رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۵، شماره پیاپی ۸۶، مرداد ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(5), 2023

اثربخشی بازی‌درمانی خانواده‌محور بر رابطه والدین و فرزندان با اختلال کاستی توجه

The effectiveness of Family-based Play therapy on parent-child relationship in children with Attention Deficit Disorder

سیده فاطمه موسوی (نویسنده مسئول)
دانشجوی دکتری، دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.
دکتر غلامعلی افروز
استاد ممتاز، دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.
دکتر علی اکبر ارجمندنیا
دانشیار، دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.
دکتر باقر غباری بناب
استاد، دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

Seyedeh Fatemeh Mousavi*
Ph.D. Student, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty Of Education And Psychology, University Of Tehran, Tehran, Iran. s.f.mousavi@ut.ac.ir
Dr. Gholamali Afrooz
Distinguished professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty Of Education And Psychology, University Of Tehran, Tehran, Iran.
Dr. Ali Akbar Arjmandnia
Associate Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty Of Education And Psychology, University Of Tehran, Tehran, Iran.
Dr. Bagher Ghobari-Bonab
Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty Of Education And Psychology, University Of Tehran, Tehran, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی بازی درمانی خانواده‌محور، بر بهبود رابطه والدین و کودکان با اختلال کاستی توجه (ADD) بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. مطالعه در تابستان سال ۱۴۰۱ صورت گرفت. جامعه پژوهش، تمامی کودکان با اختلال کاستی‌توجه ۵ تا ۱۰ سال شهر تهران بود و نمونه‌گیری به شکل هدفمند انجام شد. تعداد ۲۴ زوج مادر و کودک به صورت تصادفی در دوگروه آزمایشی (N=۱۲) و گواه (N=۱۲) قرار گرفتند و برنامه بازی درمانی خانواده محور به مدت ۱۰ جلسه دوساعته هفتگی، برای گروه آزمایش اجرا شد. جهت بررسی رابطه والد- کودک، قبل و بعد از مداخله، از تست رابطه کودک- والد پیانتا (۱۹۹۷) (CPRS)، استفاده شد. داده‌ها نیز با استفاده از تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که در مقایسه با گروه گواه، بازی درمانی خانواده‌محور موجب کاهش معنادار خرده مقیاس وابستگی و تعارض و افزایش خرده‌مقیاس نزدیکی شده است (۰/۰۵ > P). با توجه به یافته‌های پژوهش به نظر می‌رسد که بازی درمانی خانواده‌محور موجب بهبود رابطه والدین و کودکان با اختلال کاستی توجه، از نظر وابستگی، نزدیکی و تعارض در روابط می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: *اختلال کاستی توجه، بازی درمانی خانواده‌محور، تعارض، رابطه والد-کودک، نزدیکی، وابستگی.*

Abstract

The present study aims to investigate the effectiveness of a family-based play therapy program on parent-child relationships in children with Attention Deficit Disorder (ADD). The research method was quasi-experimental with a pretest, posttest, control group design, and follow-up. The statistical population of this study included all children in Tehran. Among them, 24 people were selected by purposive sampling and assigned to the experimental and control groups. The Child Parent Relationship Scale (CPRS) (Pianta,1997) was used to collect data. Family-based play therapy was performed on the experimental group for ten 2-hour weekly sessions, While the control group did not receive any intervention. Data was analyzed by multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and Multivariate Analysis of Variance with Repeated Measures. The results showed that family-based play therapy improved the parent-child relationship's Conflict, Closeness, and Dependency ($p<0.05$). The findings of this study showed that applying family-based play therapy is significantly effective in improving the Closeness and Dependency in the parent-child relationship of children with Attention Deficit Disorder.

Keywords: *Attention Deficit Disorder, family-based play therapy, Conflit, parent-child relationship, Closeness, Dependency.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : مهر ۱۴۰۱** **پذیرش: بهمن ۱۴۰۱** **ویرایش نهایی: مرداد ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.1.3]

مقدمه

اختلال کاستی توجه (ADD)[۱]، از انواع فرعی اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی (ADHD)[۲] است (انجمن روان‌شناسی آمریکا[۳]، ۲۰۱۳) که با نرخ شیوع ۵/۲ درصد (حسن زاده، ۱۳۹۸) بیشترین شیوع را در بین زیرگروه‌های دیگر این اختلال دارد (دلاپنا[۴] و همکاران، ۲۰۲۰). مشخصه اصلی اختلال کاستی توجه، وجود نشانه‌های معنادار نقص توجه می‌باشد (مش[۵] و وولف[۶]، ۲۰۱۸) که با دامنه وسیعی از مشکلات عملکردی در خانه و تعامل با والدین همراه می‌گردد (بارکلی[۷]،۲۰۲۲). نشانه‌های اختلال کاستی توجه بر رابطه والد-کودک اثر می‌گذارند (لیفورد[۸] و همکاران، ۲۰۰۹) و در مقابل، رفتارهای والدگری و رابطه والد-کودک نیز بر علائم این اختلال تأثیرگذار هستند (السپرگر[۹] و همکاران، ۲۰۱۶). برخی مطالعات نشان داده‌اند که والدگری و کیفیت روابط والد-کودک، موجب ایجاد تغییر در سیر علائم اختلال کاستی توجه می‌شوند (سلرز[۱۰] و همکاران، ۲۰۲۱) و ممکن است موجب به وجود آمدن اختلالات همبود مانند اختلال نافرمانی مقابله‌ای گردند (جانستون[۱۱] و جیسی[۱۲]، ۲۰۰۷). علاوه برآن، این کودکان به دلیل نقص توجهی که دارند، مشکلات تحصیلی، اهمالکاری و بی‌نظمی بیشتری را نسبت به همسالان خود بروز می‌دهند (دلاپنا و همکاران،۲۰۲۰؛ بارکلی، ۲۰۲۰) که خود باعث ایجاد تنش و تعارض بیشتر در روابط والد-کودک می‌شود و موجب می‌گردد که از سبک‌های فرزندپروری نامناسب‌تری استفاده کنند (میردامادی و همکاران، ۱۴۰۱) والدگری کودک دارای اختلال کاستی توجه، بسیار استرس زا است (سین[۱۳] و لی أی چنگ[۱۴]، ۲۰۲۲). والدین این کودکان استرس روان‌شناختی بیشتری را در مقایسه با والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند (وسلدیک[۱۵] و همکاران، ۲۰۱۸) و بیشتر احتمال دارد در تعاملات خود با کودکشان، به صورت منفی عمل کنند (بارکلی، ۲۰۲۲). تعامل منفی والد-کودک، موجب تشدید و تداوم مشکلات رفتاری و نشانه‌های اختلال این کودکان می‌شود (نجاتی و همکاران، ۱۳۹۵). از این رو اجرای مداخلاتی که موجب ارتقای رابطه والد-کودک در این خانواده‌ها شوند بسیار حائز اهمیت می‌باشد.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلاتی که والدین را به بازی و تفریح با فرزندانشان ترغیب کنند، موجب می‌شود آن‌ها تعاملات مثبت‌تری با کودکان خود داشته باشند (والاس[۱۶]، ۲۰۱۸)، زیرا در فرآیند بازی، والدین کمتر سخت‌گیر و خشونت‌آمیز برخورد می‌کنند و این امر، خود منجر به بهبود رفتارهای کودک می‌شود و رابطه والد و کودک را ارتقا می‌بخشد (مکلین[۱۷] و همبری-کیگین[۱۸]، ۲۰۱۱). از این رو اجرای بازی درمانی توسط والدین و به عبارت دیگر، بازی درمانی خانواده‌محور، می‌تواند برای ارتقای رابطه والد-کودک مناسب باشد. در بازی درمانی خانواده‌محور، تأکید بر حمایت از روابط والد-کودک و نیز کمک به والدین برای یادگیری مهارت‌هایی است که موجب ایجاد دلبستگی و کاهش مشکلات کودکان و مشکلات روابط والد-کودک می‌شود (اپیولا[۱۹] و براتون، ۲۰۱۸). بازی درمانی خانواده محور می‌تواند هدایتگری شده به وسیله بزرگسال[۲۰] باشد، مثل تراپلی[۲۱](بوث[۲۲] و جرنبرگ[۲۳]، ۲۰۱۰) و یا هدایتگری شده به وسیله

