MEJDS. 2020; 10:235.

Published online 2021 March. **Research Article**

# Effects of Providing Attachment-Based Intervention Training to Mothers on the Aggression of Elementary School Boys

Shirvani B[1], *Monirpoor N[2], Zargham Hajebi M[3]

**Author Address**
1. PhD Student of Educational Psychology, Islamic Azad University, Qom Branch, Qom, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Qom Branch, Qom, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Qom Branch, Qom, Iran;
***Corresponding author's email:** monirpoor1357@gmail.com

**Received:** 2019 Dec 23; **Accepted:** 2020 Jan 25

**Abstract**

**Background & Objectives:** Aggression is among the emotional and behavioral problems associated with significant social, emotional, and educational conditions in children. The present study aimed to evaluate the effects of providing attachment–based intervention training to mothers on reducing aggression in preschool boys.

**Methods:** This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest–follow–up and a control group design. The statistical population of this study was male students of elementary school (first grade) in district 4 of education in Tehran City, Iran, in the academic year of 2018–2019 who were selected by convenience sampling method. The study sample consisted of 30 mothers of primary school boys; they were randomly divided into the experimental and control groups. The mothers of 300 students responded to the Shahim Aggression Questionnaire for Primary School Children (2006). Then, among the mothers who had aggressive children according to the questionnaire (the inclusion criterion of the study was boys who were classified above the standard deviation in response to the aggression questionnaire), 30 mothers were selected. The pretest was administered to the study groups by completing the research questionnaire. Next, the experimental group received child–centered attachment intervention (in two 2–hour group sessions & 6 individual 1–hour sessions). At the end of the study course, the posttest was performed in the experimental and control groups. The exclusion criteria of the study included mothers who received training programs in the last two months; the presence of the other parent, and more than two absenteeism sessions. After one month, as well as after two months, the follow–up tests were conducted to evaluate the effects of the provided intervention on the experimental group. The Shahim Aggression Questionnaire for Shahim Primary School Children was developed by Shahim in 2006 to measure aggressive children. Cronbach's alpha coefficient was obtained for the whole questionnaire as 0.91, i.e., highly desirable. Cronbach's alpha coefficient for physical, relational, and verbal aggression was measured as 0.85, 0.89, and 0.83, respectively. To analyze the obtained data, considering the assumptions (Levene's test for the homogeneity of error variances; Box's M–test for the homogeneity of covariance matrices), repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) was used at the significance level of 0.05 in SPSS.

**Results:** The collected results suggested that attachment–based intervention training could significantly reduce aggression in primary school boys ($p<0.001$).

**Conclusion:** Attachment–based intervention training can be used as an effective method to reduce children's aggression by modifying the mother–child interaction pattern and enhancing the positive parenting skills of the mothers of aggressive boys.

**Keywords:** Primary schoolboys, Aggression, Attachment–Based intervention.

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.169.8 ]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۲۳۵.

انتشار برخط اسفند ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

# اثربخشی آموزش مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور به مادران بر کاهش پرخاشگری پسران دبستانی

بهاره شیروانی[۱]، *نادر منیرپور[۲]، مجید ضرغام حاجبی[۳]

**توضیحات نویسندگان**

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران؛

۳. استادیار، مدیر گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** monirpoor1357@gmail.com

**تاریخ دریافت:** ۲ دی ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۵ بهمن ۱۳۹۸

## چکیده

**زمینه و هدف:** پرخاشگری با اختلال‌های درخورتوجه در عملکرد اجتماعی، عاطفی و آموزشی در کودکان همراه است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور بر کاهش پرخاشگری پسران دبستانی انجام گرفت.

**روش‌بررسی:** این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را دانش‌آموزان پسر دورهٔ دبستان منطقهٔ چهار شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸ـ۱۳۹۷ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به‌صورت دردسترس و گمارش تصادفی بود؛ به این ترتیب که از بین مادران دارای پسران پرخاشگر، تعداد سی مادر به‌صورت دردسترس انتخاب شده و به‌شکل گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. مادران حاضر در گروه آزمایش، مداخلهٔ درمانی را طی ده جلسه دریافت کردند. ابزار پژوهش، پرسشنامهٔ پرخاشگری (شهیم، ۱۳۸۵) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به‌شیوهٔ تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر در سطح معناداری ۰/۰۵ توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۱ تجزیه‌وتحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، میانگین پرخاشگری و خرده‌مقیاس‌های آن در پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون در گروه آزمایش به‌لحاظ عددی کاهش قابل ملاحظه‌ای دارد؛ اما در پیگیری این میانگین مجدداً افزایش پیدا کرده است. آنالیز واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر بر داده‌ها مشخص کرد که اثر زمان معنادار است ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما اثر گروه معنادار نیست؛ این امر مؤید آن بود که مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور فرزندپروری در مادران دارای کودک پرخاشگر اثر ماندگار و طولانی‌مدت ندارد.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های این پژوهش آموزش مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور می‌تواند به‌عنوان روشی کارآمد جهت کاهش پرخاشگری کودکان استفاده شود.

**کلیدواژه‌ها:** پسران دبستانی، پرخاشگری، مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور.

**حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی**. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.169.8 ]

## ۱ مقدمه

پرخاشگری یکی از مشکلات هیجانی‌رفتاری است که خانواده‌ها و مدارس با آن روبه‌رو هستند. در چند دههٔ گذشته پرخاشگری کودکان از موضوعات بسیار گستردهٔ مطالعاتی در رشد کودک و از دلایل مهم ارجاع به مراکز مشاوره است (۱). پرخاشگری ازجمله اختلال‌ها و مشکلات رفتاری بوده که ممکن است در اثر رابطهٔ نامطلوب و ناسالم ایجاد شود و حتی در رفتارها تداوم پیدا کند. آنچه باعث توجه پژوهشگران به پرخاشگری شده، پیامدهای این‌گونه رفتارها است (۲). رفتارهای فرزندپروری نامطلوب و سبک تعامل والدین نقش بسیار مهمی در شکل‌گیری رفتارهای پرخاشگرانهٔ کودکان دارد. به همین دلیل به‌کارگیری مداخلاتی برای آموزش رفتارهای مؤثر و مطلوب در فرزندپروری می‌تواند کمک‌کننده باشد (۳).

