اثر بخشی برنامه حضوری – مجازی درمان تعامل والد-کودک بر اساس رویکرد آیبرگ بر اختلالات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی

علی اکبری‌زاده[۱]، دکتر سعید حسن‌زاده[۲]،
دکتر کامبیز کامکاری[۳]،
دکتر مسعود غلامعلی لواسانی[۴]

تاریخ دریافت:. ۱۳۹۷/۸/۱۹ تجدیدنظر: ۱۳۹۷/۱۱/۳
پذیرش نهایی: ۱۳۹۸/۶/۸

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی برنامه حضوری- مجازی درمان والد- کودک براساس رویکرد آیبرگ بر کودکان با اختلالات رفتاری مراکز پیش‌دبستانی در شهر تهران انجام شده است. **روش**: این پژوهش یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون – پس آزمون با ۳۰ مادر کودکان با اختلالات رفتاری پیش‌دبستانی (۱۵ مادر گروه آزمایشی و ۱۵ مادر گروه گواه) و با روش نمونه‌گیری خوشه ای تصادفی انتخاب شدند. هر دو گروه قبل از برنامه ، سیاهه رفتاری کودکان آیبرگ (ECBI) (آیبرگ، پنگوس،۱۹۹۹، آیبرگ، رابینسون، ۱۹۹۳) سیاهه رفتاری کودکان (CBCL)آخنباخ و رسکولار (۲۰۰۰) آزمون ملاک‌های اختلالات رفتاری بر DSM5) (2013) را کامل کردند سپس برنامه را طی ۱۴جلسه فقط برای گروه آزمایش اجرا شد وگروه گوا ه هیچ برنامه‌ای را دریافت نکردند. برای تجزیه وتحلیل از آزمون t مستقل و تحلیل کوواریانس استفاده شد. **نتایج**: یافته‌ها نشان دادکه برنامه حضوری – مجازی درمان تعامل والد- کودک براساس رویکرد آیبرگ به طور معناداری در کاهش اختلالات رفتاری موثر بوده است. **نتیجه‌گیری**: الگوی کلی نتایج حاکی از آن است که این برنامه درکاهش اختلالات رفتاری اثربخش بوده ، بنابراین می‌توان از آن به عنوان یک الگوی درمانی در مراکز پیش‌دبستانی استفاده شود.

واژه‌های کلیدی : *برنامه حضوری- مجازی، درمان تعامل والد کودک ، سیاهه رفتاری کودکان، اختلالات رفتاری.*

۱. دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علوم و تحقیقات تهران
۲. **نویسنده مسئول**: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، ایران.
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر، ایران
۴. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، ایران.

The Effectiveness of PCIT Blended Teaching (Face-to-Face and Virtual) Based on Eyberg's Approach on Behavioral Disorders of Preschool Children

Ali Akbarizadeh, M.A., Saeed Hasanzadeh, Ph.D., Kambiz Kamkari, Ph.D., Masoud Gholamali Lavasani, Ph.D

Received: 11.10.2018 Revised: 01.20.2019
Accepted: 08.30.2019

Abstract

Objective: The effectiveness of PCIT blended teaching (face-to-face and virtual) based on Eyberg's approach was examined on the behavioral disorders of preschool children in Tehran. **Method**: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design on 30 mothers of preschool children with behavioral disorders (15 mothers in the experimental group and 15 in the control group). The mothers were selected through random cluster sample. Before the program, both groups completed Eyberg ECBI, Achenbach's the Child Behavior Checklist (CBCL), and the DSM5 criterion test. Then, the program was implemented in 14 session only for the experimental group, while the control group did not receive any treatment. For analysis, independent t-test and the analysis of covariance were used. **Results**: Our findings shows that face-to-face and virtual PCIT based on Eyberg's approach significantly decreased the behavioral disorders of preschool children. **Discussion**: Results indicate that as this program is effective for reducing behavioral disorders and can thus be implemented as a treatment model in preschools.

Keywords: *Blended teaching (face-to-face and virtual), Parent-child interaction therapy, Eyberg's Child Behavior Inventory, Behavioral disorder*

1. Ph.D. student of Psychology and Education of Exceptional Children, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran
2. **Corresponding Author:** Associate professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran
3. Associate Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Islamic Azad University of Islamshahr, Islamshahr, Iran
4. Associate Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

مقدمه

توجه به آسیب‌شناسی دوران کودکی یکی از دغدغه‌های اجتماعی مهم است که در اولویت‌ها و برنامه‌های سیاسی بسیاری از کشورها نیز قرار گرفته است (ماش و بارکلی، ۲۰۰۳). توجه روز افزون به مشکلات روانی کودکان می‌تواند در تحول روان شناختی وکنش وری بهینه آنها تاثیر به سزایی داشته باشد. بر اساس تحقیق غباری و همکاران (۱۳۸۸)، میزان شیوع اختلالات رفتاری در استان تهران براساس طبقه‌بندی ابعادی در مقیاس نظام مبتنی بر تجربه آخنباخ[۱] ۲۰/۳ درصد در طبقه ابعادی و ۵/۸ درصد در طبقه مرزی قرار داشتند.

