آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطهٔ والد–کودک (مطابق الگوی لندرث) به مادران و اثربخشی آن در حل مشکلات رفتاری فرزندان دانش‌آموز آنان

مریم دبیر[۱]
دکتر حسن اسدزاده[۲]
دکتر حمیدرضا حاتمی[۳]

چکیده

پژوهش حاضر با هدف آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطهٔ والد-کودک (مطابق الگوی لندرث) به مادران و تعیین اثربخشی آن در حل مشکلات رفتاری فرزندان دانش‌آموز آنان انجام شده است. پژوهش به‌صورت نیمه‌آزمایشی و با استفاده از طرح دو گروهی ناهمسان با پیش‌آزمون و پس‌آزمون صورت گرفته است. جامعهٔ آماری شامل مادران دانش‌آموزان دورهٔ ابتدایی محلهٔ دردشت منطقهٔ ۸ شهرداری تهران در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود. نمونهٔ آماری ۶۰ نفر از مادران بودند که به‌صورت تصادفی ساده انتخاب و به دو گروه ۳۰ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامهٔ مشکلات رفتاری راتر بود. به گروه آزمایش، آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطهٔ والد-کودک مطابق با الگوی لندرث، به‌مدت ده جلسه یک ساعت و نیمه ارائه شد. هر دو گروه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به پرسشنامهٔ مشکلات رفتاری پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از دو آزمون کولموگروف اسمیرنف به‌منظور سنجش نرمال بودن داده‌ها و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای آزمون فرضیهٔ پژوهش استفاده شد. یافته‌ها نشان دادند که آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطهٔ والد-کودک به مادران به‌طور معناداری موجب کاهش مشکلات رفتاری فرزندان دانش‌آموز آنان می‌شود. بنابراین، آموزش مهارتهای بازی به مادران با ایجاد حس کارآمدی و احساس اعتماد به نفس می‌تواند موجب تقویت ارتباط میان مادر و کودک شود و زمینه را برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان فراهم آورد.

کلید واژگان: بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد–کودک، مشکلات رفتاری، الگوی لندرث

تاریخ دریافت: ۹۷/۱/۲ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۲

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران Maryam.dabir@yahoo.com
۲. دانشیار دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی(نویسنده مسئول) Asadzadeh@atu.ac.ir
۳. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه جامع امام حسین (ع) hhatami83@yahoo.com

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]

مقدمه

مشکلات هیجانی-رفتاری به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن پاسخهای هیجانی و رفتاری در مدرسه با هنجارهای فرهنگی، سنی و قومی تفاوت داشته باشند، به‌طوری‌که بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری فردی، رفتار در کلاس و سازگاری در محیط کار نیز تأثیر منفی بگذارند. اغلب کودکان و نوجوانان با اختلالهای رفتاری، احساسات منفی دارند و با دیگران بدرفتاری می‌کنند. در بیشتر موارد، معلمان و همکلاسیها، آنان را طرد می‌کنند و در نتیجه فرصتهای آموزشی آنان کاهش می‌یابد (براون و پرسی[1]، ۲۰۰۷). اغلب این کودکان در یک یا چند مورد از تواناییهای تحصیلی مانند خواندن، نوشتن و ریاضیات مشکلات جدی دارند و این مشکلات ناشی از بهرهٔ هوشی پایین، نارساییهای حسی، آموزش ناکافی و کمبودهای فرهنگی آنان نیست (هالاهان و کافمن[2]، ۱۹۸۸؛ ترجمهٔ جوادی، ۱۳۸۶).

نتایج بررسیها نشان می‌دهد که مشکلات رفتاری کودکان می‌تواند آثاری طولانی مدت بر سطح کنشوری رفتاری، جسمانی، شناختی و هیجانی داشته باشد (اسمیت، کاتسیانیس[3] و رایان[4]، ۲۰۱۱). شمار کودکانی که وخامت مشکلات آنان در حدی است که نیاز به درمانگری دارند، در حدود ۱۵ تا ۲۲ درصد تخمین زده شده است (کاستلو، برنز، انگولد و لیف[5]، ۱۹۹۳) و درصد قابل‌توجهی از کودکان سنین مدرسه و قبل از مدرسه دچار مشکلات رفتاری هستند (هارلند، رینولد، بروگمان، ورلوو- ونهوریک و ورهولست[6]، ۲۰۰۲). انتظار می‌رود این دانش‌آموزان بعد از تجربهٔ شکست و احساس ناشایستگی در چند سال متوالی تحصیلی علائمی از پریشانی همراه با مشکلات عاطفی و هیجانی بروز دهند (آرثر[7]، ۲۰۰۳) و بروز رفتارهای نامطلوب، خشونت، خلق منفی و رفتارهای مقابله ای شرایط طردشدگی کودک از سوی همگنان و جامعه را فراهم می‌کند (پرینگسهایم، هرش، گاردنر و گورمن[8]، ۲۰۱۵). این درحالی است که بررسیها نشان می‌دهند که طردشدگی و احساس تنهایی با عزت‌نفس پایین، افسردگی و حتی گرایش به خودکشی رابطه دارد (استیکلی و کویاناگی[9]، ۲۰۱۶).

1. Brown & Percy
2. Hallahan & Kauffman
3. Katsiyannis
4. Ryan
5. Castello, Burns, Angold & Leaf
6. Harland, Reijneveld, Brugman, Verloove-Vanhorick & Verhulst
7. Arthur
8. Pringsheim, Hirsch, Gardner & Gorman
9. Stickley & Koyanagi

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]

یکی از مهم‌ترین روشهای رفع مشکلات رفتاری کودکان بازی است، زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساسات خود با مشکل روبه‌رو هستند و از طریق بازی می‌توانند موانع را کاهش دهند و احساسات خود را بهتر نشان دهند. بازی به کودکان اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای او تهدیدکننده اند، نشان دهند (وتینتون[1] و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین بازی افکار درونی کودک را با دنیای پیرامون او ارتباط می‌دهد و سبب می‌شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت‌کنترل خود درآورد. از طریق بازی درمانی کودک می‌تواند مهارتهای کنترل خود را بهتر فراگیرد. بازی درمانی رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریهٔ درمان است که فرایندهای یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودکان را پایه‌ریزی می‌کند (لندرث[2]، ۲۰۰۲).

