اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر روابط والد و کودک بر کیفیت تعاملات والد و فرزند وکیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی

شهرزاد عدیلی[۱]، رکسانا میرزایی رنجبر[۲]، دکتر احمد عابدی[۳]

تاریخ دریافت.: ۱۳۹۷/۴/۱۲ تجدیدنظر: ۱۳۹۷/۱۱/۷
پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۱۲/۲۳

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین تأثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک بر کیفیت تعاملات والد و فرزند و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی بود. **روش:** پژوهش حاضر یک مطالعهٔ نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعهٔ آماری پژوهش شامل کلیهٔ مادران دارای کودکان مشکلات رفتاری و هیجانی مراجعه کننده به مراکز مشاورهٔ شهر اصفهان بودند که از میان آنان تعداد ۳۰ نفر به شیوهٔ نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش تحت مداخلهٔ هشت جلسه‌ای بازی‌درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک به شیوهٔ جلسه‌های گروهی یک ساعته و هفتگی قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش پرسش‌نامه‌های رابطهٔ والد-فرزند پیانتا (۱۹۹۶) و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت لندگراف (۱۹۹۶) بود. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مداخلهٔ بازی‌درمانی باعث افزایش نزدیکی و کاهش وابستگی و تعارض در رابطهٔ والد با کودک شده است. همچنین نتایج نشان داد که مداخلهٔ بازی‌درمانی در بهبود ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودک موثر است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که مداخلهٔ بازی‌درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک در بهبود رابطهٔ والد . فرزند و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودک از کارایی و اثربخشی لازم برخوردار است.

واژگان کلیدی: *درمان مبتنی بر روابط والد-کودک، تعامل والد-کودک، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، مشکلات رفتاری و هیجانی*

۱. **نویسندهٔ مسئول:** کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

The Effectiveness of Filial Therapy on the Quality of Parent-Child Interactions and Health-Related Quality of Life in Children with Behavioral/Emotional Problems

Shahrzad Adili, M.A. [1], Roksana Mirzaie Ranjbar, B.A.[2], Ahmad Abedi, Ph.D.[3]

Received: 07.3.2018 Revised: 01.27.2019 Accepted: 03.14.2019

Abstract

Objective: The purpose of this study was to investigate the effect of filial therapy on the quality of parent-child interactions and health-related quality of life in children with behavioral/emotional problems. **Method:** The present study was a quasi-experimental study with a pretest, posttest, and control group. The statistical population consisted of all mothers of children with behavioral/emotional problems visiting counseling centers in Isfahan, Iran, from among whom 30 people were selected through purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received eight sessions of filial therapy in one-hour weekly group sessions, while the control group received no training. The data collection instruments were the Parent-Child Relationship Questionnaire (Penta et al., 1996) and the Health-Related Quality of Life Questionnaire. (Landgraff & Abbots, 1996). **Results:** Filial therapy increased closeness and reduced dependence and conflict in the parent-child relationship. Also, filial therapy was an effective intervention in improving the health-related quality of children. **Conclusion:** Filial therapy is effective in improving the parent-child relationship and health-related quality of life of children.

Keywords: *Filial therapy, Parent-child interactions, Health-related quality of life, Behavioral/emotional problems*

1. **Corresponding Author:** M.A. of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. **Email**: shahnameh_10@yahoo.com
2. M.A. student of the Psychology and Education of Children with Special Needs, Isfahan University, Isfahan, Iran
3. Associate Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran

مقدمه

اختلالات هیجانی و رفتاری به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن پاسخ‌های هیجانی و رفتاری کودک با هنجارهای فرهنگی، سنتی، و قومی تفاوت داشته باشد؛ به‌طوری که در عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری فردی، رفتار در کلاس، و سازگاری در محیط کار نیز تأثیر منفی داشته باشد (براون و پریسی، ۲۰۰۷). به رغم مشکلات فراوانی که این کودکان با آن مواجه‌اند، بیشتر آنها تا سال‌ها پس از ورود به مدرسه شناسایی نمی‌شوند؛ مگر اینکه اختلالات رفتاری و مشکلات تحصیلی آنان تشدید شود. تقریباً ۳۰ درصد کودکان و نوجوانان در طول زندگی خود یک اختلال روان‌پزشکی قابل تشخیص را تجربه خواهند کرد، ولی ۷۰ تا ۸۰ درصد آنها مداخلات مناسب را دریافت نمی‌کنند (ایوانت، مولت، ویست و فرانتز، ۲۰۰۵).

در دوران کودکی، والدین و همچنین رابطهٔ آنها با کودک از مهمترین عوامل موثر بر رشد روانی اجتماعی محسوب می‌شود (خدابخشی کولایی، شاهی، نویدیان و مصلی نژاد، ۲۰۱۵). روابط والدین و فرزندان و کیفیت زندگی خانواده، اصلی اساسی برای سلامت کودکان است (بهرام آبادی، زهراکار، بروجردی، محمدی فر، ۱۳۹۲). تعامل والد-کودک یک پدیدهٔ پیچیده و چند بعدی است و در اثر تعامل عوامل متعددی از قبیل نگرش و میزان پذیرش والدین، نحوهٔ مدیریت و کنترل رفتار، حس شایستگی اجتماعی و خویشتن داری، میزان دانش و مهارت والدگری، اعتماد به نفس و خوش فکری والدین در تربیت کودک و ایجاد محیطی با حداقل تعارض، کیفیت روابط والد-کودک و مراقبت عاطفی مادر از کودک شکل می‌گیرد (تجریشی، عاشوری، افروز، ارجمندنیا و غباری بناب، ۱۳۹۴). در واقع کیفیت تعامل والد و کودک عبارت است از نحوهٔ برقراری ارتباط و نگرش والدین نسبت به کودکان و ایجاد یک جو عاطفی توسط والدین (محرری، سلطانی فر، خالصی و اسلامی، ۱۳۹۱). بهبود کیفیت تعامل والد و کودک، با کاهش مشکلات رفتاری کودک و افزایش رفتارهای جامعه پسند، بهبود مهارت‌های فرزندپروری از جمله نظم و انظباط قاطعانه و کاهش استرس و تنیدگی والدینی همراه است (دامودارن، ۲۰۱۳). همچنین کیفیت تعامل والد و کودک با تأثیر بر اختلالات رفتاری و عملکرد اجرایی کودکان (شِپِریس، شپرس، مونسواکس، دیویس، لوپز، ۲۰۱۵) و با تغییر الگوهای تعاملی والد-کودک برای جلوگیری از مشکلات و تقویت شیوه‌های فرزندپروری والدین و افزایش اعتماد به نفس آنها مهم و اساسی است (دامودارن، ۲۰۱۳). از سویی پدید آمدن هر مشکلی در تعامل والد و کودک ، رشد کودک را در معرض خطر قرار می‌دهد (لاینگ، مک ماهون، آنگرر، تایلور، باداوی، اسپنس، ۲۰۱۰).