1. Attention deficit disorder (ADD)
2. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)
3. American Psychiatric Association (APA)
4. De La Peña
5. Mash
6. Wolfe
7. Barkley
8. Lifford
9. Ullsperger
10. Sellers
11. Johnston
12. Jassy
13. Sin
14. Lee Ai Cheng
15. Wesseldijk
16. Wallace
17. McNeil
18. Hembree-Kigin
19. Opiola
20. adult-directed
21. Theraplay
22. Booth
23. Jernberg

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.1.3]

کودک[1] باشد، مثل فیلیال تراپی[2] (ونفلیت، ۲۰۲۲) و درمان رابطه والد و کودک[3](لندرث[4] و براتون[5]،۲۰۱۹) و یا ترکیبی از هردو باشد، مانند درمان مبتنی بر تعامل والد و کودک[6](نیک[7]، ۲۰۱۸). در این درمان، به ارتباط به منزله ابزار فرآیند تغییر نگریسته شده و به والد کمک می‌شود تا به صورتی مؤثر با فرزند خود ارتباط برقرار کند (کادوسان و شافر، ۲۰۱۵). ارتباط کودک محورانه‌ای که در جلسات مخصوص بازی فراهم می‌شود، موجب می‌گردد تا این نوع بازی درمانی به ابزار درمانی مطلوبی برای والدین متعلق به فرهنگ‌های مختلف تبدیل شود (لندرث و براتون، ۲۰۱۹) و برای والدین ایرانی نیز مناسب باشد. والد در این مدل می‌آموزد که ارتباطی پذیرا و به دور از ارزشیابی با کودک خود برقرار سازد و جهان را از دریچه چشمان او بنگرد. در حقیقت والد در این زمان مخصوص بازی، آگاهیِ ادراکی تازه‌ای از فرزند خود و نیروهای بالقوه او به دست می‌آورد. این امر، خصوصا در رابطه با والدین کودکان با اختلال کاستی توجه بسیار حائز اهمیت می‌باشد. زیرا این والدین به دلیل ناکامی‌هایی که در رابطه با فرزند خود تجربه می‌کنند، اغلب نگرش درستی نسبت به کودک و ماهیت اختلال وی ندارند و همین امر، ممکن است موجب به وجود آمدن احساسات متناقضی شود و بر رابطه والد و کودک تأثیراتی نامطلوب برجای گذارد (سین و لی أی چنگ، ۲۰۲۲).

پژوهشگران، اثر بازی درمانی خانواده محور را از طریق تحلیل کیفی بر روی روابط والدین و کودکان، مورد بررسی قرار دادند و بهبودهایی را در نزدیکی[8]، گرمی[9]، گشودگی[10]، مثبت‌تر بودن[11] و نیز کاهش تنش[12] در روابط والد-کودک گزارش دادند (بگرلی و همکاران، ۲۰۱۰) . کورنیت[13] و براتون (۲۰۱۳) که در این زمینه، مطالعات کیفی انجام دادند بیان داشتند که والدین در روابط با فرزندان خود، بهبود و پیشرفت را تجربه کرده بودند. نتایج دیگری نیز که در تعامل والدین و فرزندان گزارش شد، عبارت بودند از: تجربه افزایش لذت و همکاری بیشتر بین والدین و کودک، اصطکاک و اختلاف کمتر و احترام بیشتر در رابطه والد-کودک و تقویت رابطه والد و کودک (اپیولا و براتون، ۲۰۱۸؛ لندرث و براتون، ۲۰۲۰). پژوهش‌های دیگر نشان دادند که بازی درمانی خانواده محور، موجب بهبود فرزندپروری مادران دارای کودک با اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی (موسوی و همکاران،۱۳۹۵) و افزایش میزان نزدیکی، کاهش وابستگی و تعارضات والد-فرزندی در کودکان با اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۸) شد. علاوه برآن، اجرای این مداخله موجب ارتقاء و بهبود کیفیت تعامل والدین پیش‌دبستانی (بهمنی و جهان بخشی، ۱۳۹۹)، افزایش نزدیکی و کاهش وابستگی و تعارض در کودکان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی (عدیلی و همکاران، ۱۳۹۸)، بهبود تعامل والدین و کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای (شیرود آقایی و همکاران، ۱۳۹۹) و ارتقای روابط مادران و کودکان دارای اختلال اضطراب جدایی (احمدزاده و همکاران، ۲۰۲۲) شده است.