از جدیدترین روشهای مبتنی بر بازی در اصلاح رفتار کودکان، روش مبتنی بر رابطهٔ والد-کودک[3] (CPRT) است که نوعی برنامه آموزش والدین است و ویژگیهایی خاص دارد. از جمله این ویژگیها توجه به ابعاد مختلف تعاملات والد-کودک است که با تجهیز والدین به فنون بازی درمانی و کودک-محوری، به ایجاد ارتباطی مثبت کمک می‌کند، در حالی‌که سایر برنامه‌های آموزش والدینی مانند فرزندپروری مثبت[4] (Triple P) و آموزش مدیریت والدینی[5] عمدتاً بر اصلاح و خاموش‌سازی رفتارهای خاص در کودک متمرکزند. منطق اساسی CPRT تمرکز بر یک رابطهٔ پیشگیری‌کننده برای مشکلات آتی است. گفتنی است کودکانی که رابطه ای بهتر با والدین خود دارند و والدین فشار روانی کمتری را نشان می‌دهند مشکلات رفتاری کمتری دارند (ون در گیست، ون‌دن هیول-ایبرینک، پاسخیر، ون‌دن هود-هیرشاپ، پیترس و دارلینگتون[6]، ۲۰۱۴).

اثربخشی بازی درمانی در حل مشکلات رفتاری کودکان در مطالعات بسیار مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج پژوهش لندرث و همکاران (۲۰۰۹) نشان می‌دهد که بازی درمانی کودک-محور تأثیری مثبت روی رفتار و هیجانها دارد. این پژوهشگران بیان کرده اند که هنگام اندیشیدن به تغییر رفتار کودکان، می‌توان در سه گستره متمرکز شد: کودک، آموزشگاه و خانواده. خانواده بستری است که آدمی زندگی‌اش را با آن آغاز می‌کند و در آن شکل می‌دهد. یکی از مؤثرترین مداخلات در حیطه مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان، آموزش مهارتهایی به والدین است که به کنترل رفتار

1. Wethinton
2. Landreth
3. Child-parent relationship therapy
4. Positive Parenting Program (PPP)
5. Parenting Management Training (PMT)
6. Van der Geest, Van den Heuvel-Eibrink, Passchier, Van den Hoed-Heerschop, Pieters & Darlington

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]

از سوی کودک و ایجاد سبکهای والدینی مؤثر می‌انجامد. رابطهٔ عاطفی میان والد و کودک، در فرایند درمان امری تأثیرگذار محسوب می‌شود و با آموزش مهارتهای درمانی، والدین می‌توانند در حد درمانگر و شاید هم بیشتر از آن برای فرزندانشان موثر باشند.

بررسی آموزش دو جلسه‌ای مدل روابط کودک- والد روی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی نشان داد که مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد- کودک موجب کاهش معنادار استرس و افزایش دانش والدین نسبت به اختلال فرزندان‌شان شده است (لیندو، آکای، سالیوان و مینی والن[1]، ۲۰۱۲). سالیوان (۲۰۱۱) نیز در بررسی آموزش مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد- کودک طی ده جلسه به والدین کودکان اوتیسم، نشان داد که این نوع مداخله به ارتباط صمیمانه‌تر کودک-والد منجر شده و تجارب و دانش والدین را در مواجهه با این کودکان بهبود بخشیده است. ری، آرمسترانگ، بالکین و جین[2] (۲۰۱۵) در فراتحلیل مطالعات صورت گرفته در این حوزه نشان داده‌اند که بازی درمانی کودک-محور در مدارس ابتدایی بر مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده، خودکارآمدی و عملکرد تحصیلی مؤثر است.

ویلسون[3] و ری (۲۰۱۸) در بررسی اثربخشی بازی درمانی کودک-محور بر پرخاشگری، همدردی و خودتنظیمی کودکان ۵ تا۱۰ سال نشان داد که پس از جلسات بازی درمانی کاهش معنادار در پرخاشگری و همچنین افزایش در خودتنظیمی و همدردی در کودکان دیده می‌شود. اوپیولا و براتون[4] (۲۰۱۸) در بررسی اثربخشی بازی درمانی والد-کودک روی ۴۹ خانواده دارای فرزندخوانده نشان دادند که به‌کارگیری این روش سبب بهبود قابل توجه مشکلات رفتاری کودکان، کاهش استرس والدین و همدلی والدین با فرزندانشان می‌شود.

سوانک، چونگ و ویلیامز[5] (۲۰۱۸) در پژوهشی با مقایسه دو روش بازی درمانی ارتباط- محور و برنامه گروهبندی مهارت نشان دادند که کودکان شرکت کننده در بازی درمانی ارتباط- محور نسبت به کودکان شرکت کننده در برنامه گروهبندی مهارت که پایه آن بر مبنای تقویت و تمرین مهارتهاست، کاهش بیشتری در مشکلات رفتاری داشتند. آکای و براتون (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان اثربخشی بازی درمانی آدلری روی کودکان دارای اضطراب و کمال‌طلبی ناسازگارانه که به صورت مطالعه موردی انجام شده به این نتیجه رسیده اند که این روش

1. Lindo, Akay, Sullivan & Meany-Walen
2. Ray, Armstrong, Balkin & Jayne
3. Wilson
4. Opiola & Bratton
5. Swank, Cheung & Williams

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]

بازی درمانی یک مداخله امیدبخش در درمان کمال‌طلبی ناسازگارانه کودکان و مشکلات اضطرابی ناشی از آن است که باید بیشتر بررسی شود.

کوکران و کوکران[1] (۲۰۱۷) در بررسی اثربخشی بازی درمانی کودک- محور برای دانش آموزان با اختلال رفتاری شدید در مدارس محروم نشان دادند که میان گروه آزمایش و کنترل تفاوتی معنادار از نظر مشکل توجه، رفتارهای برون‌سازی شده و یادگیری مبتنی بر خودکارامدی وجود دارد. ریتزی[2]، ری و شومان[3] (۲۰۱۷) در بررسی بازی درمانی کودک- محور کوتاه مدت و رفتارهای برون‌سازی شده درکودکان با مشکلات رفتاری نشان دادند که این شیوه درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان با رفتارهای برون‌سازی شده مؤثر بوده است. سالتر، بیمیش و دیویس[4] (۲۰۱۶) در بررسی اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر رشد هیجانی و عاطفی سه کودک استرالیایی ۴ تا ۶ ساله با مشکل اوتیسم به این نتیجه رسیدند که این روش که به صورت انفرادی و به مدت ده هفته برای این کودکان انجام شد، یک مداخله مؤثر بود.

در داخل کشورمان نیز بررسیها حاکی از تاثیرگذاری مثبت بازی درمانی در حل مشکلات رفتاری کودکان است. لواسانی، کرامتی و کدیور (۱۳۹۷) در بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر سازگاری اجتماعی و سازگاری تحصیلی دانش آموزان با اختلال خواندن به این نتیجه رسیدند که این شیوه درمانی می‌تواند نقشی قابل توجه در افزایش مهارتهای تحصیلی و اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال خواندن داشته باشد. پیرعباسی و صفرزاده (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری و عملکرد حافظه دانش‌آموزان دبستانی دختر دارای اختلال یادگیری خاص که روی ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی در شهر اهواز انجام شد، نشان دادند که بازی درمانی گروهی بر کاهش مشکلات رفتاری و بهبود و توان‌بخشی حافظه دانش آموزان اثربخش بوده است.