یکی دیگر از مفاهیم پراهمیت و مرتبط به سلامت کودکان که می‌تواند نقش مؤثری بر زندگی آنان داشته باشد، مفهوم کیفیت زندگی وابسته به سلامت[1] است (گلزارپور،امینی هارونی، وامقی، سجادی و توانگر، ۱۳۹۵). کیفیت زندگی وابسته به سلامت مفهومی چندبعدی است که در جست‌وجوی جنبه‌هایی همچون بعد جسمی، روانی و اجتماعی بر اساس مفهوم سلامت سازمان بهداشت جهانی است (قائم پناه، آزاد فلاح و کاظم زاده طباطبایی، ۱۳۹۲). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت عبارت است از ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامت کنونی‌اش، مراقبت‌های بهداشتی، فعالیت‌های ارتقا دهندهٔ سلامت که موجب سطحی از فعالیت کلی می‌شود و به فرد اجازه می‌دهد که اهداف ارزشمند زندگی را دنبال کند (دروتار، ۲۰۱۴). از آن جا که در ارتقای سلامت کودکان و نوجوانان بایستی عواملی را در نظر داشت که عملکرد و خوب بودن آنها را تحت تأثیر قرار دهد، ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در همهٔ کودکان و نوجوانان با هر گونه تفاوت فردی و اجتماعی و فرهنگی الزامی‌است (کویتمن، رانکوهل،

بولینگر، چاپلین، هردمن، سانز و همکاران، ۲۰۱۳). نتایج مطالعات حاکی از این است که وضعیت کیفیت زندگی کودکان و دانش‌آموزان جامعهٔ ایرانی در حد متوسط بوده قابل قبول نیست و اجرای انواع مداخلات جهت بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان با تأکید بر ابعاد بهزیستی جسمی و روان‌شناختی ضروری به نظر می‌رسد (علی‌پور،یاسری، ماهری، گرمارودی، ۱۳۹۵). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شاخص مهمی در ارزیابی مداخلات و درمان‌های سلامتی است و می‌تواند در تخصیص منابع سلامت، مشخص کردن و اولویت‌بندی مشکلات مربوط به سلامت، مشکلات ناشناخته و غیرمنتظره و همچنین تصمیم‌گیری و پایش تغییرات در شرایط سلامت افراد و مشخص کردن پاسخ آنها به مداخلات مورد استفاده قرار گیرد (دروتار، ۲۰۱۴)

سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان و نوجوانان، در مقایسه با بزرگ‌سالان، مورد غفلت واقع شده و به تازگی مورد توجه پژوهشگران سلامت قرار گرفته است (نیک آذین، نائینیان و شعیری، ۱۳۹۱). امروزه بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت به یکی از عرصه‌های مهم تحقیقاتی تبدیل شده و به‌عنوان یکی از نشانگرهای مهم نتایج مداخلات درمانی و مراقبتی مورد قضاوت قرار می‌گیرد (کالینا، مارک، بیاتا، ۲۰۱۳).

همچنین با مدنظر قرار دادن وضعیت و ظرفیت‌های ذهنی، عدم تمرکز حواس و توانایی نگهداری و یادداری مطالب و تکنیک‌ها و محتوای جلسه‌های درمانی توسط کودکان، مداخلات خانواده محور برای مشکلات رفتاری هیجانی کودکان امروزه با استقبال گستردهٔ محققان و متخصصان این حوزه روبه‌رو شده است. برنامهٔ بازی‌درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک یکی از روش‌های آموزش والدین است (والکر، گاربر، گرین، ۱۹۹۳) که به دلیل تمرکز بر کودک می‌تواند روشی مناسب برای برقراری ارتباط با کودک در نظر گرفته شود. لندرث و براتون (۱۳۹۴) مدل کوتاه‌مدت خود را که یک مدل ۱۰ جلسه‌ای است ارائه کرده‌اند. هدف این مدل آموزش والدین یا افرادی است که از کودک مراقبت می‌کنند. در مقایسه با سایر مدل‌های بازی‌درمانی که عمدتاً کودک محور هستند، این مدل به محکم کردن ارتباط بین کودک و والد منجر می‌شود (لندرث و براتون، ۲۰۰۶). در این مدل، کودک احساس توانمند بودن، اهمیت داشتن و مورد پذیرش واقع شدن را تجربه می‌کند و احساس بهتری نسبت به خود می‌یابد (واکر، ۲۰۰۲). الگوی بازی‌درمانی به شیوهٔ گورنی (۱۹۸۱)، به عنوان برنامه‌ای درمانی برای کودکان مبتلا به مشکلات هیجانی پایه‌گذاری شد. او سال‌ها شاهد این مسأله بود که بسیاری از مشکلات کودکان ناشی از خطاهای والدین است و این خطاها ریشه در فقدان دانش والدین در حوزهٔ والدگری و نوع ارتباط با کودک دارد. او به رابطهٔ والد و کودک اهمیت بسیاری می‌داد، در نتیجه این فرضیه را ارائه داد که والدین می‌توانند با شرکت در جلسه‌های بازی‌درمانی به عاملی برای درمان مشکلات رفتاری کودکان تبدیل شوند (لندرث و براتون، ۲۰۰۶). این شیوهٔ مداخله از روشی کوتاه مدت برخوردار است و ترکیبی از بازی درمانی و خانواده‌درمانی به شمار می‌آید و از بنیان‌های نظری گوناگونی شکل گرفته که از میان آنها می‌توان به رویکردهای رشدی، شیوه‌های روان‌پویشی، رفتاردرمانی، آموزش اجتماعی، شناخت‌درمانی و سیستم حل مشکلات بین فردی و خانوادگی اشاره کرد.

