و تظاهرات تغییر آن به

[1] Kroes
[2] Bratton&landrerth
[3] Gallagher
[4] Brestan, & Eyberg
[5] Ray

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.20.6]

درست گزارش شده است.بازی درمانی در درمان اختلالات و مشکلات کودکان مثل افسردگی، مشکلات رفتاری که ریشه اضطراب دارند،نقص توجه/بیش فعالی،اختلال نافرمانی مقابله ای پرخاشگری،شب ادراری، واستفاده و در بسیاری اموارد مؤثرارزیابی شده است.(هانسن[1]وهمکاران ،۲۰۰۰).پژوهشها ارزش بازی درمانگری را در کاهش استرسها، مشکلات اضطرابی و تنیدگی کودکان بستری در بیمارستان برجسته ساخته اند.(کلاتورثی [2]،۱۹۸۰).آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به والدین اولین بار توسط برند گورنی[3](۱۹۶۴) با استفاده از اصول و مفاهیم محور اکس لاین انجام شد در اوایل کار حرفه ای، گورنی در سالهای ۱۹۵۰ تا ۱۹۶۰ به اهمیت نقش والدین در تعامل و تربیت فرزندانشان پی برد.او از والدین خواست تا در اتاق بازی به تماشای رفتارهای کودکشان بنشینندو در قدم بعدی از آنها خواست تا در بازی با آنها نقش بیشتری بر عهده بگیرندو در بازی با او مشارکت کنند(پیرسون[5]،۲۰۰۸) .

در سال ۱۹۸۰ لندرث و برتون مدل کوتاه مدت خود را که یک مدل ۱۰ جلسه ای است ارائه دادند(درروز،۱۳۸۹)مدل آموزشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد –کودک یک مدل ۱۰ جلسه ای آموزش به والد یا فردی است که از کودک مراقبت می کند این مدل که از روش درمانی کارل راجرز که با استفاده ازتحلیل نظریه ارتباطی و درمان غیرمستقیم (بدون رهنمود)می باشد کمک گرفته است در واقع به محکم کردن ارتباط بین والد و کودک منتهی می شود.(لندرث و برتون ،۲۰۰۶). هر هفته ۳۰ دقیقه کودک مورد توجه والدین است و در این مدل آموزشی کودک ،اهمیت داشتن،مورد توجه واقع شدن، مورد پذیرش قرار گرفتن را تجربه می کند و کودک احساس بهتری نسبت به خود پیدا می کند(واکر[6]،۲۰۰۲) آموزش مهارت‌ها در جلسات درمانی به مادران، از قبیل گوش دادن انعکاسی، محدودیت گذاری درمانی، شناسایی و پاسخ‌دهی به احساسات کودکان، بازی درمانی کودک محور و نیز دادن حق انتخاب به کودکان از سوی مادران، سبب کاهش علائم و نشانه‌های مرضی اختلال سلوک در کودکان مبتلا می‌شود.(پیمان نیا و همکاران،۲۰۱۳) این مدل ، ساختاری را برای کودکان نقص توجه/بیش فعال مورد بررسی قرار داد و معتقد است مشکلات شناختی و رفتاری دوران کودکی که به عنوان اختلالات توجه، تکانشگری و بیشفعالی طبقه بندی شده، برای بازی درمانگر چالش ایجاد میکند. رویکرد کوتاه مدت ساختاری ترکیبی از فنون مختلف با رویکرد چند وجهی است که درمان ممکن را برای کودک دارای اختلال نقص توجه /بیش فعالی ارایه میکند. این رویکرد چند وجهی مستلزم آموزش والدین به طور هفتگی، ارجاع به پزشک درصورت لزوم، مداخله در کلاس، آموزش مهارتهای اجتماعی و بازی درمانی انفرادی است. (کادوسان و فینرتی [7]،۱۹۹۵).