هاشمی، بنی‌جمالی و خسروی (۱۳۹۷) در مقایسهٔ تأثیر برنامه بازی درمانی اکوسیستمیک و بازی درمانی کوتاه مدت بر کاهش نشانه‌های نقص توجه- بیش فعالی کودکان که روی ۱۲کودک ۷ تا۱۰ ساله انجام شد، نشان دادند که اثربخشی بازی درمانی اکوسیستمیک نسبت به بازی درمانی کوتاه مدت برای کودکان در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه- بیش فعالی بیشتر است. مقوم، نصیریان و زارعی محمودآباد (۱۳۹۶) در بررسی اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر روابط

1. Cochran, J. L. & Cochran, N. H.
2. Ritzi
3. Schumann
4. Salter, Beamish & Davies

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]

والد-کودک بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی مادران با کودک دارای معلولیت ذهنی خفیف که طی هشت جلسه درمانی روی ۳۰ نفر از مادران دارای کودک معلول ذهنی انجام شد به این نتیجه رسیدند که این روش درمانی سبب کاهش اضطراب، استرس و افسردگی مادران می‌شود.

نجفی و سرپولکی (۱۳۹۵) در تحقیقی نشان دادند که بازی درمانی شناختی رفتاری بر کاهش پرخاشگری در هر سه مولفهٔ جسمانی، رابطه ای و واکنشی و بهبود اختلال املایی کودکان دبستانی مؤثر است. علویان، طبیبی، بنی‌هاشم و عبدخدایی (۱۳۹۵) در پژوهشی که روی ۱۴ کودک در بیمارستان دکتر شیخ مشهد و با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام دادند، نشان دادند که بازی درمانی والد-کودک بر کاهش نشانگان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان، کاهش استرس ادراک شده مادران و بهبود رابطه والد-کودک مؤثر است. نتایج به‌دست آمده از پژوهش حسن‌زاده، پورحسین، سیاری‌فرد و میرطلایی (۱۳۹۵) در بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد فیلیال‌تراپی بر تعامل والد-کودک، استرس والدینی و مهارتهای اجتماعی کودکان دیابتی بیانگر وجود تفاوت معنادار میان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دوگروه کنترل و آزمایش در نمره کل مهارتهای اجتماعی، استرس والدینی و تعامل والد -کودک بوده است.

فتاحی، زنگونی، شکوهی و شاکری (۱۳۹۵) نیز به بررسی میزان اثربخشی بازی درمانی بر میزان پرخاشگری و تعامل والدین با دانش آموزان سال اول ابتدایی پرداختند. یافته‌های پژوهش آنان حاکی از آن است که اجرای بازی درمانی منجر به کاهش پرخاشگری و بهبود رابطه و تعامل والدین با فرزندان می‌شود. تاج‌طالبی و آقایی (۱۳۹۵) در مطالعه اثربخشی بازی درمانی بر افزایش عزت نفس اجتماعی دانش آموزان پسر ۸ تا ۱۲ سال نشان دادند که بازی درمانی در افزایش عزت‌نفس اجتماعی کودکان تاثیرگذار بوده است. پژوهش احتشام و تبیاری (۱۳۹۵) نشان داد که بازی درمانی در بهبود باورهای خودکارآمدی و مهارتهای ارتباطی دانش‌آموزان مؤثر بوده است.

میرزایی (۱۳۹۵) در بررسی اثربخشی بازی درمانی کودک-محور با رویکرد آکسلاین بر خودپنداره کودکان پیش‌دبستانی شهر مریوان به این نتیجه رسیده که بازی درمانی بر خودپندارهٔ کودکان پیش‌دبستانی تاثیرگذار است. همچنین، یزدخواستی، سربندونی و زنبیل‌باف (۱۳۹۵) به این نتیجه دست یافته‌اند که بازی درمانی در رفع اختلالهای رفتاری دانش‌آموزان ابتدایی مؤثر است. پناهنده، پیرانی و تقوای (۱۳۹۵) نیز در بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد والد-کودک بر انطباق‌پذیری و همبستگی خانوادگی در مادران دارای کودک ۶ تا ۱۱ به این نتیجه رسیدند که

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]

بالا بردن رشد مهارتهای اجتماعی و شخصیتی براساس مبانی نظری و روان‌شناسی تربیتی باید غیرمستقیم و از طریق بازی، قصه و ایفای نقش باشد.

قدم‌پور، شهبازی‌راد، محمدی و عباسی (۱۳۹۴) در پژوهشی که روی ۲۰ کودک پیش دبستانی با اختلالات رفتاری در شهر کرمانشاه طی هشت جلسه بازی درمانی بی‌رهنمود انجام دادند، نتیجه گرفتند که بازی درمانی بی‌رهنمود بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی مؤثر است. پژوهش حیاتی، شیرعلیپور و عظیم‌زاده (۱۳۹۴) کارایی آموزش بازی درمانی کودک –محور به مادران را در کاهش پرخاشگری کودکان پسر ۵-۱۰ سال مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر کرج بررسی کردند و نتیجه گرفتند که به‌کارگیری این روش درمانی در خانواده‌هایی مؤثرتر است که دارای مادر جوان و خانه‌دار، فرزند کم‌تر و کودکان کم سن‌ترند. در مقابل، منفی بودن و معنادار بودن ضریب همبستگی نمرهٔ پرخاشگری آزمودنیها پس از درمان با تحصیلات مادر نشانگر موفقیت بیشتر به‌کارگیری این روش درمانی از سوی مادرانی است که از سطح بالاتری از تحصیلات برخوردارند.

مصطفوی، شعیری، اصغری‌مقدم و محمودی قرایی (۱۳۹۱) در پژوهشی روی ۱۳ مادر و کودک پیش دبستانی ۷-۶ ساله دارای مشکلات رفتاری با به‌کارگیری و آموزش مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد- کودک طی ده جلسه به مادران کودکان گروه آزمایش، کاهش معنادار مشکلات رفتاری در حیطه مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده این کودکان را در مقایسه با گروه کنترل گزارش کردند. مطالعهٔ کاظمی، محمدی و آخوندزاده (۱۳۹۰) نشان داده است که آموزش ارتباط والد-کودک روی کاهش پرخاشگری و تکانشگری و افزایش مهارت خودکنترلی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/کمبود مؤثر است.

هر چند بررسی پژوهشهای پیشین نشان می‌دهد که بازی درمانی اثربخشی لازم را برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان دارد اما روش مذکور در ایران کمتر مورد توجه و استفاده خانواده‌هاست. از سویی هم شرایط اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی جامعه مدام در حال تغییر است و این امر لزوم انجام دادن پژوهشهای جدید را برای سنجش اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطهٔ والد-کودک به مادران و اثربخشی آن در حل مشکلات رفتاری فرزندان دو چندان می‌کند.