بسیاری از عوامل خطرساز پرخاشگری، در سیستم خانواده شکل می‌گیرد. عواملی مثل خشونت و فقر، استرس خانوادگی، بی‌نظمی در سیستم خانواده، نبود گرمی و محبت در خانواده، تنبیه و استرس والدینی و بیماری روانی والدین به‌عنوان عواملی قدرت‌مند سبب افزایش پرخاشگری در کودکان خواهد شد. مداخلات موفق اغلب با حمایت از خانواده‌ها، پرخاشگری را ازطریق افزایش رفتارهای مثبت والدین، بهبود تعامل والد و کودک و افزایش رفتارهای سازگارانه کاهش می‌دهند (۴). دل‌بستگی به‌منزلهٔ مکانیزم تنظیم هیجان عمل می‌کند؛ لذا می‌توان انتظار داشت که با هیجانی مانند خشم و پرخاشگری مرتبط باشد. مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور فرزنددرمانی به والدین کمک می‌کند هنگام مواجهه با مشکل بیشتر متوسل به راهبردهایی شوند که کودکانشان را ملزم به رابطه کند و نیز از درگیری به‌منظور حفظ رابطهٔ خود با دیگران، جلوگیری کند (۵).

فی کوک در پژوهشی مشخص کرد که سطح همبستگی پدر و مادر در تعامل با فرزندان با کاهش رفتارهای منفی و پرخاشگرانهٔ فرزندان مرتبط است (۶). در همین راستا مطالعه‌ای طولی به بررسی نقش حمایت اجتماعی والدین و استرس والدین در بروز رفتارهای پرخاشگرانه پرداخت. نتایج نشان داد که از علل مهم پرخاشگری کودکان نبود توانایی والدین در حمایت اجتماعی و استرس شدید والدین در فرزندپروری است. این والدین نمی‌توانند رفتارهای مثبت و مناسب را مدنظر قرار دهند و کودکان در محیط‌های اجباری، رفتارهای منفی و نامناسب را می‌آموزند و مجازات می‌شوند؛ اما نمی‌دانند چه نوع رفتاری از آن‌ها انتظار می‌رود (۷).

اکثر یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند، توان‌مندسازی مادر یا مراقب درجهت درک هیجانات و احساسات کودک، باعث پذیرش متفاوت رفتارها و نیازهای کودک و در ادامه پاسخ‌گویی مطلوب مراقب می‌شود؛ درنتیجه افزایش توانایی مراقب، تغییر در احساس و پاسخ‌گویی مادرانه اتفاق می‌افتد؛ یعنی مادر یا مراقب می‌تواند فرزند را متفاوت از خود ببیند و به نیازهای او به‌طور صحیح پاسخ دهد (۸).

مداخلات دل‌بستگی‌محور به دو دسته تقسیم می‌شود و عبارت است از: ۱. مداخلات متمرکز بر والدین نوزادان که خود در دو سطح مداخلات متمرکز بر سطح رفتاری و مداخلات متمرکز بر سطح رفتاری و بازنمایی‌های والدینی انجام می‌گیرد؛ ۲. مداخلات متمرکز بر والدین و کودکان پیش‌دبستانی که خود شامل برنامه‌های پسخوراند ویدئویی برای ارتقای فرزندپروری مثبت، فرزنددرمانی، بینشی به جهان درونی کودک، بازی‌درمانی دل‌بستگی‌محور و بازی‌های درمانی دل‌بستگی است (۹).

مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور فرزنددرمانی به والدین کمک می‌کند تا با یادگیری مهارت‌هایی، تعامل سازنده‌تری با فرزندان خود داشته باشند و بتوانند فرهنگ کودکی را هرچه کامل‌تر درک کنند. فرزنددرمانی برای کودکان ۲ تا ۱۲ ساله قابلیت کاربرد بیشتری دارد؛ زیرا کودکان در این دورهٔ زمانی بیش از همه به بازی‌های خیالی و نمادین می‌پردازند؛ البته ممکن است در این شیوه برای کودکان بزرگ‌تر اصلاحاتی صورت پذیرد تا قابلیت کاربرد را برای آن‌ها نیز داشته باشد. همچنین مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور فرزنددرمانی می‌تواند به‌صورت گروهی انجام پذیرد یا می‌تواند برای خانواده‌هایی به‌صورت انفرادی استفاده شود. این شیوه برای پیشگیری در خانواده‌های در خطر یا خانواده‌هایی با مشکلات اندک به‌کار می‌رود. همچنین متخصصان از آن به‌عنوان شیوهٔ مداخله‌ای در طیف گسترده‌ای از مشکلات کودک و خانواده بهره می‌برند (۱۰).

والدین پس از یادگیری مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور فرزنددرمانی، معمولاً مهارت‌های ارتباطی بهتری کسب می‌کنند؛ همچنین ارتباطات خانوادگی در آن‌ها قوی‌تر می‌شود و قادر هستند با کارایی بیشتری مشکلات بین‌فردی را برطرف سازند. فرزنددرمانی به ایجاد شبکه‌ای ارتباطی سالم و امن در خانواده کمک می‌کند. اغلب خانواده‌ها عقیده دارند که این فرایند لذت‌بخش است و همه در خانواده بیشتر انعطاف‌پذیر و علاقه‌مند به بازی و تفریح می‌شوند (۱۱).