با در نظر گرفتن این‌که بازی درمانی خانواده محور، درمانی متناسب با مرحله تحولی کودکان می‌باشد که با استفاده از والدین که نزدیکترین افراد به کودکان هستند و به وسیله بازی که زبان اصلی کودک است، فرآیندهای درمان و تغییر را اجرا می‌نماید و تأثیرات قابل توجهی بر روی روابط و تعاملات کودکان و کاهش اختلالات آنان داشته است و نیز قابلیت اجرای گسترده را دارد، کاربرد و تعیین اثربخشی آن اهمیت زیادی می‌یابد. همچنین از آنجا که رابطه کودکان با اختلال کاستی توجه و والدین آن‌ها به دلایل بیان شده دارای مشکلات بسیاری می‌باشد و ارتقای این رابطه منجر به کاهش مشکلات ناشی از آن و سیر بهتر اختلال و کاهش علائم می‌گردد و علاوه برآن، پژوهش‌های انجام شده در این زمینه اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی را مورد بررسی قرار داده‌اند و ارتقای رابطه والد-کودک در زیرگروه‌های این اختلال، از جمله اختلال کاستی توجه بررسی نشده است، هدف کلی این پژوهش، تعیین اثربخشی بازی درمانی خانواده‌محور، بر بهبود رابطه والدین و کودکان با اختلال کاستی توجه بود.

1. child-directed
2. Filial Therapy (FT)
3. Child Parent Relationship Therapy (CPRT)
4. Landreth
5. Bratton
6. Parent Child Interaction Therapy (PCIT)
7. Niec
8. closeness
9. warmth
10. openness
11. positivity
12. tension
13. Corneet

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.1.3]

روش

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود و مطالعه در سال ۱۴۰۱ انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، تمامی کودکان ۵ تا ۱۰ سال دارای اختلال کاستی توجه شهر تهران و مادران آن‌ها بودند و نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. جهت انتخاب شرکت‌کنندگان پس از جلب همکاری چند مرکز آموزشی که به شیوه هدفمند انتخاب شده بودند و پخش پوسترها و بروشورهای مربوط به برنامه، با افرادی که برای شرکت در مداخله اعلام آمادگی کرده بودند مصاحبه انجام شد و طی آن معیارهای ورود و خروج و مناسب بودن زوج والد-کودک برای شرکت در مداخله بررسی گردید. ملاک انتخاب شرکت‌کنندگان نمره خرده‌مقیاس مشکلات توجه در سیاهه رفتاری کودک با نقطه برش ۶۳ بود. از افرادی که واجد شرایط طرح، شناسایی شدند ۱۲ زوج مادر- کودک به عنوان گروه نمونه و ۱۲ زوج مادر- کودک نیز به عنوان گروه گواه مورد مطالعه قرار گرفتند. معیارهای ورود به مداخله عبارت بودند از: سن کودک بین ۶ تا ۱۰ سال باشد (پیش‌نیاز بازی درمانی خانواده‌محور)، کودک مبتلا به اختلال کاستی توجه باشد، شرکت‌کننده در درمان مادر کودک باشد، شرکت‌کنندگان حداقل سواد لازم برای اجرای دستورالعمل‌ها، تکمیل پرسشنامه‌ها و انجام تکالیف خانگی را داشته باشند. حداقل سواد برای این پژوهش، دیپلم در نظر گرفته شد. معیارهای خروج از پژوهش عبارت ازعدم شرکت در سه جلسه درمان و دریافت مداخله روان‌شناختی دیگر توسط والد یا کودک همزمان با اجرای مداخله پژوهش و همینطور انصراف از ادامه پژوهش بودند. به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، رضایت شرکت‌کنندگان در مورد شرکت در مداخله، کسب شد و ایشان می‌توانستند هر زمان که تمایل داشتند، از ادامه شرکت در مداخله انصراف دهند. در مطالعه حاضر، ریزش شرکت‌کنندگان وجود نداشت و تمامی آن‌ها تا پایان مداخله، در آن حضور داشتند. بازی درمانی خانواده‌محور، به صورت ۱۰ جلسه دوساعته هفتگی، برگزار شد. برای گروه گواه، مداخله‌ای صورت نگرفت. قبل و بعد از مداخله، از هردوگروه، آزمون به عمل آمد و مجددا حدود دوماه بعد، از گروه آزمایش، آزمون پیگیری به عمل آمد. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر توسط نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

مصاحبه بالینی. در این پژوهش برای تعیین دارا بودن معیارهای ورود به مداخله، از مصاحبه بالینی توسط روانشناس متخصص استفاده شد.

سیاهه رفتاری کودک[1] (**CBCL**). این سیاهه توسط آخنباخ[2] و رسکورلا[3] (۲۰۰۱) طراحی شد و اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان را بر اساس گزارش والدین می‌سنجد، و برای دختران و پسران سنین ۶ تا ۱۸ سال قابل استفاده است. این فرم دارای دو بخش می‌باشد، نخستن بخش، صلاحیت نام دارد و از سه مقیاس فعالیت، اجتماع و مدرسه تشکیل شده است. بخش دوّم شامل ۱۱۳ ماده درباره مشکلات خاص کودکان است و والدین می‌بایست وضعیت فرزند خود را در هر ماده با انتخاب یکی از سه گزینه درست نیست، تاحدی یا گاهی درست است و کاملا یا غالبا درست است مشخص کنند. نمره هریک از این گزینه‌ها به ترتیب برابر با صفر، ۱ و ۲ می‌باشد. مطالعات تحلیل عاملی آخنباخ و همکارانش (۲۰۰۱) به شکل‌گیری ۸ عامل یا بعد به نام‌های اضطراب /افسردگی، انزوا/افسردگی، مشکلات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگرانه منجر شده است. آخنباخ و رسکولار (۲۰۰۷) پایایی کلی سیاهه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۵ گزارش کردند. روایی ملاک با استفاده از مصاحبه روان‌پزشکی با کودک و نیز همبستگی با مقیاس CSI-4، و روایی سازه و روایی محتوایی آن‌را نیز مطلوب گزارش کردند. در ایران، سیاهه رفتاری کودک توسط مینایی (۱۳۸۴) ترجمه و روایی محتوایی آن توسط متخصصان ارزیابی و نقطه برش آن ۶۳ تعیین شد. پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ برای هشت زیر مقیاس در دامنه‌ای بین ۰/۴۸ تا ۰/۷۵ به دست آمد. در این پژوهش برای سنجش دارا بودن اختلال کاستی توجه در کودک، از مقیاس مشکلات توجه این پرسشنامه استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

1. Child Behavior Checklist (CBCL)
2. Achenbach
3. Rescorla

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.1.3]