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش به‌صورت نیمه‌آزمایشی و با استفاده از طرح دو گروهی ناهمسان با پیش‌آزمون و پس‌آزمون صورت گرفته است. برای اجرای پژوهش ابتدا آزمودنیها به دو گروه آزمایش و گواه

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]

تقسیم شدند. پیش از اعمال متغیر مستقل هر دو گروه با پیش‌آزمون اندازه‌گیری شده و نتایج ثبت شده است. پس از اعمال متغیر مستقل برای گروه آزمایشی مجدداً هر دو گروه با پس‌آزمون بررسی شده و نتایج به دست آمده در مرحله پس‌آزمون تجزیه و تحلیل شد.پس از یک دوره یک ماهه یک آزمون پیگیری برای بررسی ماندگاری اثر مداخله از هر دو گروه به عمل آمد.

جامعهٔ آماری مادران دانش‌آموزان دورهٔ ابتدایی محله دردشت منطقه ۸ شهرداری تهران در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بوده است. نمونه آماری۶۰ نفر از این مادران بودند که به صورت تصادفی ساده انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. به این‌ترتیب که بر اساس فهرست مادران شرکت‌کننده در کلاسهای آموزشی سرای محله دردشت صد نفر از مادران به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. با استفاده از پرسشنامه مشکلات رفتاری، از میان این افراد ۶۰ نفر از مادرانی که دارای فرزندانی با مشکلات رفتاری بودند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه(گروه آزمایش ۳۰ نفر و گروه کنترل ۳۰ نفر) جایگزین شده‌اند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامهٔ مشکلات رفتاری راتر (فرم والد[1]، ۱۹۷۵) است. این پرسشنامه دارای ۳۰ گویه است و در ایران پس از تغییراتی که مهریار و همکارانش در پرسشنامه صورت داده اند، نمره برش میان ۸ تا ۱۳ جهت این تفاوت‌گذاری تعیین شده است (مهریار و یوسفی،۱۳۷۰). پرسشنامهٔ مشکلات رفتاری کودکان راتر، فرم معلم[2] (۱۹۷۶) نیز برای شناخت مشکلات رفتاری کودکان دبستانی ساخته شده است. نسخهٔ اولیهٔ این پرسشنامه دارای ۲۶ گویه است و نسخهٔ ایرانی این پرسشنامه را در ۳۰۰ ماده خرامین (۱۳۷۳) تهیه کرده است.

دربارهٔ پایایی پرسشنامه پژوهش گفتنی است که راتر و همکاران (۱۹۶۴) مطالعه ای وسیع در مورد کودکان ۱۰ و ۱۱ ساله انجام داده اند. در این مطالعه تعداد ۱۵۳۶ کودک با پرسشنامه راتر مورد ارزیابی قرار گرفته و پایایی این پرسشنامه نیز سنجیده شده است. راتر پایایی بازآزمایی و پایایی درونی پرسشنامه را در یک مطالعه پیش‌آزمون و پس‌آزمون با فاصلهٔ دو ماه گزارش کرده است. همچنین، همبستگی میان پاسخهای پدران و مادران ۰/۶۴ بوده است. در پژوهش مهریار و یوسفی (۱۳۷۰) برای سنجش پایایی پرسشنامه از روش بازآزمایی استفاده شده است. برای این منظور پس از گذشت دو ماه از معلمان خواسته شد که پرسشنامه را مجدداً برای ۳۰ آزمودنی تکمیل کنند. ضریب حاصل از این بازآزمایی برابر ۹۰٪ بود. با توجه به انتخاب نمونه آماری از مادران دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاری محله دردشت منطقه ۸ تهران و پس از انتخاب

1. Rutter’s Child Behavior Questionnaire for Parents
2. Rutter’s Child Behavior Questionnaire for Teachers

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]

آزمودنیها و موافقت آنها با نوع جلسات مورد نظر، مادران یادشده به‌طور تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. سپس، گروه کنترل در انتظار ماندند و گروه آزمایش در جلسات اصلی شرکت داده شدند و طی ده جلسه یک ساعت و نیمه با محتوای زیر مورد آموزش قرار گرفتند.

جلسه اول: بیان موضوعات پایه مانند تشویق و تقویت والدین، همدلی با والدین، عادی جلوه دادن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندانشان، مرور اجمالی موضوعات آموزشی جلسات CPRT، معرفی اعضای گروه به یکدیگر.

جلسه دوم: تبادل غیررسمی و دوستانه اطلاعات و مرور تکالیف خانگی جلسه اول، یادآوری اصول اساسی جلسات بازی والدین با کودک، معرفی و ارائه اسباب بازیهای مورد نیاز، معرفی و ایفای نقش مهارتهای اساسی جلسه بازی(به‌صورت زنده و با نوار ویدیویی).

جلسه سوم: مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، معرفی بایدها و نبایدهای جلسه بازی، تکمیل فهرست اسباب بازیها، تهیه کارتهای تعیین وقت برای هر جلسه بازی، ارائه تکالیف منزل.

جلسه چهارم: مرور تکالیف جلسه قبل، مرور جلسات بازی ضبط شده با نظارت درمانگر، اعمال سه گام محدودیت‌گذاری در بازی، ایفای نقش و نشان دادن فیلم در زمینهٔ مهارتهای مورد نیاز در جلسه بازی و سه گام محدودیت‌گذاری.

جلسه پنجم: تمرکز عمده این جلسه بر حمایت و تشویق والدین به هنگام یادگیری و تمرین مهارتهای جلسه بازی، برای کاستن از احساس ناتوانی و درماندگی والدین است. همچنین گزارش والدین از جلسات بازی در منزل، مرور مبحث محدودیت‌گذاری در سه جلسه.

جلسه ششم: برنامه کار در جلسات ششم تا نهم بدین ترتیب بود که هدف اصلی درمانگر در برخورد با والدین، تقویت و ایجاد احساس کارآمدی آنها از طریق ایجاد احساس عزت‌نفس و اعتماد به نفس است.

جلسه هفتم: هدف اصلی این جلسه حمایت و تشویق مهارتهای والدین و پیشرفتهای آنان است تا اعتماد به نفس آنها با حمایت و راهنمایی گروه افزایش یابد. همچنین مهارت جدید پاسخهای تقویت‌کننده و سازنده عزت‌نفس آموزش داده شد.

جلسه هشتم: تمرکز عمده این جلسه بر حمایت و تشویق مهارتهای والدین و نیز گزارش والدین از کاربرد مهارتهای پاسخ‌دهی عزت نفس‌ساز در شرایط خارج از جلسه بازی، ایفای نقش و نمایش فیلم مهارتهای جلسه بازی و پاسخهای تشویقی والدین بود.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]

جلسه نهم: تلخیص آموزه‌های والدین از جلسات بازی و تمرکز بر تغییرات رفتاری آنها، تاکید بر بایدهای جلسه بازی، بهره‌گیری از مثالهای والدین برای تقویت بایدهای جلسه بازی، استفاده از مهارتها در موقعیتهای خارج از جلسه بازی.