طیف گسترده‌ای از مداخلات بر اختلالات رفتاری کودکان اثربخش هستند. نمونه‌هایی از برنامه‌های رفتاری مبتنی بر شواهد جهت ارائه برنامه‌های خدمات اجتماعی به کودکان ساخته شده اند که شامل (برنامه‌های سه پی[۲] (۲۰۱۲)، سالهای باور نکردنی[۳](۲۰۱۱)،درمان مبتنی بر تعامل والد- کودک[۴](PCIT) (۱۹۹۸،۱۹۷۴) و درمان مبتنی بر رابطه والد- کودک[۵]می‌باشد (کمپل، چافین، فاندربارک، زیر چاپ ۲۰۱۷). از آنجا که برقراری رابطه درمانی عنصری مهم در درمانگری کودکان است، رابطه عاطفی موجود میان والد- کودک، در فرایند درمان امری تاثیرگذار به حساب می‌آید و با آموزش مهارتهای درمانی، والدین می‌توانند در حد درمانگر و شاید بیشتر از آن برای فرزندانشان موثر باشند (مصطفوی و همکاران، ۱۳۹۱). تعاملات ارتباطی دوسویه والد- کودک نقش مهمی درگسترش یا کاهش مشکلات رفتاری داشته و هرگونه مداخله در این زمینه نیازمند همکاری دیگری است و آثار متقابلی را برای والدین و کودکان به همراه می‌آورد (گانسون،کنت ، لیتر،۲۰۰۵). با توجه به برقراری رابطه درمانی، به عنوان عنصری مهم در درمانگری روانشناختی کودکان، لندرث (۲۰۰۲) معتقد است والدین می‌توانند جانشین خوبی به عنوان درمانگر، برای کودکان خود باشند و با آموزش توانایی‌هایی از قبیل بازی درمانگری به درک و پذیرش مطلوب در ارتباط با مشکلات رفتاری کودک دست یابند. یکی از روش‌هایی که در گستره تلاش‌های درمانگران در حیطه مسائل کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد درمان تعامل مبتنی بر والد- کودک PCIT است این الگو مبتنی بر این فرض اساسی است که از آن جایی که والدین ارتباط عاطفی قوی با کودک خود دارند و درمانگران فاقد این رابطه با کودکان هستند پس این ارتباط طبیعی و ذاتی والد- کودک کلید اثر بخشی بالا و نتایج پایای درمانی در روش آموزشی مبتنی بر تعامل والد – کودک است (لندرث،۲۰۰۶).

در طول سال‌های دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ ایده استفاده از مولتی مدیا[۶] یا چند رسانه‌ای معنای جدیدی در آموزش پیدا کرد در مولتی مدیا می‌توانیم از ابزارهای اطلاعاتی جدید مثل پادکست، اسلاید، مواد شنیداری، دیداری، و نوشتاری استفاده کنیم تا روند آموزش مثمرثمرتر واقع گردد(پرنسکی، ۲۰۰۸). با توجه به اینکه در اواسط دهه ۱۹۹۰ آموزش الکترونیکی[۷] به وجود آمد و برخی تغییرات چشمگیری را در تمامی‌زمینه‌های آموزشی پدید آورد، این امر در آموزش‌های درمانی هم بی نصیب نبود. برنامه حضوری- مجازی نیز دقیقا به کارگیری مولتی مدیا می‌باشد که در زمینه آسان سازی آموزش و بهبود عملکرد به کار می‌رود. زیرا دریافت کننده آموزش را قادر می‌سازد که به طرق مختلف، مطالب را تجربه و آزمایش نماید (پرنسکی ، ۲۰۰۸). جهت ارایه چنین برنامه‌ای باید از وسایل دیداری، شنیداری، نوشتاری وگفتاری استفاده شود (مالیک، آگراوال، ۲۰۱۲). تا اطلاعات موثرتر منتقل شود. امروزه بحث براین است که چگونه کارآمدی و انجام پذیری درمان تعامل والد- کودک را در جمعیت‌ها و فرهنگ‌های مختلف می‌توان بهبود بخشید (نیو، نیو،۲۰۰۰). یکی از راه‌های آن برنامه حضوری- مجازی با رویکرد خانواده محور می‌باشد. خانواده می‌تواند نقش درمانگر

را ایفاء کند و با استفاده از تمامی‌ابزارهای استفاده شده در این رویکرد فرایند درمان را بهتر پیش ببرد. بنابراین می‌توان اذعان داشت که این برنامه کاربرد خلاقانه ای را ایجاد می‌کند و این اطمینان نوید بخش را می‌دهد که در دسترس همگان قرار گیرد تا همه از مزایا آن بیشترین استفاده را ببرند.(نیو، نیو ،۲۰۰۰).

بنابراین هدف از این پژوهش تدوین برنامه تعامل والد- کودک بر اساس رویکرد آیبرگ (۱۹۹۹) در قالب حضوری- مجازی وبررسی اثر بخشی آن بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان و افزایش تعامل والد با کودک است.

روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف جزء دسته پژوهش‌های کاربردی و به لحاظ روش نیمه‌آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه و انتساب تصادفی می‌باشد.

نمونه

در این پژوهش نمونه‌گیری به شیوه خوشه ای طبقه ای از طریق انتخاب افراد در مراکز پیش‌دبستانی انجام شد. به طور تصادفی، ۵ مرکز پیش‌دبستانی ازمیان کل مراکز پیش‌دبستانی منطقه ۵ آموزش و پرورش انتخاب شدند. پس از آن، آزمودنی‌هایی که ملاک‌های ورود به گروه اختلالات رفتاری را همزمان بر اساس پرسشنامه آخنباخ و رسکولار (۲۰۰۰) و ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM5[8] را داشتند غربال گری و سپس والدین سیاهه رفتاری کودکان آیبرگ را تکمیل کردند. سپس از کل کودکان شناسایی شده با میانگین سنی ۴ سال (۶-۳سال)، ۳۰ مادرکودک دارای اختلالات رفتاری به طور تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش، پس اجرای پیش آزمون برنامه حضوری_ مجازی درمان تعامل والد – کودک را در ۱۴ جلسه دریافت کردند و نهایتا نمرات پیش آزمون و پس آزمون مورد مقایسه قرار گرفتند. یافته‌های آماری براساس برنامه SPSS (نسخه ۲۱) با استفاده از مدل آماری تحلیل کواریانس و با مورد توجه قرار دادن اندازه اثر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

الف : پرسشنامه رفتاری کودکان آیبرگ

این پرسشنامه مقیاسی است که توسط والدین تکمیل می‌شود. تا شدت و فراوانی رفتارهای مخرب[9] کودکانشان را ارزیابی کنند. این پرسشنامه به طور گسترده ای در مطالعاتی که پیامدهای درمانی در مورد اختلالات رفتاری کودکان را می‌سنجند به کار می‌رود .(تایمر، وار، اوکیوزا،۲۰۱۰). این پرسشنامه واجد دو نمره است که عبارت است از نمره شدت و نمره مشکل، نمره شدت درباره میزان شدت هریک از ۳۶ مشکل فهرست شده در این پرسشنامه، تخمینی را ارائه می‌دهد. دامنه شدت مشکل می‌تواند از ۳۶ تا ۲۵۲ باشد. نمره مشکل به والدین این امکان را می‌دهد که تعیین کنند تا چه حدی رفتارهای فرزندشان را به عنوان یک مشکل ارزیابی کنند. دامنه این نمره نیز از ۰ تا ۳۶ است (آیبرگ و همکاران، ۲۰۰۱).