ضرورت تحقیق درباره درمان یا بهبود علائم بیش فعالان از این جهت است که کودکان بیش فعال در مدرسه برای همسالان و مربیان خود مشکل آفرین هستند (تهرانی دوست،۱۳۹۲). بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک ممکن است ماه ها انجام شودو انقدر تکرار شود تامورد توجه کودک و راهی برای درمان اختلالات رشدی وی قرار بگیرد تنها در دانشگاه تگزاس ۲۰۰۰مقاله پیرامون این موضوع در مقالات معتبر دنیا انتشار شده است(گنجی و دیگران،۱۳۹۱). همچنین این اختلال حدود ۵ تا ۷ درصد کودکان (یعنی از هر ۱۰۰کودک۵نفر) در سنین مدرسه را در بر می گیرد (گنجی و دیگران، ۱۳۹۱).که این آمار نگران کننده به نظر میرسد. این اختلال در حال حاضر یک مسئله مهم بهداشت روانی جامعه محسوب می شود.این بیماری با زندگی کودک در خانه،مدرسه و اجتماع تداخل ایجاد می کند، به طوری که ناتوانی های کودک می تواند تا سنین بلوغ تداوم یابد. به علاوه افراد مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه نشانه های رفتار پرخاشگری ورفتار نافرمانی ازخودشان نشان می دهندکه بعدها منجربه بزهکاری این افراد دربزرگسالی میشود با همه این معضلات اهمیت درمان و تحقیق در زمینه بهبود یا تخفیف علائم اختلال بیش فعالی/نقص توجه ضروری به نظر می رسد بنابراین برای جلوگیری از صدمات اجتماعی و افت تحصیلی این کودکان،ضرورت داردشیوه های درمانی بیشتر وجدیدتر مورد بررسی وکنکاش قراربگیرد. ازطرف دیگر اولین خط درمانی برای اختلال مزبور دارودرمانی است که طبعات منفی استفاده درازمدت از آن ها اثبات شده است. به نظر می رسدشاید بهترباشد با کم کردن دوز داروها بیشتربه روان درمانی به ویژه بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک وگروه درمانی پرداخته شود.به طورکلی به دلیل شیوع چشمگیر این اختلال واحتمال تداوم آن در دوران نوجوانی وبزرگسالی (فیشر،۲۰۱۰) توجهات نظری و پژوهشی دامنه داری در جهت سبب شناسی و درمان آن در طی چند دهه گذشته به عمل آمده است و می طلبد که ادامه دار باشد..

---

[1]Hansen
[2] Clatworthy
Gurney[3]
Line-x[4]
[5] Pearson
Walker[6]
[7]Kaduson& Finnerty

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.20.6]

روان درمانی مبتنی بر بهبود روابط والد-کودک یا مراقب-کودک از رویکردهای درمانی جدید در این حوزه است که پژوهش حاضر به عنوان یکی از محدود پژوهش‌های انجام شده در این زمینه از اهمیت خاص خود برخوردار است .با توجه به افزایش تعداد کودکان بیش فعال در سطح جامعه و لزوم مداخله زود هنگام، پژوهش حاضر به دنبال این سوال است که آیا درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک بر نظم جویی شناختی هیجان و مهارتهای اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی زیر ۱۲ سال موثر است؟

روش

پژوهش حاضر از تحقیقات مداخله ای نیمه آزمایشی و از نوع طرح های پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری در برگیرنده همه کودکان زیر ۱۲ سال مشکوک به اختلال بیش فعالی و نقص توجه که به مرکز مشاوره آموزش وپرورش مراجعه می‌کنند، بود. معیارهـــای ورود بـــه مطالعـــه، کودکانی بودند که محدوده سنی آنها زیر ۱۲ سال بودو از نظر مشاور یا والدین علایم بیش فعالی را داشتند. حجم نمونه با در نظر گرفتن توان آزمون ۰/۸۰، اندازه اثر ۰/۵۰و سطح آلفای۰/۰۵انتخاب شد. نمونه گیری به صورت در دسترس و از بین مادران کودکان دبستانی و پیش دبستانی مراجعه کننده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش ناحیه یک کرمان انتخاب گردید. سپس با استفاده از جدول کوهن برای هر گروه ۱۵ نفر پیشنهاد شده است که با در نظرگرفتن احتمال افت در انتخاب اولیه۲۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد.

روش اجرای پژوهش

برنامه مداخله محتوی جلسات در این پژوهش با تأکید بر اصول نظری و فنون درمانی موجود در شیوه بازی درمانی مادر- کودک و افزودن برخی مطالب به محتوای آموزش به جهت متناسب سازی برنامه با گروه مخاطبین آن یعنی مادران کودکان مراکز مشاورآموزش و پرورش بود. نظر به متناسب سازی برنامه مداخله CPRT جهت ارائه به مادران، مباحثی به برنامه بازی درمانی مادر- کودک (لندرث و برتون،۲۰۰۶) افزوده شده است. در کل مباحث افزوده در خصوص موضوعات مربوط به کیفیت و چگونگی رابطه مادر- کودک و مشکلات رفتاری منتج از آن در بروز ناایمنی دلبستگی کودکان، که همگی در سابقه آشنایی و مراقبتِ پژوهشگر از چنین کودکانی تجربه شده‌اند، هستند.

ساختار جلسات ده‌گانه بازی درمانی تعاملی مادر-کودک(CPRT) مناسب سازی شده برای آموزش به مادران

هدف اصلی جلسه اول تقویت ارتباط اعضا با هم و با درمانگر، بیان قانون جلسات به شیوه ای ساده (رازداری، انجام تکالیف و ...) و کمک به ایجاد محیطی امن ومناسب برای مادران و تشویق آن‌ها به گفتگو درباره‌ی شیوه‌های رفتاری با فرزندان است.

جلسه دوم: توصیف ویژگی‌های مادرانه: تقویت روابطی که شکل‌گیری دلبستگی اولیه کودک با مادرش را تقویت می‌کند.

