

اثربخشی برنامه مداخله‌ای بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر بهبود کیفیت تعامل والد-کودک و کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی

مهسا بهمنی* / زهرا جهان بخشی^۲

تاریخ ارسال: ۹۹/۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۹/۷/۲۲

چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین میزان اثربخشی برنامه بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر کیفیت تعامل والد-کودک و کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی برگزار شد. روش پژوهش به لحاظ گردآوری داده‌ها از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل کلیه کودکان پیش‌دبستانی و مادران آنها در سال ۹۸-۹۹ در شهرستان گنبد کاووس بود. ۵۰ کودک پیش‌دبستانی از طریق روش نمونه‌گیری خوشه‌ای که نمرات بالاتر از نمره برش را در پرسشنامه پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی واحدی (۱۳۸۷) کسب نمودند، از ۳ مرکز پیش‌دبستانی انتخاب شدند در نهایت نمونه اصلی پژوهش شامل ۲۰ زوج مادر-کودک بود و مقیاس رابطه والد-کودک پیانتا (۱۹۹۴) را تکمیل نموده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌گذاری شدند. محتوای جلسات، بسته‌ی آموزشی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک مطابق با الگوی لندرت است که در ۱۰ جلسه ۲ ساعته برای گروه آزمایش اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که برنامه بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به‌طور معناداری ($P < 0/05$)، موجب بهبود کیفیت تعامل والد-کودک و کاهش معناداری در پرخاشگری کل ($P < 0/01$) شد. با توجه به تفاوت معنی‌دار بین گروه آزمایش و کنترل می‌توان از بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) به‌عنوان روش درمانی مؤثر برای بهبود تعامل والد-کودک و کاهش پرخاشگری کودکان استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: برنامه مداخله‌ای بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، تعامل والد-کودک، پرخاشگری.

۱- *کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول). mbahmani19@yahoo.com

۲- دکتری تخصصی مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی. Pooneh1621stu@gmail.com

مقدمه

پرخاشگری و رفتارهای نافرمانی یکی از فراگیرترین مشکلات رفتاری دوره کودکی شناخته شده‌اند (والدمن، ۱۹۹۶، به نقل از مارکوس و همکاران، ۲۰۰۱، مالتی، ۲۰۰۶). انجمن روانشناسی آمریکا (۲۰۱۴) پرخاشگری را به عنوان یک احساس مفید تعریف کرده است که اگر کنترل نشود و در روابط بین فردی تأثیرات مخربی دارد. پرخاشگری غالباً پاسخی به عدم تحقق انتظارات فرد یا پاسخ به رفتارهایی است که از نظر فرد غیرقابل قبول تلقی می‌شوند. در اوایل سال‌های پیش‌دبستانی، دو نوع پرخاشگری پدیدار می‌شود که رایج‌ترین نوع، پرخاشگری وسیله‌ای است. در این نوع پرخاشگری، وقتی که کودک شیء، امتیاز، یا چیز خاصی را می‌خواهند، برای به دست آوردن آن، به فردی که سر راه آنهاست حمله و رمی شوند یا بر سر او فریاد می‌کشند. نوع دیگر، پرخاشگری خصمانه که از احساس خشم ناشی می‌شود، در این نوع پرخاشگری، کودک به دیگری آسیب می‌رساند؛ پرخاشگری خصمانه دو حالت دارد: حالت اول که پرخاشگری آشکار است؛ کودک به دیگران صدمه بدنی وارد می‌کند یا او را به چنین صدمه‌ای تهدید می‌کند، مثلاً کتک زدن، لگد زدن یا تهدید به کتک زدن (لف و کریک، ۲۰۱۰). نوع دوم پرخاشگری خصمانه، پرخاشگری رابطه‌ای است که به صورت محرومیت اجتماعی، شایعه‌پراکنی، آسیب به روابط دوستانه، تهدید آسیب به روابط دوستانه، تهدید به پایان دادن رابطه دوستی که در سنین قبل از مدرسه این نوع پرخاشگری در دختران بیشتر از پسران دیده می‌شود (گاور^۳ و کریک، ۲۰۱۱؛ لف و کریک، ۲۰۱۰؛ ماتیسن^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). برآوردها نشان دادند که مراجعه کنندگان به کلینیک‌ها برای زیرمجموعه‌های اختلال سلوک که پرخاشگری هم یکی از آنهاست یک سوم الی ۱۲ درصد مراجعان، کودک و نوجوان را شامل می‌شوند (بورمن، میتلمن و بشر^۵، ۲۰۰۷؛ شهیم