مقیاس رابطه کودک والد[1] **(CPRS)**. این مقیاس که توسط پیانتا[2] (۱۹۹۷) تهیه شد، یک ابزار خود گزارش‌دهی است که به وسیله مادر یا پدر تکمیل می‌گردد و ادراک والدین از روابطشان با فرزند خود را ارزیابی می‌کند. این مقیاس دارای ۳۰ سؤال می‌باشد و سه مؤلفه‌ی تعارض[3] (۱۲ماده)، نزدیکی[4] (۱۰ ماده)، وابستگی[5] (۴ ماده) را در روابط والد و کودک می‌سنجد. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (نمره ۵ برای کاملا مخالفم و نمره ۱ برای کاملا موافقم) می‌باشد. نمره‌گذاری خرده‌مقیاس تعارض به صورت معکوس انجام می‌شود. شیوه نمره‌گذاری این مقیاس، بر پایه مقایسه نمرات خط پایه (پیش‌آزمون) با پس‌آزمون و معنادار بودن این تفاوت انجام می‌شود. دریسکول و پیانتا (۲۰۱۱) در پژوهش خود پایایی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ در هریک از خرده‌مقیاس‌های تعارض، نزدیکی و وابستگی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۶۹، ۰/۴۶ به دست آوردند و همبستگی درونی این زیر مقیاس‌ها به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۷۲، ۰/۵۰ گزارش کردند. روایی محتوایی آن نیز توسط متخصصان مطلوب گزارش شد.. روایی ملاک این مقیاس در ایران توسط ابارشی و همکاران (۱۳۸۸) ترجمه و روایی محتوایی آن توسط متخصصین ارزیابی شد و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس نزدیکی، تعارض و وابستگی، به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۰ و ۰/۶۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر این مقیاس توسط والدین تکمیل گردید. ضریب آلفای کرونباخ برای هرکدام از مؤلفه های تعارض و صمیمیت و نزدیکی به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۶۰ و ۰/۶۱ محاسبه شد.

برنامه بازی درمانی خانواده محور: در پژوهش حاضر، برنامه بازی درمانی خانواده محور لندرث و براتون (۲۰۱۹) در ده جلسه دوساعته اجرا شد. روند اجرای جلسات به این صورت بود که در ابتدای هر جلسه و هنگام ورود مادران، جزوه مربوطه به مطالب هر روز در اختیار ایشان قرار می‌گرفت و مطالب، توضیحات و مهارت‌ها به صورت عملی، همراه با نمایش فیلم و نقش بازی کردن، آموزش داده می‌شد. والدین پس از جلسه سوم، می‌بایست در فاصله بین جلسات، زمان بازی مخصوص کودک را به مدت ۳۰ دقیقه در منزل و با رعایت شرایط گفته شده انجام می‌دادند و از بازی خود، فیلم می‌گرفتند. علاوه برآن، می‌بایست فرم‌های ارزیابی مربوط به جلسات بازی اجرا شده را نیز پر می‌کردند. در هر جلسه (از جلسه چهارم به بعد)، علاوه بر محتوای آموزش داده شده، فیلم بازی یکی از والدین پخش می‌شد و بر روی نکات مثبتی که والد انجام داه بود، تأکید می‌شد. محتوای جلسات به طور خلاصه در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات بازی درمانی خانواده‌محور

جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و با درمانگر، تسهیل ارتباطات بین اعضا و مشارکت بین والدین آشنایی با بازی درمانی خانواده‌محور آموزش پاسخگویی انعکاسی
جلسه دوم	آموزش و توضیح اسباب بازی‌های مورد نیاز برای جلسه بازی
جلسه سوم	توضیح مراحل و نحوه اجرای جلسه بازی
جلسه چهارم	آموزش محدودیت‌گذاری
جلسه پنجم	ادامه آموزش محدودیت‌گذاری
جلسه ششم	آموزش حق انتخاب دادن به کودکان
جلسه هفتم	آموزش پاسخ‌های عزت نفس ساز
جلسه هشتم	آموزش پاسخ‌های تشویقی
جلسه نهم	آموزش محدودیت‌گذاری پیشرفته آموزش تکنیک عروسک بازی ساختارمند
جلسه دهم	مرور جلسات، آماده کردن والدین برای اختتام دوره، تأکید بر تداوم جلسات بازی در منزل و اهمیت آن

1. Child Parent Relationship Scale (CPRS)
2. Pianta
3. Conflict
4. Closeness
5. Dependency

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.1.3]

یافته ها

در پژوهش حاضـــر، ۲۴ زوج والد و کودک، در دو گروه آزمایش و گواه وارد مطالعه شـــدند. از میان ۱۲ کودک گروه آزمایش، ۶۶/۷ درصد (۸ کودک) دختر و ۳۳/۳ درصد (۴ کودک) پسر بودند و در گروه گواه، از میان ۱۲ کودک، ۵۰ درصد (۶ کودک) دختر و ۵۰ درصد (۶ کودک) پسـر بودند. میانگین سـن گزارش شـده برای نمونه پژوهش حاضـر به تفکیک گروه‌ها؛ برای گروه آزمایش ۱/۵۷ ± ۷/۰۳ برای کودکان و ۱/۵۷ ± ۷/۰۳ برای مادران، و در گروه گواه ۲ ± ۶/۵ برای کودکان و ۱/۴۸ ± ۳۳ برای مادران گزارش شـــد. در جدول ۲، میانگین و انحراف اسـتاندارد هر یک از متغیرهای پژوهش، شـامل تعارض، نزدیکی و وابسـتگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های روابط والد-کودک به تفکیک گروه‌ها

	متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
			میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف‌معیار
روابط والد-کودک	تعارض	آزمایش	۳۵/۸۳	۱۰/۳۱	۳۰/۲۵	۹	۲۸/۵۰	۹/۶۹
		گواه	۳۱/۱۷	۱۰/۷۹	۳۹/۵۰	۹/۴۵	–	–
	نزدیکی	آزمایش	۳۸/۸۳	۳/۷۷	۴۳/۶۷	۴/۰۱	۴۲/۹۲	۳/۲۹
		گواه	۳۹/۸۳	۵/۰۸	۳۷/۵۰	۴/۳۵	–	–
	وابستگی	آزمایش	۱۰/۶۷	۲/۹۳	۸/۲۵	۲/۶۰	۸/۲۵	۲/۹۶
		گواه	۱۰/۸۳	۲/۰۴	۹/۹۲	۱/۸۷	–	–