نمره‌های بالاتر در مقیاس‌های این ابزار گویای شدت و تعداد بیشتر مشکلات رفتاری است. دو نمره برش در این مقیاس وجود دارد: نمره ۱۲۷ در مورد شدت و نمره ۱۱ درمورد مشکلات است کودکانی که نمرات بالاتر را کسب می‌کنند نیاز به درمان دارند. اجرا و نمره‌گذاری این ابزار در حدود ۲۰ دقیقه زمان می‌برد. هماهنگی درونی[10]این پرسشنامه در بخش مشکل‌ها ۹۱/. و در شاخص شدت ۹۳/. می‌باشد. پایایی [11]آزمون- باز آزمون آن نیز٪۸۶ تا ۸۸ /.، پایایی بین ارزیاب‌ها ۷۹/. تا ۸۶/. وآلفای کرونباخ نیز ۹۵/. برآورده شده است(گروس و همکاران،۲۰۰۷). خانی(۱۳۹۷) در تحقیقی تحت عنوان ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه رفتاری کودکان آیبرگ در دانش‌آموزان پیش‌دبستانی با اختلال رفتاری نشان داد که در سیاهه رفتاری کودکان آیبرگ با استفاده از دو

روش آلفای کرانباخ و دو نیمه‌کردن آزمون با اصلاح اسپیرمن- براون بالای ۰/۷۹ بوده است، که نشان‌دهنده تجانس درونی مطلوب می‌باشد. همچنین، ضریب ثبات در پژوهش فوق ۰/۸۲ به دست آمده که نشان‌دهنده ویژگی تکرارپذیری ابزار مذکور می‌باشد. در نهایت، مشخص گردید که سیاهه رفتاری کودکان آیبرگ با پرسشنامه علایم مرضی کودک (CSI-4) و پرسشنامه آخنباخ دارای روایی [۱۲]همزمان از نوع ملاکی می‌باشد.

ب : سیاهه رفتاری کودکان:

سیاهه رفتاری کودک آخنباخ و رسکولار (۲۰۰۰)، ابزار کارآمدی برای سنجش مشکلات رفتاری هیجانی و مشکلات اجتماعی کودکان ۱/۵ تا ۵ ساله است. این فهرست شامل ۹۹ گزاره است، همچنین سوال‌های باز پاسخ نیز برای بیان مشکلات بیشتر در این پرسشنامه وجود دارد، گزاره‌هایی که براساس مقیاس‌های نشانگان نمره‌گذاری می‌شوند شامل واکنش هیجانی، اضطراب –افسردگی، شکایات جسمانی، کناره‌گیری، مشکلات توجه، رفتار پرخاشگری و مشکلات خواب هستند. گزاره‌هایی که براساس مقیاس‌های راهنمای DSM نمره‌گذاری می‌شوند شامل مشکلات عاطفی، اضطرابی، اختلالات نافذ رشد، کاستی توجه /بیش فعالی و مشکلات لجبازی هستند.

مشکلات ذکر شده ، در دوگروه کلی مشکلات برون نمود (مشکلات توجه و رفتاری پرخاشگری) و درون نمود (واکنش هیجانی، اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی، وکناره‌گیری) طبقه‌بندی شده اند و مشکلات خواب به تنهایی در خارج از دوگروه قرار دارند . گزاره‌های باز پاسخ، اطلاعاتی را درباره کودکان به ما نشان می‌دهد . سوال‌های مقیاس‌های این پرسشنامه به صورت سه گزینه ای "درست نیست " "تا حدی یا گاهی درست است "،کاملا یا غالبا درست است "درجه‌بندی شده اند که به ترتیب نمره‌های صفر ، یک و دو را دریافت می‌کنند. در هنجاریابی این آزمون در جمعیت ایرانی، همسانی کلیه مقیاس‌های فرم‌های مربی و والد با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و هم چنین اعتبار آزمون با استفاده از باز آزمون در فاصله ۱۵ روز بر روی ۵۰ نفر از والدین و مربیان، مورد بررسی قرارگرفته شده است (کیامنش و محمد اسماعیل ،۱۳۸۷)، که همسانی درونی فرم والد در دامنه ای از ۰/۵۴ تا ۰/۸۱ و در فرم مربی از ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ برآورد شده است. اعتبار باز آزمایی آن نیز در فرم والد در دامنه ای از ۰/۶۶ تا ۰/۸۷ و در فرم مربی از ۰/۶۱ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. هم چنین طی یک پژوهش چند ملیتی، گزارش آسیب شناسی روانی کودکان پیش‌دبستانی به وسیله مادران، در ۲۳ کشور به وسیله سیاهه رفتاری کودک ۱/۵الی ۵ ساله مورد بررسی قرار گرفت، در این پژوهش جمعا ۱۹۱۰۶ کودک شرکت داشتند که از میان آن‌ها ۱۳۴۶ کودک ایرانی بودند(محمد اسماعیل و همکاران، ۲۰۱۰)

برنامه حضوری – مجازی درمان تعامل والد- کودک بر اساس رویکرد آیبرگ

برنامه حضوری – مجازی درمان تعامل والد- کودک برنامه آموزش والدین مبتنی بر شواهد است که کار با والدین و کودکان سنین ۲تا ۷ سال را در بردارد (مک نیل،۲۰۱۰ به نقل از روشن و همکاران ،۱۳۹۵) .

برنامه درمان تعامل والد- کودک دو دسته از مهارتها را جهت درمان مورد توجه قرار می‌دهد. در مرحله تعامل کودک محور، والدین استفاده از مهارت‌های انجام دادنی معمول بازی درمانی را به منظور ارتقاء ارتباط والد –کودک توسط درمانگر در قالب آموزش گروهی و انفرادی دریافت کردند.کلیه برنامه‌های مداخله ای این مرحله در قالب جلسات حضوری و همچنین غیر حضوری که شامل استفاده از بروشورهای اطلاعاتی، فایل‌های صوتی، تصویری، پادکست، مشاوره تلفنی و پیام رسان بوده است.