جلسه سوم بررسی ویژگی های بهترین مراقب از دیدگاه مادران و برجسته کردن آن‌ها.

قوانین:

۱ـ به جای توجه به مشکل؛ به وضعیت ارتباط خود و کودک توجه نمایید: در رابطه دوسویه مادر و کودک، مادر سکان دار رابطه است و سرمایه گذاری این جلسات بر روی مادران است.

۲ـ همه ما اشتباه می‌کنیم و آن چیزی که اهمیت دارد برخورد ما با اشتباه‌مان است.

۳- رهبری نکنید، پیروی کنید.

۴- به رفتار، افکار، احتیاجات و احساسات کودک پاسخ دهید، سؤال نکنید.

۵- خودتان را آماده پذیرش همه جانبه مسئولیت کاری تان در قبال فرزند بدانید.

۶- به او نگویید:همیشه با تو موافقم-باید تو را خوشحال کنم-مشکلت را حل خواهم کرد

جلسه چهارم: آموزش بازی به مادران برای انجام آن جهت رابطه و آموزش به کودکان

جلسه پنجم: شیوه‌های برقراری ارتباط مادران با کودک در گروه بحث می‌شود، بررسی شیوه‌های ارتباطی و همراهی کودک هنگام تماشای تلویزیون، قصه خوانی و بازی.سبک‌های فرزند پروری والدین ،نیز برای مادران مطرح و پس از آن با توجه به ابعاد آن و پاسخ-دهی،جدولی ترسیم می‌شود و از مربیان خواسته می شود تا سطور خالی آن را پر کنند و هر یک از شیوه‌ها را به اختصار توضیح دهند.

جلسه ششم : آموزش به مادران در مورد اینکه: به کودکان یاد بدهند تا دیدشان را نسبت به خودشان تغییر دهند. کمک به کودکان تا احساسات، عواطف و افکارش را به مادر انتقال دهد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.20.6]

جلسه هفتم: آموزش به مادران در مورد اینکه در جریان بازی: به کودکان یاد بدهند تا در خود احساس احترام به خود را ایجاد کنند.

به کودکان یاد بدهند احساس ارزشمندی و اعتماد به نفس را در خود تقویت کنند.

جلسه هشتم: در این جلسه مادران با مفاهیم اساسی، اصول کلی و اهداف جلسات بازی آشنا می‌شوند و علاوه بر اسباب بازی که مراقبان با خود آورده اند تعدادی از اسباب بازی‌های اضافه نیز در اختیار آن‌ها قرار می‌گیرد. در این جلسه مادران در مورد زمان مناسب و مکان مخصوص بازی تصمیم‌گیری می‌کنند.

قوانین:

۱ـ کودک کاملاً آزادانه انتخاب کند که در این زمان (۳۰ دقیقه) چگونه بازی کند.

۲ـ کودک رهبری می‌کند و مراقب پیروی می‌کند بدون اینکه پیشنهادی دهد و یا اینکه سؤال کند.

۳ـ مهمترین وظیفه مراقب آن است که نشان دهداحساسات، افکار و خواسته‌های کودک را درک می کند.

۴ـ مراقب با انعکاس احساسات و افکار کودک به کودک مورد نظر نشان می‌دهد که او را درک می‌کند.

۵ـ مراقب می‌کوشد به گونه‌ای شفاف و با ثبات قوانین زمان بازی را برای کودک شرح دهد مانند آن که بگوید: می‌توانی مدتی(یا ۳۰ دقیقه) بازی کنی، وسایل بازی را خراب نکن، به من در حین بازی آسیب نرسان.

جلسه نهم: اجرای عملی بازی های اموخته شده به مادران بصورت عملی با کودک و اصلاح بازخوردهایی که مادران به کودک می دادند.

جلسه دهم: مرور کلی جلسات گذشته و رفع ابهامات پیش آمده

ابزار پژوهش

پرسشنامه مهارتهای اجتماعی کودکان : پرسشنامه مهارتهای اجتماعی کودکان فرم والدین توسط اویرت (۲۰۱۰) ساخته شده و دارای ۵۶ سئوال است و سه مولفه کفایت و شایستگی، ارتباط باهمسالان و مهارتهای اجتماعی را اندازه گیری می‌کند. هر سئوال بصورت درست یا نادرست است که توسط والدین معمولا مادر پاسخ داده می شود. حداکثر نمره در پرسشنامه ۵۶ است. در پژوهش تراسکات (۱۹۸۹) ضریب آلفا برای عدم کفایت اجتماعی(۰/۸۹)، عدم مهارتهای اجتماعی(۰/۸۱) و ارتباط با همسالان (۰/۹۱) گزارش شده است. در پژوهش (تهرانی دوست، ۱۳۹۲) نتایج مقایسه مولفه ها، نمونه های بیش فعال، فلج مغزی، اختلال جسمانی سازی، عقب مانده را بخوبی متمایز کرده اند و روایی پرسشنامه را تائید می کنند.

پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجانی(CERQ)[1]: پرسشنامه‌ی نظم جویی شناختی هیجان، در سال ۱۹۹۹ توسط گرانفسکی، کریج و اسپین هاون[2] طراحی شد. در بررسی ساختار عاملی و اعتباریابی این پرسشنامه توسط امین آبادی، دهقانی و خداپناهی (۱۳۹۰)، ۴ مؤلفه (مثبت اندیشی، سرزنش خود، کنار آمدن و سرزنش دیگران) در قالب ۲۶ سؤال مورد بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه در گروه‌های بهنجار و بالینی از سن ۱۲ سال به بالا قابل اجرا است. پاسخ‌های این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی و هرگز) جمع‌آوری می‌گردد. نتایج تحقیق(حسنی، ۱۳۸۹) نشان داد که۹ خرده مقیاس نسخه ی فارسی پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ)همسانی درونی خوبی داشتند(دامنه ی آلفای کرونباخ۷۶/ ۰ تا ۹۲/ ۰ بود). نمره های ماده و نمره های کلی خرده مقیاسهای مطابق به صورت معنادار همبسته بودند (۴۶٪ =r تا ۷۵٪ =r)و ارزش ضرایب همبستگی بازآزمایی (۵۱/ ۰ تا۷۷/ ۰) بیانگر ثبات مقیاس بود.

پس از اجرای پیش آزمون و همتاسازی دوگروه ، مادران گروه کنترل درجلسات ده‌گانه بازی درمانی تعاملی مادر-کودک شرکت نمودند. محتوی جلسات در این پژوهش با تأکید بر اصول نظری و فنون درمانی موجود در شیوه بازی درمانی مادر- کودک بود .برای تجزیه و تحلیل داده هااز روش های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. آمار توصیفی شامل شاخص های توصیفی متغیرهای مورد بررسی در گروه نمونه میانگین وانحراف معیار می باشد. همچنین پس از بررسی مفروضه های آماری تحلیل کواریانس و نرمال بودن توزیع داده ها، از تحلیل کواریانس تک متغیره(آنکوا) و تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد لازم به ذکر است که تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار spss19- انجام گردید.

[1] Cognitive Emotion Regulation Questionnaire(CERQ)
[2] Granefski, Kraaij & Spinhoven

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.20.6]

یافته‌ها

جدول شماره ۱ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای مورد بررسی دو گروه کنترل و آزمایش به همراه نتایج بررسی مفروضه‌های آماری را نشان می دهد. بر اساس نتیجه آزمون کولموگروف اسمیرنف نیز نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون و پس آزمون تائید می شود.

جدول شماره۱ شاخصهای توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهابه همراه نتایج

متغیر	گروه ها	متغیرها	میانگین	انحراف معیار	نرمال بودن		همگنی شیب رگرسیون		همگنی واریانس‌ها	
					Z.KS	P values	F	P values	F	P values
مهارتهای اجتماعی	آزمایش	پیش آزمون	۳۵/۵	۲/۵	۰/۸۴	۰/۲۴	۲/۲۵	۰/۲۱	۰/۹۶	۰/۳۷
		پس آزمون	۳۷/۷	۱/۷	۰/۶۶	۰/۳۱				
	کنترل	پیش آزمون	۳۵/۱۲	۲/۹	۰/۹۵	۰/۱۶				
		پس آزمون	۳۵/۷۸	۲/۸	۰/۶۹	۰/۲۵				
کفایت اجتماعی	آزمایش	پیش آزمون	۱۲/۰۷	۲/۸	۰/۹۴	۰/۱۷	۰/۹۲	۰/۳۵	۰/۵۹	۰/۵۲
		پس آزمون	۱۶/۴۷	۲/۴	۱/۱۱	۰/۱۲				
	کنترل	پیش آزمون	۱۳/۱۰	۲/۶	۰/۹۲	۰/۱۸				
		پس آزمون	۱۲/۷۷	۲/۱۲	۰/۸۵	۰/۲۱				
ارتباط با همسالان	آزمایش	پیش آزمون	۲۲/۹۴	۳/۴۸	۰/۸۲	۰/۲۴	۰/۸۶	۰/۲۵	۰/۶۸	۰/۴۷
		پس آزمون	۱۶/۶۶	۲/۶۱	۰/۵۸	۰/۲۹				
	کنترل	پیش آزمون	۲۰/۷۴	۲/۴۵	۰/۸۹	۰/۱۸				
		پس آزمون	۲۱/۶۳	۳/۱۲	۰/۴۳	۰/۳۴				
تنظیم شناختی هیجان	آزمایش	پیش آزمون	۱۲۴/۰۴	۶/۸۴	۰/۹۷	۰/۱۶	۰/۹۰	۰/۱۷	۰/۹۷	۰/۳۷
		پس آزمون	۱۱۴/۶۲	۵/۵۲	۱/۰۲	۰/۱۳				
	کنترل	پیش آزمون	۱۲۲/۹۷	۶/۸۵	۰/۱۴	۰/۸۲				
		پس آزمون	۱۲۱/۰۷	۷/۱۹	۰/۲۷	۰/۶۲				