یکی از پرکاربردترین و مؤثرترین روش‌های بازی درمانگری مدل درمانگری لندرث است. لندرث بر اساس مبانی نظری گورنی یک مدل درمانی فشرده را به صورت گروهی برای والدین مطرح کرده است (عدیلی، کلانتری و عابدی،۱۳۹۴). این مدل درمانگری از سخنرانی، بحث، ایفای نقش ، فرایندهای گروهی و نظارت بر جلسه‌های والدین در خانه تشکیل شده است. تأکید جلسات بر افزایش حساسیت والدین

به جهان کودک با استفاده از زبان طبیعی بازی است. والدین از طریق نقش بازی کردن، مهارت‌هایی را شبیه انعکاس احساس، رفتار و همدلی با فرزندان خود می‌آموزند. این روش درمانی بر اساس چند اصل منحصر به فرد پایه‌گذاری شده است: درمان متمرکز بر ارتباط موجود بین والد و کودک است، نه بر مشکلی خاص یا بر یک فرد. والدین شریک مهمی در فرایند تغییر تلقی می‌شوند و درمانگر والدین را در امر یادگیری مهارت‌ها و گرایش‌های جدید توانا می‌بیند (عدیلی و همکاران، ۱۳۹۴).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از تأثیر فیلیال تراپی (بازی درمانی مبتنی بر روابط والدین و کودک) بر کاهش رفتارهایی نظیر پرخاشگری، افسردگی، اضطراب و ترس در کودکان (ادوارز،لاندر و وایت، ۲۰۰۷) و تعاملات والد-کودک و استرس والدینی می‌باشد (حسن‌زاده، پورحسین، سیاری‌فر و میرطلایی، ۱۳۹۵). اثربخشی این شیوۀ درمانی بر بهبود روابط والد-کودک (گارزا،واتز و کینزورت، ۲۰۱۰)، مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان (تایلور، ۲۰۱۱؛ مصطفوی، شعیری، اصغری مقدم محمدی قرایی، ۱۳۸۹)، بهبود روابط اجتماعی کودک (سانگانجاناویچ و همکاران، ۲۰۱۰) و مهارت‌های اجتماعی و هیجانی کودکان (عدیلی و همکاران، ۱۳۹۴)، تعاملات مادر-فرزند و پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی (کیافر، امین یزدی، کارشکی، ۱۳۹۳)، افزایش پذیرش والدینی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان (توفام، وام پلر، تیتاس و رولینگ، ۲۰۱۱)، بهبود رابطۀ والد-فرزند، افزایش پذیرش و مهارت‌های والدینی و کاهش استرس والدگری (ونفلت، ۲۰۱۲)، کاهش نشانه‌های اضطراب و مشکلات برون‌سازی کودکان (شهنی، داودی، مهرابی‌زاده و زگری، ۱۳۹۶) نشان داده شده است.

با توجه به اینکه تعامل نامناسب والد-فرزند می‌تواند رشد کودک را در معرض خطر قرار داده آنها را مستعد بروز مشکلات هیجانی و رفتاری می‌نماید، ارائۀ مداخله‌هایی که بتواند در کنار درمان مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان، خانواده‌ها را درگیر کرده آموزش‌های لازم را در زمینۀ تعامل با کودکان و ایجاد محیط مناسب برای رشد و پرورش سالم آنان فراهم نماید، بسیار ضروری است. از سویی با توجه به پیامدهای فراوان وجود کودکان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی بر ابعاد روابط و کارکردها و کیفیت زندگی اعضای خانواده و به منظور پیشگیری از سایر مشکلاتی که می‌تواند به سبب این اختلالات در آینده گریبان‌گیر کودکان شود، درمان مشکلات این کودکان باید در اولویت برنامه‌های درمانی و پرورشی جامعه باشد. با توجه به این موارد پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک بر کیفیت تعاملات والد کودک و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان دارای مشکلات هیجانی رفتاری انجام شد.

روش

طرح پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود.

جامعۀ آماری، نمونۀ آماری و روش نمونه‌گیری

جامعۀ مورد مطالعه در این پژوهش کلیۀ مادران کودکان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی۷ تا ۱۲ سالۀ شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ بود. برای نمونه‌گیری از میان مادران دارای کودکان دارای مشکلات هیجانی و رفتاری مراجعه کننده به مراکز مشاورۀ شهر اصفهان (بر اساس مصاحبۀ تشخیصی و اجرای مقیاس مشکلات رفتاری فرم والدین) تعداد ۳۰ نفر از مادران که تمایل به همکاری و شرکت در جلسات درمانی را داشتند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش نمونه‌گیری تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. معیارهای ورود شامل داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، نداشتن پروندۀ روان‌پزشکی، نداشتن سابقۀ اعتیاد و همکاری در اجرای پژوهش و معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل نقض هر کدام از ملاک‌های ورود به پژوهش و

نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها و عدم شرکت‌در جلسات درمان بیش‌از دوجلسه بود. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پس از کسب رضایت آگاهانه و ذکر هدف از انجام پژوهش به آزمودنی‌ها یادآوری شد که هر زمان که بخواهند می‌توانند جلسات را ترک کنند.

ابزار

شرکت کننده هر دو گروه قبل و بعد از جلسات درمان با مقیاس‌های رابطهٔ والد-فرزند پیانتا (۱۹۹۴) و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودک (لندگراف و آبتز، ۱۹۹۶) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

مقیاس رابطهٔ والد-فرزند: این مقیاس توسط پیانتا (۱۹۹۴) ساخته شد و شامل ۳۳ ماده می‌باشد که ادراک والدین را در مورد رابطهٔ آنها با کودک می‌سنجد. این مقیاس شامل حوزه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطهٔ مثبت کلی (مجموع تمام حوزه‌ها) می‌باشد. مقیاس رابطهٔ والد-کودک یک پرسش‌نامهٔ خود گزارش‌دهی است و نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (از نمرهٔ ۱ (قطعاً صدق نمی‌کند) تا نمرهٔ ۵ (قطعاً صدق می‌کند) است. این مقیاس برای سنجش رابطهٔ والد-کودک در تمام سنین استفاده شده است (تجریشی، عاشوری، افروز، ارجمندنیا، عباری‌بناب، ۱۳۹۴). این پرسش‌نامه توسط طهماسیان (۱۳۸۶) ترجمه و روایی محتوایی آن نیز توسط متخصصان ارزیابی شده است. دریکسول و پیانتا (۲۰۱۱) در پژوهشی آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را در هر یک از مؤلفه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطهٔ مثبت کلی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۹ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهش وارسته، اصلانی و امان‌الهی (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در خرده مقیاس‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطهٔ مثبت کلی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۶۹، ۰/۷۴ و ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسش‌نامهٔ سلامت کودک: برای ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودک از پرسش‌نامهٔ سلامت کودک لندگراف و آبتز (۱۹۹۶) استفاده شد. این پرسش‌نامه سلامت و کیفیت زندگی کودکان را بر پایهٔ گزارش‌های والدین و نوجوانان می‌سنجد. فرم اصلی و ۲۸ سوالی این پرسش‌نامه دارای سیزده خرده‌مقیاس است که به طور کلی دو بعد سلامت جسمانی و سلامت روانی-اجتماعی را مورد سنجش قرار می‌دهد. سؤالات این پرسش‌نامه بر مبنای مقیاس لیکرت (برخی سؤالات دارای طیف ۱ تا۴ و برخی طیف ۱تا ۵ گزینه‌ای هستند) نمره‌گذاری می‌شود. قره‌باغی در پژوهش خود مقدار آلفای کرونباخ را برای بعد سلامت جسمی ۰/۷ و برای سلامت روانی اجتماعی ۰/۸۵ گزارش داد. (گلزارپور، قائد امینی هارونی، وامقی، توانگر و سجادی، ۱۳۹۵) همسانی درونی ابعاد این پرسش‌نامه را از ۰/۶۸ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند.