فرزنددرمانی رویکردی رابطه‌محور است و از دههٔ ۱۹۲۰ برای مقابله با مشکلات رفتاری و عاطفی دوران کودکی ازطریق بازی با کودک استفاده می‌شود؛ ازاین‌رو می‌تواند مداخله‌ای مؤثر برای برقراری رابطه با احساسات و افکار کودکان ازطریق بازی باشد (۱۲). فرزنددرمانی سبب کاهش اضطراب و رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان می‌شود. رویکرد دل‌بستگی‌محور فرزنددرمانی روشی مؤثر برای بهبود روابط کودک و والدین است و سبب افزایش دل‌بستگی ایمن بین آن‌ها می‌شود و رفتارهای منفی کودکان را کاهش می‌دهد (۱۳).

در فرزنددرمانی والدین مهارت‌هایی مثل ساختاردادن به جلسات بازی، گوش‌دادن فعال، همدلی‌کردن و بازی کودک‌محور را آموزش می‌بینند. کودک نیز از این طریق شانس شنیده‌شدن و دیده‌شدن را پیدا می‌کند و این احساس را دارد که فرد مهم و محترمی برای والدین خود است. همین امر سبب افزایش عزت در کودک می‌شود. از سوی دیگر والدین ازطریق فرزنددرمانی الگوهای ارتباطی بهتری را با کودکان خود می‌آموزند و انسجام خانوادگی افزایش می‌یابد. همین امر نیز سبب کاهش رفتارهای منفی و پرخاشگرانه در کودک خواهد شد (۱۳).

این فرایند بسیار واضح و به دور از پیچیدگی‌ها است و درمانگر به‌سادگی مهارت‌هایی را به والدین آموزش می‌دهد و والدین نیز آن‌ها را در جلسات بازی با کودک به‌کار می‌برند. کودکان نیز در مطرح‌کردن مشکلاتشان پیشرفت کرده و والدین احساس رضایت و اطمینان بیشتری می‌کنند و روابط خانوادگی قوی‌تر می‌شود. در این شیوه اعضای خانواده کنترل محتوای درمان را در دست دارند؛ درحالی‌که درمانگر



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.169.8 ]

مسئول کل فرایند است. همچنین شواهد دیگر نشان می‌دهد که در این شیوه، مهارت‌های فرزندپروری، پذیرش و رضایت‌مندی والدین افزایش می‌یابد و از سوی دیگر، کودکان نیز سازگاری بیشتری از خود نشان می‌دهند و مشکلات رفتاری و استرس والدین در امر فرزندپروری کم می‌شود. علاوه‌بر این مزایا، نتایج به‌دست‌آمده از درمان در مطالعات پیگیری ۳تا۵ساله ثابت باقی مانده و از تأثیر آن‌ها کاسته نشده است. قابلیت انطباق این شیوهٔ درمانی با دیگر فرهنگ‌ها نیز ازطریق پژوهش‌هایی در این زمینه نشان داده شده است (۱۱).

ضرورت و اهمیت پژوهش حاضر این است که با آموزش مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور به مادران و با تأکید بر مسائل ارتباطی و بهبود کیفیت روابط مادر و کودک مثل لذت مشترک، توجه مشترک، ارتباط دوطرفه، صمیمیت، پذیرش کودک و پاسخ‌دهی مناسب، پرخاشگری پسران دبستانی کم شود؛ همچنین از پیامدهای طولانی‌مدت پرخاشگری در دوران نوجوانی و بزرگسالی ازجمله فرار از مدرسه، عملکرد تحصیلی ضعیف، خشونت، اختلالات روانی در بزرگسالی، اختلالات مصرف مواد و شخصیت ضداجتماعی جلوگیری شود؛ بنابراین شکاف پژوهشی موجود سبب شد این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور بر کاهش پرخاشگری پسران دبستانی انجام شود.

## ۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع کمی و نیمه‌آزمایشی (شبه‌آزمایشی) با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی (دورهٔ اول)، منطقهٔ چهار آموزش‌وپرورش شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸ـ۱۳۹۷ تشکیل دادند که به‌روش دردسترس، مدرسهٔ ابتدایی شهید ابراهیمی انتخاب شد. از میان تمامی مادران پسران دبستانی که حاضر به همکاری و واجد شرایط بودند، سی نفر به‌روش نمونه‌گیری دردسترس مبتنی‌بر هدف انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (پانزده نفر) و گواه (پانزده نفر) قرار گرفتند. به این صورت که مادران سیصد دانش‌آموز به پرسشنامهٔ پرخاشگری شهیم برای کودکان دبستانی (۱۳۸۵)، پاسخ دادند. سپس در صورت رضایت، از بین مادران دارای کودک پرخاشگر باتوجه به پرسشنامه، به‌طور تصادفی در دو گروه پانزده‌نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. برای هر دو گروه پیش‌آزمون اجرا شد و آزمودنی‌ها به پرسشنامهٔ پرخاشگری پاسخ دادند. در ادامه مادران گروه آزمایش مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور فرزنددرمانی را طی چهار جلسهٔ گروهی دوساعته و شش جلسهٔ فردی یک‌ساعته دریافت کردند. در پایان پس‌آزمون برای دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل پسرانی با یک‌انحراف معیار بیشتر از میانگین در پاسخ به پرسشنامهٔ پرخاشگری و همچنین مادران دارای کودک پرخاشگر براساس پرسشنامهٔ پرخاشگری شهیم برای کودکان دبستانی (۱۳۸۵) و نیز دارای تمایل به حضور در پژوهش، بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل مادرانی بود که طی دو ماه اخیر آموزش برنامهٔ فرزندپروری دیگری دریافت کردند یا بیش از دو جلسه غیبت در جلسات آموزشی داشتند. بعد از یک‌ماه و سپس بعد از دو ماه آزمون‌های پیگیری به‌منظور بررسی تأثیر آموزش مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور برای گروه آزمایش اجرا شد. ابزار زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسشنامهٔ پرخاشگری شهیم برای کودکان دبستانی شهیم، توسط شهیم در سال ۱۳۸۵ برای سنجش کودکان پرخاشگر ساخته شد و برای بررسی پرخاشگری در پژوهش حاضر به‌کار رفت. این پرسشنامه دارای ۲۱ گویه در زمینهٔ پرخاشگری رابطه‌ای و آشکار است و در مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای (به‌ندرت=۱، یک‌بار در ماه=۲، یک‌بار در هفته=۳، اغلب روزها=۴) نمره‌گذاری می‌شود. این گویه‌ها طوری تنظیم شده است که درجات متفاوتی از بروز پرخاشگری را در بر می‌گیرد و براساس میزان بروز رفتار درجه‌بندی می‌شود. پرسشنامه سه زیرمقیاس دارد که عبارت است از: ۱. مقیاس پرخاشگری جسمانی، شامل هفت گویه (شروع کتک‌کاری با کودکان، شروع کتک‌کاری با بزرگسالان، صدمات خفیف در کتک‌کاری، صدمات جدی در کتک‌کاری، برای دعوا چوب‌برداشتن، استفاده از چوب در دعوا، تهدید به زدن با چوب)؛ ۲. پرخاشگری واکنشی کلامی و بیش‌فعال، شامل شش گویه (به بزرگسالان پریدن و فریادزدن، به هم‌سالان پریدن و فریادزدن، به هم‌سالان فحش‌دادن، تهدید هم‌سالان به‌کتک‌زدن، پرخاشگری به اشیا، خراب‌کردن اموال دیگران)؛ ۳. پرخاشگری رابطه‌ای شامل هشت گویه (تهدید سایرین تا با کودکی دوستی نکنند، قهرکردن، تهدید به قطع دوستی، به زور کودکی را از بازی بیرون‌کردن، شایعه‌سازی و غیبت، وادارکردن سایرین به قطع بازی با کودکی، دروغ‌گویی برای قطع دوستی با کودکی، مانع‌شدن کودکی در فعالیت). زیرمقیاس‌ها توسط مادر یا معلم تکمیل می‌شود. شهیم این پرسشنامه را بر ۵۰۶ دانش‌آموز دبستانی شهر شیراز اجرا کرد و پایایی و روایی آن را بررسی نمود. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و بسیار مطلوب به‌دست آمد (۱۴). ضریب آلفای کرونباخ برای پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای و واکنشی کلامی به‌ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹ و ۰/۸۳ بود. ارزیابی روایی این پرسشنامه با استفاده از تحلیل عامل با محور اصلی و به‌دنبال آن چرخش میل گویه‌ها، منجربه استخراج سه عامل با ارزش ویژهٔ بیشتر از یک شد و ۰/۵۹ واریانس را تبیین کرد (۱۴). در پژوهش میرزایی و همکاران به‌منظور تعیین اعتبار پرسشنامهٔ پرخاشگری شهیم، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و ضرایب آلفای کرونباخ برای هریک از مؤلفه‌های پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای و واکنشی کلامی به‌ترتیب ۰/۸۴، ۰/۹۰ و ۰/۸۲ به‌دست آمد (۱۵).

در ابتدای آموزش، مادران پسران دبستانی به‌صورت دردسترس از یک‌مدرسهٔ ابتدایی در نظر گرفته شدند و پرسشنامهٔ پرخاشگری شهیم را پاسخ دادند. سپس مادران دارای پسران پرخاشگر باتوجه به پرسشنامهٔ پرخاشگری، انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. پس از آن مادران در گروه آزمایش به‌مدت چهار جلسهٔ گروهی ۱۲۰دقیقه‌ای و چهار جلسهٔ فردی ۶۰دقیقه‌ای، آموزش مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور را دریافت کردند. برای گروه گواه در این مدت هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. در پایان جلسات آموزشی، شاخص‌های ارزیابی‌شده در پیش‌آزمون، مجدداً بررسی شدند. همچنین به‌منظور پیگیری تأثیر آموزش مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور، بعد از یک‌ماه و سپس بعد از دو ماه آزمون‌های پیگیری برای گروه آزمایش اجرا شد.



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.169.8 ]

اصل توجه به رفاه دیگران و ارائهٔ اطلاعات کافی دربارهٔ چگونگی پژوهش به تمامی آزمودنی‌های شرکت‌کننده و کسب رضایت‌نامهٔ کتبی به‌منظور شرکت در پژوهش رعایت شد. جلسات آموزشی مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. جلسات آموزشی مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور (فرزنددرمانی) ون فلیت (۱۰)

| جلسه | هدف جلسه |
|---|---|
| اول | مرور ویدئویی تعامل اولیهٔ مادرــ کودک و ارزیابی بینش مادرانه، توضیح روند جلسات برای مادر، بررسی دیدگاه مادر دربارهٔ رفتارهای منفی کودک |
| دوم | شروع بازی‌های درمانی، ارائهٔ پرخاشگری ویدئویی (کلامی‌سازی رفتار کودک)، افزایش بینش مادرانه، افزایش درک مادر از انگیزه‌های رفتار منفی در کودک |
| سوم | جلسهٔ بازی مادرــ کودک، ارائهٔ پسخوراند ویدئویی (با هدف تغییر بازنمایی‌های منفی مادر از کودک)، افزایش بینش مادرانه، تقویت رفتارهای مثبت کودک در بازی و شناسایی رفتارهای مثبت در خانه |
| چهارم | تمرین مهارت‌های بازی با کودک، شروع جلسات بازی آزاد در خانه، استفاده از روش نادیده‌انگاری فعال |
| پنجم | بررسی روند بازی در خانه، ارائهٔ پسخوراند و الگوسازی، بازی مادر-کودک و ارائهٔ پسخوراند، همدلی با کودک |
| ششم | بازی مادر-کودک، ارائهٔ پسخوراند ویدئویی (درک موانع)، بازنمایی‌های والدینی (رابطهٔ مادر-کودک)، روش تایم این به‌جای تایم اوت |
| هفتم | بازی مادرــ کودک، ارائهٔ پسخوراند ویدئویی (افزایش پاسخ‌دهی مادر: کنش‌وری انعکاس‌دهنده)، مرور روش تایم این |
| هشتم | بازی مادرــ کودک، ارائهٔ پسخوراند (مرور) |

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با درنظرگرفتن پیش‌فرض‌ها (آزمون کولموگروف‌اسمیرنف جهت نرمال‌بودن داده‌ها، آزمون لوین و شاخص موچلی برای تعیین همگنی واریانس‌های خطا، آزمون ام‌باکس برای تعیین همگنی ماتریس‌های کوواریانس) از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در سطح معناداری ۰/۰۵ و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ بهره گرفته شد.