جلسه دهم: هدایت، ارزیابی و پیگیری جلسات بازی و مهارتهای والدین در این زمینه، ارزیابی والدین از تجارب و ادراکات‌شان از تغییرات حاصله در رفتار خود و فرزندان‌شان و طرح آن در گروه، مرور مطالب گفته شده در جلسات قبل، تأکید بر تداوم جلسات بازی در منزل و اهمیت آن. ابتدای هر جلسه در مورد چگونگی کار توضیحاتی به مادران ارائه شد و تکالیف خانگی آن جلسه و جلسه قبل مورد بررسی قرار گرفت تا مشکلات احتمالی والدین برطرف شود. سرانجام، رفتار کودکان والدین یاد شده مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

فرضیهٔ پژوهش: آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطهٔ والد-کودک به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری فرزندان دانش‌آموز آنان مؤثر است.

الف) مفروضهٔ نرمال بودن توزیع پراکندگی داده‌ها: برای بررسی توزیع پراکندگی متغیرها از آزمون کولموگروف اسمیرنف استفاده شده است. در جدول ۱ نتیجهٔ آزمون کولموگروف اسمیرنف برای هر یک از متغیرها در سه مرحلهٔ مختلف سنجش و به تفکیک گروه آزمایشی گزارش شده است.

جدول ۱: آزمون کولموگروف- اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع پراکندگی نمرات مشکلات رفتاری

	گروه	کولموگروف- اسمیرنف		
		آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
پیش‌آزمون مشکلات رفتاری	آزمایش	۰,۱۲۸	۳۰	۰,۲۱۵
	کنترل	۰,۱۳۲	۳۰	۰,۱۹۴
پس‌آزمون مشکلات رفتاری	آزمایش	۰,۱۱۳	۳۰	۰,۲۷۳
	کنترل	۰,۱۵۴	۳۰	۰,۰۶۶
پیگیری مشکلات رفتاری	آزمایش	۰,۱۵۷	۳۰	۰,۰۵۷
	کنترل	۰,۱۵۴	۳۰	۰,۰۶۶

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که اندازهٔ آزمون کولموگروف- اسمیرنف برای هیچ کدام از مشکلات رفتاری در هر سه مرحله سنجش آن دارای مقدار معنادار آماری نیست. این نتیجه دال بر نرمال بودن توزیع پراکندگی مشکلات رفتاری است.

ب) مفروضهٔ همسانی ماتریس واریانسهای خطا: این پیش‌فرض با آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به جدول ۲ مشخص است که اندازهٔ آزمون لون برای متغیر مشکلات رفتاری در هیچ یک از مراحل سنجش آن معنادار نیست که دال بر برقراری این پیش‌فرض آماری است.

جدول ۲: آزمون لون برای بررسی همسانی واریانسهای خطای مشکلات رفتاری

متغیر	F	df1	df2	Sig.
مشکلات رفتاری	۳,۱۵۸	۱	۵۸	۰,۰۷۹

در جدول ۳ میانگین نمرهٔ مشکلات رفتاری به تفکیک گروه و زمان سنجش این متغیر گزارش شده است. همانطور که مشخص است میانگین نمرات مشکلات رفتاری به‌طور قابل چشم‌گیری برای گروه آزمایش، پس از اجرای پس‌آزمون مشکلات رفتاری کاهش یافته است.

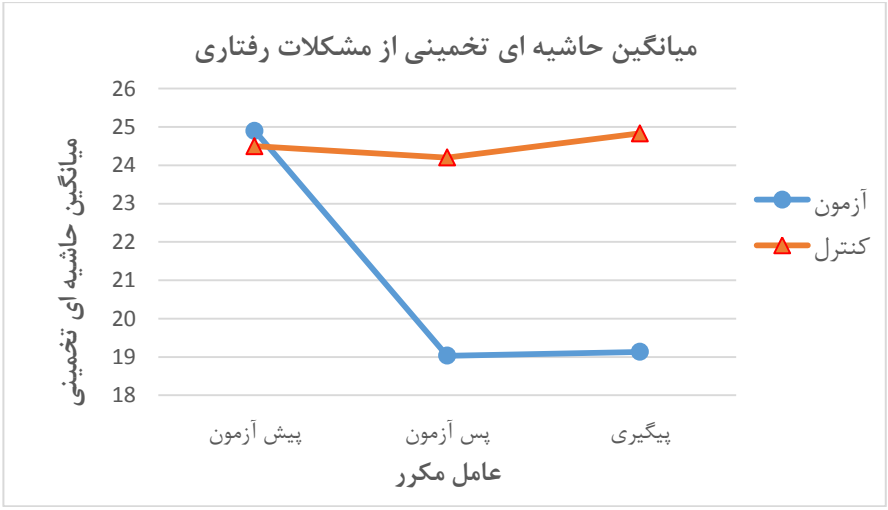
جدول ۳: میانگین نمرهٔ مشکلات رفتاری به تفکیک گروه و زمان سنجش

	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
پیش‌آزمون مشکلات رفتاری	آزمایش	۲۴,۹۰۰۰	۴,۵۵۱۲۴	۳۰
	کنترل	۲۴,۵۰۰۰	۳,۰۴۸۴۶	۳۰
پس‌آزمون مشکلات رفتاری	آزمایش	۱۹,۰۳۳۳	۲,۱۴۱۲۷	۳۰
	کنترل	۲۴,۲۰۰۰	۳,۰۲۱۷۶	۳۰
پیگیری مشکلات رفتاری	آزمایش	۱۹,۱۳۳۳	۱,۹۰۷۰۳	۳۰
	کنترل	۲۴,۸۳۳۳	۲,۷۸۰۲۷	۳۰

نمودار ۱ به مقایسهٔ نمرهٔ میانگین مشکلات رفتاری گروه آزمایش و کنترل در دو مرحلهٔ سنجش این متغیر پرداخته است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]



نمودار ۱: مقایسهٔ تغییرات نمرهٔ میانگین مشکلات رفتاری

ج) با توجه به اینکه اندازهٔ آزمون موخلی برای مشکلات رفتاری معنادار است، برای تحلیل نتایج باید از آماره گرینهاوس گیسر استفاده کرد. در جدول ۴ نتیجه آزمون آثار درون آزمودنی برای تحلیل فرضیه مسئله گزارش شده است.