در مرحله تعامل والد محور، والدین برای افزایش فرمان پذیری و کاهش رفتارهای مخل کودک مهارتهای لازم را می‌آموزند. از جمله خوب دستور یا

فرمان دادن، تحسین کردن، فرمان‌پذیری، استفاده از فن محرومیت برای نافرمانی و برقراری قوانین خانگی از مهارت‌های این مرحله هستند. تمامی‌این مهارتها از طریق ابزارهای دیداری، نوشتاری، شنیداری، و گفتاری که سطور بالا ذکر شد انجام گرفت. درمان تعامل والد- کودک معمولا به ۱۴ جلسه یک ساعته هفتگی برای هدایت تعامل والد- کودک ارائه شد.

جلسات درمانی

جلسه	محتوا	شیوه ارایه
اول: تاریخچه و ارزیابی	در قالب یک مصاحبه اطلاعات تاریخچه ای درباره کودک و مشکل کنونی گردآوری می‌شود ودرمانگر فرصت آشنایی با کودک و شرایط خانواده را به دست می‌آورد.	حضوری (انفرادی)
دوم: آموزش مهارت‌های تعامل کودک محور	در این جلسه علاوه برمهارت‌های کودک محوری به والدین آموزش داده می‌شود تا در این مرحله برای رفتارهای منفی کودک از شیوه نادیده گرفتن استفاده نمایند. از والدین خواسته می‌شود که از پرسیدن سوال ودستور دادن خوداری نمایند. فعالیتی که دراین مرحله انجام می‌شود به دنبال ارتقاء کیفیت ارتباط والد- کودک است انتقاد سرزنش ،از رفتارهایی هستند که به شدت بر این موضوع تاثیر منفی دارند . بنابراین از به کار بردن آن‌ها باید اجتناب نمایند.	حضوری (انفرادی، بروشور)
سوم: هدایت وتمرین مهارت‌های تعامل کودک محور در قالب نقش بازی کردن	در این جلسه تقویت رابطه درمانی با خانواده و ارایه حمایت است . در حین هدایت گری توسط درمانگر و دستیارش بیشتر بر توصیفات رفتاری تمرکز می‌شود و صرفا باز خورد مثبت بدون اشاره به خطا ارایه می‌شود. همین طور در انتهای کار بیشتر بر نقاط قوت والدین تاکید می‌شود واز آن‌ها خواسته می‌شود در تکلیف خانگی بیشتر برای کاهش تعداد سوالات و افزایش باز خوردها یا بازتاب‌ها تلاش کنند.	حضوری
چهارم: هدایتگری در قالب نقش بازی کردن	درباره اینکه شکل‌گیری بسیاری از رفتارهای نامطلوب در نتیجه الگوگیری کودکان از رفتارهای بزرگ ترهای خودشان است ،توضیحاتی داده می‌شود. در حین هدایت والدین بر عدم استفاده از سوال تاکید می‌شود ملاک‌های رسیدن به مهارت در مرحله تعامل کودک محور گفته می‌شود . وآموزش‌هایی را در زمینه مدیریت رفتار دریافت می‌کنند.	حضوری –مجازی (فایل تصویری)
پنجم: هدایت گری با تاکید بر موضوع دریافت حمایت	تحسین توصیف شده مهارتی است که در بخش هدایت تعامل به طور خاص مورد توجه قرار می‌گیرد"دریافت حمایت" موضوعی است که با والدین درمیان گذاشته می‌شود و آن‌ها ترغیب می‌شوند که از سایر افرادی که در محیط اطرافشان هستند در مواقع ضروری درمانگر و دستیارش هم در فضای مجازی ،هم اینترنت ، ایمیل وغیره به شیوه مناسبی حمایت دریافت می‌کنند .	مجازی (فایل صوتی، تصویری، مشاوره تلفنی، ارسال متن با پیام رسان)
ششم: هدایتگری با تاکید بر استرس با استفاده از نقش بازی کردن	در این جلسه با والدین درباره تاثیر استرس برکودکان و درک هیجانی کودکان صحبت می‌شود. در فرایند هدایت گری نیز توجه ویژه ای به استفاده از مهارت‌ها به صورت ترکیبی می‌شود و در صورت عدم تسلط در هریک از مهارت‌ها به طور خاص بر استفاده و تمرین آن مهارت در جلسه توجه می‌شود.	حضوری (آموزش گروهی به همراه بروشورهای آموزشی و اسلاید)