## ۳ یافته‌ها

براساس یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی، میانگین سنی (برحسب سال) گروه آزمایش ۳۴/۲۷ (با انحراف معیار ۴/۲۳) و میانگین سنی (برحسب سال) گروه گواه ۳۳/۱۲ (با انحراف معیار ۳/۸۷) بود که از لحاظ آماری اختلاف معناداری نداشتند. همچنین ۵۰درصد گروه آزمایش دارای تحصیلات لیسانس و بیشتر و ۴۲درصد گروه گواه دارای تحصیلات لیسانس و بیشتر بودند. آزمون خی‌دو نیز اختلاف معناداری را بین سطح تحصیلات دو گروه نشان داد.

در جدول ۲ اطلاعات توصیفی متغیر پرخاشگری دانش‌آموزان دبستانی و خرده‌مقیاس‌های آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گواه ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیر پرخاشگری دانش‌آموزان دبستانی و خرده‌مقیاس‌های آن در مراحل مختلف اندازه‌گیری به‌تفکیک دو گروه آزمایش

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری یک | | پیگیری دو | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| پرخاشگری (کل) | آزمایش | ۱۶/۱۶ | ۴/۶۸ | ۱۲/۳۶ | ۳/۶۶ | ۱۳/۸۴ | ۴/۰۶ | ۱۴/۰۰ | ۴/۱۷ |
| | گواه | ۱۵/۰۸ | ۴/۶۲ | ۱۴/۴۹ | ۴/۲۷ | ۱۴/۵۸ | ۴/۱۱ | ۱۴/۶۴ | ۳/۹۰ |
| پرخاشگری واکنشی کلامی و بیش‌فعال | آزمایش | ۱۶/۶۷ | ۲/۱۹ | ۱۲/۶۰ | ۲/۱۳ | ۱۴/۲۰ | ۲/۶۲ | ۱۴/۳۳ | ۲/۸۹ |
| | گواه | ۱۶/۴۰ | ۱/۹۲ | ۱۴/۹۳ | ۱/۸۷ | ۱۵/۱۳ | ۱/۶۰ | ۱۵/۲۷ | ۱/۶۲ |
| پرخاشگری جسمانی | آزمایش | ۱۱/۵۳ | ۲/۷۲ | ۸/۸۰ | ۱/۴۷ | ۱۰/۰۰ | ۱/۶۵ | ۱۰/۰۷ | ۱/۵۸ |
| | گواه | ۱۱/۰۷ | ۲/۶۸ | ۱۰/۱۳ | ۲/۳۹ | ۱۰/۳۳ | ۲/۶۶ | ۱۰/۵۳ | ۲/۴۲ |
| پرخاشگری رابطه‌ای | آزمایش | ۲۰/۲۷ | ۳/۹۰ | ۱۵/۶۷ | ۳/۱۶ | ۱۷/۳۳ | ۳/۶۲ | ۱۷/۶۰ | ۳/۶۲ |
| | گواه | ۱۹/۹۳ | ۳/۶۹ | ۱۸/۴۰ | ۳/۳۶ | ۱۸/۲۷ | ۳/۰۶ | ۱۸/۱۳ | ۲/۸۰ |

باتوجه به جدول ۲، در متغیر پرخاشگری (کل) و در گروه آزمایش میانگین پرخاشگری از ۱۶/۱۶ (±۴/۶۸) در پیش‌آزمون به ۱۲/۳۶ (±۳/۶۶) در پس‌آزمون کاهش پیدا کرد و در مرحلهٔ پیگیری یک، به ۱۳/۸۴ (±۴/۰۶) افزایش یافت و در پیگیری دو، به ۱۴/۰۰ (±۴/۱۷) رسید؛ درحالی‌که در گروه گواه در چهار مرحلهٔ اندازه‌گیری تغییرات درخورتوجه نبود. همچنین در جدول ملاحظه می‌شود که همین روند



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.169.8 ]

در سه خرده‌مقیاس پرخاشگری واکنش کلامی، پرخاشگری جسمانی و پرخاشگری رابطه‌ای وجود دارد؛ به این ترتیب که در همهٔ متغیرها در مرحلهٔ پس‌آزمون روند نمره در گروه آزمایش به‌طور درخورتوجهی کاهش یافت؛ ولی در مراحل پیگیری اندکی افزایش دیده شد؛ درحالی‌که در گروه گواه تغییرات، چشمگیر نبود.

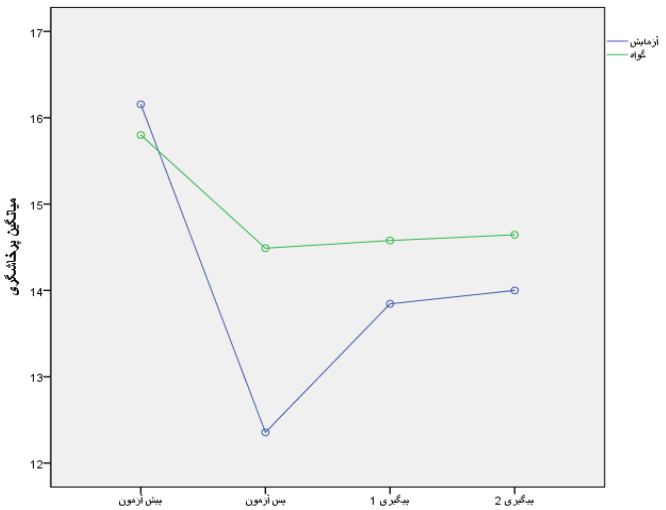
برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها از آزمون آنالیز واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد . قبل از انجام آزمون پیش‌فرض‌های این آزمون بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنف نشان داد که متغیر پرخاشگری در دو گروه آزمایش و گواه و در چهار مرحلهٔ اندازه‌گیری از توزیع نرمال تبعیت می‌کند. همچنین آزمون لوین برقراری مفروضهٔ همگنی واریانس خطاها را تأیید کرد. به‌علاوه آمارهٔ ام‌باکس حاکی‌از برابری ماتریس کوواریانس برای متغیر پرخاشگری بین چهار گروه مطالعه‌شده بود. به‌منظور بررسی شرط کرویت و برابری ماتریس واریانس خطا، شاخص موچلی به‌کار رفت که ملاحظه شد این مفروضه نیز برقرار است.

