

Determining the Effect of Play Therapy Based on Parent-Child Relationship on Self-esteem and Aggression in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

*Arablo Z¹, Sadeghi Sayah A²

Author Address

1. MA in General Psychology, Faculty of Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran;

2. PhD in Psychology and Education of Children with Special Needs, Assistant Professor, Faculty of Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

*Corresponding Author E-mail: zevnabarablo@gmail.com

Received: 2023 December 24; Accepted: 2024 June 11

Abstract

Background & Objectives: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is among the pervasive disorders in childhood, which influences various aspects of life, such as education, social relations, and life satisfaction. Hyperactive children have a lot of disservice and harassment, and this harassment causes their parents and teachers to blame them or punish them physically and verbally. This blame and punishment put their self-confidence at a real risk. Low or poor self-esteem is associated with depressive disorders, defiance disorders, phobias, and trophic disorders. Play therapy is one of the remedial methods. Game is an opportunity to express the feelings and experiences of children through which you can detect their unconsciousness indirectly. Play therapy, directly and indirectly, encourages self-elicitation. So, the present study was conducted to determine the effect of play therapy based on the parent-child relationship on the level of self-confidence and aggression of children with ADHD.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population of the present study consisted of all the mothers of students with ADHD in the first grade of elementary schools in Hamadan City, Iran, in the academic year 2019–2020. A total of 30 mothers were selected from the mentioned statistical population and randomly assigned to two groups of 15 people (experimental and control). The experimental group underwent ten 60-minute sessions of play therapy based on the parent-child relationship, but this training was not implemented for the control group. The research tools included the play therapy protocol based on the parent-child relationship (Landerth and Bratton, 2006) and three standard tools, including the Conners Parent Rating Scale-Revised Short Form (CPRS-R) (Conners, 1997), the Eysenck's Self-confidence Scale (Eysenck, 1976), and the Aggression Scale (Bass & Perry, 1992). Data analysis was done in SPSS version 23 using covariance analysis. The significance level of the tests was 0.05.

Results: The results showed that play therapy based on parent-child relationships was significantly effective on the level of self-confidence and aggression of children with ADHD. So, it caused a significant increase in self-confidence ($p < 0.001$) and a significant decrease in aggression ($p < 0.001$) in the experimental group. The Eta squared of self-confidence and aggression was obtained as 0.804 and 0.917, respectively, indicating the considerable effect of play therapy based on the parent-child relationship on increasing self-confidence and reducing aggression in children with ADHD.

Conclusion: According to the results of this study, play therapy based on the parent-child relationship is recommended as a good way to improve the level of self-confidence and aggression of children with ADHD.

Keywords: Play therapy based on parent-child relationship, Self-confidence, Aggression, Attention-deficit/hyperactivity disorder.

تعیین تأثیر بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر میزان اعتماد به نفس و پرخاشگری دانش آموزان پسر دوره اول ابتدایی با اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی

*زینب عربلو^۱، علی صادقی سیاح^۲

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران؛
۲. دکتری روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای ویژه، استادیار گروه روانشناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

*رابطه نامه نویسنده مسئول: Zeynabarabolo@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲؛ تاریخ پذیرش: ۲۲ خرداد ۱۴۰۳

چکیده

هدف: بیش فعالی در کودکان، امری بسیار شایع و با مشکلات بسیار فراوانی مواجه است. پژوهش حاضر باهدف تعیین تأثیر بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر میزان اعتماد به نفس و پرخاشگری دانش آموزان پسر با اختلال کاستی توجه همراه با بیش فعالی انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی مادران دانش آموزان پسر با اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی دوره اول ابتدایی شهر همدان در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ تشکیل دادند. از جامعه آماری مذکور سی نفر داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به طور تصادفی در دو گروه پانزده نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ده جلسه شصت دقیقه ای، بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک را دریافت کرد؛ اما این آموزش برای گروه گواه اجرا نشد. ابزارهای پژوهش، پروتکل بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک (لندرت و براتون، ۲۰۰۶) و سه ابزار استاندارد شامل مقیاس درجه بندی کانرز والدین (فرم تجدیدنظر شده) (کانرز، ۱۹۹۷)، مقیاس اعتماد به نفس آیزنک (آیزنک، ۱۹۷۶) و پرسش نامه پرخاشگری (باس و پری، ۱۹۹۲) بود. تحلیل داده ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس صورت گرفت. سطح معناداری آزمون ها ۰/۰۵ بود.

یافته ها: نتایج نشان داد، بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک به طور معناداری بر میزان اعتماد به نفس و پرخاشگری کودکان با اختلال کاستی توجه همراه با بیش فعالی تأثیر داشت؛ به طوری که در گروه آزمایش باعث افزایش معنادار اعتماد به نفس ($p < ۰/۰۰۱$) و کاهش معنادار پرخاشگری ($p < ۰/۰۰۱$) شد. ضریب تأثیر اعتماد به نفس و پرخاشگری به ترتیب ۰/۸۰۴ و ۰/۹۱۷ به دست آمد که نشان از تأثیر بسیار زیاد بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر افزایش اعتماد به نفس و کاهش پرخاشگری کودکان با اختلال کاستی توجه همراه با بیش فعالی داشت.

نتیجه گیری: باتوجه به نتایج پژوهش، بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک به عنوان روش مناسبی برای افزایش اعتماد به نفس و کاهش پرخاشگری کودکان با اختلال کاستی توجه همراه با بیش فعالی پیشنهاد می شود.

کلیدواژه ها: بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک، اعتماد به نفس، پرخاشگری، اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی.

دارند. آنان استیصال، فقدان موفقیت، شرمندگی و بازخورد منفی را از سایرین تجربه کرده‌اند که تأثیر منفی روی تصور از خود^۹ بر جا می‌گذارد؛ به‌ویژه زمانی که کودک، نهایت تلاش خود را به‌کار برده است. والدین و معلمان باید بفهمند که اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی معمولاً همراه با بار عاطفی است. آن‌ها باید بدانند که چگونه کودکان را یاری کنند تا این احساسات را بیان نمایند. والدین باید اقداماتی انجام دهند که فرزند آن‌ها را قادر سازد میزان پذیرفتنی از موفقیت را در سایر حوزه‌ها کسب کند تا اعتمادبه‌نفس او تقویت شود (۱۰). کودکانی که مهارت‌های اجتماعی ضعیفی دارند، بازخورد منفی بسیاری (سرکوفت‌ها، انتقادات) را ازطرف بزرگسالان دریافت می‌کنند. اعتمادبه‌نفس ضعیف به‌عنوان علتی خطری برای پرخاشگری^۸، بزهکاری^۹، سوءمصرف مواد مخدر^{۱۰} و وابستگی به مواد، افسردگی^{۱۱} و فقدان سلامت روانی، عملکرد ضعیف تحصیلی^{۱۲}، همسرآزاری^{۱۳}، کودک‌آزاری^{۱۴} و امثال آن در نظر گرفته می‌شود. فرض می‌شود که اعتمادبه‌نفس، علت و نه معلول مشکلات مربوط به اجتماع است، مستقل از موقعیت‌های مخصوص وجود دارد و می‌تواند با مداخله‌های خارجی ارزیابی شود (۱۲).