هفتم : آموزش مهارت‌های تعامل والد محور	دراین جلسه مهارت‌های تعامل والد محور که شامل دادن فرامین موثر تحسین فرمان پذیری کودک واجرای صحیح فرایند محرومیت در صورت نافرمانی کودک به والدین آموزش داده می‌شود در پایان جلسه خلاصه کلیه نکات گفته شده به والدین داده می‌شود.	حضوری (آموزش گروهی به همراه بروشورهای آموزشی و اسلاید)
هشتم : هدایت گری	برای والدین این فرصت مهیا می‌شود تا بتوانند در قالب یک هدایت گری فشرده از جانب درمانگر فرایند تعامل والد محور را به درستی اجرا نمایند و جلسه را با اعتماد کافی برای اجرای درست فرایند در خانه ترک کنند.	حضوری (تمرین نقش بازی کردن)
نهم:هدایتگری وتعمیم	از این پس به دنبال تعمیم دهی مهارت‌ها به محیط‌هایی غیر از محیط آموزشی هستیم از این رو از والدین می‌خواهیم یا در محیط آموزشی یا در خانه استفاده نمایند. اگر والدین اولین تکلیف خانگی را با موفقیت انجام داده باشند، تکلیف خانگی دیگری به آن‌ها داده می‌شود.	مجازی (فایل صوتی، تصویری، مشاوره تلفنی، ارسال متن با پیام رسان)
دهم:هدایتگری والد	تاثیرات برنامه درمان بر رفتار کودک با والد مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. از این پس از والدین خواسته می‌شود از مهارت‌های این مرحله برای مسایلی استفاده کنند که فرمان پذیری کودک در آن موارد برای والدین مهم است وبرای سایر مسایل ،از تکنیک‌های آموزش داده شده دیگر استفاده نمایند.	حضوری (انفرادی، وگروهی در صورت نیاز)
یازدهم: تنظیم مقررات	جلسه هدایت گری همراه با آموزش تنظیم مقررات خانه(با کمک درمانگر). بعد از هدایت تعامل والد محور، بررسی می‌شود. و سپس مشکلات رفتاری باقیمانده با والدین مرور خواهد شد. برای هر مشکل معین می‌شود که چه شیوه ای مناسب است .فرایند تعیین مقررات خانه و چگونگی اجرای آن به والدین آموزش داده می‌شود.	حضوری (بحث و آموزش گروهی)
دوازدهم: هدایت گری همراه با آموزش مدیریت رفتار در مکانهای عمومی	فرایند هدایت گری ادامه می‌یابد و در صورتی که والدین فاصله زیادی از ملاک‌های تسلط بر مهارت را داشته باشند زمان بیشتری صرف هدایت تعامل خواهد شد. در صورت تثبیت مقررات خانه قبلی با همکاری والدین مقررات جدیدی تعیین می‌شود. به رفتار کودک در مکانهای عمومی‌پرداخته می‌شود و نکات لازم برای کنترل رفتار کودک در مکانهای عمومی‌گفته خواهد شد.	حضوری (آموزش گروهی به همراه بروشورهای آموزشی و اسلاید)
سیزدهم: هدایت گری در یک مکان عمومی	آماده سازی نکات آموزش داده شده درباره کنترل رفتار کودک در مکان عمومی‌با والدین مرور می‌شود.بخش میانی جلسه برای تمرین همین نکات در یک مکان عمومی‌ادامه می‌یابد .از والدین خواسته می‌شود با استفاده از شیوه‌های حل مسئله مشکلات احتمالی را مدیریت نمایند.	مجازی (فایل صوتی، تصویری، مشاوره تلفنی، ارسال متن با پیام رسان)
چهاردهم : هدایت گری و حل مسائلی که مانع اتمام درمان هستند	در این جلسه به مسائلی که مانع به تسلط رسیدن در مهارت‌ها هستند توجه خواهد شد .در صورت نیاز والدین با درمان نقش مهارت‌های ضعیف تر را انجام میدهیم .اگر بخشی از مشکلات باقیمانده به رابطه کودک با خواهر یا برادرش مربوط است ، می‌توان تکلیف خانگی بازی دونفره کودکان را به آن‌ها داد وحتی جلسه ای را با حضور خواهر یا برادر کودک هدایت نمود. اهداف وبرنامه‌های جلسه تا زمان تسلط یافتن والدین برمهارت‌ها می‌تواند ادامه داشته باشد.	حضوری (آموزش گروهی به همراه بروشورهای آموزشی و اسلاید)

یافته‌ها

در این قسمت ابتدا ویژگی‌های جمعیت شناختی دوگروه آزمایش وگواه و سپس آماره‌های توصیفی مربوط به متغیر وابسته ارایه گردیده است . پس از آن، نتایج آزمون مبنی برنرمال بودن توزیع نمرات جهت استفاده از آزمون‌های پارامتریک در مورد متغیر وابسته گزارش شده است. سپس داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است

جدول ۱. شاخص‌های آماری مرتبط با بررسی «اختلال رفتاری» از طریق سیاهه رفتاری آیبرگ در کودکان پیش‌دبستانی با اختلال رفتاری

گروه	مرحله	شاخص‌های گرایش مرکزی		شاخص‌های پراکندگی		شاخص‌های توزیع	
		میانگین	دامنهٔ تغییرات	واریانس	انحراف معیار	خطای معیار	ضریب کجی	ضریب کشیدگی
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۳۴/۳۸	۹	۹/۴۲	۳/۰۶	۰/۸۵	۰/۸۹	-۰/۲۳
	پس‌آزمون	۶۸/۹۲	۲۵	۷۶/۵۳	۸/۷۴	۲/۳۳	-۰/۴۹	-۰/۱۹
گواه	پیش‌آزمون	۱۳۵/۲۳	۴۰	۱۱۸/۳۵	۱۰/۸۷	۳/۰۱	-۰/۷۷	۰/۸۳
	پس‌آزمون	۱۳۶/۴۲	۲۵	۵۱/۳۴	۷/۱۶	۱/۹۱	-۰/۷۵	۰/۶۹

با توجه به داده‌های ارائه شده در جدول ۱ و با تأکید بر اینکه تفاوت اندکی بین میانگین وجود دارد و از آنجائیکه میزان ضریب کجی و ضریب کشیدگی کمتر از رقم ۱ است، می‌توان مطرح نمود که توزیع فوق، مفروضه نرمال بودن را داراست و می‌توان از میانگین به‌عنوان معرف شاخص گرایش مرکزی استفاده نمود و از مدل‌های آمار پارامتریک استفاده به عمل آورد.

جدول۲. شاخص‌های آماری مرتبط با بررسی «اختلال رفتاری» از طریق سیاهه رفتاری آخن‌باخ در کودکان پیش‌دبستانی با اختلال رفتاری

گروه	مرحله	شاخص‌های گرایش مرکزی		شاخص‌های پراکندگی		شاخص‌های توزیع	
		میانگین	دامنهٔ تغییرات	واریانس	انحراف معیار	خطای معیار	ضریب کجی	ضریب کشیدگی
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۱۹/۷۳	۱۱	۱۰/۰۶	۳/۱۷	۰/۸۱	-۰/۱۱	۰/۰۱
	پس‌آزمون	۱۴/۷۳	۲۲	۵۱/۲۱	۷/۱۵	۱/۸۴	۰/۰۶	-۰/۲۴
گواه	پیش‌آزمون	۱۱۷/۸۶	۱۱	۹/۴۱	۳/۰۶	۰/۷۹	-۰/۶۰	-۰/۲۴
	پس‌آزمون	۸۷/۲۳	۶	۳/۶۹	۱/۹۲	۰/۵۳	-۰/۲۱	۰/۸۴

با توجه به داده‌های ارائه شده در جدول ۲ و با تأکید بر اینکه تفاوت اندکی بین میانگین وجود دارد و از آنجائیکه میزان ضریب کجی و ضریب کشیدگی کمتر از رقم ۱ است، می‌توان مطرح نمود که توزیع فوق، مفروضه نرمال بودن را داراست و می‌توان از میانگین به‌عنوان معرف شاخص گرایش مرکزی استفاده نمود و از مدل‌های آمار پارامتریک استفاده به عمل آورد.با به اینکه دو گروه کامل از هم مستقل می‌باشد به پیشنهاد دکتر کامکاری از tمستقل در پیش آزمون و در پس آزمون از کواریانس استفاده شده است. در پیش آزمون سطح خطاپذیری ۵٪ در نظرگرفته شده و در پس آزمون ۱٪ مد نظر بوده است.