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.20.6]

نتایج بدست آمده بر اساس شاخص های کلی نشان می دهد که بین گروه‌های مداخله و مقایسه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. جهت بررسی اثر مداخله، تحلیل کوواریانس چند متغیره روی نمرات پس آزمون با مقایسه پیش آزمون‌ها انجام گرفت..

جدول ۲خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای‌مقایسه میانگین پس آزمون متغیرهای وابسته

اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۱	۸۰/۲۰	۲	۲۵	۰/۰۱
	لمبدای ویلکز	۰/۰۸	۸۰/۲۰	۲	۲۵	۰/۰۱
	اثر هتلینگ	۱۰/۴۶	۸۰/۲۰	۲	۲۵	۰/۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۱۰/۴۶	۸۰/۲۰	۲	۲۵	۰/۰۱

مندرجات جدول ۲نشان می‌دهد که بین گروه‌های مداخله و مقایسه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (مهارتهای اجتماعی، تنظیم شناختی هیجان) تفاوت معنی داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های در متن مانکووا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳ خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای‌مقایسه میانگین پس آزمون متغیرهای وابسته

اثر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات		F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	مهارت‌های اجتماعی	۲۵۲۷/۰۵	۱	۲۵۲۷/۰۵		۱۰/۵۵	۰/۰۱	۰/۳۷
	تنظیم هیجان	۱۴۲۲/۳۴	۱	۱۴۲۲/۳۴		۷/۴۲	۰/۰۱	۰/۲۲

نتایج بدست آمده در جدول ۳ نشان می‌دهند که تحلیل کوواریانس در مهارتهای اجتماعی (F=۱۰/۵۵ و P=۰,۰۱) و تنظیم شناختی هیجان (F=۷/۴۲ و P=۰/۰۱) معنادار می‌باشد. با توجه به نتیجه بدست آمده می‌توان گفت که در گروه مداخله تغییر معنی داری در بهبود مهارتهای اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان در پس آزمون نسبت به گروه مقایسه تحت تأثیر مداخله بوجود آمده است.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک بر نظم جویی شناختی هیجان و مهارتهای اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی زیر ۱۲ سال موثر است.

این نتیجه با نتایج پژوهش موسوی و همکاران (۱۳۹۵)در تحقیقی که به بررسی اثربخشی برنامه گروهی مداخلات مبتنی بر رابطه والد – کودک بر فرزند پروری مادران دارای کودک ۱۱-۸ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی – کمبود توجه پرداخته بود و منجر به بهبود فرزند پروری کلی این مادران می شود همخوانی دارد. .همچنین با نتایج تهرانی دوست و همکاران (۱۳۹۰) که به بررسی تاثیر بهبود رابطه والدین در سازگاری کودکان انجام گرفته بود یک سو می باشدوبا نتایج پژوهش‌های ارجمندی و همکاران(۱۳۹۴) که به بررسی تاثیر بازی درمانی در بهبود علائم پرخاشگری و بیش فعالی پرداخته بودند،نیز همخوانی دارد. همچنین تویسرکانی و انارکی (۱۳۹۴) نیز در پژوهش‌های خود نتیجه گرفتند که مداخلات مبتنی بر خانواده در کاهش علائم بیش فعالی کودکان موثر است در خارج از کشور نیز با وجود تفاوت در بافت فرهنگی و ساختار اقلیمی نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های براتون، ری، راین و جونز (۲۰۱۰) که به بررسی نقش بازی درمانی مبتنی بر بهبود رابطه والد-کودک پرداخته بودند، همخوانی دارد.گارزا و براتون ،(۲۰۱۲) نتایج مشابهی در پژوهش‌های

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.20.6]

خود بدست آوردند.. والاس و می شینا (۲۰۱۴) نیز نشان دادند که درمان اختلالات رفتاری در کودکان و نوجوانان همانند درمان اختلالات رفتاری در بزرگسالان پیشرفت های چشم‌گیری دارد.