عوامل متفاوتی در اطراف کودک شامل خانه و مراکز مراقبتی وجود دارد که می‌تواند باعث ایجاد رفتارهای پرخاشگرانه در آن‌ها شود؛ برای مثال مشکلات استرس‌زای افراد خانواده مثل ازدست‌دادن فرد دوست‌داشتنی، جابه‌جایی به محله‌ای جدید، سختی‌های مهاجرت، میزان مواجهه کودک با خشونت در محیط و درآمد کم و فقر اقتصادی خانواده، سبب ایجاد احساس ناراحتی و حس ناکامی در فرزندان می‌شود (۱۳). پرخاشگری یکی از اختلالات رفتاری دوران کودکی به‌شمار می‌رود که دارای شیوع بسیار زیادی است. بیان پرخاشگری به‌عنوان رفتاری غریزی، جنبه نگهداری درمقابل خطرات بیرونی را دارد و نوعی سازوکار دفاعی در برابر تهاجم افراد بیگانه است. پرخاشگری، هیجانی است که در همه فرهنگ‌ها دیده می‌شود؛ همچنین از مشکلات شایع‌تر رفتاری در دوران کودکی و نوجوانی است که ناراحتی و آشفتگی کودک و اطرافیان را در پی دارد و سلامت روانی او را دچار اختلال می‌کند (۱۴). رفتار پرخاشگرانه دوران کودکی با بزهکاری، سوءمصرف مواد، حرمت نفس ضعیف، کاهش بهزیستی عاطفی، نقص در تشکیل روابط دوستی جدید، افسردگی، مشکلات تحصیلی و ضعف در مهارت‌های آموزشی، ناتوانی‌های دوران بزرگسالی، ناتوانی در خواندن نشانه‌های هیجانی دیگران و نقص در توانایی ارتباط اجتماعی، ارتباط معنادار دارد (۱۵).

روش‌های متعددی برای درمان مشکلات رفتاری کودکان در خانواده و مدرسه پیشنهاد شده است. یکی از علت‌های اصلی مشکلات رفتاری در کودکان، ارتباط ضعیف والدین با فرزندان است که این عامل باعث می‌شود تعامل مثبت بین والدین و فرزندان برقرار نباشد. بازی درمانی^{۱۵}

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی^۱ به‌عنوان اختلال عصب‌تحوالی^۲ شناسایی می‌شود و مشخصه عمده آن تکانشگری و بیش‌فعالی و کاهش توجه است (۱،۲). تعداد زیادی از علائم نارسایی توجه/بیش‌فعالی پیش از سنین هفت‌سالگی مشاهده می‌شود. در تعدادی از مبتلایان علائم اختلال بیش‌فعالی در سن بیشتر نیز دیده شده است؛ به‌این‌معنا که مختص سنین کودکی نیست (۳). اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، ۳۳ درصد از مراجعه‌کنندگان به مراکز کاردرمانی ذهنی ایران را به‌خود اختصاص داده و بیش از ۵۰ درصد از مراجعان به درمانگاه‌های روان‌پزشکی اطفال را تشکیل داده است (۴). در مطالعات بسیار زیادی گزارش شد، نشانه‌های بیش‌فعالی بر آموختن اطلاعات اجتماعی و غیراجتماعی تأثیر دارد (۵).

اگر کودکان بیش‌فعال به‌هنگام کودکی به‌درستی تشخیص داده نشوند، سبب می‌شود در نوجوانی خطرات بسیار زیادی مثل کاهش اعتمادبه‌نفس^۳ و پرخاشگرشدن در کمین آن‌ها باشد؛ بنابراین درمان این کودکان در کودکی بسیار مهم است (۶). کودکان بیش‌فعال، آزاد و اذیت بسیار زیادی دارند. این آزار و اذیت سبب می‌شود والدین و معلمان آن‌ها را سرزنش کنند یا اینکه تنبیه جسمی و لفظی شوند. سرزنش و تنبیه، اعتمادبه‌نفس آن‌ها را در معرض خطر قرار می‌دهد. اعتمادبه‌نفس یا همان اعتمادداشتن به خود به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های هویت اجتماعی^۴، مدنظر تعداد بسیار زیادی از روان‌شناسان و روان‌پزشکان قرار گرفته است (۷). پژوهشی نشان داد، بین اختلال و اعتمادبه‌نفس رابطه منفی و معناداری وجود دارد. افراد مبتلا به این اختلال دارای اعتمادبه‌نفس بسیار ضعیفی درمقایسه با افراد همتا و شبیه غیرمبتلای خود هستند. اعتمادبه‌نفس کم با ضعیف با اختلالات افسردگی^۵، اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۶، هراس‌های مختلف (فوبیا) و اختلالات تغذیه مرتبط است (۸).

اعتمادبه‌نفس ضعیف به‌عنوان عاملی مؤثر در زیاده‌بودن نشانگان اختلال بیش‌فعالی نقش دارد. اعتمادبه‌نفس برای داشتن حس توانمند و قوی‌بودن بسیار تأثیرگذار است. افراد با اعتمادبه‌نفس قوی خلایقیت زیادی دارند و رفتارشان مناسب‌تر است (۹). اعتمادبه‌نفس، همان چیزی است که فرد درباره خود فکر می‌کند و احساسی است که درباره خود دارد. اعتمادبه‌نفس دارای دو سازه و عامل اصلی است: اول اطمینان به خود و دوم احترام قائل‌شدن به آن (۱۰). خانواده در همان دوران اولیه کودکی نقش مؤثری در شکل‌گیری اعتمادبه‌نفس در کودکان دارد. با ورود کودک به جامعه، او تحت‌تأثیر عوامل متعددی ازقبیل مدرسه و همسالان قرار می‌گیرد و اگر اعتمادبه‌نفس قوی نداشته باشد، در نوجوانی و جوانی وقت زیادی را صرف تقویت اعتمادبه‌نفس و خودآگاهی می‌کند (۱۱).

کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، اعتمادبه‌نفس ضعیفی

۹. Delinquency

۱۰. Drug Abuse

۱۱. Depression

۱۲. Poor academic performance

۱۳. Abuse

۱۴. Child abuse

۱۵. Play Therapy

۱. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

۲. Neurodevelopmental disorders

۳. Self-confidence

۴. Social identity

۵. Depressive disorders

۶. Oppositional Defiant Disorder

۷. Self-image

۸. Aggression

مبتنی بر رابطه والد-کودک بر میزان اعتمادبه نفس و پرخاشگری دانش آموزان پسر دوره اول ابتدایی (۹ تا ۷ سال) با اختلال کاستی توجه/بیش فعالی انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری را همه مادران دانش آموزان پسر با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی دوره اول ابتدایی شهر همدان در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ تشکیل دادند که تعداد آن‌ها تقریباً چهارصد نفر بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، از بین نواحی یک و دو آموزش و پرورش شهرستان همدان، انتخاب یک ناحیه به‌طور تصادفی صورت گرفت. از بین مدارس آن ناحیه، چهار مدرسه پسرانه و سپس از هر مدرسه دو کلاس به‌طور تصادفی انتخاب شد. در ادامه به مادران دانش آموزان آن کلاس‌ها مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین (فرم تجدیدنظرشده)^۴ (کانرز، ۱۹۹۷) و هم‌زمان به دانش آموزان مقیاس اعتمادبه نفس آیزنک^۵ (آیزنک، ۱۹۷۶) و پرسش‌نامه پرخاشگری^۶ (باس و پری، ۱۹۹۲) داده شد. براساس نتایج پرسش‌نامه کانرز، از بین والدینی که فرزندان آن‌ها نمره بیشتری (بیشتر از ۴۵) کسب کردند، سی نفر داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه پانزده نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. در ادامه گروه آزمایش طی ده جلسه شصت دقیقه‌ای، آموزش بازی درمانی براساس پروتکل را دریافت کرد (جدول ۱). بعد از اجرای آموزش بازی درمانی، مجدد پرسش‌نامه اعتمادبه نفس آیزنک (آیزنک، ۱۹۷۶) و پرسش‌نامه پرخاشگری (باس و پری، ۱۹۹۲) در هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش عبارت بود از: کسب اجازه به‌منظور انجام پژوهش؛ اطمینان‌دادن به آزمودنی‌ها درخصوص محرمانه‌بودن اطلاعات؛ کسب رضایت؛ رعایت کردن امانت‌داری و صداقت در بررسی متون و تجزیه و تحلیل اطلاعات؛ داشتن آزادی کامل برای شرکت در برنامه آموزشی و تکمیل پرسش‌نامه؛ ثبت‌نشدن نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان به‌منظور رعایت حریم خصوصی.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت. - مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین (فرم تجدیدنظر شده) (کانرز، ۱۹۹۷): این مقیاس در سال ۱۹۹۷ توسط کانرز ساخته شد (به‌نقل از ۲۳). پرسش‌نامه ۲۷ سؤال دارد و سؤالات دارای طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از هرگز تا خیلی زیاد (نمرات صفر تا ۳) است که توسط مادران تکمیل می‌شود. این مقیاس دارای چهار زیرمقیاس بی‌توجهی (شش سؤال)، بیش‌فعالی (شش سؤال)، نافرمانی مقابله‌ای (شش سؤال) و شاخص (نه سؤال) است. با توجه به تعداد سؤالات مقیاس، نمره کل از صفر تا ۸۱ متغیر است. هرچه نمره فرد در این پرسش‌نامه بیشتر باشد، نشانه شدت اختلال در وی است (۲۳). این مقیاس استانداردسازی شده با چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی هماهنگ است. برای بررسی روایی سازه مقیاس در

از روش‌هایی است که در ایجاد تعامل مثبت و توجه به فرزندان نقش مؤثری دارد و منجر به کاهش مشکلات رفتاری در این کودکان می‌شود (۱۶). هدف بازی درمانی، برقراری ارتباط و کسب لذت برای کودکان است تا از این طریق به کودکان توجه لازم و کافی صورت گیرد و آن‌ها خود را به‌عنوان عضو مؤثر در خانواده بپذیرند (۱۷). یکی از این روش‌ها، الگوی بازی درمانی با ساختار مبتنی بر رابطه والد-کودک^۱ است که توسط لندرت و براتون^۲ طراحی شد. بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، نوعی برنامه آموزش و مدیریت والدین کودک است و مراحل مختلفی دارد. هرکدام از والدین با فرزندان خود بازی‌هایی را برای برقراری تعامل مثبت اجرا می‌کنند؛ برای مثال مادران بیشتر بازی‌های خلاقانه و ذهنی و پدران بازی‌های جسمانی انجام می‌دهند. بازی‌ها نیز در زمان و مکان خاصی انجام می‌گیرد. منطق اساسی بازی درمانی تمرکز بر تعامل مثبت است تا رابطه مؤثری بین والدین و فرزندان برقرار شود؛ این رابطه موجب می‌شود والدین استرس کمتری را بروز دهند و مشکلات رفتاری کمتری داشته باشند (۱۸).

بازی درمانی یکی از روش‌های درمانی است. بازی فرصتی برای ابراز احساسات و تجربه‌های کودکان است تا به‌صورت غیرمستقیم تاحدودی بتوان به ناخودآگاه آن‌ها پی برد (۱۹). بازی درمانی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم، خودانگیختگی را تشویق می‌کند. امروزه بازی درمانی و کارکردهای اجرایی و توجه، کانون نظریه‌های اخیر عصب‌روان‌شناختی کودکان در معرض پرخاشگری و ضعف اعتمادبه نفس، به‌ویژه کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کاستی توجه است (۲۰). بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک از روش‌هایی است که در کاهش رفتارهای پرخاشگری و بهبود تعامل اجتماعی تأثیر دارد (۲۱).

در درمان اختلالات کودکان و نوجوانان به‌ویژه کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، رابطه درمانی^۳ دارای نقش محوری است و با یادگیری مهارت‌های درمانی، والدین می‌توانند درحد درمانگر و حتی بیشتر از آن بر فرزندان تأثیرگذار باشند. نحوه برقراری ارتباط والدین با کودک از اهمیت بسزایی برخوردار است. یکی از بهترین روش‌های واردشدن به دنیای کودک، بازی است. بازی نه تنها بر جسم و روان کودک تأثیر می‌گذارد و باعث نشاط کودک می‌شود، بلکه می‌تواند بر نحوه ارتباط مادر با کودک نیز مؤثر باشد (۲۲).