^۱Waldman, Markos, Malty

^۲Laf & Crick, N.R

^۳Gaver

^۴Matisen

^۵Burman, B.A, Mitelman, S.A, & Bier, D.A

۱۳۸۶؛ سوخودولسکی، کاسینوف، گرم، (۲۰۰۴). تقریباً ۵۰٪ والدین رفتارهای مخمل مانند دروغ‌گویی، دزدی، تخریب اموال و پرخاشگری را در کودکان پیش‌دبستانی گزارش می‌دهند (آخنباخ،^۲ کوهرن^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). در پژوهش میثمی، قلعه‌تکی، غضنفری، دانشور فرد، محمدی (۲۰۱۳) فرم گزارش والدینی شیوع پرخاشگری را در کودکان پیش‌دبستانی پرخاشگری جسمی، کلامی، رابطه‌ای به ترتیب ۹،۹٪، ۶،۳٪ و ۱،۶٪ گزارش شده است و معلمان شیوع پرخاشگری از جنبه جسمی کلامی و رابطه‌ای ۱۰،۹٪، ۴،۹٪ و ۶٪ گزارش کرده‌اند.

یکی از مهم‌ترین عوامل، از میان عوامل متعدد مرتبط با تشدید و بروز رفتارهای پرخاشگرانه متغیرهای مرتبط با خانواده است. در واقع پرخاشگری پدیده‌ای است که از رفتار والدین، شیوه فرزند پروری و سبک دلبستگی تأثیر می‌پذیرد (لی یو،^۴ ۲۰۱۱). به گونه‌ای که ایجاد جو عاطفی، احترام‌آمیز، صمیمی، مثبت و محبت‌آمیز میان والدین و فرزندان، میزان پرخاشگری در کودکان را کاهش می‌دهد (ایکسو، فارور و ژانگ،^۵ ۲۰۰۹) همچنین مطالعات نشان می‌دهند تعامل والد-کودکی که همراه با خصومت متقابل، بدبینی، کنترل بیش‌ازحد و خشونت باشد، یک عامل پیش‌بینی کننده است و در بسیاری از آسیب‌های دوران کودکی دخالت دارد (هالینستین،^۶ ۲۰۰۴؛ سینگ و همکاران،^۷ ۲۰۱۱؛ گودمن و همکاران،^۸ ۲۰۱۱؛ دیویس و دایلر،^۹ ۲۰۱۲).

با توجه به اینکه پرخاشگری یکی از رایج‌ترین مشکلات کودکان و یکی از دلایل ارجاع آنان به مشاوره است (سرخودولسکی، کاسینوف و گرم؛^{۱۰} ۲۰۰۴). پیش‌بینی کننده قوی بروز مشکلات اجتماعی و هیجانی در آینده نیز هست (کوهرن و همکاران، ۲۰۱۰).