در زمینه اختلالات درونی سازی نیز تأثیر درمان متمرکز بر رابطه والد - کودک روی اضطراب جدایی، افسردگی کاسلو و تامپسون(۲۰۰۹) و اختلالات درونی سازی در مدرسه گارزا و براتون[1](۲۰۰۹) مورد بررسی قرار گرفته است و در زمینه اختلالات برونی سازی نیز تأثیر بازی درمانی در کاهش رفتارهای اغتشاش آمیز در مدرسه، مشکلات سازشی، مشکلات رفتاری و هیجانی و پرخاشگری. در این رویکرد با توجه به اینکه تاکید روی رابطه والد یا مراقب با کودک به تغییر ادراک کودک درمورد والدین و رابطه والد – کودک منجر می‌شود. در این رویکرد علاوه بر استفاده از والدین به عنوان جانشین درمانگر، سبب قدرت بخشیدن به والدین و کاهش احساس گناه و ناامیدی در آنها می‌شود و همکاری و تعامل درمانی بیشتری به همراه خواهد آورد. تمرکز درمان مبتنی بر رابطه والد- کودک، بر بهبود رابطه والد-کودک، خود درونی کودک و توانایی‌های بالقوه او برای شدن است و عمده اهداف برای والدین درک و پذیرش جهان عاطفی کودک، کسب نگرشی واقع بینانه و صبورانه نسبت به خود در ارتباط با کودک و افزایش بینش و آگاهی والدین نسبت به خود در ارتباط با کودک، یادگیری مهارتهای بازی درمانی کودک محور و درک متقابل برای کودک و نهایتا کمک به والدین جهت لذت بردن از ایفای نقش والدینی است.

همچنین با توجه به نتایج میتوان گفت کـه آمـوزش رفتـاری بـه مادران در کاهش بیش فعالی و تکانشگری کودکـان مؤثر بوده استگارزا و براتون ،(۲۰۰۵).اسکات[2]و همکاران در سال ۲۰۱۲ نیز در پژوهش‌های مشابهی تائید کردند که آموزش به مادران در جهت بهبود ارتباط خود با کودکان می تواند در بهبود سازگاری کودکان موثر باشد. پژوهشهـای پیشـین رابطـه بـین رفتارهـای والـدین کودکـان بـا اخـتلال نارسـایی توجه/بیش فعالی با مشکلات رفتاری کودکـان را بـه اثبات رسانده اند و چنین بیان داشته اند که مشکلات رفتاری کودکان بستگی بسیار زیادی با رفتار والدین داشته است و چنین بیان شده است که سبکهـای انضـباطی نـامنظم والـدین، مشـکلات رفتـاری،رفتـارهـای آزارشـی و مشـکلات کنتـرل خشـم وپرخاشگری را کودکانشان پیش بینی می کرده است (هاوت چارلیرو سلمنت،[3]۲۰۰۹). تحقیقـات دیگری نیز نشان داد که والدین کودکان بـا اخـتلال نارسایی توجه/بیش فعالی و والـدین کودکـان مبـتلا بـه مشـکلات برون ریزانه و بیش فعـال بـه صـورت کلـی غالبـاً درکنترل رفتار کودک با مشکل مواجه هستند و اغلب از لحـاظ سـبکهـای تربیتـی خـود بـیش از حـددستوری و منفی عمل میکنند که همین امر باعث عدم کارایی روشهـایی مـیشـود کـه آنهـا بـرای کنترل رفتار کودک خود به کار میگیرنـد کـه ایـن امر میتواند با ارائه آموزشهای لازم مورد بازبینی وتصحیح قرار گیرد(فابیانو [4]و همکاران ،۲۰۰۸)همچنین پژوهشهای استورات و[5] همکاران در سال ۲۰۰۲نشان داد که سبکهای تربیتی و طرز برخورد والدین باکودکانشان به عنوان یک پیش بینی کننده بسیارمهم برای رفتارهای قانون شکنانه در کودکان محسوب میشود لذا،ترمیم مشکلات کودکان توسط کسی که خود،درون چرخه نگرانی ها قرار دارد می تواند به نحوی این سیکل معیوب را دچار نوسان و آسیب کند. . از آنجا که درمان مورد استفاده درر این روش بر بازی که زبان ذاتی و طبیعی ارتباط کودک با جهان پیرامون است تاکید دارد،می تواند بسیاری از مشکلات اجتماعی و هیجانی کودکان ،از جمله بی اعتمادی ،حرمت خود پایین ،پرخاشگری،رفتار تکانشی،گوشه گیری و فقدان توجه را. کاهش دهد(کیدرون و لندرث ،[6]۲۰۱۰). بررسی ادبیات پژوهش نشان می دهد در میان روش‌های درمانگری در کودکان درمانهای متمرکز بر رابطه والد- کودک یکی از شاخص ترین و پرکاربرد ترین روش‌ها است که روانشناسان و پژوهشگران متعددی طی چندین دهه از این روش برای درمان طیف وسیعی از اختلال‌ها و مشکلات بهره جسته‌اند و اثربخشی آن را به اثبات رسیده است. در پژوهش‌ها متعدد ارزش این رویکرد درمانی در کاهش ترس‌ها، مشکلات اضطرابی و تنیدگی کودکان بستری در بیمارستان، ناتوانایی‌های یادگیری، مشکلات ناشی از آزارهای جنسی و بسیاری از اختلالات دیگر را تأئید شده است.