از ویژگی‌های کودکان با اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی، حرکت و فعالیت بیش‌ازحد است؛ بنابراین نیاز به فعالیت جسمانی در این کودکان بیشتر است. بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک علاوه بر ارضای نیاز این کودکان به بازی، نیاز به فعالیت جسمانی آن‌ها را مرتفع می‌کند. با بازی درمانی، والدین نیاز ذاتی کودکان به محبت و توجه را از طریق برقراری تعامل مثبت فراهم می‌آورند و زمینه بروز احساسات و هیجانات کودکان را به‌طور مستقیم و غیرمستقیم مهیا می‌کنند؛ از این رو لازم است با پژوهش در حیطه بیش‌فعالی، راهکارهای درمانی بدون دارو برای این افراد وجود داشته باشد تا بتوان از تبعات ناگوار جلوگیری کرد؛ به‌همین دلیل پژوهش حاضر باهدف تعیین تأثیر بازی درمانی

۴. Conners Parent Rating Scale - Revised Short Form (CPRS -R)

۵. Eysenck Self-Esteem Scale

۶. Aggression Questionnaire

۱. Child-Parent Relationship Therapy (CPRT)

۲. Landreth & Bratton

۳. Relationship Therapy

پژوهش کانرز از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد و شاخص‌های برازش ($GFI=0/86$ ، $CFI=0/91$ ، $NFI=0/92$ ، $RMSEA=0/029$) حاکی از روایی مناسب پرسش‌نامه بود. ضریب پایایی پرسش‌نامه نیز با استفاده از آلفای کرونباخ $0/89$ به دست آمد (24). این مقیاس در ایران توسط شهاییان و همکاران روی کودکان دبستانی شهر شیراز اجرا شد. در پژوهش آن‌ها به منظور بررسی روایی سازه پرسش‌نامه، تحلیل عاملی تأییدی به کار رفت و شاخص‌های برازش ($GFI=0/033$ ، $CFI=0/90$ ، $NFI=0/94$ ، $RMSEA=0/089$) حاکی از روایی مناسب پرسش‌نامه بود. ضریب پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ $0/73$ گزارش شد (25).
- مقیاس اعتماد به نفس آیزنک (آیزنک، 1976): آیزنک برای بررسی شخصیت، تلاش‌های فراوانی انجام داد. حاصل کوشش‌های وی پرسش‌نامه‌های گوناگونی درباره ابعاد مختلف شخصیت بود. آیزنک کوشید یکی از مؤلفه‌های عمده از عوامل شکل‌دهنده شخصیت را

بررسی کند که مربوط به زمینه کلی سنخ استواری سازگاری در برابر ناستواری هیجانی است. پرسش‌نامه دارای سی سؤال است که آزمودنی باید برای هریک از سؤالات پاسخ بلی (نمره 1)، خیر (نمره صفر) یا نمی‌دانم (نمره $0/5$) را علامت بزند؛ البته در دستورعمل پرسش‌نامه از فرد خواسته می‌شود تا حد امکان پاسخ نمی‌دانم را انتخاب نکند. هرچه نمره فرد در پرسش‌نامه بیشتر باشد، اعتماد به نفس بیشتری دارد. در پرسش‌نامه، کمترین نمره ممکن صفر و بیشترین نمره 30 است (26). روایی این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی بین $0/39$ تا $0/75$ گزارش شد. ضریب پایایی نسخه اصلی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ $0/88$ بود (به نقل از 26). ناظم شیرازی در سال 1376 پرسش‌نامه را در ایران هنجاریابی کرد. براساس نتایج، ضریب پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ $0/81$ و روایی محتوایی (CVD) $0/73$ و روایی سازه‌ای پرسش‌نامه با روش تحلیل عاملی اکتشافی براساس شاخص مقدار ارزش ویژه (IE) $55/13^2$ بود (27).

جدول ۱. پروتکل جلسات بازی درمانی

جلسه	خلاصه محتوای جلسات
اول	معرفی اعضا و درمانگر و توضیح روند کار و قوانین حاکم بر گروه، ارائه توضیحی مختصر درباره رابطه درمانی والد-کودک، بیان اهداف و مفاهیم ضروری، آموزش مهارت پاسخ‌دهی انعکاسی
دوم	آماده‌سازی والدین برای اجرای جلسات بازی در منزل به وسیله مرور پاسخ‌دهی انعکاسی، آشناسازی والدین با اصول پایه جلسات بازی و اهمیت ایجاد ساختار برای جلسات بازی، انتخاب اسباب بازی و زمان و مکان مناسب برای جلسات بازی با کودک، ایفای نقش و نشان دادن مهارت‌های اساسی بازی
سوم	توضیح درباره بایدها و نبایدهای جلسه بازی، ایفای نقش بایدها و نبایدهای جلسه بازی، ارائه فهرست فرایند جلسه بازی به والدین همراه با راهنمودهای تکمیلی
چهارم	بررسی گزارش والدین از جلسه بازی و نقد فیلم ویدئویی، آموزش مهارت تنظیم محدودیت به روش سه مرحله‌ای T-C-A، ایفای نقش مهارت محدودیت
پنجم	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آن‌ها، مرور مهارت تنظیم محدودیت و تمرین آن به صورت ایفای نقش
ششم	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، تهیه پوستری از بایدها و نبایدهای جلسات بازی، آموزش مهارت دادن حق انتخاب
هفتم	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، حمایت و تشویق والدین در استفاده از مهارت‌ها، آموزش مهارت پاسخ‌های سازنده عزت نفس و پاسخ‌دهی انعکاسی
هشتم	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آن‌ها، آموزش مهارت تشویق در برابر تحسین و ایفای نقش مربوط به آن
نهم	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، حمایت و تشویق والدین در استفاده از مهارت‌ها، آموزش تنظیم محدودیت پیشرفته و ایفای نقش مربوط به آن
دهم	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، مرور اصول پایه رابطه درمانی والد-کودک و مهارت‌های آموخته شده، آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه بازی

- پرسش‌نامه پرخاشگری (باس و پری، 1992): نسخه جدید پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری (1992) که نسخه قبلی آن با عنوان پرسش‌نامه خصومت بود، توسط باس و پری بازنگری شد (28). این پرسش‌نامه مدادکاغذی، ابزاری خودگزارشی است که شامل 29 عبارت و چهار زیرمقیاس پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت می‌شود. آزمودنی‌ها به هریک از عبارات در طیف پنج‌درجه‌ای به صورت کاملاً شبیه من است= 5 ، تا حدودی شبیه من

است= 4 ، نه شبیه من است نه شبیه من نیست= 3 ، تا حدودی شبیه من نیست= 2 ، به شدت شبیه من نیست= 1 پاسخ می‌دهند. دو عبارت 9 و 16 به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیرمقیاس‌ها به دست می‌آید. پرخاشگری بدنی شامل 9 عبارت 2 ، 5 ، 8 ، 11 ، 13 ، 16 ، 22 ، 25 ، 29 ، پرخاشگری کلامی شامل پنج عبارت 4 ، 6 ، 14 ، 21 ، 27 ، خشم شامل هفت عبارت 1 ، 7 ، 12 ، 18 ، 19 ، 23 ، 28 و خصومت شامل هشت عبارت 3 ، 7 ،

¹. Content Validity Index

². Initial Eigenvalues

۱۰، ۱۵، ۱۷، ۲۰، ۲۴، ۲۶ است (۲۸). پایایی نسخه اصلی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شد. همچنین همبستگی نمرات با پرسش‌نامه پرخاشگری آیزنک و گلین ویلسون^۱ ۰/۸۹ بود که بیانگر روایی ملاکی مناسب این ابزار است (۲۸). در ایران، سامانی ضریب پایایی پرسش‌نامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کرد و روایی سازه‌ای آن با تحلیل عاملی اکتشافی با در نظر گرفتن چهار مؤلفه (پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم، خصومت) براساس شاخص مقدار ارزش ویژه (IE) ۵۷/۶ به دست آمد (۲۹).

– بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک: بازی درمانی طی ده جلسه شصت دقیقه‌ای، به صورت دو جلسه در هفته، انجام شد. در تمام جلسات، الگوی ثابت بررسی واکنش به جلسه قبل، بررسی تکلیف، موضوع مربوط به آن جلسه و ارائه تکلیف موضوعات ارائه شده منطبق با پروتکل لندرت و براتون بود (۳۰). روایی این بسته آموزشی در ایران برای جامعه آماری کودکان با استفاده از روایی محتوایی در پژوهش عاشوری و کریم‌نژاد بررسی و تأیید شد و براساس آن اجرای این پروتکل برای جامعه کودکان ایرانی مناسب تشخیص داده شد (۳۱). به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌ها، متناسب با نیاز آماری از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در بخش توصیفی، روش‌های آماری توصیفی از قبیل جدول توزیع فراوانی، نمودار، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی برای توصیف اطلاعات جمعیت شناختی و داده‌ها

به کار رفت. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد؛ همچنین برای ارزیابی پیش‌فرض‌های آن، آزمون لون (به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون شاپیرو-ویلک (به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها) و اثر متقابل بین گروه و پیش‌آزمون (برای بررسی مفروضه همگن بودن شیب خطوط رگرسیون)، به کار رفت. سطح معناداری آزمون‌ها در پژوهش، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

در گروه آزمایش، شش نفر از دانش‌آموزان در پایه اول، هفت نفر در پایه دوم و دو نفر در پایه سوم و در گروه گواه، چهار نفر از دانش‌آموزان در پایه اول، هفت نفر در پایه دوم و چهار نفر در پایه سوم بودند. در گروه آزمایش، دو نفر از مادران تحصیلات سیکل، هشت نفر دیپلم، یک نفر فوق دیپلم، چهار نفر لیسانس و در گروه گواه، سه نفر از مادران تحصیلات سیکل، هشت نفر دیپلم و چهار نفر لیسانس داشتند. در جدول ۲ میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گواه قبل و بعد از اجرای آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک آورده شده است؛ همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در اعتماد به نفس افزایش و در پرخاشگری کاهش یافت؛ اما در گروه گواه تغییر در خورجی مشاهده نشد.

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اعتماد به نفس	آزمایش	۱۰/۲۰	۲/۶۱	۲۵/۵۳
	گواه	۱۵/۲۳	۳/۹۸	۴/۸۲
پرخاشگری	آزمایش	۱۰۴/۲۶	۷/۲۴	۶۴/۶۰
	گواه	۹۸/۹۳	۹/۶۹	۱۰۰/۲۰

مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بود ($p > ۰/۰۵$). برای بررسی مفروضه همگن بودن شیب خطوط رگرسیون، از اثر متقابل بین گروه و پیش‌آزمون استفاده شد و نتیجه نشان از برقرار بودن این مفروضه داشت ($p > ۰/۰۵$). باتوجه به یافته‌های مذکور، برای بررسی هدف مدنظر، آزمون تحلیل کوواریانس به کار رفت که نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس، به منظور بررسی رعایت پیش‌فرض‌های لازم از آزمون‌های شاپیرو-ویلک و لون استفاده شد. آزمون شاپیرو-ویلک برای توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای پرخاشگری و اعتماد به نفس و به تفکیک گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون نشان داد، فرض نرمالیتی رد نشد ($p > ۰/۰۵$). در بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا، آزمون لون به کار رفت که نتایج

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در متغیرهای اعتماد به نفس و پرخاشگری

منبع اثر	df	آماره F	مقدار p	اندازه اثر
اعتماد به نفس	گروه	۱۰۶/۳۲	$< ۰/۰۰۱$	۰/۸۰۴
	پیش‌آزمون	۱۲/۰۱	۰/۰۰۲	۰/۳۱۶
پرخاشگری	گروه	۲۸۷/۰۱	$< ۰/۰۰۱$	۰/۹۱۷
	پیش‌آزمون	۱۷/۳۵	$< ۰/۰۰۱$	۰/۴۰

به منظور بررسی اینکه آیا تفاوت در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه از لحاظ آماری معنادار بود، از آزمون

¹. Eysenck & Glenn Wilson's Aggression Questionnaire

تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمرات متغیرهای اعتمادبه‌نفس و پرخاشگری در پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون بین دو گروه، معنادار بود؛ به این معنا که بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک در افزایش اعتمادبه‌نفس ($p < 0/001$) و کاهش پرخاشگری ($p < 0/001$) کودکان با اختلال کاستی توجه همراه با بیش‌فعالی در گروه آزمایش مؤثر بود. ضریب تأثیر اعتمادبه‌نفس و پرخاشگری به ترتیب $0/804$ و $0/917$ به دست آمد که نشان‌دهنده تأثیر بسیار زیاد بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر افزایش اعتمادبه‌نفس و کاهش پرخاشگری کودکان با اختلال کاستی توجه همراه با بیش‌فعالی بود.

۴ بحث

پژوهش حاضر باهدف تعیین تأثیر بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر میزان اعتمادبه‌نفس و پرخاشگری دانش‌آموزان پسر دوره اول ابتدایی با اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی انجام شد. نتایج مشخص کرد، بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به‌طور معناداری بر میزان اعتمادبه‌نفس و پرخاشگری کودکان با اختلال کاستی توجه همراه با بیش‌فعالی تأثیر داشت و در گروه آزمایش باعث افزایش معنادار اعتمادبه‌نفس و کاهش معنادار پرخاشگری شد. یافته‌های مطالعات زیر با یافته پژوهش حاضر همسوست: پژوهش دبیر و همکاران نشان داد، بازی‌درمانی والد-کودک، افزایش اعتمادبه‌نفس و کاهش مشکلات رفتاری کودکان فرزندخوانده را به دنبال دارد. به علاوه این رابطه درمانی سبب بهبود رابطه والدین با کودک فرزندخوانده می‌شود؛ زیرا والدین با این روش درمانی بهتر می‌توانند با فرزندخوانده خود ارتباط مثبت و بهتری برقرار کنند (۳۲)؛ در پژوهش وب و همکاران مشخص شد، بازی‌درمانی بر رفتارهای پرخاشگرانه کودکان تأثیر مثبت دارد و رفتارهای پرخاشگرانه را کاهش می‌دهد (۳۳). پژوهش کوپر و همکاران نشان داد، می‌توان از طریق مداخله‌های بازی‌درمانی میزان اعتمادبه‌نفس و خودکارآمدی کودکان را افزایش داد (۳۴).