روش اجرا

روش اجرای پژوهش بدین گونه بود که پس از انتخاب نمونه و تقسیم آنها به گروه‌های پژوهشی، شرکت‌کننده دو گروه با استفاده از مقیاس‌های پژوهش به عنوان‌پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند، سپس گروه آزمایش تحت مداخلهٔ ۸ جلسه‌ای بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک به شیوهٔ جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام مداخله، شرکت‌کننده دو گروه مجدد با مقیاس‌های پژوهشی مورد ارزیابی قرار گرفتند. خلاصهٔ محتوای جلسات آموزشی در جدول ۱ آمده است.

شرح جلسات آموزشی فیلیال تراپی با اقتباس از لندرث، ۱۳۹۰

جلسه	محتوی جلسات
اول	معارفه و آشنایی، شرح اهداف درمانی، بحث دربارهٔ با لزوم پیدایش حساسیت دربارهٔ فرزندان و شکل‌گیری پاسخ همدلانه، بیان موضوعات پایه از قبیل تشویق و تقویت والدین، همدلی با والدین، معمول و رایج دانستن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندان‌شان، آشنایی با مفاهیم اصلی، توضیح اهمیت بازی، فهرستی از اسباب بازی‌ها، قوانین و نحوهٔ اجرای جلسات بازی والدین با کودکان در منزل، مکان و زمان بازی

دوم	تشخیص چهار احساس اصلی (شادی، غم، خشم و ترس)، ایفای نقش پاسخ همدلانه، آموزش اصول بازی‌درمانگری والدینی، آموزش پاسخ‌دهی همدلانه به کودک، تمرین پاسخ‌دهی همدلانه و پر کردن برگهٔ پاسخ احساسی
سوم	آموزش چهار اصل بازی: کودک در جلسات بازی هدایتگر است. توجه به احساسات کودک از طریق حالت‌های چهره، بدن ، لحن صدا، کلام کودک. انعکاس ادراک والدین از احساسات کودک، قاطعیت در زمینهٔ محدودیت‌ها، تعیین اهداف بازی شامل بروز احساسات و هیجان‌های کودک.
چهارم	تهیهٔ اسباب بازی: اسباب بازی‌های مربوط به زندگی واقعی، اسباب بازی‌های مربوط به برون ریزی خشم. اسباب بازی‌هایی برای خلاقیت آموزش بایدها و نبایدهای جلسات بازی (بازی در مکان و زمان مشخص، چیدن یکسان اسباب بازی‌ها، هدایتگر بودن کودک، بازگرداندن مسئولیت به کودک، سرزنش نکردن در قبال خواستهٔ نامناسب، توصیف شفاهی بازی، تعیین محدودیت‌های بازی و قاطعیت در آنها، تقویت فرایند تلاش و تشویق تلاش کودک) نبایدها (انتقاد نکردن، تحسین نکردن، عدم پرسش سؤال هدایتگرانه ، عدم قطع جلسات بازی، عدم آموزش و اطلاعات)
پنجم	مراحل جلسهٔ بازی: قبل بازی، هنگام بازی و بعد از بازی آموزش مهارت محدودیت گذاری برای رفتارهای نامناسب کودکان. اعمال مراحل سه‌گانه محدودیت شامل انعکاس همدلانه و صمیمی احساسات کودک، بیان محدودیت در قالب جملات کوتاه و واضح، ارائهٔ جایگزین قابل قبول، بیان دلایل محدودیت گذاری، آموزش زمان محدودیت گذاری.
ششم	چگونگی صحبت با کودک، اهمیت شناخت احساسات خود، فهرست مهارت‌های جلسهٔ بازی نظیر حفظ ساختار، همدلی، دنباله‌روی، پرهیز از سؤال و رهنمود دادن، شرکت در بازی، فرو روی در نقش تخیلی، تطابق لحن صدا و حالت چهره با حالت کودک
هفتم	روش‌های حق انتخاب دادن (حق انتخاب دادن به صورت ساده و قدرت بخشیدن به کودک، حق انتخاب دادن به عنوان پیامد مثبت و حق انتخاب دادن برای تقویت قوانین خانه)، فهرست مهارت‌های جلسهٔ بازی
هشتم	مرور مباحث و مهارت‌های مطرح شده در سیر جلسات، حق انتخاب دادن، محدود کردن و ترغیب کردن، محدودیت گذاری به صورت پیشرفته به شکل توضیح عواقب کار، تعمیم محدودیت به خارج از جلسه، اجرای پس‌آزمون.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویراست ۲۲ و روش آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها

دامنهٔ سنی شرکت‌کنندگان از ۳۰ تا ۴۶ سال و میانگین سنی گروه آزمایش ۳۸/۸۰ و میانگین سنی گروه کنترل ۳۹/۲۰ بود. جدول ۲ یافته‌های توصیفی ابعاد رابطهٔ والد-فرزند را برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی نشان می‌دهند.

جدول۲. یافته‌های توصیفی شرکت‌کننده‌های پژوهش در ابعاد رابطهٔ والد-کودک بر حسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

متغیر	مرحله	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نزدیکی	آزمایش	۳۶/۸۰	۴/۴۴	۳۸/۸۰	۳/۲۱
	کنترل	۶۳/۱۳	۴/۴۷	۳۵/۸۰	۳/۸۹
وابستگی	آزمایش	۲۳/۲۰	۲/۵۴	۲۴/۹۳	۱/۵۷
	کنترل	۲۳/۵۳	۲/۴۱	۲۳/۴۶	۲/۲۶
تعارض	آزمایش	۴۵/۲۶	۲/۸۶	۴۱/۴۰	۲/۳۲
	کنترل	۴۴/۶۰	۳/۹۰	۴۳/۸۶	۳/۶۲

بر اساس نتایج جدول ۲ در ابعاد رابطهٔ والد-کودک شامل نزدیکی، وابستگی و تعارض میانگین نمره‌های گروه آزمایش و کنترل تفاوت‌هایی دارد. جدول۳ یافته‌های توصیفی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را برحسب عضویت گروهی و مرحلهٔ ارزیابی نشان می‌دهند.