باتوجه به برقراری مفروضه‌های مذکور آزمون آنالیز واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر روی متغیر پرخاشگری و تک‌تک خرده‌مقیاس‌های آن انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آنالیز واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر

| متغیر | منبع تغییرات | مقدار F | مقدار $p$ |
|---|---|---|---|
| پرخاشگری (کل) | اثر زمان | ۱۴۶/۱۴ | <۰/۰۰۱ |
| | اثر گروه | ۰/۸۲۰ | ۰/۳۶۸ |
| پرخاشگری واکنشی کلامی و بیش‌فعال | اثر زمان | ۵۹/۵۸ | <۰/۰۰۱ |
| | اثر گروه | ۱/۷۶ | ۰/۱۹۵ |
| پرخاشگری جسمانی | اثر زمان | ۲۸/۳۸ | <۰/۰۰۱ |
| | اثر گروه | ۰/۲۸۱ | ۰/۶۰۰ |
| پرخاشگری رابطه‌ای | اثر زمان | ۷۵/۶۲ | <۰/۰۰۱ |
| | اثر گروه | ۰/۶۲۸ | ۰/۴۳۵ |

براساس جدول ۳، در متغیر پرخاشگری و خرده‌مقیاس‌های آن اثر زمان معنادار بود؛ به این معنا که از پیش‌آزمون تا پیگیری دو، در طی زمان میانگین پرخاشگری تغییرات معناداری داشت ($p$<۰/۰۰۱). به‌علاوه اثر گروه در همهٔ متغیرها معنادار نبود؛ به این معنا که در طول زمان مطالعه تغییرات کاهشی و افزایشی میانگین پرخاشگری بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت.




نمودار ۱. اثربخشی مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور بر پرخاشگری دانش‌آموزان دبستانی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۱ و پیگیری ۲ به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گواه

با مشاهدهٔ میانگین‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در همهٔ متغیرها و به‌خصوص در متغیر پرخاشگری (کل) و همچنین اطلاعات نمودار ۱ ملاحظه شد، باوجود معنادارنبودن تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش میانگین پرخاشگری در پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون به‌لحاظ عددی کاهش مشخصی داشته و در پیگیری یک، مجدداً افزایش نشان داده است؛ اما در گروه گواه پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون کاهش چشمگیری نداشت؛ به این معنا که مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور فرزنددرمانی در مادران دارای کودک پرخاشگر در



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.169.8 ]

کوتاه‌مدت مؤثر بود؛ ولی این مداخله ماندگار نبود؛ بنابراین باید مداخلهٔ مذکور در فاصله‌های زمانی معین تکرار شود.

## ۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور بر کاهش پرخاشگری پسران دبستانی انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین پرخاشگری و خرده‌مقیاس‌های آن در پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون در گروه آزمایش به‌لحاظ عددی کاهش درخورتوجهی یافته است؛ اما در پیگیری این میانگین مجدداً افزایش پیدا کرده است. آنالیز واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر روی داده‌ها مشخص کرد، اثر زمان معنادار است ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما اثر گروه معنادار نیست و مؤید این مطلب بوده که مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور فرزنددرمانی در مادران دارای کودک پرخاشگر اثر ماندگار و طولانی‌مدت ندارد. این نتایج با یافته‌های کوک (۶)، لوبانسکی (۷) و عسگری و همکاران (به نقل از ۸) همسوست.

کینسوردی و گرزا به ارزیابی مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور با هدف افزایش اعتماد در رابطهٔ والد و فرزند، تغییر شیوه‌های فرزندپروری و کاهش استرس والدین پرداختند. نتایج آن‌ها گویای تأثیرات مثبت آموزشی و تغییر ادراک والدین دربرابر خشونت بود (۱۶). در مطالعه‌ای دیگر بیورشد و ویچسترم در کارآزمایی بالینی با مقایسهٔ اثربخشی مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور با درمان متداول بر مشکلات رفتاری کودکان دریافتند، مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور درمقایسه با درمان متداول اثربخشی معناداری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان و افزایش مهارت‌های والدگری نشان می‌دهد (۱۷).

فرزنددرمانی سبب کاهش اضطراب و رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان می‌شود. رویکرد دل‌بستگی‌محور فرزنددرمانی روشی مؤثر برای بهبود روابط کودک و والدین است و سبب افزایش دل‌بستگی ایمن بین آن‌ها می‌شود؛ همچنین رفتارهای منفی کودکان را کاهش می‌دهد (۱۳). در تبیین یافته‌های حاضر باید بیان کرد که جو خانوادگی خشن، خشک و متعصبانه زمینهٔ ظهور اختلالات رفتاری و از آن جمله پرخاشگری و نافرمانی را ممکن می‌سازد. بدیهی است که تغییر این فضا ازطریق آموزش مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور و تقویت سبک تعاملی والد و کودک و بهبود بافت خانواده می‌تواند سبب کاهش رفتار پرخاشگرانه در کودک شود. تعامل، عامل مهمی در روابط اجتماعی و ضرورتی برای تعامل والد و کودک است؛ بنابراین ایجاد و حفظ روابط مثبت و کارآمد همراه با صمیمیت، اعتماد، همدلی و مذاکره بین والد و کودک باعث تعامل قوی بین والد و کودک می‌شود؛ همچنین به‌طرز درخورتوجهی به درک و پذیرش متقابل بین والد و کودک کمک می‌کند و بسیاری از مشکلات رفتاری‌هیجانی را در کودک کاهش می‌دهد (۱۸).