در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت، بسیاری از مشکلات رفتاری و روانی کودکان در محیط طبیعی خانواده رخ می‌دهد و عوامل نگهدارنده آن‌ها نیز در محیط خانواده قرار دارد؛ بنابراین می‌توان پذیرفت، آموزش افرادی که زمان بیشتری را با کودک می‌گذرانند و تأثیر بیشتری بر او دارند، احتمال کاهش رفتارهای نامناسب را در کودک افزایش می‌دهد (۱۲). ازسوی دیگر یکی از ویژگی‌های اصلی بازی‌درمانی مبتنی بر بهبود رابطه والد-کودک این است که در رویکرد مذکور به جای تأکید بر تغییر رفتار کودک، تلاش می‌شود ادراک کودک درباره والدین و رابطه والد-کودک تغییر کند. در این رویکرد رفتار به عنوان عملکرد ادراک ملاحظه می‌شود؛ لذا تغییر در ادراک موجب تغییر در رفتار خواهد شد. علاوه بر این برخلاف سایر نمونه‌های آموزش والدین که راهبردهایی برای تغییر کودک تجویز می‌کنند، این رویکرد بر تغییر والد از طریق افزایش کارآمدی والدینی و افزایش مهارت‌های ارتباطی تمرکز دارد (۳۵). رابطه درمانی والد-کودک، درواقع نوعی درمان فرزندی و خانواده‌درمانی با محوریت والدین، توأم با بازی‌درمانی است که توسط لندرت و براتون مفهوم‌سازی شد. روش بیان‌شده بر این فرض استوار است که بهبود رابطه والد-کودک می‌تواند موجب بهبود

مشکلات عاطفی و رفتاری کودک شود و سلامت روان وی را تضمین می‌کند. ازسوی دیگر یکی از جنبه‌های درخور توجه در این نوع درمان آن است که به جای تأکید بر تغییر رفتار کودک، تلاش می‌شود ادراک کودک درباره والدین و رابطه والد-کودک تغییر کند (۱۸). در این شیوه با تأثیرپذیری از شیوه بی‌رهنمود راجرز، در ایجاد گفت‌وگویی بی‌قید و شرط بین کودک و والد سعی می‌شود و در این گفت‌وگو، زبان بازی به کار می‌رود که برای کودک وسیله‌ای بی‌بدیل برای بیان خود است. در این شیوه بر توانایی کودک بر آنچه می‌تواند باشد، تأکید شده است و روابط کودک با والدین را هدف بازسازی قرار می‌دهد. برخلاف سایر مدل‌های آموزشی که راهبردهایی را برای تغییر در کودک تجویز می‌کنند، این رویکرد بر تغییر رفتار والد از طریق افزایش سودمندی و کارآمدی تأکید دارد (۳۶). در سراسر درمان والدین می‌آموزند فرزند خود را بفهمند و او را بپذیرند و در قبال احساسات کودک خود حساس باشند. آن‌ها یاد می‌گیرند چگونه خودجهت‌دهی را در فرزند خویش پرورش دهند و درباره ارتباطی که با فرزند خود دارند، بیش کسب کنند و آگاهی و ادراک خود درباره فرزندانشان را تغییر دهند (۳۵).

از مفاهیم آموزشی بسیار ابتدایی که در پژوهش حاضر به خوارزایی مناسب‌تر والدین منجر شد، این باور کارآمد بود که همه ما اشتباه می‌کنیم اما می‌توانیم آن را اصلاح کنیم. روشی که فرد برای جبران اشتباه خود به کار می‌برد، مهم است؛ بر این اساس می‌توان به تعدادی از عناصر آموزشی مؤثر موجود در این مداخلات اشاره کرد؛ نظیر واگذاری مسئولیت و حق انتخاب مناسب با سن کودک از طریق واگذاری رهبری جلسات بازی توسط کودک، تشریح و به کارگیری قوانین شفاف، روشن و محدود اما قطعی و با عواقب پیش‌بینی‌شدنی، فراهم‌آوری شرایط برای درک متقابل به‌ویژه احساس کودک که سبب خودآگاهی کودک می‌شود، ایجاد و زمینه‌سازی موقعیت تصمیم‌گیری برای کودک و ایجاد حس خودکنترلی و به کار بردن راهکارهای منطقی برای نافرمانی کودک از قوانین که در نهایت موجب کاهش الگوهای ناکارآمد انضباطی، به همراه بهبود رابطه والد-کودک خواهد شد (۱۶). از دیگر ویژگی‌های کمک‌کننده این مداخلات می‌توان به تمرکز بر آینده و القای امید در عوض تلاش در جهت اصلاح گذشته و تحلیل نیازهای احساسی کودک به جای تمرکز بر درک علل رفتار در بهبود سطح انتظارات و اعتمادبه‌نفس والدین اشاره کرد (۳۶).

در تبیین دیگر نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت، در بازی‌درمانی مبتنی بر بهبود رابطه والد-کودک، حمایت والد از جانب گروه والدین و تشویق درمانگر عامل تعیین‌کننده است. فرایند گروهی حاکم بر روش امری مهم در تأثیرگذاری آن است؛ زیرا اغلب والدین، دارای کودکان دچار مشکل هستند و احساسات و هیجانات آن‌ها در قالب گروه، تعدیل و به گونه‌ای همدلانه انعکاس داده می‌شود؛ در نتیجه آگاهی و بیش‌بیشتری به دست می‌آید. تکلیف ایفای نقش مهارت‌ها در گروه والدین را درباره نقش خودآگاه‌تر می‌کند تا بهتر بتوانند خود را جای کودکانشان بگذارند. بحث‌های گروهی و تسهیل این ارتباطات از جانب درمانگر در گروه سبب احساس تعلق و یکپارچگی بیشتر در گروه می‌شود. ارائه بازخورد در زمینه انجام تکالیف منزل یکی دیگر از فواید کارکرد این گروه آموزش است (۲۱). پویایی این روش، در گزارش‌های

در خانه، مدرسه و جامعه یاری دهند.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج پژوهش حاضر، ارائه مداخلاتی متمرکز بر افزایش اعتمادبه‌نفس و کاهش پرخاشگری کودکان با اختلال کاستی توجه همراه با بیش‌فعالی می‌تواند این کودکان را در زمینه‌های افزایش دقت و تمرکز، برقراری ارتباط مؤثر با همسالان و مشارکت فعال در فعالیت‌های کلاسی کمک کند و به‌طورکلی باعث ارتقای عملکرد تحصیلی و ارتباطی در آن‌ها شود؛ بنابراین بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به‌عنوان روش مناسبی برای افزایش اعتمادبه‌نفس و کاهش پرخاشگری کودکان با اختلال کاستی توجه همراه با بیش‌فعالی پیشنهاد می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر و مسئولان محترم، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