جدول۳. شاخص‌های توصیفی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان بر حسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

متغیر	مرحله	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت روان‌کودک	آزمایش	۱۳/۱۴	۱/۵۰	۱۶/۲۶	۰/۹۶
	کنترل	۱۳/۹۳	۱/۲۷	۱۳/۸۶	۰/۹۱
رضایت کودک از خود	آزمایش	۹/۹۳	۰/۹۶	۱۱/۸۰	۱/۰۱
	کنترل	۹/۸۶	۱/۵۹	۹/۴۶	۱/۵۹
وضعیت تحرک کودک	آزمایش	۹/۰۶	۱/۷۰	۱۱	۱/۴۶
	کنترل	۹/۶۶	۱/۷۹	۹/۸۰	۱/۶۹
عملکرد کودک	آزمایش	۱۱/۰۶	۱/۳۸	۱۳/۲۶	۰/۵۹
	کنترل	۱۱/۱۳	۱/۸۰	۱۱/۱۳	۱/۰۶
نگرانی والدین	آزمایش	۶/۷۳	۱/۲۲	۴/۷۳	۰/۵۹
	کنترل	۶/۹۳	۱/۴۳	۶/۶۰	۱/۴۵
محدودیت والدین	آزمایش	۴/۴۶	۰/۸۳	۴/۲۶	۰/۴۵
	کنترل	۶/۶۰	۱/۰۵	۶/۱۳	۰/۹۹
سلامت عمومی‌کودک	آزمایش	۸/۸۰	۱/۲۰	۱۰/۶۶	۰/۶۱
	کنترل	۸/۴۶۶	۱/۳۵	۸/۳۳	۰/۸۱

برای تجزیه و تحلیل نتایج از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت مجموعه‌ای از پیش‌فرض‌ها می‌باشد. همان‌گونه که اشاره شد، تقسیم شرکت‌کننده‌ها به گروه‌های پژوهش به صورت تصادفی انجام شده است. همچنین با توجه به استفاده از ابزارهای استاندارد برای ارزیابی متغیرهای وابسته، پیش‌فرض فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری متغیرهای وابسته رعایت شده است. از سوی دیگر حجم دو گروه آزمایش و کنترل در این پژوهش مساوی با ۱۵ نفر بوده است که حجمی مساوی را نشان می‌دهد. گمارش تصادفی معمولاً با طبیعی بودن توزیع همراه است و نیازی به ارزیابی مستقل ندارد (مولوی، ۱۳۸۶). اما برای حصول اطمینان از توزیع طبیعی داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلکز و آزمون لوین برای تساوی واریانس نمره‌ها استفاده شد و پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس تأیید گردید. جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری را در رابطه با اثربخشی فیلیال تراپی بر ابعاد رابطهٔ والد-فرزند نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی فیلیال تراپی بر ابعاد رابطه والد- فرزند

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
نزدیکی	۲۴/۵۴۱	۱	۵۷/۷۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹۸	۱
وابستگی	۲۱/۱۷۳	۱	۲۴/۳۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹۴	۹۹
تعارض	۶۵/۵۸۵	۱	۸۱/۶۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۶	۱

بر اساس نتایج جدول ۴ تفاوت معناداری بین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در ابعاد رابطهٔ والد-فرزند شامل نزدیکی، وابستگی و تعارض وجود دارد. بر اساس یافته‌های توصیفی نیز گروه آزمایش در پس‌آزمون در بعد نزدیکی نمره‌های بیشتر و در ابعاد تعارض و وابستگی نمره‌های کمتری نسبت به گروه کنترل کسب کرده‌اند. میزان اندازهٔ اثر نشان می‌دهد که به ترتیب ۶۹، ۴۹ و ۷۶درصد از تغییرات

نمره‌های ابعاد نزدیکی، وابستگی و تعارض در نتیجهٔ عضویت گروهی می‌باشد. به عبارت دیگر مداخلهٔ فیلیال‌تراپی باعث تغییرات ۶۹ درصدی نزدیکی، ۴۹ درصدی وابستگی و ۷۶ درصدی تعارض در رابطهٔ والد-کودک گروه آزمایش شده است(P<۰/۰۵). جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری را در رابطه با اثربخشی فیلیال‌تراپی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودک نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کووراریانس چند متغیری جهت مقایسهٔ گروه‌های پژوهش در نمره‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	DF	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
سلامت روان‌کودک	۳۸/۹۴۰	۱	۸۷/۳۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۶	۱
رضایت کودک از خود	۳۴/۸۱۶	۱	۵۰/۳۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰	۱
وضعیت تحرک کودک	۱۲/۵۹۷	۱	۱۲/۹۴۵	۰/۰۰۲	۰/۳۸	۰/۹۲
عملکرد کودک	۲۷/۲۶۴	۱	۵۳/۳۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱	۱
نگرانی والدین	۲۴/۹۹۹	۱	۲۸/۹۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷	۰/۹۹
محدودیت والدین	۲۱/۱۶۷	۱	۶۲/۲۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴	۱
سلامت عمومی‌کودک	۳۰/۶۴۶	۱	۹۶/۳۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲	۱

بر اساس یافته‌های جدول ۵، تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و کنترل در نمره‌های پس‌آزمون سلامت روان‌کودک، رضایت کودک از خود، وضعیت تحرک کودک، عملکرد کودک، نگرانی والدین، محدودیت والدین و سلامت عمومی‌کودک مشاهده می‌شود و کودکان مادران گروه آزمایش در این مؤلفه‌ها نسبت به کودکان مادران گروه کنترل میانگین نمره‌های بیشتری در پس‌آزمون کسب کرده‌اند (P<۰/۰۵). با توجه به میزان‌اندازهٔ اثر به‌دست آمده می‌توان گفت که ۸۰ درصد از تغییرات مربوط به سلامت روان‌کودک، ۷۰ درصد از تغییرات مربوط به رضایت کودک از خود، ۳۸ درصد از تغییرات مربوط به وضعیت تحرک و ۷۱ درصد از تغییرات مربوط به عملکرد کودک، ۵۷ درصد از تغییرات مربوط به نگرانی والدین، ۷۴ درصد از تغییرات مربوط به محدودیت والدین و ۸۲ درصد از تغییرات مربوط به سلامت عمومی‌کودک در نتیجه عضویت گروهی می‌باشد (P<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی‌درمانی به شیوهٔ فیلیال‌تراپی بر تعاملات والد کودک و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودک در مادران دارای کودکان با مشکلات رفتاری هیجانی انجام شد. نتایج نشان داد که مداخلهٔ بازی‌درمانی به شیوهٔ فیلیال‌تراپی باعث بهبود روابط والد فرزند در ابعاد نزدیکی، وابستگی و تعارض شده است و باعث افزایش نزدیکی و کاهش وابستگی و تعارض در روابط والد و کودک شده است. این نتایج با نتایج پژوهش‌های گارزا ، واتز و کینزورت، (۲۰۱۰) و سانگانجاناویچ و همکاران (۲۰۱۰) و کیافر، امین یزدی و بی رشکی، (۱۳۹۳) همخوان و همسو می‌باشد.