در تبیین دیگری از این فرضیه می‌توان اذعان داشت که مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور فرزنددرمانی به والدین کمک می‌کند تا با یادگیری مهارت‌هایی، تعامل سازنده‌تری با فرزندان خود داشته باشند و بتوانند فرهنگ کودکی را هرچه کامل‌تر درک کنند. فرزنددرمانی برای کودکان ۲ تا ۱۲ ساله قابلیت کاربرد بیشتری دارد؛ زیرا کودکان در این دورهٔ زمانی بیش از همه به بازی‌های خیالی و نمادین می‌پردازند؛ البته ممکن است در این شیوه برای کودکان بزرگ‌تر اصلاحاتی صورت پذیرد تا قابلیت کاربرد را برای آن‌ها نیز داشته باشد. همچنین مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور فرزنددرمانی می‌تواند به‌صورت گروهی انجام پذیرد یا می‌تواند برای خانواده‌هایی به‌صورت انفرادی استفاده شود. این شیوه برای پیشگیری در خانواده‌های در خطر یا خانواده‌هایی با مشکلات اندک به‌کار می‌رود. همچنین متخصصان از آن به‌عنوان شیوهٔ مداخله‌ای در طیف گسترده‌ای از مشکلات کودک و خانواده بهره می‌برند (۱۰). والدین پس از یادگیری مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور فرزنددرمانی، معمولاً مهارت‌های ارتباطی بهتری کسب می‌کنند؛ همچنین ارتباطات خانوادگی در آن‌ها قوی‌تر می‌شود و قادر هستند با کارایی بیشتری مشکلات بین‌فردی را برطرف سازند. فرزنددرمانی به ایجاد شبکه‌ای ارتباطی سالم و امن در خانواده کمک می‌کند. اغلب خانواده‌ها عقیده دارند که این فرایند لذت‌بخش است و همه در خانواده بیشتر انعطاف‌پذیر و علاقه‌مند به بازی و تفریح می‌شوند (۱۱).

درمجموع به‌نظر می‌رسد جایگزینی والدین به‌عنوان درمانگر، مؤلفه‌ای تأثیرگذار بر اثربخشی فرزنددرمانی است و جلسات بازی به کودک فرصت بروز احساسات و مشکلات درونی را می‌دهد. در پژوهش حاضر نیز نتایج نشان داد، این درمان توانسته است میزان پرخاشگری را در هر سه مؤلفهٔ جسمانی، واکنشی کلامی و بیش‌فعال و رابطه‌ای در نمونهٔ مذکور کاهش دهد. نتایج آزمون تعقیبی در مراحل مختلف آزمون در گروه آزمایش مشخص کرد که میانگین سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری را در کاهش پرخاشگری دارد؛ بنابراین اثربخشی مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان دبستانی بعد از دو ماه پیگیری، ماندگار است. مداخلهٔ دل‌بستگی‌محور فرزنددرمانی بر بازی که زبان طبیعی و ذاتی ارتباط کودک با جهان پیرامونش بوده، تأکید دارد؛ ازاین‌رو قطعاً برای همهٔ والدین اعم‌از والدینی که با مشکلات رفتاری کودکانشان روبه‌رو بوده یا والدینی که خواستار بهبود ارتباطاتشان با کودکان خود هستند، نیز تأثیرگذار است. یکی از دلایل تأثیر این مداخله در زمینهٔ مشکلات رفتاری کودکان، استفاده از ابزار ارتباطی بازی و وقت‌گذاشتن والدین برای بودن بی‌قیدوشرط با فرزندانشان در راستای بازی است. محتوای این جلسات به‌گونه‌ای است که پذیرش و همدلی با کودک را افزایش می‌دهد. اغلب والدین نیز در همین زمینه با کودکان خود مشکل دارند و نمی‌توانند دنیا را از دریچهٔ چشم کودک ببینند؛ لذا بازی ابزاری مناسب درجهت ارتباط والدین با کودکان است که به رفع نیازها و تعارضات کودکان کمک می‌کند. همین امر سبب کاهش احساس‌های منفی والدین می‌شود و از تنیدگی‌های مرتبط با ایفای نقش والدینی می‌کاهد. همچنین این رویکرد بر تغییر والدین ازطریق افزایش کارآمدی آنان تأکید دارد. والدینی که احساس کارآمدی بیشتری درخصوص توانایی‌هایشان برای پاسخ مناسب به احساسات و هیجانات فرزند خود دارند، احساس کارآمدی بیشتری را در فرزندپروری تجربه می‌کنند (۱۱).

بسیاری از عوامل خطرساز پرخاشگری، در سیستم خانواده شکل می‌گیرد. عواملی مثل خشونت و فقر، استرس خانوادگی، بی‌نظمی در سیستم خانواده، نبود گرمی و محبت در خانواده، تنبیه و استرس والدینی



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.169.8 ]

و بیماری روانی والدین به‌عنوان عواملی قدرت‌مند سبب افزایش پرخاشگری در کودکان خواهد شد. مداخلات موفق اغلب با حمایت از خانواده‌ها، پرخاشگری را ازطریق افزایش رفتارهای مثبت والدین، بهبود تعامل والد و کودک و افزایش رفتارهای سازگارانه کاهش می‌دهند (۴). در پایان محدودیت‌های مهم‌تر این پژوهش، نبود امکان انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها و همین‌طور واگذاری دردسترس آن‌ها به گروه‌های آزمایش و گواه بود؛ همچنین تغییرات رفتاری کودکان براساس مقیاس خودگزارش‌دهی تکمیل‌شده توسط مادران، بررسی شد و از منابع اطلاعاتی دیگر مانند پدر یا معلم استفاده نشد. باتوجه به اینکه پژوهش حاضر بر پسران انجام پذیرفت، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر اثربخشی این روش بر دختران دبستانی نیز بررسی شود. همچنین توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی این رویکرد با سایر رویکردهای فرزندپروری مقایسه گردد و از این رویکرد در ارتباط با سایر اختلال‌های دوران کودکی نیز استفاده شود تا اثربخشی و نتایج آن تحلیل و بررسی بیشتری شده و دیدگاه جامع‌تری از این رویکرد حاصل آید.