ملاحظات اخلاقی در پژوهش شامل حضور داوطلبانه اعضا در جلسات برنامه، تکمیل شدن پرسش‌نامه‌ها با میل و رغبت توسط اعضا، برنامه‌ریزی مناسب برای اجرای جلسات، محرمانه‌ماندن اطلاعات و نام افراد و دریافت رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان در پژوهش بود.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل ورودی داده نزد نویسنده مسئول حفظ خواهد شد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد دانشگاه آزاد همدان است. اعتبار برای مطالعه گزارش شده از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول ارائه ایده پژوهشی و جمع‌آوری داده‌ها و آنالیز و تفسیر داده‌ها را انجام داد. نویسنده دوم به‌عنوان استاد راهنما در طراحی مطالعه مشارکت داشت.

والدین از جلسات کار در منزل و بحث‌های گروهی والدین دیده می‌شود. تأکید این روش بر تجهیز والدین به مهارت‌های ارتباطی است تا امکان درک علل و عوامل رفتارهای مشکل‌ساز کودک را فراهم آورد و روابط والد با کودک همیشه مهم‌تر از مشکلی است که امکان دارد کودک داشته باشد؛ لذا تکنیک‌های اصلاح رفتار چندان هدف توجه نیست و رابطه با کودک در اولویت قرار دارد. اهداف روش رابطه والد-فرزند عمدتاً متمرکز بر رابطه میان والد-کودک و خود درونی کودک و نیز آن چیزی است که می‌تواند بدان تبدیل شود؛ یعنی بر توانایی‌های نهفته کودک، متمرکز است. رابطه میان والد-کودک، ابزار مهمی در جهت ایجاد فرایند تغییر است؛ در نتیجه از اهداف بسیار مهم این روش، کمک به والدین برای برقراری ارتباطی صمیمانه با کودک است؛ آن‌گونه که در بازی درمانی کودک محور دیده می‌شود. بهبود روابط والد-کودک، مسائل و مشکلات بین آن‌ها را کاهش می‌دهد و سبب اصلاح سبک و منش رفتاری والدین درقبال کودک می‌شود و رفتارهای مشکل‌ساز کودکان نیز بهبود می‌یابد. چگونگی احساس والدین درباره خود و حس کارآمدی خویش به‌عنوان پدر یا مادر بر تعاملات آن‌ها با فرزندان و به‌طورکلی بر روابط خانوادگی ایشان تأثیر بسزایی دارد (۳۷).

یکی دیگر از مفاهیمی که مادران در این دوره آموختند و تمرین کردند و به‌نظر محقق پژوهش حاضر در تبیین کنترل بیشتر والدین بر رفتار خود (واکنش بیش‌ازحد در نقش والدگری) کمک می‌کند، این بود که والدین یاد گرفتند در تعامل با کودک پاسخ دهند، به‌جای اینکه واکنش نشان دهند؛ یعنی آموختند احساسات کودک، احساسات والدین نیست و نیازی نیست که همراه با احساسات کودک، بالا و پایین بروند.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی به‌همراه داشت؛ تحقیق حاضر روی مادران کودکان با اختلال کاستی توجه همراه با بیش‌فعالی با گستره تحصیلات پراکنده و نیز با نبود مشارکت فعال پدران انجام شد؛ در نتیجه تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. در راستای یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد زیر بیان می‌شود؛ ارائه درمان مبتنی بر بهبود رابطه والد-کودک به والدین و مربیان مرتبط با کودک، برای گسترش بهداشت روانی والد-کودک و کاهش مشکلات درون‌ریزی شده و برون‌ریزی شده کودکان صورت گیرد. به‌منظور فراگیر کردن آشنایی با مهارت‌های برقراری تعامل مثبت، دوره‌های آموزش ضمن خدمت برای معلمان و مشاوران مدارس برگزار شود که بعد از والدین ارتباط بیشتر و نزدیک‌تری با دانش‌آموزان دارند. گنجاندن درمان مبتنی بر بهبود رابطه والد-کودک (تعامل مثبت) در کارگاه‌ها و جلسات آموزش خانواده مدارس به‌منظور آشنایی والدین با این مهارت صورت گیرد تا بدین‌وسیله والدین به فرزندان‌شان در برخورد صحیح با مسائل پیش رو

References

1. American Psychiatric Association Committee. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed: DSM-5. American Psychiatric Association; 2013, pp: 451-60.
2. Mohr-Jensen C, Steen-Jensen T, Bang-Schnack M, Thingvad H. What do primary and secondary school teachers know about adhd in children? findings from a systematic review and a representative, nationwide sample of danish teachers. J Atten Disord. 2019;23(3):206-19. <https://doi.org/10.1177/1087054715599206>
3. Navab M, Dehghani A, Karbasi A. The effectiveness of compassion-based therapy on post traumatic growth in mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2019;6(1):239-50. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.1.20>