در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت که در پژوهش حاضر به علت مطرح شدن تفاوت‌های فردی کودکان و کشف آن از سوی مادر و فراهم کردن تحریک بهینه و متناسب با آن، همچنین تأکید بر ارتباطات هیجانی، ایجاد و تداوم بخشیدن آن در جریان بازی روزانه با کودک و مشاهدهٔ آن توسط درمانگر و دادن بازخوردهای لازم متناسب با زوج مادر-فرزند و اصلاح آن، همچنین دنبال کردن میل کودک در جریان بازی به جای کنترل و هدایت کودک و در کل ارتباط عاطفی مادر-فرزند موجب تعمیق احساس نزدیکی در کودک گردید و صمیمیت و نزدیکی بین مادر و کودک افزایش یافت و موجب بهبود رابطه والد- فرزند شد. همچنین در مورد

خرده‌مقیاس‌های وابستگی و تعارض نیز باید عنوان کرد که ارائهٔ مداخله باعث شد که گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل نمره‌های کمتری در این دو بعد کسب کردند. در تبیین این نتایج نیز می‌توان به تأکید بر حمایت از کودک در طول جلسات آموزش اشاره کرد. باید عنوان کرد که احساس وابستگی بخشی طبیعی از زندگی است. طبق تحقیقات وابستگی سالم، مهارت‌های پدری و مادری کردن را بهتر می‌کند، از مشکلات رفتاری فرزندان می‌کاهد و عملکردهای اجتماعی را بهتر می‌کند. وابستگی سالم یعنی تعادل میان صمیمیت، استقلال، خودمختاری، اعتماد به نفس همراه با کمک گرفتن از دیگران (برنستاین و لانگورینـد، ۲۰۰۴). در پژوهش حاضر وابستگی ناسالم والد-فرزند به علت افزایش احساس ایمنی و تجربهٔ صمیمیت بیشتر بین مادر و فرزند کاهش یافت. ازآنجا که به دنبال وابستگی ناسالم والد-فرزند خشم، تعارض، مشاجره و پدیده‌های نامطلوب دیگری بروز پیدا می‌کند، به همین دلیل به دنبال کاهش وابستگی ناسالم، کاهش تعارض انتظار می‌رفت که در پژوهش حاضر این نتیجه حاصل شد. همچنین می‌توان به این نکته اشاره کرد که در پژوهش حاضر با تأکید بر مسائل ارتباطی مثل لذت مشترک، توجه مشترک، ارتباط دوطرفه، صمیمیت، ایجاد حلقه‌های ارتباطی والد-فرزند و گسترش آن، همچنین مشاهدهٔ آن در رابطهٔ والد و فرزند و اصلاح آن می‌تواند باعث چنین پیامدی شده باشد. از دیگر پیامدهای مثبت این برنامه حضور مادران در جلسات درمانی است، زیرا که فرصتی است تا پاسخ‌های انطباقی را به کودک خود آموخته و این پاسخ‌ها را تقویت نمایند. این امر وقتی محقق می‌شود که والدین مشکلات کودکان را بفهمند و راهکارهای علمی و مؤثر برخورد با این مشکلات را بیاموزند. امری که به واسطهٔ شرکت در جلسات فیلیال‌تراپی محقق می‌شود. همچنین فرایند گروهی حاکم بر این برنامه می‌تواند امری مهم در تأثیرگذاری آن باشد. زیرا والدینی که دارای کودکان دچار مشکل هستند، احساسات و هیجانات آنها در قالب گروه تعدیل و به گونه‌ای همدلانه انعکاس داده می‌شود، در نتیجه آگاهی و بینش بیشتری کسب می‌کنند. همچنین انجام تکنیک‌ها و تمرین‌های این مداخله توسط والدین در منزل یکی دیگر از فواید کارکرد این مداخله است که باعث پویایی درون خانواده و درگیر کردن اعضای خانواده برای برطرف نمودن مشکلات رفتاری کودکان و مشکلات ارتباطی اعضای خانواده است.

بخشی دیگر از نتایج پژوهش نشان داد که مداخلهٔ فیلیال‌تراپی باعث بهبود همهٔ ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان دارای مشکلات هیجانی رفتاری شده است. این بخش از نتایج نیز به طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش‌های (تایلور، ۲۰۱۱)، (عدیلی و همکاران، ۱۳۹۴) همخوان و همسو می‌باشد. در تبیین نتیجهٔ به دست آمده می‌توان گفت که آموزش فیلیال‌تراپی به والدین می‌تواند مهارت‌های والدین و به دنبال آن، کودکان را افزایش دهد. در فرایند این آموزش، والدین می‌توانند به درک و پذیرشی مطلوب از رفتار کودک دست یابند. این مسئله سبب بهبود سبک‌های والدگری و ترمیم روابط عاطفی میان والدین و کودک می‌گردد. با بهبود بافت خانواده و شیوهٔ تعامل اعضا با یکدیگر و مخصوصاً بهبود تعامل والدین با کودک، حضور والدین و شناخت و پذیرش این احساس‌ها از سوی آنها، تلاش برای درک این احساس‌ها و عدم قضاوت یک جانبه، سبب درهم شکستن بازداری و چرخه‌های ارتباطی معیوب بین والد و کودک شده و در نتیجه بسیاری از رفتارها از قبیل اضطراب، تکانشگری و پرخاشگری در کودک کاهش می‌یابد. همچنین ایجاد جوی غیرقضاوتی، پذیرنده و همراه با درک متقابل برای کودک در جریان بازی منجر به بهبود رابطه با والدین و کاهش رفتارهای مخرب کودک می‌گردد؛ چرا که برای کودکان، اغلب بیان شفاهی احساسات مشکل است، درحالی که کودک در فرایند بازی می‌تواند

احساساتش را بیان کند. این مسئله نقش مهمی در کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودک و به تبع آن افزایش سلامت روانی و کیفیت زندگی دارد.