جدول ۴: آزمونهای مقایسه‌ای با تصحیح گرینهاوس (مشکلات رفتاری)

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر(Eta)
گروه	۱۲۴۲۸,۷۲۰	۱	۱۲۴۲۸,۷۲۰	۶,۵۷۹	۰,۰۱۲	۰,۱۱۱
مراحل اندازه‌گیری	۴۷۰,۰۴۸	۱,۱۳۰	۴۱۵,۹۸۴	۲۶,۴۶۱	۰,۰۰۱	۰,۳۲۹
تعامل	۱۸۲۸,۰۴۸	۱,۱۳۰	۱۶۱۷,۷۹۱	۱۰۲,۹۰۹	۰,۰۰۱	۰,۳۳۴
خطا	۹۵۹,۲۳۸	۶۱,۰۱۸	۱۵,۷۲۱			

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که تعامل گروه و عامل مکرر برای متغیر مشکلات رفتاری معنادار است. این نتیجه دال بر اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به مادران بر کاهش نمرات مشکلات رفتاری دانش‌آموزان است. اندازهٔ اثر گزارش شده در جدول ۴ برای مشکلات رفتاری برابر با ۰/۳۳۴ است که حاکی از قدرت متوسط آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به مادران در کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان است. با توجه به معنادار بودن اثر مراحل اندازه‌گیری از طریق آزمون تعقیبی بونفرونی به مقایسه جفتی زمانهای اندازه‌گیری پرداخته شده است که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]

جدول ۵: نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه میانگین مشکلات رفتاری در سه سطح اندازه‌گیری

مرحله	مرحله	Sig
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰,۰۰۱
	پیگیری	۰,۰۰۱
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۰,۰۰۱
	پیگیری	۰,۵۶۷
پیگیری	پیش‌آزمون	۰,۰۰۱
	پس‌آزمون	۰,۵۶۷

نتایج حاصل از آزمون بونفرونی در جدول ۵ حاکی از آن است که تفاوت میانگین مشکلات رفتاری دانش آموزان در دو زمان پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار است، اما میان زمان پس‌آزمون و پیگیری معنادار نیست که این موضوع دال بر ماندگاری اثر مداخله آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک در مادران است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطهٔ والد-کودک (مطابق الگوی لندرث) به مادران و تعیین اثربخشی آن در حل مشکلات رفتاری فرزندان دانش‌آموز آنان انجام شده است. داده‌های حاصل از پژوهش بر اساس هدف یاد شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های این پژوهش نشان داد آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به مادران می‌تواند موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان دانش‌آموز شود. این یافته تحقیق با بسیاری از مطالعات تجربی خارجی و داخلی منطبق است.

یافته‌های پژوهش لندرث و همکاران (۲۰۰۹)، لیندو و همکاران (۲۰۱۲)، سالیوان(۲۰۱۱)، اوپیولا و براتون (۲۰۱۸)، مصطفوی و همکاران (۱۳۹۱)، پناهنده و همکاران (۱۳۹۵)، مقوم و همکاران (۱۳۹۶) و پیرعباسی و صفرزاده (۱۳۹۷) منطبق با یافته‌های این پژوهش است و نشان می‌دهد که آموزش بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک می‌تواند سبب کاهش ناهنجاریها و مشکلات رفتاری کودکان شود.

به‌طور کلی مشکلات رفتاری دانش آموزان منجر به مشکلاتی در زندگی فردی و اجتماعی آنان می‌شود، بنابراین، نبود توجه کافی به مسائل بهداشت روان دانش آموزان می‌تواند به شیوع بیشتر و

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]

مزمن شدن اختلالهای آنها بینجامد. با توجه به مطالب ذکر شده، در صورت ناشناخته ماندن مشکلات رفتاری کودکان و عدم مداخله درمانی مناسب و به موقع، پیامدهایی نامناسب مانند شکست تحصیلی، طرد شدن از سوی همسالان و رشد نایافتگی عزت‌نفس درکودکان ایجاد خواهد شد. تجارب کودکان به ویژه در سالهای پیش از ورود به دبستان (۱ تا ۶ سالگی)، در بازیهای آنها خلاصه می‌شود و می‌توان بازی را جدیدترین تلاش یا تجربهٔ کودک و ابتدایی‌ترین و طبیعی‌ترین ابزار برای برقراری ارتباط محسوب کرد و محرومیت کودک از آن، به معنای قطع این زبان ارتباطی است. بازی از مؤلفه‌های ضروری در زندگی کودکان است و از آنجا که روشهای درمانی خاص بزرگسالان در مورد کودکان قابل اعمال نیست، بازی ابزاری مناسب برای درمانگران کودک جهت مداخله در مشکلات رفتاری آنهاست.

بازی درمانی یکی از مؤثرترین روشها برای حل مشکلات هیجانی و میان- فردی و افزایش توان سازگاری و پرورش احساسات مثبت در کودکان است. درمانگران از طریق بازی درمانی به کودکانی که مهارتهای اجتماعی یا عاطفی‌شان ضعیف است رفتارهایی سازگارانه‌تر را می‌آموزند (پدرو-کارول و جونز[1]، ۲۰۰۵). همچنین، رابطهٔ عاطفی میان والد و کودک، عاملی مؤثر در فرایند درمان به شمار می‌آید که با کسبِ درک و پذیرشی مناسب از رفتار کودکان می‌تواند پیش‌بینی کنندهٔ همدلی والدین با کودک و ادراک درست آنها از مشکلات رفتاری کودکان باشد. در نتیجه با آموزش مهارتهای درمانی، والدین می‌توانند به مثابه یک تسهیلگر، هدایت کننده و حتی یک درمانگر در درمان فرزندانشان مؤثر واقع شوند.

اگرچه بسیاری از درمانگران زوجین و خانواده‌ها به‌طور مؤثر در جلسات درمانی خانواده‌ها شرکت می‌کنند، اما پژوهشها نشان می‌دهند که بسیاری از آنها در بخش اساسی کار درمان شکست می‌خورند. مهم‌ترین دلایل آن، عدم راحتی درمانگران و فقدان درک روشی است که باید کودکان و بزرگسالان را به‌طور مؤثر و همزمان در این جلسات بازی درمانی مشارکت داد. در حال حاضر آموزش رفتاری مبتنی بر تعاملات والد-کودک، شایع‌ترین و موفق‌ترین رویکرد درمانی برای کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری است و بیشتر والدین نسبت به آن اظهار رضایت دارند. یکی از روشهای دیگری که در گسترهٔ تلاشهای درمانگران در مورد کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد، درمان مبتنی بر رابطهٔ والد-کودک است که این الگو از زیر مجموعه‌های روش تباردرمانی (فرزنددرمانی) بوده و مبتنی بر این فرض اساسی است که از آنجا که والدین از

1. Pedro-Carroll & Jones

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]

ارتباط عاطفی قوی با کودک برخوردارند- آنچه درمانگران در واقع فاقد آن هستند- به احتمال زیاد این ارتباط طبیعی و ذاتیِ موجود میان والد وکودک، کلید اثربخشی بالا و نتایج پایای درمانی در روش آموزشی مبتنی بر رابطهٔ والد-کودک است.