جدول ۳. تی دو گروه مستقل جهت مقایسه «اختلال رفتاری» از طریق سیاهه رفتاری آیبرگ با تأکید بر دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون

سطوح	میانگین	انحراف معیار	میزان t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
آزمایش	۱۳۴/۳۸	۳/۰۶	۰/۲۷	۲۴	۰/۷۹۱
گواه	۱۳۵/۲۳	۱۰/۸۷			

با توجه به داده‌های ارائه شده درجدول ۳ و با تأکید بر میزان t به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در سطح α =۰/۰۵ بین میانگین‌های نمونه‌های تحقیق در «اختلال رفتاری» از طریق سیاهه رفتاری آیبرگ با تأکید بر گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون وجود ندارد. از این‌رو، می‌توان عنوان نمود که واریانس‌ها در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون همگن بوده و از لحاظ پراکندگی یکسان می‌باشند. از این‌رو، می‌توان مطرح نمود که نمونه‌های تحقیق (دانش‌آموزان پیش‌دبستانی در دو گروه آزمایش و گواه) در مرحله پیش‌آزمون با تأکید بر سیاهه رفتاری آیبرگ همگن بوده و تفاوت چشمگیری بین دو گروه مشاهده نمی‌شود.

جدول ۴. تی دو گروه مستقل جهت مقایسه «اختلال رفتاری» از طریق سیاهه رفتاری آخنباخ با تأکید بر دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون

سطوح	میانگین	انحراف معیار	میزان t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
آزمایش	۱۱۹/۷۳	۳/۱۷	۱/۶۳	۲۸	۰/۱۱۳
گواه	۱۱۷/۸۶	۳/۰۶			

با توجه به داده‌های ارائه شده درجدول ۴ و با تأکید بر میزان t به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در سطح α =۰/۰۵ بین میانگین‌های نمونه‌های تحقیق در «اختلال رفتاری» از طریق سیاهه رفتاری آخنباخ با تأکید بر گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون وجود ندارد. از این‌رو، می‌توان عنوان نمود که واریانس‌ها در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون همگن بوده و از لحاظ پراکندگی یکسان می‌باشند. از این‌رو، می‌توان مطرح نمود که نمونه‌های تحقیق (دانش‌آموزان پیش‌دبستانی در دو گروه آزمایش و گواه) در مرحله پیش‌آزمون با تأکید بر سیاهه رفتاری آخنباخ همگن بوده و تفاوت چشمگیری بین دو گروه مشاهده نمی‌شود.

در ادامه به ارائه یافته‌های استنباطی برای پاسخ به سوال اصلی پژوهش می‌پردازیم.

جدول ۵. تحلیل کواریانس یک‌طرفه مرتبط با اثرات «برنامه حضوری- مجازی درمان تعامل والد- **کودک» بر «اختلال رفتاری» از طریق سیاهه رفتاری آیبرگ در کودکان پیش‌دبستانی با اختلال رفتاری**

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی‌داری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۴۲۵/۶۰	۱	۴۲۵/۶۰	۷/۷۲	۰/۰۱۱	۰/۹۵
گروه	۲۸۲۱۹/۱۸	۱	۲۸۲۱۹/۱۸	۳۹/۵۱۲	۰/۰۰۱	
خطا	۱۲۱۱/۶۱	۲۲	۵۵/۰۷			
کل	۲۹۹۳۴۶	۲۵				

با توجه به داده‌های ارائه شده در جدول ۵ با تأکید بر میزان مقادیر F بدست آمده، مطرح می‌شود که ارتباط معنی‌داری بین متغیر وابسته (اختلال رفتاری) و متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، در سطح α =۰/۰۵ وجود دارد. بنابراین، با توجه به اینکه اثر معنی‌دار متغیر پیش‌آزمون، مورد همپراش قرار گرفته است و به‌عنوان متغیر کنترل عنوان می‌شود، می‌توان به اثرات متغیر آزمایشی « برنامه حضوری- مجازی درمان تعامل والد- کودک» با عنوان منبع تغییرات، تأکید نمود.

در نهایت با توجه به میزان F= ۳۹/۵۱۲ در منبع تغییرات که در راستای شناسایی اثرات «برنامه درمانی تعامل والد- کودک» بر «اختلال رفتاری» کودکان پیش‌دبستانی با اختلال رفتاری می‌پردازد و در سطح α=۰/۰۱ معنی‌دار است، می‌توان مطرح نمود که «برنامه حضوری- مجازی درمان تعامل والد- کودک»

بر «اختلال رفتاری» کودکان پیش‌دبستانی با اختلال رفتاری مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، از آنجایی که میزان شدت اثر ۰/۹۵ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان تأثیر « برنامه حضوری- مجازی درمان تعامل والد- کودک» بر نشانگان «اختلال رفتاری» کودکان پیش‌دبستانی با تأکید بر سیاهه رفتاری آیبرگ بسیار مطلوب می‌باشد.