4. Musazadeh Moghaddam H, Akbar Arjmandnia A, Afrooz GA, Ghobari-Bonab B. Prospective memory based cognitive rehabilitation: active attention and memory in children with hyperactivity disorder. Archives of Rehabilitation. 2019;20(2):174–89. [Persian] <https://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-2448-en.pdf>
5. Parke EM, Becker ML, Graves SJ, Baily AR, Paul MG, Freeman AJ, et al. Social cognition in children with ADHD. J Atten Disord. 2021;25(4):519–29. <https://doi.org/10.1177/1087054718816157>
6. Amanuelahi PD, Shadfar A, Aslani PD. Effects of child–parent relationship therapy on maternal parenting stress and parental acceptance of primary school children. Quarterly Journal of Family and Research. 2019;15(4):103–20. [Persian] <http://qjfr.ir/article-1-871-en.pdf>
7. Khodabakhshi Koolaei A, AbdolSattar S, Navidian A, Mosalanejad L. The effect of positive parenting program training in mothers of children with attention deficit hyperactivity on reducing children's externalizing behavior problems. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2015;17(3):135–41. [Persian] <https://doi.org/10.22038/jfmh.2015.4312>
8. Lubbers J, Rossman C. The effects of pediatric community simulation experience on the self-confidence and satisfaction of baccalaureate nursing students: a quasi–experimental study. Nurse Education Today. 2016;39:93–8. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.013>
9. McCabe DE, Gilmartin MJ, Goldsamt LA. Student self–confidence with clinical nursing competencies in a high–dose simulation clinical teaching model. Journal of Nursing Education and Practice. 2016;6(8):52. <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n8p52>
10. Ebrahimi M. Analysis and investigation of the place of self–confidence in psychology. Scientific Quarterly of New Approaches in Islamic Studies. 2021;3(6):351–74. [Persian] <http://olom-ensani.ir/1400/03/06/post-7>
11. Clemes H, Bean R, Clark A. How to raise teenagers' self esteem. Alipour P. (Persian translator). Iran, Mashhad: Behnashr Pub; 2003.
12. Kooranian F, Khosravi AR, Esmaeeli H. The relationship between hardiness/ locus of control and burnout in nurses. Internal Medicine Today. 2008;14(1):58–66. [Persian] <https://imtj.gmu.ac.ir/article-1-348-en.pdf>
13. Pepler DJ, Rubin KH. The development and treatment of childhood aggression. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1991.
14. Lochman JE, Powell NR, Whidby JM, FitzGerald DP. Aggression in children. In: Child and adolescent therapy: cognitive–behavioral procedures. 4th ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2012. pp: 27–60.
15. Botha J. Relational aggression: the voices of primary school learners. South African Journal of Education. 2014;34:1–7. <http://dx.doi.org/10.15700/201412071212>
16. Slavin R. Educational psychology: theory and practice. Seyed Mohammadi Y. (Persian translator). Tehran: Ravan Pub; 2006.
17. Mohammad Esmaeilbeygi H, Pirzadi H. The role of play therapy in improving problems of children with specific learning disorder. Exceptional Education Journal. 2017;5(148):37–46. [Persian] <http://exceptionaleducation.ir/article-1-1311-en.html>
18. van der Geest IM, van den Heuvel–Eibrink MM, Passchier J, van den Hoed–Heerschop C, Pieters R, Darlington ASE. Parenting stress as a mediator of parents' negative mood state and behavior problems in children with newly diagnosed cancer. Psychooncology. 2014;23(7):758–65. <https://doi.org/10.1002/pon.3475>
19. Graham S, Bollinger A, Olson CB, Aoust CD, Mccutchen D, Olinghouse N. Teaching elementary school students to be effective writers. Washington, DC: National Center for Education Evaluation and Regional Assistance, Institute of Education Sciences, U.S. Department of Education; 2012.
20. Hosseini SE. Effects of music therapy on aggression and hyperactivity symptoms and attention deficit in children with attention deficit–hyperactivity disorder. Psychological Models and Methods. 2018;8(30):41–52. [Persian] https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_2715_19d81726f07faed651364f86a29ef22c.pdf
21. Ranj Bakhsh M. Investigating the effectiveness of play therapy in parent–child relationship and emotional regulation of boys with attention deficit hyperactivity disorder. In: 3rd International Conference on Innovation and Research in Educational Sciences, Management and Psychology [Internet]. Tehran, Iran: Civilica; 2020. [Persian] <https://civilica.com/doc/919914/>
22. Malekzadeh E. Investigating the effect of play therapy based on parent–child relationship on reducing the aggression of mentally disabled male students in Isfahan city 95–96. In: National Conference and Festival of Children with Special Needs. Isfahan, Iran: Civilica; 2019. [Persian] <https://civilica.com/doc/772997/>
23. Conners CK. Conners' Rating Scales–Revised (CRS–R): technical manual. North Tonawanda, N.Y.: Multi–Health Systems; 2001.
24. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. The Revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS–R): factor structure, reliability, and criterion validity. J Abnorm Child Psychol. 1998;26(4):257–68. <https://doi.org/10.1023/a:1022602400621>
25. Shahaeian A, Shahim S, Bashash L, Yousefi F. Hanjaryabi, tahlil ameli va payaei forme kootah vizheye valeden meghyase daraje bandi Conners' baraye koodakane 6 ta 11 sale dar shahre Shiraz [Standardization, Factor analysis and reliability of the Conners' parent rating scales for 6 to 11 years old children in Shiraz].

- Journal of Educational Psychology Studies. 2007;3(3):97–120. [Persian] <https://doi.org/10.22051/psy.2007.1704>
26. Maleki M, Maleki F, Mirzayi S, Farasati R. Investigating the modelling of psychological wellbeing according to self-expression and self-efficiency in high school students of Imam Khomeini Relief committee. The Turkish Online Journal of Design Art and Communication. 2016;6(Special):156–65.
 27. Nazem Shirazi M. Constructing and validation a scale for measuring self-esteem and investigating its relationship with aggression and antisocial behaviors, socio-economic status and academic performance in male students of the first to third grades of secondary school in Ahvaz city [Thesis for M.Sc.]. [Ahvaz, Iran]: Science Faculty, Shahid Chamran University; 1997. [Persian] https://elmnet.ir/doc/10842065-79512?elm_num=1
 28. Buss AH, Perry M. The Aggression Questionnaire. J Pers Soc Psychol. 1992;63(3):452–9. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.63.3.452>
 29. Samani S. Study of reliability and validity of the Buss and Perry's Aggression Questionnaire. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008;13(4):359–65. [Persian] <https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-356-en.pdf>
 30. Landreth GL, Bratton SC. Child parent relationship therapy: a 10-session filial therapy model. New York: Routledge; 2006.
 31. Ashori M, Karimnezhad R. The effect of play therapy training with filial therapy model on behavioral problems of children and resiliency of deaf mothers. Positive Psychology Research. 2019;5(2):85-98. [Persian] <https://doi.org/10.22108/ppls.2020.115652.1672>
 32. Dabir M, Asadzadeh PD, Hatami PD. The effectiveness of administering child parent relationship therapy (based on landreth model) to mothers in reducing the behavioral problems of their school children. Quarterly Journal of Family and Research. 2020;17(1):83–102. [Persian] <https://qjfr.ir/article-1-1418-en.pdf>
 33. Webb HJ, Thomas R, McGregor L, Avdagic E, Zimmer-Gembeck MJ. An evaluation of parent-child interaction therapy with and without motivational enhancement to reduce attrition. J Clin Child Adolesc Psychol. 2017;46(4):537–50. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1247357>
 34. Cooper J, Brown T, Yu M lin. A retrospective narrative review of filial therapy as a school-based mental health intervention. International Journal of Play Therapy. 2020;29(2):86–95. <https://doi.org/10.1037/pla0000114>
 35. Akhavan S, Abedi A, Jabalameli S. The effectiveness of play therapy based on parent-child relationship with a filial approach on emotional self-regulation of primary school children with sluggish cognitive tempo. Psychology of Exceptional Individuals. 2022;12(45):193–220. [Persian] <https://doi.org/10.22054/jpe.2022.62505.2355>
 36. Moses A. Child parent relationship therapy for parents of children with disruptive behavior [Ph.D. dissertation]. [Michigan, US]: Department of Psychology, Western Michigan University; 2012. <https://scholarworks.wmich.edu/dissertations/69/>
 37. Landreth GL. Play therapy: the art of the relationship. 2nd ed. New York: Brunner-Routledge; 2012.