تمرکز درمان مبتنی بر رابطهٔ والد-کودک بر بهبود رابطهٔ والد-کودک، خود درونیِ کودک و تواناییهای بالقوهٔ او برای شدن است و مهم‌ترین اهداف برای والدین عبارت اند از: درک و پذیرش جهان عاطفی کودک،کسب نگرشی واقع‌بینانه و صبورانه نسبت به خود و کودک، افزایش بینش وآگاهی والدین نسبت به خود در ارتباط با کودک، تغییر ادراکات والدین از رفتارهای کودک، یادگیری مهارتهای بازی درمانی کودک- محور و چگونگی ایجاد جوی غیرقضاوتی، پذیرنده و همراه با درک متقابل برای کودک و نهایتاً کمک به والدین برای لذت بردن از ایفای نقش والدینی.

بنابراین می‌توان گفت که آموزش مهارتهای بازی به مادران و حمایت و کاستن از احساس ناتوانی و درماندگی والدین و ایجاد حس کارآمدی آنها از طریق ایجاد احساس عزت‌نفس و اعتماد به نفس سبب تقویت تعامل و برقراری ارتباط میان مادر و کودک شده و زمینه را برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان فراهم آورده است. در مقابل مادرانی که در گروه کنترل بودند و در کلاسهای آموزشی مشارکت نداشتند تغییری در مشکلات رفتاری کودکانشان مشاهده نشد. در واقع نحوه تعامل و روابط میان والدین و کودکان تاثیری بسزا در بروز و شیوع و یا کاهش مشکلات رفتاری در کودکان دارد. از سویی هم اختلال رفتاری درکودکی می‌تواند زمینه‌ساز بروز اختلالات در سنین بزرگسالی باشد.

با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که جلسات و کلاسهایی منظم برای مادران برگزار شوند و بر اساس این رویکرد اتاقهای بازی با وسایل و ابزارهای استاندارد در مدارس دایر شوند. در ضمن پیشنهاد می‌شود که مهارتهای بازی درمانی در سطحی وسیع‌تر از طریق نهادهای محلی مانند سرای محله به مادران و دختران در سن ازدواج آموزش داده شود. به‌منظور تقویت پژوهشهای آتی پیشنهاد می‌شود که در شرایط مشابه چندین روش بازی درمانی به طور همزمان در چند گروه برای انتخاب مؤثرترین روش بازی درمانی در کاهش مشکلات رفتاری به کار گرفته شود. همچنین، همتاسازی جنسیت در مطالعات می‌تواند شفاف‌سازی بیشتری نسبت به نتایج ایجاد کند، زیرا معیارهای مشکلات رفتاری با توجه به نوع جنسیت می‌تواند متفاوت باشد.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]

منابع

احتشام، محبوبه و تبیاری، فاطمه. (۱۳۹۵). *اثربخشی آموزش بازی درمانی بر بهبود باورهای خودکارآمدی و مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان پسر دورهٔ دوم مقطع ابتدایی شهر یزد.* سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، تربت حیدریه: دانشگاه تربت حیدریه.

پناهنده، ثریا؛ پیرانی، ذبیح و تقوای، داود. (۱۳۹۵). *اثربخشی بازی درمانی با رویکرد والد- کودک بر انطباق‌پذیری و همبستگی خانوادگی در مادران دارای کودک ۶ تا ۱۱ سال.* کنفرانس جهانی مدیریت، اقتصاد حسابداری و علوم انسانی در آغاز هزاره سوم، شیراز: پژوهش شرکت ایده بازار صنعت سبز.

پیرعباسی، زینب و صفرزاده، سحر. (۱۳۹۷) اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری و عملکرد حافظه دانش آموزان دبستانی دختر دارای اختلال یادگیری خاص. *نشریه روان پرستاری، ۶* (۲)، ۶۱-۷۱.

تاج‌طالبی، گوهر و حکیمه، آقایی. (۱۳۹۵). *اثربخشی بازی درمانی بر افزایش عزت نفس اجتماعی دانش آموزان پسر ۸ تا ۱۲ سال.* کنگره بین المللی علوم تربیتی و روانشناسی و سبک زندگی سالم، تهران، مرکز توانمندسازی مهارتهای فرهنگی و اجتماعی جامعه.

حسن‌زاده، سعید؛ پورحسین، رضا؛ سیاری‌فرد، فاطمه و میرطلایی، مریم. (۱۳۹۵). *اثربخشی بازی درمانی با رویکرد فیلیال‌تراپی بر تعامل والد-کودک، استرس والدینی و مهارت‌های اجتماعی کودکان دیابتی.* نهمین کنگره بین المللی روان درمانی(اجلاس آسیایی در بستر ارزش های فرهنگی)، تهران، دبیرخانه کنگره بین المللی روان درمانی.

حیاتی، مژگان؛ شیرعلیپور، توحید و عظیم‌زاده، آرزو. (۱۳۹۴). *بررسی اثربخشی آموزش بازی درمانی کودک محور به مادران در کاهش پرخاشگری کودکان ۵-۱۰ سال.* اولین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی، جامعه‌شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران. تهران، انجمن علمی توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین.

خرامین، شیرعلی. (۱۳۷۳). *بررسی پاره‌ای از اختلالات رفتاری کودکان محروم از پدر مدارس ابتدایی شهرستان کهگیلویه.* پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

علویان، رویاسادات؛ طیبی، زهرا؛ بنی‌هاشم، عبدالله و عبدخدایی، محمدسعید. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی والد-کودک بر کاهش نشانگان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان، کاهش استرس ادراک شده مادران و بهبود رابطه والد-کودک. *فصلنامه خانواده پژوهی، ۱۲* (۴۷)، ۴۶۱-۴۸۲.

فتاحی، نبی؛ زنگونی، ناهید؛ شکوهی، فروغ و شاکری، ناصره. (۱۳۹۵). *بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد تحولی بر میزان پرخاشگری و تعامل والدین با دانش آموزان سال اول ابتدایی.* کنفرانس بین المللی پژوهش در علوم و مهندسی، ترکیه، دبیرخانه دائمی همایش، دانشگاه استانبول.

قدم‌پور، عزت الله؛ شهبازی‌راد، افسانه؛ محمدی، فرشته و عباسی، منظر. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی بی‌رهنمود بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی. *فصلنامه روانشناسی تربیتی، ۱۱* (۳۸)، ۱۱۳-۱۲۷.

کاظمی، محمدرضا؛ محمدی، محمدرضا و آخوندزاده، شاهین. (۱۳۹۰). مقایسه اثر دارویی آمانتادین و متیل فنیدیت در کودکان و نوجوانان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی دوسوکور. *فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا، ۱۴* (۳)، ۱۰-۱۶.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]

لواسانی، محسن محمدعلی؛ کرامتی، هادی و کدیور، پروین. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر سازگاری اجتماعی و سازگاری تحصیلی دانش آموزان با اختلال خواندن. *مجله ناتوانی‌های یادگیری دانشگاه محقق اردبیلی، ۷ (۳)، ۹۱-۱۰۹.*

مصطفوی، سعیده‌سادات؛ شعیری، محمدرضا؛ اصغری‌مقدم، محمدعلی و محمودی قرایی، جواد. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد کودک (CPRT) مطابق با الگوی لندرث به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان، *روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۹* (۷)،۳۳-۴۲.