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار نمرات گروه آزمایش، در تعارض و وابستگی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون، کاهش و در متغیر نزدیکی، افزایش یافته است. جهت بررسی معناداری تفاوت میان گروه‌ها، از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره[1] استفاده شد. استفاده از این روش، مستلزم رعایت پیش‌فرض‌هایی است که پیش از اجرای تحلیل، مورد بررسی قرار گرفتند. پیش از به‌کارگیری آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، نخســت برای بررســی برقراری پیش‌فرض توزیع نرمال داده‌ها، از آزمون کالموگروف-اســمیرنف[2] استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که گروه نمونه از توزیع نرمال برخوردار است (p> ۰/۰۵). به منظور بررسی موازی بودن شیب خط رگرسیون، تعامل متغیر مستقل با متغیرهای همپراش مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد که این تعامل معنادار نبوده (p> ۰/۰۵) و این مفروضه برقرار می‌باشد. همچنین نتایج بدست آمده از آزمون لون به منظور بررسی همگنی واریانس در متغیرها معنادار بدســت نیامد (p > ۰/۰۵)، در نتیجه در دو گروه خطاها همگن بودند. پس از بررســی پیش‌فرض‌ها، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. بر اساس احتمال اثرپذیری نمرات پس‌آزمون از پیش‌آزمون، نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همراه در آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره وارد شدند تا اثر آن‌ها بر متغیرهای وابسته حذف گردد.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشـــان داد پس از حذف اثر پیش‌آزمون، بین دو گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای مورد مقایسـه تفاوت معنادار وجود دارد (p= ۰/۰۰۳، F= ۶/۷۵). به منظور مشـخص نمودن این امر که تغییرات ایجاد شـده در کدام یک از متغیرهای پژوهش است، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مؤلفه‌های روابط والد-کودک

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتای سهمی

1. Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)
2. Kolmogorov–Smirnov test

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.1.3]

	تعارض	۶۷۰/۸	۶۷۰/۸۴	۸/۰۷	۰/۰۱۰	۰/۲۹۸
گروه‌ها	نزدیکی	۲۷۷/۹	۲۷۷/۹	۱۷/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷۹
	وابستگی	۸/۶۳	۸/۶۳	۲/۹۹	۰/۱۰۰	۰/۱۳۶

با توجه به جدول ۳، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره نشان داد پس از حذف اثر پیش‌آزمون، بین دو گروه در میزان تعارض ($F_{۱و۱۹}$ = ۸/۰۷) و نزدیکی ($F_{۱و۱۹}$ = ۱۷/۴۷) تفاوت معنی‌دار وجود دارد (P < ۰/۰۵). البته لازم به ذکر است که تفاوت دو گروه در مؤلفهٔ وابستگی($F_{۱و۱۷}$ = ۲/۹۹) به لحاظ آماری معنی‌دار نیست (P > ۰/۰۵). به عبارت دیگر به‌نظر می‌رسد آموزش برنامهٔ مداخلهٔ حاضر، به طور معنی‌داری باعث کاهش سطح تعارض و افزایش میزان نزدیکی در روابط والد-کودک در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است.

علاوه‌بر یافته‌های فوق که حاصل مقایسهٔ داده‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در دو نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود، پژوهشگران حاضر اقدام به گردآوری داده‌های مرحلهٔ پیگیری در گروه آزمایش نمودند. در ادامه برای آزمون فرضیه ثبات تفاوت میانگین نمرات گروه آزمایش در طول زمان در ابعاد روابط والد-کودک، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر[1] استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض کرویت[2] داده‌ها با استفاده از آزمون ماخلی[3] بررسی گردید. نتایج عدم معنی‌داری مقدار خی دو در این آزمون برای نزدیکی (P = ۰/۴۴ و ۱/۶۴ = خی دو) و وابستگی (P = ۰/۳۱ و ۲/۳۵ = خی دو) نشان داد برابری واریانس تفاوت بین هر دو جفت از شرایط (زمان‌ها) برای این ابعاد مورد تأیید است و پیش‌فرض کرویت داده‌ها بر قرار است (P > ۰/۰۵). اما در مورد مؤلفهٔ تعارض (P = ۰/۰۰۵ و ۱۰/۶۳ = خی دو) این پیش‌فرض برقرار نیست (P < ۰/۰۵). بنابراین هنگام تحلیل این متغیر در آزمون تحلیل واریانس تک متغیری با اندازه‌گیری مکرر، از تصحیح گرین‌هوس-گیسر[4] استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات درون‌گروهی (۹/۲۷ = Hotelling's T: $F_{(۶۶)}$) نشان داد که اثرات زمان معنی‌دار است (P < ۰/۰۵). این نشان می‌دهد که میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم تفاوت معنی‌دار دارند. برای پیگیری نتایج و اینکه مشخص شود تغییرات ایجاد شده در کدام یک از متغیرهای مورد پژوهش است، از آزمون تحلیل واریانس تک متغیری با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیره با اندازه‌گیری مکرر برای مؤلفه‌های روابط والد-کودک در گروه آزمایش

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	میانگین مجموع مجذورات	F (df)	سطح معنی‌داری	مجذور اتای سهمی
زمان	تعارض	۳۵۲/۰۶	۲۹۱/۲۳	۳/۳۷ (۱۳/۳۰ و ۱/۲۱)	۰/۰۸۳	۰/۲۳۵
	نزدیکی	۱۶۲/۳۹	۸۱/۱۹	۱۲/۶۱ (۲۲ و۲)	۰/۰۰۰۵	۰/۵۳۴
	وابستگی	۴۶/۷۲	۲۳/۳۶	۶/۷۷ (۲۲ و ۲)	۰/۰۰۵	۰/۳۸۱

با توجه به جدول ۴، نتایج آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره با اندازه‌گیری مکرر نشان داد در اثرات زمان، نیمرخ میانگین نمرات گروه آزمایش در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در بعد تعارض ($F_{۱/۲۱و۱۳/۳۰}$ = ۳/۳۷) تفاوت معنی‌دار ندارد (P > ۰/۰۵). اما نیمرخ میانگین نمرات این افراد در ابعاد نزدیکی ($F_{۲و۲۲}$ = ۱۲/۶۱) و وابستگی ($F_{۲و۲۲}$ = ۶/۷۷) تفاوت معنی‌دار دارد (P < ۰/۰۵). این نتایج نشان می‌دهد که الگوی تغییرات میانگین آزمودنی‌های گروه آزمایش در ابعاد نزدیکی و وابستگی به لحاظ آماری معنی‌دار است. به عبارت دیگر بر اساس نتایج به دست آمده به نظر می‌رسد آزمودنی‌های گروه آزمایش در اثر دریافت آموزش برنامهٔ مداخلهٔ حاضر، علاوه‌بر اینکه نمرات بالاتر و پایین‌تری به ترتیب در نزدیکی و وابستگی کسب کرده‌اند، این تغییرات در طول زمان نیز باثبات و پایدار باقی مانده‌اند.