در فیلیال‌تراپی بر شناسایی احساسات کودک (غم، شادی، خشم و ترس) تأکید زیادی می‌شود، در نتیجه احساس اعتماد، امنیت و نزدیکی بین والدین و فرزندان ایجاد می‌گردد و احساس لذت و خوشی افزایش می‌یابد. نحوهٔ برخورد با کودک (انعکاس کلامی و غیرکلامی و همدردی با کودک) نیز منجر به یادگیری ابراز صحیح احساسات در کودک می‌شود (عابدی، سیدقلعه و بهرامی‌پور، ۱۳۹۶) و همزمان با بهبود سلامت روان زمینهٔ افزایش رضایت کودک از خود، کاهش نگرانی والدین و محدودیت والدین می‌گردد. در فیلیال‌تراپی بر ارتقای عزت نفس کودکان از طریق سرزنش نکردن و تشویق کردن تأکید می‌شود. اتخاذ این رویکرد سبب می‌گردد که هرگاه کودک نتوانست کاری را انجام دهد یا دچار آسیب شد، به جای مضطرب شدن بتواند با آرامش احساسات خود را با والدین مطرح نماید و اطمینان داشته باشد که والدین با او همدردی خواهند کرد، همین عامل می‌تواند باعث افزایش عملکرد کودک شده باشد. یکی دیگر از تأکیدات فیلیال‌تراپی ترغیب کودک است. ترغیب منجر به شکل گیری احساسات مثبت در کودکان می‌شود، چراکه کودکان دارای مشکلات رفتاری هیجانی به دلیل ناتوانی در کنترل رفتارها، مکرر تنبیه شده‌اند و در نتیجه عزت نفس آنها خدشه دار شده، رفتارهای تکانشی آنها افزایش یافته و اضطراب در آنها تشدید گردیده است. از سوی دیگر، در فیلیال‌تراپی تأکید بر هدایتگری جلسات بازی توسط خود کودک است. این مسئله منجر به افزایش حس مسئولیت‌پذیری در کودک می‌گردد. دادن حق انتخاب به کودک در کنار تعیین محدودیت‌های ضروری در این زمینه، احساس کنترل و مسئولیت را در کودک تقویت می‌کند و در نتیجه کودک بهتر می‌تواند رفتارهای نابهنجارش را کنترل نماید و این‌گونه به خودش و توانایی درونی‌اش متکی می‌شود. در تبیین نتایج همچنین می‌توان به تغییر نوع ارتباط والد با کودک اشاره کرد.

پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌های حوزهٔ علوم رفتاری دارای محدودیت‌هایی بود از جمله اینکه: نمونهٔ پژوهش حاضر صرفاً مادران دارای کودکان مشکلات رفتاری هیجانی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان بوده و در تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌های سنی و سایر نقاط باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش نبود دورهٔ پیگیری بود که بواسطهٔ محدودیت‌های زمانی امکان پیگیری بلندمدت وجود نداشت. همچنین یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش عدم کنترل متغیرهای جمعیت شناختی از جمله تحصیلات و وضعیت اجتماعی اقتصادی به عنوان متغیرهای اثرگذار در پژوهش می‌باشد. در راستای نتایج پژوهش حاضر به محققان پیشنهاد می‌شود که ضمن رفع محدودیت‌های پژوهش حاضر در تحقیقات آینده، و با توجه به کوتاه‌مدت بودن و در نتیجهٔ مقرون به صرفه بودن و همچنین تمرینهای رویکرد بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک نسبت به سایر رویکردهای درمانی که ساده‌تر و قابل فهم‌تر است، پیشنهاد می‌شود که متخصصان، روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مشاوران در امر بهبود روابط والد و کودک و افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان دارای مشکلات هیجانی رفتاری، فیلیال‌تراپی را به عنوان شیوه‌ای نوین و مؤثر مدنظر داشته باشند.

پی‌نوشت

1. Health Related Quality Of Life

منابع

بهرام‌آبادی، م.، زهراکار، ک.، بروجردی، ه. و محمدی فر، م. (۱۳۹۲). اثربخشی برنامهٔ بهبود بخشی ارتباط بر کیفیت رابطهٔ والد-فرزندی در نوجوانان دختر خانواده‌های تک والدینی مادر سرپرست، *مجلهٔ روان‌شناسی بالینی*، ۵ (۲)، ۱۴-۱۶.

تجریشی، م.، عاشوری، م.، افروز، غ.، ارجمندنیا، ع. و غباری بناب، ب. (۱۳۹۵). اثر بخشی آموزش برنامهٔ والدگری مثبت بر تعامل مادر با کودک کم‌توان ذهنی، *فصلنامهٔ توانبخشی*،۲ (۱۶)، ۱۲۹.-۱۳۱.

حسن‌زاده، س.، پورحسین، ر.، سیاری فرد، ف. و میرطلایی، م. (۱۳۹۵). *اثربخشی بازی‌درمانی با رویکرد فیلیال‌تراپی بر تعامل والد کودک، استرس والدینی و مهارت‌های اجتماعی کودکان دیابتی*. نهمین کنگره بین المللی روان‌درمانی.

خدابخشی کولایی،آ، شاهی،ع، نویدیان،ع. و مصلی نژاد،ل. (۱۳۹۴).اثر بخشی آموزش برنامه والدگری مثبت به مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی در کاهش مشکلات برونی سازی شده کودک. مجله اصول بهداشت روانی،۱۷ (۳)،۴۳-۱۳۷.

شهنی، ر.، داودی، ا.، مهرابی‌زاده، م. و زرگر، ی. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله والدمحور بر نشانه‌های اضطراب و مشکلات برون سازی کودکان ۶ تا ۹ سال، *روان‌شناسی بالینی*، ۹ (۱)؛ ۱۳-۱.

عابدی، ا.، سیدقلعه، ا. و بهرامی‌پور، م. (۱۳۹۶). مقایسهٔ اثربخشی فیلیال‌تراپی و روش والدگری بارکلی بر کاهش اضطراب و علائم نقص توجه بیش‌فعالی کودکان، ***فصلنامهٔ کودکان استثنایی*، ۱۷ (۳)، ۱۲۰-۱۱۱.**

عدیلی، ش.، کلانتری، م.، و عابدی، ا. (۱۳۹۴). تأثیر بازی‌درمانی به شیوهٔ فیلیال‌تراپی بر مهارت‌های اجتماعی-هیجانی دختران پیش‌دبستانی ۵ تا ۶ سالهٔ شهر اصفهان، *روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دانشور رفتار*، ۱۳ (۲)، ۱۰۴-۹۷.