مانند هر پژوهشی ،پژوهش حاضر نیز محدودیت های خاص خود را دارد. از جمله اینکه پژوهش حاضر روی مادران دارای کودک بیش فعال انجام شده است و نتایج آن صرفا به جامعه آماری پژوهش حاضر قابلیت تعمیم پذیری را دارند. ونیزدر آموزش داده شده به

[1] Garza, bratoun
[2] Scott
[3] Hauth-Charlier, S., & Clement
[4] Fabiano
[5] Stewart
[6] Kidron, M., & Landreth

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.20.6]

مراقبان نقش مادر بیشتر در نظر گرفته شده و مراقب بیشتر در نقش مادر و واکنش های مادرانه عمل کرده است و اثربخشی باید صرفا با این پیش فرض که جانشینی برای رفتار مادر بوده است؛ در نظر گرفته شود.همچنین در جامعه آماری مورد بررسی؛ دسترسی به مراقبان و کودکان برای اجرای پژوهش محدودیت وجود داردوپائین بودن حجم نمونه بدلیل کم بودن کودکان در جامعه آمای؛ امکان مقایسه انواع فرعی اختلالات درونی سازی و برونی سازی را نداد.

در پایان بر بر اساس نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر می توان گفت با آموزش مهارتهای مبتنی بر رابطه والد- کودک به مادران می توان به افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان کمک کرد. از این رو پیشنهاد می‌گردد در کنار مداخله های روانشناختی و دارو درمانی روی کودکان بیش فعال؛ در زمینه بهبود رابطه مادر-کودک نیز به والدین آنها آموزش لازم داده شود.

منابع

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Akhavan Karbasi, S., Golestan, M., Fallah, R., & Sadr Bafghi, M. (2008). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in 6 year olds of Yazd city. *SSU_Journals*, *15*(4), 29-34.

Arjmandi, S., & Sayehmiri, K. (2015). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among primary school children according to teachers and parents' report: Systematic review and meta-analysis study. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, *17*(5), 213-221.

Bratton, S. C., & Ray, D. (2002). Humanistic play therapy.

Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of abnormal child psychology*, *30*(6), 571-587.

Bratton, S. C. (2004). *Adapting filial therapy for families who have a child with a life-threatening illness* (Doctoral dissertation, University of North Texas)

Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, *36*(4), 376.

Bratton, S., Ray, D., & Moffit, K. (1998). Filial/family play therapy: An intervention for custodial grandparents and their grandchildren. *Educational Gerontology: An International Quarterly*, *24*(4), 391-406.

.Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of clinical child psychology*, *27*(2), 180-189.

Clatworthy, S. (1981). Therapeutic play: effects on hospitalized children. *Children's health care: journal of the Association for the Care of Children's Health*, *9*(4), 108-113

De Boo, G. M., & Prins, P. J. (2007). Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Review*, *27*(1), 78-97.

Dean, C., Myors, K., & Evans, E. (2003). Community-wide implementation of a parenting program: the South East Sydney Positive Parenting Project. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, *2*(3), 179-190.

Evans, S. W., Owens, J. S., & Bunford, N. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *43*(4), 527-551.

Fabiano, G. A., Pelham Jr, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical psychology review*, *29*(2), 129-140.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual differences*, *40*(8), 1659-1669.

Gardner, D. M., & Gerdes, A. C. (2015). A review of peer relationships and friendships in youth with ADHD. *Journal of attention disorders*, *19*(10), 844-855.

Garza, Y., Kinsworthy, S., & Watts, R. E. (2009). Child–parent relationship training as experienced by Hispanic parents: A phenomenological study. *International Journal of Play Therapy*, *18*(4), 217.

Gallagher, N. (2003). Effects of parent-child interaction therapy on young children with disruptive behavior disorders. *Bridges*, *1*(4), 1-17.

Harris, Z. L., & Landreth, G. L. (1997). Filial therapy with incarcerated mothers: A five week model. *International Journal of Play Therapy*, *6*(2), 53.

Hauth-Charlier, S., & Clement, C. (2009). Behavioral parent training programs for parents of children with ADHD: Practical considerations and clinical implications. *Pratiques Psychologiques*, *15*(4), 457-472.

Hansen, S., Meissler, K., & Ovens, R. (2000). Kids together: A group play therapy model for children with ADHD symptomalogy. *Journal of child and adolescent group therapy*, *10*(4), 191-211.

Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Journal of pediatric psychology*, *32*(6), 655-663.

Joiner, K. D., & Landreth, G. L. (2005). Play therapy instruction: A model based on objectives developed by the Delphi technique. *International Journal of Play Therapy*, *14*(2), 49.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.20.6]

Kaslow, N. J., & Thompson, M. P. (1998). Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, *27*(2), 146-155

Kaplan, H. I., & Shaddock, B. J. (2005). *Comprehensive text book of psychiatry*, (8th ed.). Baltimore: William & Wilkins.