1. Multivariate Analysis of Variance with Repeated Measures
2. Sphericity Assumption
3. Mauchly's Test
4. Greenhouse-Geisser

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.1.3]

جدول ۵. مقایسه جفتی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای برای مؤلفه‌های روابط والد-کودک در گروه آزمایش

منبع تغییرات	متغیرها	زمان‌ها	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F (df)	سطح معنی‌داری	مجذور اتای سهمی
زمان	تعارض	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۳۷۴/۰۸	۳۷۴/۰۸	۳/۰۵ (۱۱ و ۱)	۰/۱۰۹	۰/۲۷۱
		پیش‌آزمون و پیگیری	۶۴۵/۳۳۳	۶۴۵/۳۳۳	۳/۸۷ (۱۱ و ۱)	۰/۰۷۵	۰/۲۶۰
	نزدیکی	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۲۸۰/۳۳۳	۲۸۰/۳۳۳	۱۶/۲۶ (۱۱ و ۱)	۰/۰۰۲	۰/۵۹۶
		پیش‌آزمون و پیگیری	۲۰۰/۰۸۳	۲۰۰/۰۸۳	۱۵/۶۲ (۱۱ و ۱)	۰/۰۰۲	۰/۵۸۷
	وابستگی	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۷۰/۰۸	۷۰/۰۸	۱۴/۵۷ (۱۱ و ۱)	۰/۰۰۳	۰/۵۷۰
		پیش‌آزمون و پیگیری	۷۰/۰۸۳	۷۰/۰۸۳	۱۱/۸۷ (۱۱ و ۱)	۰/۰۰۵	۰/۵۱۹

با توجه به جدول ۵ و در تأیید نتایج فوق، مقایسهٔ جفتی میانگین نمرات در زمان‌های مختلف (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در آزمون تحلیل واریانس تک متغیره با اندازه‌گیری مکرر، نشان داد در اثر زمان، به لحاظ بعد تعارض تفاوت میانگین نمرات گروه آزمایش در پیش‌آزمون با میانگین نمرات آنان در پس‌آزمون ($F_{۱و۱۱}$ = ۳/۰۵) و با میانگین نمرات آنان در پیگیری ($F_{۱و۱۱}$ = ۳/۸۷) معنی‌دار نیست (P > ۰/۰۵). اما تفاوت میانگین نمرات گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نزدیکی ($F_{(۱،۱۱)}$ = ۱۶/۲۶) پیش‌آزمون و پیگیری نزدیکی ($F_{(۱،۱۱)}$ = ۱۵/۶۲) پیش‌آزمون و پس‌آزمون وابستگی ($F_{(۱،۱۱)}$ = ۱۴/۵۷) و پیش‌آزمون و پیگیری وابستگی ($F_{(۱،۱۱)}$ = ۱۱/۸۷) معنی‌دار است (P < ۰/۰۵). این امر تأیید دیگری بر اثربخشی باثبات و پایدار برنامهٔ مداخلهٔ حاضر بر افزایش بعد نزدیکی و کاهش بعد وابستگی در روابط والد-کودک در طول زمان بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی بازی درمانی خانواده‌محور، بر بهبود رابطه والدین و کودکان با اختلال کاستی توجه بود. نتایج به دست آمده، نشان داد که بازی‌درمانی خانواده‌محور، بر ارتقای رابطه والدین با کودکان دارای اختلال کاستی توجه مؤثر است. نتیجه حاصل با نتیجه پژوهش‌های اپیولا و براتون (۲۰۱۸)، بهمنی و جهان‌بخشی (۱۳۹۹)، شیرودآقایی و همکاران (۱۳۹۹)، احمدزاده و همکاران (۲۰۲۲) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت که تمرکز اصلی بازی درمانی خانواده‌محور بر کمک به والدین برای رشد دیدگاهی واقع بینانه و قابل درک از کودک می باشد. در مداخلات بازی درمانی خانواده محور با در نظر گرفتن والد به عنوان عامل تغییر و درمان (گورنی و ریان، ۲۰۱۳) بر روی درک و پذیرش اختلال کودک و نشانه‌های وی توسط والد نیز کار می‌شود (لندرث و براتون، ۲۰۱۹). والدین کودکان با اختلال کاستی متوجه می‌شوند که فرزندشان در به وجود آمدن رفتارهایش مقصر نیست و برخوردها و نقص‌های او، ناشی از اختلال کاستی توجه می‌باشد (بارکلی،۲۰۲۱). آن‌ها با درک شرایط کودک خود، پذیرش بیشتری نسبت به او پیدا می‌کنند و تعامل بهتری با او برقرار می‌سازند و این امر موجب ارتقای رابطه والد با کودک می‌شود.

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که بازی درمانی خانواده‌محور موجب افزایش نزدیکی در روابط والد-کودک شده است. این یافته با نتیجه پژوهش‌های رحیمی و همکاران، (۱۳۹۸) و عدیلی و همکاران (۱۳۹۷) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته باید گفت که بازی به خانواده ها کمک می‌کند تا از طریق آرامش، خنده و لذت بردن از باهم بودن ارتباطات خود با یکدیگر را عمق بخشند (کادوسان و شافر، ۲۰۱۵). همچنین در زمان مخصوص بازی والد و کودک در منزل، والد فارغ از استرس‌ها و تعاملات روزمره، با کودک خود بازی می‌کند و این پیام را به او می‌دهد که در کنارش هست و کودک برایش از هر چیزی با اهمیت‌تر می‌باشد. این امر منجر به افزایش حس نزدیکی در روابط والد-کودک می‌گردد.

همچنین نتایج حاصل نشان داد که بازی درمانی خانواده‌محور بر کاهش تعارض در روابط والد و کودک مؤثر است. نتیجه حاصل با پژوهش‌های رحیمی و همکاران، (۱۳۹۸) و عدیلی و همکاران (۱۳۹۷) همسو می‌باشد. در تبیین یافته حاضر باید گفت که در بازی درمانی خانواده‌محور با تمرکز ابتدایی بر جنبه‌های مثبت رابطه والد-کودک (مانند نزدیکی) و تقویت آن به وسیله بازی، ویژگی‌های منفی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.1.3]

روابط بین کودک و والد (مانند تعارض) کمتر می‌شـــود (لندرث و براتون، ۲۰۱۹). علاوه برآن در مداخله حاضـــر، والدین به مهارت‌هایی مجهز شده بودند که می‌توانستند پاسخ‌های مناسب‌تری به رفتارهای نامطلوب کودک خود دهند، واکنش‌های نامناسب و فوری کمتری را اتخاذ می‌کردند و نوع ارتباط خود با کودکشان را تغییرمی‌دادند. این امر موجب می‌شد که کودک نیز در مقابل، همراهی بیشتری با والد داشته باشد، درنتیجه تعارض کمتری در رابطه والد و کودک ایجاد می‌شد. علاوه بر آن، آگاهی و بینشی که والدین در روند درمان نسبت به شرایط کودک خود پیدا می‌کردند باعث می‌شد که درک و پذیرش بیشتری نسبت به او داشته باشند و در نتیجه رفتار بهتری داشته باشند که خود منجر به کاهش تعارض در رابطه والد-کودک می‌شد.