علی پور، م.، یاسری، م.، ماهری، ب. و گرمارودی، ف.(۱۳۹۵). وضعیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دانش اموزان دوره متوسطه شهر تهران، مجله دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی ، ۱۴، شماره چهارم، ۷۲-۵۷.

قائم پناه، ز.، آزاد فلاح، پ. و کاظم زاده طباطبایی، ر. (۱۳۹۲). شاخص‌های روان‌سنجی و هنجاریابی نسخهٔ فارسی پرسش‌نامهٔ سلامت کودک، *ماهنامهٔ علمی‌پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۷ (۷): ۴۳۱-۴۴۲.

کیافر، م.، امین یزدی، س.ا. و کارشکی، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی بازی‌درمانی خانواده محور بر تعامل مادر-فرزند و میزان پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۴(۲)، ۴-۱۸.

گلزارپور، م.، قائدامینی هارونی، غ.، وامقی، م.، سجادی، ح. و توانکر، ف. (۱۳۹۵). روایی و پایایی نسخهٔ فارسی پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودک، *مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۸(۳): ۴۴۷-۴۵۹.

لندرث، گ. (۱۳۹۰). *بازی‌درمانی، هنر برقراری ارتباط*، ترجمهٔ داورپناه، تهران: انتشارات رشد.

لندرث، گ. و براتون، س. (۱۳۹۴). *فرزندپروری، تربیت و درمان مشکلات رفتاری کودکان از طریق بازی*، ترجمهٔ الهه آقایی، الناز پیش‌قدم و احمد عابدی.

محرری، ف.، سلطانی‌فر، ع.، خالصی، ح. و اسلامی، ن. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر آموزش برنامهٔ تربیت سازنده به مادران در بهبود روابط با فرزندان نوجوان، *فصلنامهٔ دانشکدهٔ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۵۵ (۲)، ۱۱۶-۱۲۳.

مصطفوی، س.، شعیری، م.، اصغری مقدم، م. و محمودی قرایی، ج. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطهٔ والد-کودک به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان، *روان‌شناسی معاصر*، ۵، ۷۱۲-۷۱۸.

مرشدی، د. و بابامیری. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر علائم لجبازی نافرمانی کودکان، *مجلهٔ آموزش و سلامت جامعه*، ۲ (۳)، ۱۲-۱۸.

نیک‌آذین، ا.، نائینیان، م. و شعیری، م. (۱۳۹۱). روایی و پایایی پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین ۲۷ گویه‌ای در نمونه‌ای از دانش‌آموزان ایرانی، *مجلهٔ روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۸ (۴)، ۳۱۰-۳۲۱.

مولوی، حسین (۱۳۸۶ .(راهنمای عملی SPSS 14-13 -۱۰در علوم رفتاری، اصفهان: انتشارات پویش اندیشه.

وارسته، م.، اصلانی، خ. و امان‌الهی، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش برنامهٔ والدگری مثبت بر کیفیت تعامل والد-کودک، فصلنامهٔ فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۷ (۲۸)، ۱۸۳-۲۰۲.

Brown, I. & Percy, ME. (2007) A *Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental* London. http://www.disabilitytraining.com/pdf/cgib-toc.pdf

Powl, H. Brookes, Chen X., Sekine M., Hamanishi S., Wang, H., Gaina A., Yamagami T., et al. (2011). Lifestyles and health-related quality of life in Japanese schoolchildren: *a cross-sectional study. Prev Med*; 40:668-78.

Damodaran, K. D. (2013). Parent child interaction therapy: child well-being through an effective parenting intervention, *the journal of positive psychology*, 3, 1-12.

Drotar, D. (2014). *Measuring health-related quality of life in children and adolescents: Implications for research and practice*. USA: Psychology Press.

Edwards, N.A., Ladner, J., & White, J. (2007). Perceived effectiveness of filial therapy for a Jamaican mother: A qualitative case study. *International Journal of Play Therapy*, 16(1), 36–53.

Evans, S. W., Mullett E., Weist, M. D., & Franz K. (2005). Feasibility of the mind matters' school mental health promotion program in American schools. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 51-58.

Garza, Y., Watts, R., Kinsworthy, S (2010). Filial Therapy: A Process for Developing Strong ParentChild Relationships. The Family Journal: ounseling And Therapy for Couples and Families, Vol. 15. No. 3, July 2007 277-281.

Guerney, L.F (1981).Parental acceptance and foster parent. Journal of clinical pcychology, 10, 27-32.

Kalina, K.J., Marek, K. & Beata T.A. (2013). *Health-related quality of life in cardiovascular patients*. Milan: Springer.

Laing, S., McMahon, C., Ungerer, J., Taylor, A., Badawi, N. & Spence, K. (2010). Mother-child interaction and child developmental capacities in toddlers with major birth defects requiring newborn surgery. *Early Human Development*, 86, 793-800.

Landreth, G.L. & Bratton, S.C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT)*. New York: Taylor Francis group.

Quitmann, J., Rohenkohl, A., Bullinger, M., Chaplin, J.E., Herdman, M., Sanz, D., et al. (2013). Parental perception of health-related quality of life in children and adolescents with short stature: literature review and introduction of the parent-reported QoLISSY instrument. *Pediatr Endocrinol Rev;* 11(2): 147- 60.

Sangganjanavanich, V., Cook, K., Rangel-Gomez., M (2010). Filial Therapy with Monolingual Spanish-Speaking Mothers: A Phenomenological Study. The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families 18(2) 195-201.

Sheperis, C., Sheperis, D. Monceaux, A. Davis, J. R. & Lopez. B. (2015). Parent- child interaction therapy for children with special needs. *The professional counselor*, 2, 248-260

Solans, M., Pane, S., Estrada, M.D., Serra-Sutton, V., Berra, S., Herdman M., et al (2008) Health-Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents: A Systematic Review of Generic and Disease-Specific Instruments. *Value in health*; 11 (4):742-64.

Topham., G., Wampler, K., Titus, G. & Rolling, E. (2011). Predicting parent and child outcomes of a filial therapy program. *International journal of play therapy*, 20 (2), 79- 93.

Upton. P., Lawford. J. & Eiser, C.(2008). Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature. *Qual Life Res*; 17: 895-913.

Vanfleet, R. (2012). Filial therapy: what every play therapist should know. *Play therapy press*. 57 (7), 52-63

Walker, L. S., Garber, J., & Greene, J. (1993).Psychosocial correlates of recurrent childhood pain:A comparison of pediatric patients with recurrent abdominal pain, organic illness,and psychiatric disorders.Journal of Abnormal Psychology, 102, 248–258.

.