جدول ۶. تحلیل کواریانس یک‌طرفه مرتبط با اثرات « برنامه حضوری- مجازی درمان **تعامل والد- کودک» بر «اختلال رفتاری» از طریق سیاهه رفتاری آخن‌باخ در کودکان پیش‌دبستانی با اختلال رفتاری**

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی‌داری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۱۹۶/۵۰	۱	۱۹۶/۵۰	۸/۶۹	۰/۰۰۷	
گروه	۳۵۴۹۰/۹۳	۱	۳۵۴۹۰/۹۳	/۱۵۷۱ ۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۸
خطا	۵۶۴/۷۳	۲۵	۲۲/۵۹			
کل	۱۰۲۹۳۷	۲۸				

با توجه به داده‌های ارائه شده درجدول۶ با تأکید بر میزان مقادیر F بدست آمده، مطرح می‌شود که ارتباط معنی‌داری بین متغیر وابسته (اختلال رفتاری) و متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، در سطح α =۰/۰۵ وجود دارد. بنابراین، با توجه به اینکه اثر معنی‌دار متغیر پیش‌آزمون، مورد همپراش قرار گرفته است و به‌عنوان متغیر کنترل عنوان می‌شود، می‌توان به اثرات متغیر آزمایشی « برنامه حضوری- مجازی درمان تعامل والد- کودک» با عنوان منبع تغییرات، تأکید نمود.

در نهایت با توجه به میزان F= ۱۲/۱۵۷۱ در منبع تغییرات که در راستای شناسایی اثرات « برنامه حضوری- مجازی درمان تعامل والد- کودک» بر «اختلال رفتاری» کودکان پیش‌دبستانی با اختلال رفتاری می‌پردازد و در سطح α=۰/۰۱ معنی‌دار است، می‌توان مطرح نمود که « برنامه حضوری- مجازی درمان تعامل والد- کودک» بر «اختلال رفتاری» کودکان پیش‌دبستانی با اختلال رفتاری مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، از آنجایی که میزان شدت اثر ۰/۹۸ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان تأثیر « برنامه حضوری- مجازی درمان تعامل والد- کودک» بر نشانگان «اختلال رفتاری» کودکان پیش‌دبستانی با تأکید بر سیاهه رفتاری آخن‌باخ بسیار مطلوب می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش اثربخشی برنامه حضوری- مجازی درمان تعامل والد- کودک بر اساس رویکرد آیبرگ بود. همان گونه که آیبرگ و همکاران در سال ۲۰۰۱ شواهد اثربخشی و تجربی آن را نشان داده اند. بر اختلالات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی درمقایسه با گروه گواه بود .همان گونه که نتایج پژوهش نشان داد برنامه حضوری مجازی درمان تعامل والد – کودک به اثربخشی معناداری درکاهش اختلالات رفتاری داشته است با توجه به یافته‌های جدول ۵ میزان ۳۹/۵۱۲ =F در منبع تغییرات که در راستای شناسایی اثرات «برنامه حضوری- مجازی درمان تعامل والد- کودک» بر «اختلال رفتاری» کودکان پیش‌دبستانی با اختلال رفتاری می‌پردازد و در سطح α=۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد، می‌توان مطرح نمود که « برنامه حضوری- مجازی درمان تعامل والد- کودک» بر «اختلال رفتاری» کودکان پیش‌دبستانی با اختلال رفتاری مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، از آنجایی که میزان شدت اثر ۰/۹۵ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان تأثیر «برنامه حضوری-مجازی درمان تعامل والد- کودک» بر «اختلال رفتاری» کودکان پیش‌دبستانی با تأکید بر سیاهه رفتاری کودکان آیبرگ بسیار مطلوب

می‌باشد. و همچنین با توجه به جدول ۶ میزان F=۱۲/۱۵۷۱ در منبع تغییرات که در راستای شناسایی اثرات «برنامه حضوری- مجازی درمان تعامل والد- کودک» بر «اختلال رفتاری» کودکان پیش‌دبستانی با اختلال رفتاری می‌پردازد و در سطح α=۰/۰۱ معنی‌دار است، می‌توان مطرح نمود که «برنامه حضوری-مجازی درمان تعامل والد- کودک» بر «اختلال رفتاری» کودکان پیش‌دبستانی با اختلال رفتاری مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، از آنجایی که میزان شدت اثر ۰/۹۸ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان تأثیر «برنامه حضوری- مجازی درمان تعامل والد- کودک» بر «اختلال رفتاری» کودکان پیش‌دبستانی با تأکید بر سیاهه رفتاری آخن‌باخ بسیار مطلوب می‌باشد. ودر نهایت با توجه ، میزان تأثیر «برنامه حضوری-مجازی درمان تعامل والد- کودک» بر نشانگان «اختلال رفتاری» کودکان پیش‌دبستانی با تأکید بر چک‌لیست رفتاری DSM کم می‌باشد.

یافته‌های پژوهش حاضر در تایید یافته‌های آیبرگ ، و برستون (۱۹۹۸) و همچنین پژوهش مروری آیبرگ نلسون ، بوگز (۲۰۰۸) نیز اثربخشی برنامه حضوری- مجازی درمان تعامل والد – کودک برکاهش هم شدت وهم فراوانی اختلالات رفتاری کودکان همخوانی دارد. بسیاری از اختلالات رفتاری کودکان در تعاملات منفی والد-کودک ریشه دارد. همانطور که پاترسون (۱۹۸۲، ۲۰۰۲) نیز در نظریه اجبار به این مسله اشاره دارد و متذکر می‌شود. رفتارهای منفی والدین مانند فریاد زدن، تهدیدکردن، باعث می‌شود که رفتارهای بی مسولیتی و نافرمانی را تقویت کند وحتی منجر به خشونت بیشتر بشود . اما برنامه حضوری-مجازی تعامل والد وکودک با تقویت تعاملات مثبت و آموزش والدین به اینکه نظام تربیتی هماهنگی داشته باشند و تکنیک‌های غیر خشونت آمیز را بکار برند، این چرخه معیوب را می‌شکند. در برنامه حضوری- مجازی تعامل والد- کودک، والدین مهارتهایی برای ایجاد روابط امن ودر جهت رشد کودکان شان فرا می‌گیرند و به این ترتیب رفتارهای اجتماعی را در کودک افزایش داده و رفتارهای منفی را در وی کاهش می‌دهند. در این برنامه درمانی والدین یاد می‌گیرند به کودکانشان نزدیک شوند، سبک‌های فرزندپروری موثرتری که منطبق با نیازهای کودکانشان است به کار برند و به رفتارهای سازگارانه کودک توجه کرده و رفتارهای ناسازگارانه وی را نادیده بگیرند، در عوض کودکان به این تعاملات به شیوه سالم و موثری پاسخ خواهند داد. پیشینه این پژوهش نیز نشان داده است که برنامه حضوری- مجازی درمان تعامل والد- کودک در کاهش تنیدگی فرزند پروری و تنیدگی والدینی اثربخش می‌باشد (اورکیوز ،تایمر،۲۰۱۲). که دراین پژوهش به آن پرداخته نشده است. پیشنهاد می‌شود علاوه برانجام دادن آن در پژوهش‌های آتی این برنامه در قالب یک اپلیکیشن و یا سامانه طراحی گردد تا تمامی‌مادران کودکان با اختلالات رفتاری در تمامی‌کشور بتوانند از آن استفاده نمایند.