مقوم، فاطمه؛ نصیریان، منصوره و زارعی محمودآباد، حسن. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی مادران با کودک دارای معلولیت ذهنی خفیف. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۷* (۱۵۱)، ۱۹۳-۱۹۷.

مهریار، امیرهوشنگ و یوسفی، فریده. (۱۳۷۰). *تشخیص و درمان بیماری‌های روانی در کودکان*. تهران: رشد.

میرزایی، مژگان. (۱۳۹۵). *اثربخشی بازی درمانی کودک محور با رویکرد آکسلاین برخودپنداره کودکان پیش دبستانی*. دومین کنفرانس بین المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران، قم، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی.

نجفی، محمود و سرپولکی، بیتا. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی شناختی‌رفتاری بر پرخاشگری و اختلال املاء کودکان دبستانی. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی، ۶* (۲۱)، ۱۰۱-۱۱۷.

هاشمی، مرضیه؛ بنی‌جمالی، شکوه السادات و خسروی، زهره. (۱۳۹۷). مقایسه تأثیر برنامه بازی درمانی اکوسیستمیک و بازی درمانی کوتاه‌مدت بر کاهش نشانه‌های نقص توجه- بیش فعالی کودکان. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۸*(۳۱)، ۳۱-۵۲.

هالاهان، دانیل پی. و کافمن، جیمز ام. (۱۹۸۸). *کودکان استثنایی: مقدمه ای بر آموزشهای ویژه*، ترجمه مجتبی جوادیان (۱۳۸۶). مشهد: آستان قدس رضوی.

یزدخواستی، علی؛ سربندونی، دانیال و زنبیل‌باف، مهدی. (۱۳۹۵). *بررسی نقش بازی درمانی در درمان اختلالات رفتاری دانش آموزان ابتدایی*. دومین کنفرانس بین المللی پژوهشهای کاربردی در علوم تربیتی و مطالعات رفتاری و آسیب‌های اجتماعی ایران، تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی.

Akay, S., & Bratton, S. (2017). The effects of Adlerian play therapy on maladaptive perfectionism and anxiety in children: A single case design. *International Journal of Play Therapy*, *26*(2), 96-110, http://dx.doi.org/10.1037/pla0000043

Arthur, A.R. (2003). The emotional lives of people with learning. *British Journal of Learning Disabilities*, *31*(1), 25-30.

Brown, I., & Percy, M. (Eds.). (2007). *A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities*. London: Paul H. Brookes Publishing.

Castello, E.J., Burns, B., Angold, A., & Leaf, P. (1993). How can epidemiology improve mental health services for children and adolescents?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *32*(6), 1106-1114.

Cochran, J. L., & Cochran, N. H. (2017). Effects of child-centered play therapy for students with highly-disruptive behavior in high-poverty schools. *International Journal of Play Therapy*, *26*(2), 59-72. http://dx.doi.org/10.1037/pla0000052

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]

Harland, P., Reijneveld, S.A., Brugman, E. Verloove-Vanhorick, S.P., & Verhulst, F.C. (2002). Family factors and life events as risk factors for behavioral and emotional problems in children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *11*(4), 179-184.

Landreth, G.L. (2002). *Play therapy: The art of the relationship*. New York, N.Y: Brunner-Routledge.

Landreth, G.L, Ray, D.C., & Bratton, S. C. (2009). Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools*, *46*(3), 281-289.

Lindo, N.A., Akay, S., Sullivan, J. M., & Meany-Walen, K. K. (2012). Child parent relationship therapy: Exploring parents' perceptions of intervention, process, and effectiveness. *International Journal of Humanities and Social Science*, *2*(1), 51-61.

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. https://doi.org/10.1002/jcad.12189.

Pedro-Carroll, J. L., & Jones, S. H. (2005). A preventive play intervention to foster children's resilience in the aftermath of divorce. In L. A. Reddy, T. M. Files-Hall, & C. E. Schaefer (Eds.), *Empirically based play interventions for children* (p. 51-75). Washington, DC: American Psychological Association.

Pringsheim, T., Hirsch, L., Gardner, D., & Gorman, D.A. (2015). The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. Part 1: psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine. *Canadian Journal of Psychiatry*, *60*(2), 42-51.

Ray, D.C., Armstrong, S.A., Balkin, R.S., & Jayne, K.M. (2015). Child-centered play therapy in the schools: Review and meta-analysis. *Psychology in the Schools, 52*(2), 107-123.

Ritzi, R. M., Ray, D. C., & Schumann, B. R. (2017). Intensive short-term child-centered play therapy and externalizing behaviors in children. *International Journal of Play Therapy*, *26*(1), 33-46. https:// doi.org/10.1037/pla0000035

Salter, K., Beamish, W., & Davies, M. (2016). 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*, *25*(2), 78-90. https://doi.org/10.1037/pla0000012.

Smith, C.R., Katsiyannis, A., & Ryan, J. B. (2011). Challenges of serving students with emotional and behavioral disorders: Legal and policy considerations. *Journal of Behavioral Disorders*, *36*(3), 185-194.

Stickley, A., & Koyanagi, A. (2016). Loneliness, common mental disorders and suicidal behavior: Findings from a general population survey. *Journal of Affective Disorders*, 197, 81-87.

Sullivan, J. M. (2011). *Parents of children with high-functioning autism: Experiences in child-parent relationship therapy (CPRT).* Doctoral dissertation. University of North Texas.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]

Swank, J. M., Cheung, C., & Williams, S. A. (2018). Play therapy and psychoeducational school-based group interventions: A comparison of treatment effectiveness. *The Journal for Specialists in Group Work, 43*(3), 230-249.

Van der Geest, I.M., Van den Heuvel-Eibrink, M. M., Passchier, J., Van den Hoed-Heerschop, C., Pieters, R., & Darlington, A.E. (2014). Parenting stress as a mediator of parents' negative mood state and behavior problems in children with newly diagnosed cancer. *Psycho-Oncology, 23*(7), 758-765.

Wethinton, H.R., Hahn, R.A., Fuqua-Whiteley, D.S., Sipe, T. A., Crosby, A. E., Johnson, R. I., … Chattopadhyay, S. K. (2008).The effectiveness of interventions to reduce psychology harm form traumatic events among child and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine, 35*(3), 287-373.

Wilson, B. J., & Ray, D. (2018). Child-centered play therapy: Aggression, empathy, and self-regulation. *Journal of Counseling & Development, 96*(4), 399-409.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.1.5.7]
[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-14]