در تبیین پایداری تأثیر بازی درمانی خانواده محور بر رابطه والد و کودکان با اختلال کاســتی توجه می توان گفت هنگامی که والدین مهارت‌های اساسی و پایه‌ای بازی درمانی مانند پاسخدهی انعکاسی و محدودیت‌گذاری درمانی را می‌آموزند، به تدریج احساس لیاقت و توانایی می‌کنند، زیرا ابزار جدیدی را برای استفاده در تعاملاتشان با کودکان خود فرا گرفته‌اند. در نتیجه، والدین احساس قدرت داشتن کرده و خود ادراکی آن‌ها افزایش می یابد. تغییرات در خود ادراکی موجب تغییر در رفتار وللدگری می‌شـــود (لندرث و براتون، ۲۰۱۹). همچنان که والدین در نقش خود به عنوان یک والد بیشتر احساس اعتماد به نفس و کنترل داشتن می‌کنند، می‌توانند ازکنترل کردن کودک فاصله گرفته و او را بپذیرند و این امر موجب می‌شود حتی در زمان سپری شده بعد از مداخله نیز نزدیکی بیشتر و وابستگی کمتر در روابط والد و کودک ایجادشود.

به طور کلی، نتایج پژوهش نشـان داد بازی درمانی خانواده‌محور به والدین کودکان با اختلال کاسـتی توجه کمک می‌کند تا الگوهای تعاملی مناسب‌تری با فرزند خود داشته باشند و با افزایش نزدیکی و کاهش وابستگی و تعارض در روابط، به طور بهتری با او ارتباط برقرار کنند، از آنجا که بهبود رابطه در این کودکان، موجب کاهش مشـکلات ناشـی از اختلال و کمک بیشـتر به کودک با اختلال کاسـتی توجه می‌گردد، و نیز از این جهت که بازی درمانی خانواده‌محور مداخله‌ای پاسخگو و متناسب با مرحله تحولی کودک اسـت و موجب درگیری کامل والد در فرآیند درمان می‌شـــود. بعلاوه، این مداخله، درمانی گروهی، ارزان، کوتاه‌مدت و به‌صـــرفه، با نتایجی قابل قبول محســـوب می‌شود. پیشنهاد می‌گردد در کنار سایر روش‌های درمانی این کودکان و مشاوره با والدینشان مورد استفاده قرار گیرد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضـــر می‌توان به اســـتفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، اشـــاره کرد. در نتیجه، تعمیم یافته‌های حاضـــر می‌بایست با احتیاط صورت گیرد. همچنین استفاده از ابزار خودگزاشی والدین برای بررسی رابطه، می‌تواند به جای اینکه منعکس کننده تغییرات در روابط والد و کودک باشد، درک والد از رابطه را نشان داده باشد. پیشنهاد می‌شود برنامه بازی‌درمانی خانواده‌محوردر گروه‌های سنی دیگر و زیرگروه‌های دیگر اختلال ADHD نیز، تکرار گردد و نتایج با هم مقایسه شود.

منابع

لبارشـــی، ز.، طهماســـیان، ک.، مظاهری، م. ع.، و پناغی، ل. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش برنامه ارتقای روانی اجتماعی کودک از طریق بهبود تعامل مادر کودک بر خودائرمندی والدگری و رابطه مادر و کودک زیر ســـه ســـال. *فصـــلنامه علمی- پژوهشـــی پژوهش در ســـلامت روانشـــناختی* ۳(۳)، ۵۲-۵۰. http://rph.khu.ac.ir/article-1-115-fa.html

بهمنی، م.، و جهان بخشـــی، ز. (۱۳۹۹). اثر بخشـــی برنامه مداخله‌ای بازی درمانی مبتنی بر رابطه وللد-کودک بربهبود کیفیت تعامل وللد-کودک و کاهش پـــرخـــاشـــگـــری کـــودکـــان پـــیـــش‌دبســـتـــانـــی. *فـــرهـــنـــگ مشـــاوره و روان درمـــانـــی*، ۱۱(۴۴)، ۱۳۱-۱۵۶. https://doi.org/10.22054/QCCPC.2020.51244.2358

رحیمی پردنجانی، س.، چرامی، م.، و شـکراللهی، ش. (۱۳۹۸). اثربخشـی بازی درمانی بومی شـده بر تعامل والد-کودک مادران کودکان پیش‌دبسـتانی دچار اختلال کاستی توجه/فزون کنشی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۵(۱)، ۲۵-۴۳. https://jfr.sbu.ac.ir/article_97716.html

حسن‌زاده، س.، امرایی، ک.، و صمدزاده، ص. (۱۳۹۸). فراتحلیلی بر شیوع اختلال کاستی توجه و بیش فعالی در ایران. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۰(۲)، ۱۶۵-۱۷۷. https://doi.org/10.22034/CECIRANJ.2019.95987

شـیرود آقایی، ا.، امیرفخرایی آ.، و زارعی ا. (۱۳۹۹). مقایسـه اثربخشـی بازی درمانی و درمان تعامل والد-کودک بر کنش‌های اجرایی و تعامل والد-کودک در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *فصلنامه سلامت روان کودک*. ۷ (۲)، ۹۵-۷۹. https://doi.org/10.29252/jcmh.7.2.8

عدیلی، ش.، میرزایی، ر.، و علبدی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشـــی بازی‌درمانی مبتنی بر روابط وللد و کودک بر کیفیت تعاملات وللد فرزند و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی. *فصلنامه کودکان استثنایی* . ۱۹ (۱) :۷۰-۵۹. http://joec.ir/article-1-906-fa.html

موسـوی، ر.، جمالی، ع.، نجاتی، ا.، و شـریفی، ع. (۱۳۹۵). اثربخشـی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر فرزندپروری مادران دارای کودک ۱۱-۸ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی – کمبود توجه. *رویش روان شناسی*. ۵ (۲) :۱۴۶-۱۱۵. http://frooyesh.ir/article-1-285-fa.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.1.3]

میردامادی، م.، حسن‌زاده، س.، غلامعلی لواسانی، م.، و وکیلی، س. (۱۴۰۱). روش‌های فرزندپروری مادران کودکان دارای اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی: مروری نظامدار. *توانمندسازی کودکان استثنایی*. ۱۳(۱): ۴۵-۳۸. http://https//doi.org/10.22034/CECIRANJ.2021.257055.1488

مینایی، ا. (۱۳۸۴). *هنجاریابی نظام مبتنی بر تجربه آزمایشگاه*. تهران. انتشارات سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی.