## ۵ نتیجه‌گیری

در برنامهٔ مداخله‌ای پژوهش حاضر، به مادران آموزش داده شد که از روش‌هایی همچون همدلی با کودک، توجه نشان‌دادن و پاسخ‌گوبودن به کودک، تقویت رفتارهای مثبت، نادیده‌انگاری و پیشنهاد رفتارهای جایگزین استفاده کنند. یافته‌های پژوهش حاضر ضرورت توجه بیشتر به مؤلفه‌های ارتباطی را در کنار فرزندپروری در پیشگیری و درمان اختلالات رفتاری همچون پرخاشگری نشان می‌دهد. انجام مطالعات بیشتر در حوزهٔ به‌کارگیری مداخلات دل‌بستگی‌محور در درمان مشکلات رفتاری و هیجانی می‌تواند درک ما را از علت‌شناسی این مشکلات در دوران کودکی و پیشگیری از بروز آن‌ها و طراحی مداخلات مؤثرتر و کارآمدتر افزایش دهد.

## ۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان که در این پژوهش همکاری کردند، تشکر می‌شود.

## ۷ بیانیه

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این مطالعه اصل توجه به رفاه دیگران و ارائهٔ اطلاعات کافی دربارهٔ چگونگی پژوهش به تمامی آزمودنی‌های شرکت‌کننده و کسب رضایت‌نامهٔ کتبی به‌منظور شرکت در پژوهش رعایت شد.

رضایت برای انتشار

غیرقابل اجرا.

منابع مالی

این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقلی بوده و فاقد هرگونه حمایت مالی است.

## References

1. Doh H-S, Shin N, Kim M-J, Hong JS, Choi M-K, Kim S. Influence of marital conflict on young children's aggressive behavior in South Korea: The mediating role of child maltreatment. Children and Youth Services Review. 2012;34(9):1742–8. doi: 10.1016/j.childyouth.2012.05.008
2. Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen PC. Exceptional learners. 13th ed. Pearson; 2014.
3. Tully LA, Hunt C. A randomized controlled trial of a brief versus standard group parenting program for toddler aggression. Aggress Behav. 2017;43(3):291–303. doi: 10.1002/ab.21689
4. Labella MH, Masten AS. Family influences on the development of aggression and violence. Curr Opin Psychol. 2018;19:11–6. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.03.028
5. Waddell N. Childhood factors affecting aggressive behaviors [Thesis for M.A. in Criminal Justice and Criminology]. [Tennessee, US]: East Tennessee State University; 2012.
6. Cook KF. Parent-child mutuality in early childhood: an examination of children with typical social development and children at-risk for or experiencing emotional/behavioural difficulties [Ph.D. dissertation in Psychological Studies in Education]. [Edmonton, Canada]: University of Alberta; 2015.
7. Lubansky J. Social support, parent stress, and child aggression: a longitudinal model of family ecology [Ph.D. dissertion in Clinical-Community Psychology]. [South Carolina, US]: University of South Carolina; 2017.
8. Ma'adani S. The effectiveness of game-based communication training with CPRT method on child-caregiver interaction and insecure attachment improvement in unaccompanied and maladaptive boys from children shelters [Thesis forM.Sc.] [Internet]. [Mashhad, Iran]: Ferdowsi University of Mashhad; 2012. [Persian] https://libepl2.um.ac.ir/index.php?module=Dis&func=display&disid=1233
9. Seyed Mousavi P, Mazaheri A, Pakdaman S, Heydari M. Effectiveness of attachment based therapy using video feedback on decreasing parental stress and externalizing problems of children. Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association. 2013;8(1):33–46. [Persian] http://bjcp.ir/article-1-174-en.pdf
10. VanFleet R. Filial therapy: strengthening parent-child relationships through play. 2nd ed. Sarasota, Fla: Professional Resource Press; 2005.
11. VanFleet R. Filial therapy: what every play therapist should know. Play therapy;2011;(65):16–19.
12. Bratton S, Landreth G. Filial therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy, and stress. International Journal of Play Therapy. 1995;4(1):61–80. doi: 10.1037/h0089142
13. Hicks JF, Lenard N, Brendle J. Utilizing filial therapy with deployed military families. International Journal of Play Therapy. 2016;25(4):210–6. doi: 10.1037/pla0000032
14. Shahim S. Relational aggression in preschool children. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2007;13(3):264–71. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-272-en.pdf



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.169.8 ]

15. Mirzaei F, Hossein Khanzadeh AA, Asghari F, Shakerinia I. The role of family cohesion in prediction of aggressive behaviors of children. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2015;2(2):73–84. [Persian] http://childmentalhealth.ir/article-1-47-en.pdf
16. Kinsworthy S, Garza Y. Filial therapy with victims of family violence: a phenomenological study. J Fam Viol. 2010;25(4):423–9. doi: 10.1007/s10896-010-9303-y
17. Bjørseth Å, Wichstrøm L. Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) in the treatment of young children's behavior problems. a randomized controlled study. PLoS One. 2016;11(9):e0159845. doi: 10.1371/journal.pone.0159845
18. Popov LM, Ilesanmi RA. Parent-child relationship: peculiarities and outcome. Rev European Stud. 2015;7(5):253. doi: 10.5539/res.v7n5p253

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.169.8 ]