یکی از محدودیت‌های عمده این پژوهش عدم اجازه فیلم برداری از جلسات بود که سازمان بهزیستی اجازه نداد و بنابراین از یک روش حضوری- مجازی استفاده شد . بنابراین تعمیم نتایج حاصل از این پژوهش مستلزم پژوهش‌هایی در نمونه‌های بالینی و با حجم بزرگتر ، ودر نظر گرفتن متغیرهایی مانند سطوح گوناگون اجتماعی- اقتصادی و شاغل بودن مادران می‌باشد.

سپاسگزاری

در انتها باید از تمامی‌مادران مراکز پیش‌دبستانی منطقه ۵ تهران علیرغم تمامی‌دغدغه ومشکلات اداری وغیره داشتند ما را در این پژوهش همیاری کردند.

پی‌نوشت‌ها

1. Achenbach System Of Empirically Based Assessment
2. Triple P
3. Incredible Years
4. Parent-Child Interation Therapy
5. Child Parent Relationship Therapy
6. Multimedia

7. E-learning
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
9. Disruptive Behaviors
10. Internal Consistency
11. Reliability
12. Validity

منابع

خانی، ل (۱۳۹۷) ویژگی‌های روانسنجی سیاهه رفتاری کودکان آیبرگ در دانش آموزان پیش‌دبستانی با اختلالات رفتاری. پایان نامه کارشناسی ارشد واحد علوم تحقیقات تهران.

روشن ، م، آقایوسفی، ع، علی‌پور، ا ،رضاعی،ا.(۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی دو روش درمان تعامل والد- کودک و مقابله درمانگری مادران بر کاهش شدت رفتاری کودکان ۳-۶ ساله . *دوفصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت* دوره ۱۴،شماره ۱،پیاپی ۲۶ ،بهار وتابستان ،صص:۱۲۳-۱۱۱

غباری بناب، ب؛ پرند، ا؛ حسین‌خانزاده، ع؛ موللی، گ؛ نعمتی، ش .(۱۳۸۸). میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر اردبیل . *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*،۲۲۳-۲۳۸) ۳(۹)

کیامنش ،ع ؛محمداسماعیل ا.(۱۳۸۷) راهنمایی فرم‌های پیش‌دبستانی نظام سنجش مبتنی برتجربه آخنباخ ۱/۵- ۵ سال. *پژوهشکده کودکان استثنایی*.

مصطفوی، سس. شعیری، م. اصغری مقدم، مع. محمودی قرایی، ج. (۱۳۹۱) تأثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد – کودک مطابق الگوی لندرث به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان ۴۲-۳۳ ۷-۱۹ *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*

Achenbach, T., & Rescorla, L. (2000). Manual for the ASEBA preschool forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families

Brestan, E. V.,& Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. Journal of Clinical Child Psychology, 27, 180–189.

Campell, C. Chaffin, M. Funderburk, B. W.(2017). (In press). Handbook of child abuse treatment.

Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Hembree-Kigin, T. L., McNeil, C. B., Querido, J. G., & Hood, K. K. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and twoyear maintenance of treatment effects in the family. Child and Family Behavior Therapy, 23, 1–20.

Eyberg, S., & Robinson, E. (1983). Conduct problem behavior: Standardization of a behavior rating scale with adolescents. Journal of Clinical Child Psychology, 12, 347–354.

Eyberg, S.,& Pincus, D. (1999). Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-revised: Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Gohnson, G., Kent, G., and Leather, G. (2005). Strengthening the parent-chil relationship: A review of family interventions and their use in medicalcsettings. Blackwell Publishing.

Gross, D., Fogg, L., Young, M., Ridge, A., Cowell, J., Sivan, A., Richardson, A. (2007). Reliability and validity of the Eyberg child behavior inventory with African-American and Lation parents of young children. Journal of Research in Nursing & Health, Vol. 30(2), pp. 213-223.

Landreth, G.L. (2002). Play therapy: The Art of Relationship (2nd edn) Philadelphia: Brunner-Routledge.

Landreth, G.L. (2006). Child- Parent-Relationship (C-P-R) therapy: a 10-session Filial Therapy

M. Prensky,S(2008), "The Role of Technology in teaching and the classroom," Educational Tecnology, Nov-Dec.

Malik.S &A. Agarwal. (2012)Use of Multimedia as a New Educational Technology". Int. Journal of Information and Education Technology, Vol. 2, No. 5.

Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2003). Child psychopathology. New York: Guilford Press.

Mohammad esmaeili, E,et al.(2010).Preschool Psychopathology Reported By Parents in 23 Societies: Testing the Seven-Syndrom Model of the Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5, Journal of The American Academy of Child &Adolecent Psychiatry , 49, 1215-1224.

Neo,M & Neo, T. K(2000) "Multimedia Learning: Using Multimedia as a platform for instruction and learning in higher education". Multimedia University International Symposium on Information and Communication Technologies 2000 (M2USIC'2000), PJ Hilton, October 5-6, PP S3-1.1 - 1.4.

Timmer, S. G., Ware, L., & Urquiza, A. (2010). The effectiveness of parent–child interaction therapy for victims of interparental violence. Violence against Women, Vol. 25 (4), pp. 486–503.

Urquiza, A,J, Timmer,S.(2012). Parent-Child Interaction Therapy: Enhancing Parent-Child Relationships. Psychosocial Interventio Vol. 21, No. 2 pp. 145-156.