نجاتی، ا.، موسوی، ر.، روشن چسلی، ر.، و محمودی قرائی، ج. (۱۳۹۹). اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد - کودک (CPRT) بر شدت نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه(ADHD). *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴(۱): ۱۹-۳۱. https://doi.org/10.22070/14.1.19

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school age: Form & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2007). *Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Ahmadizadeh, R., Zenoozian, S., Rezaei, M., Mohammadi, J., & Motahhari, Z. (2022). Effect of Child-Parent Relationship Therapy on the Severity of Separation Anxiety Disorder in Children: A Clinical Trial with a Parallel Groups Study Design. *Preventive Care In Nursing and Midwifery Journal*, 12(1), 20–28. https://doi.org/10.52547/pcnm.12.1.20

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. https://doi.org 10.1176/appi.books.9780890425596

Baggerly, J. N., Ray, D. C. & Bratton S. C. (2010). *Child-centered play therapy research: The evidence base for effective practice* (pp. 267–294). Wiley.

Barkley, R.A. (2020) *Taking Charge of ADHD: The Complete Authoritative Guide for Parents*. (4th ed.). Guilford Press.

Barkley, R. A. (2021). 12 principles for raising a child with ADHD. Guilford Press.

Barkley, R. A. (2022). *Treating ADHD in Children and Adolescents what every clinician needs to know*. Guilford Press.

Booth, P. B., & Jernberg, A. M. (2010). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment based play* (3rd ed.). Josse Bass.

Cornett, N., & Bratton, S. C. (2013). Examining the Impact of Child Parent Relationship Therapy (CPRT) on Family Functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(3), 302–318. https://doi.org/10.1111/jmft.12014

De La Peña, I. C., Pan, M. C., Thai, C. G., & Alisso, T. (2020). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Predominantly Inattentive Subtype/Presentation: Research Progress and Translational Studies. *Brain Sciences*, 10(5), 292. https://doi.org/10.3390/brainsci10050292

Driscoll, K., & Pianta, R. C. (2011). Mothers' and fathers' perceptions of conflict and closeness in parent-child relationships during early childhood. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, (7), 1-24. https://psycnet.apa.org/record/2013-00755-001

Guerney, L., & Ryan, V. (2013) *Group Filial Therapy: the complete guide to teaching parents to play therapeutically with their children*. Jessica Kingsley Publishers.

Jensen-Hart, S. J., Christensen, J., Dutka, L., & Leishman, J. C. (2012). Child Parent Relationship Training (CPRT): Enhancing Parent-child Relationships for Military Families. *Advances in Social Work*, 13(1), 51–66. https://doi.org/10.18060/1881

Johnston C, Jassy, J. S. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: links to parent-child interactions. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 16(2): 74–49. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2242643/

Kaduson, H. G., & Schaefer, C. E. (2015). *Short-term play therapy for children.* (3rd. ed). New York: Guilford Press.

Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. Routledge.

Landreth, G. L., & Bratton, S. C., (2019). *Child Parent Relationship Therapy (CPRT): An Evidence-Based10-session filial therapy model* (2nd ed.).Routledge.

Lifford, K.J., Harold, G.T. & Thapar, A. (2008) Parent–Child Relationships and ADHD Symptoms: A Longitudinal Analysis. *J Abnorm Child Psychol* 36, 285–296. https://doi.org/10.1007/s10802-007-9177-5

Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2018). *Abnormal Child Psychology*. (5th ed.) Wadsworth Cengage Learning.

McNeil, C. B., & Hembree-Kigin, T. L.(2011*). Parent-Child Interaction Therapy*. (2nd ed.). New York: Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-88639-8

Niec, L. (2018). *Handbook of parent–child interaction therapy—innovations and applications for clinical practice*. Springer.

Opiola, K. K., & Bratton, S. C. (2018). The Efficacy of Child Parent Relationship Therapy for Adoptive Families: A Replication Study. *Journal of Counseling & Development*, 96(2), 155–166. Portico. https://doi.org/10.1002/jcad.12189

Pianta, R. C. (1997). Adult–Child Relationship Processes and Early Schooling. *Early Education & Development*, 8(1), 11–26. https://doi.org/10.1207/s15566935eed0801_2

Sin, B. S. Y., & Lee Ai Cheng, J. (2022). Psychoeducation and Family Intervention by Parents of Children with Attention Deficit Hyperactive Disorder: A Comprehensive Review. *Journal of Cognitive Sciences and Human Development*, *8*(2), 115-138. https://doi.org/10.33736/jcshd.4745.2022

Sellers, R., Harold, G. T., Smith, A. F., Neiderhiser, J. M., Reiss, D., Shaw, D., Natsuaki, M. N., Thapar, A., & Leve, L. D. (2021). Disentangling nature from nurture in examining the interplay between parent-child relationships, ADHD, and early academic attainment. *Psychol Med*, 51(4):645-652. https://doi.org/10.1017/S0033291719003593

Ullsperger J. M., Nigg J. T., and Nikolas M. A., (2016). Does child temperament play a role in the association between parenting practices and child attention deficit/hyperactivity disorder?'. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(1), pp. 167–178. https://doi.org/10.1007/s10802-015-9982-1

Wallace, C. E., & Russ, S. (2018). *Improving the parent-child relationship in ADHD: A pretend play intervention*. Case Western Reserve University.

Wesseldijk, L. W., Dieleman, G. C., van Steensel, F. J. A., Bartels, M., Hudziak, J. J., Lindauer, R. J. L., Bögels, S. M., & Middeldorp, C. M. (2018). Risk factors for parental psychopathology: A study in families with children or adolescents with psychopathology. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(12), 1575–1584. https://doi.org/10.1007/s00787-018-1156-6

VanFleet, R. (2022). *A Parent`s Handbook of Filial Therapy* (3rd ed.). Play Therapy Press.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.1.3]