Kaduson, H. G., & Finnerty, K. (1995). Self-control game interventions for attention-deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy*, *4*(2), 15.

Kao, S. C., & Landreth, G. L. (1997). Evaluating the impact of child-centered play therapy training. *International Journal of Play Therapy*, *6*(2), 1.

khoushabi, k., Shah shojaei, sh., Hemati Alamdar. Q, Dashiri,gh.,. (2007) "Assessment of the prevalence of behavioral disorders In elementary school students Ilam province "Quarterly Rehabilitation, 8 (29), 34-28.

Kidron, M., & Landreth, G. (2010). Intensive child parent relationship therapy with Israeli parents in Israel. *International Journal of Play Therapy*, *19*(2), 64

Kroes, M., Kessels, A. G., Kalff, A. C., Feron, F. J., Vissers, Y. L., Jolles, J., & Vles, J. S. (2002). Quality of movement as predictor of ADHD: results from a prospective population study in 5-and 6-year-old children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *44*(11), 753-760.

Landreth, G. L., Bratton, S. C., Kellam, T., & Blackard, S. (2006). *Child Parent Relationship Therapy (CPRT) Treatment Manual: A 10-Session Filial Therapy Model for Training Parents*. Routledge.

Lee, M. K., & Landreth, G. L. (2003). Filial therapy with immigrant Korean parents in the United States. *International Journal of Play Therapy*, *12*(2), 67.

Mousavi, R., Jamal,i A., Nejati, A, Sharifi, A. (2016).The Effectiveness of group interventions based on parent-child relationship on mothers parenting children with ADHD..*Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*, 5 (2) ,115-146.

Mostafavi, S. (1388). The Effect of Parent-Child-Based Therapeutic Play Therapy Training (in accordance with the Landrace Pattern) to mothers on reducing behavioral problems in children and parents' stress. Matser Thesise. Shahed University

Peyman Nia, B., PourSharifi, H., Mahmoud Alilo, M. (2013), Determining the Effectiveness of Parent-Child Relationship Based Group Therapy (CPRT) on Improvement of Conduct Disorder Symptoms in Primary School Children in Ahvaz. Psychological achievements. 20 (2), 141-160

Ray, D. (2004). Supervision of basic and advanced skills in play therapy. *Journal of Professional Counseling, Practice, Theory, & Research*, *32*(2), 28.

Rennie, R., & Landreth, G. (2000). Effects of filial therapy on parent and child behaviors. *International Journal of Play Therapy*, *9*(2), 19.

Riley, B. P., Kendler, K. S., Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). Comprehensive textbook of psychiatry.

Sadock, B. J., & Kaplan, H. I. (2000). *Kaplan & [and] Sadock's comprehensive textbook of psychiatry on CD-ROM*. Lippincott Williams & Wilkins: Folio Infobase

Scott, T. A., Burlingame, G., Starling, M., Porter, C., & Lilly, J. P. (2003). Effects of individual client-centered play therapy on sexually abused children's mood, self-concept, and social competence. *International Journal of Play Therapy*, *12*(1), 7.

Spark, C. V. (2010). Filial therapy with adolescent parents: the effect on parental empathy, acceptance and stress. Doctoral dissertation.Liberty university

Stewart, A., Waterson, E., & Dennison, S. (2002). *Pathways from child maltreatment to juvenile offending* (Vol. 241). Canberra: Australian Institute of Criminology.

Stover, L., Guerney Jr, B. G., & O'connell, M. (1971). Measurements of acceptance, allowing self-direction, involvement and empathy in adult-child interaction. *The Journal of psychology*, *77*(2), 261-269.

Stergiakouli, E., Hamshere, M., Holmans, P., Langley, K., Zaharieva, I., deCODE Genetics, ... & Williams, N. (2012). Investigating the contribution of common genetic variants to the risk and pathogenesis of ADHD. *American Journal of Psychiatry*, *169*(2), 186-194.

Tuiserkani, H. (1394). The Effectiveness of Therapeutic Game in Behavioral Social Skills on Reducing Symptoms of Conduct Disorder in Elementary School Girls aged 10 and 11. Developmental Psychology.4(1), 12-24.

Tehrani doost, M,(1392). The Effect of Training Educational Program on Mothers on Reducing Behavioral Problems in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology. 17 (1), 65-78.

Valas,R.L., Mishina, H.(2014). A comparison study of the effectiveness of individual and group play therapy in treating kindergarten children with adjustment problems. Doctoral dissertation,university of North Texas.3(1).45-57.

Walker, F. (2002). Filial therapy with parents court reffered child malterafment, *Doctoral Dissertation Virginia* Polytechnic Institute and State University.

Watson, D. L. (2007). *An early intervention approach for students displaying negative externalizing behaviors associated with childhood depression: A study of the efficacy of play therapy in the school*. Capella University.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.20.6]