^۱Sukhodolsky, D.G, Kassinove, H, & Gorman, B.S

^۲Achenbach, T. M

^۳Kohren

^۴Leu

^۵Xu, Y, Farver, J.A.M & Zhang, Z

^۶Halinestin

^۷Sing

^۸Goodman

^۹Davis & Dailer

از جمله پیامدهای عدم مداخله مناسب برای پرخاشگری در سنین پایین می‌تواند تأثیرات بلندمدت و جبران‌ناپذیری بر کودکان برجای گذارد مانند خود پنداره ضعیف و افسردگی (ماتسوریا، هشیموتو و تویکی، ۲۰۰۹) تکانش‌گری و بیش‌فعالی (همل، ۲۰۱۳) طرد شدن از سوی همسالان و (پترسون رید و دیشیون، ۲۰۱۴)؛ کریک و گرات پیتز (۱۹۹۵) آن‌ها همچنین در معرض خطر اختلالات خلقی، سوء‌مصرف مواد، بزهکاری و اختلال اجتماعی در بزرگسالی هستند (سادوک و سادوک، ۵ ترجمه رضایی، ۲۰۱۵). همچنین زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات مثل اخراج از مدرسه گردد (اسمیت و هارت، ۲۰۰۹) بنابراین شناخت و مداخله زودهنگام می‌تواند از پیامدهای این مشکل رفتاری پیشگیری کند و می‌تواند اثر پیشگیرانه بلندمدتی بر گسترش مشکلات رفتاری جدی داشته باشد (تامسون، ۲۰۰۹، گدوین، سی و گرین، ۲۰۰۳).

برای رفع مشکلات رفتاری کودکان، شیوه‌های گوناگونی را در طول سالیان متعدد طراحی شده است برخی از روش‌ها بر خود کودک، برخی بر والدین و برخی بر محیط آموزشی متمرکز بوده است. بارزترین شیوه تغییر رفتار در کودکان، بازی‌درمانی است. (اسلاوین، ترجمه سید محمدی؛ ۱۳۸۵). بازی‌درمانی به‌عنوان شکلی از درمان متناسب با رشد و تحول کودک است. طبق نظر پیازه کودکان تا قبل از سن یازده‌سالگی توانایی شناختی برای تفکر انتزاعی را ندارند و تجربیات خود را در بازی نشان می‌دهند (لورابک، ۲۰۱۷). یکی از این روش‌ها الگوی بازی‌درمانی با ساختار مبتنی بر رابطه والد-کودک

۱) Matsuura, N, Hashimoto, T & Toichi, M

۲) Hamel, N

۳) Patterson Reid & Dishion

۴) Crick, N.R & Grotpeter, J.K

۵) Sasuke and Sasuke

۶) Smith, PK. Hart, CH.

۷) Thampson, R

۸) Goodwin, T, Pacey, K & Grace, M

۹) Slawin

۱۰) Berk, LE

(CPRT) که به وسیله براتون و لندرث^۱ مطرح شده است. طبق این دستورالعمل درمانی والدین، به عنوان عامل درمانی در جلسات درمانی می‌آموزند که چگونه محیطی گرم و صمیمی در خانه ایجاد نموده، رابطه‌ای غیر قضاوتی، نامشروط و اصیل با فرزند خود برقرار کرده و از این طریق باعث ایجاد احساس ایمنی در کودک خود گردند. به کارگیری این مهارت‌ها توسط والدین در بازی با کودکان موجب رشد منبع کنترل درونی کودکان می‌گردد (چاندولا و بهانت^۲، ۲۰۰۸) یکی از جنبه‌های خاص درمان این است که به جای تأکید بر تغییر رفتار کودک، ادراک کودک در مورد والدین و رابطه والد کودک تغییر کند. این مدل بر آنچه کودک توانایی تبدیل شدن به آن را دارد تأکید می‌ورزد نه آنچه قبلاً انجام داده است (لندرث و براتون، ۲۰۰۸). اثربخشی این رویکرد در مطالعات مختلف تأیید شده است که به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود. (وست^۳، ۲۰۱۰؛ کارنز و هالت^۴، ۲۰۱۰؛ بویر^۵، ۲۰۱۱؛ و سرجین^۶، ۲۰۱۱). باگری^۷ و لندرث (۲۰۰۱)، به نقل از لندرث، (۲۰۰۶) در کاربرد روش درمانی CPRT با والدین کودکان کودکانی بهبودهایی را در مشکلات رفتاری کودکان، رفتارهای گوشه‌گیرانه و پرخاشگرانه نشان داده است. اسپرینجر^۸ و همکاران (۱۹۹۲)؛ کادوسون^۹ و همکاران (۱۹۹۷)؛ کوت و لندرث و جیوردانو^{۱۰} (۲۰۰۱)؛ لويس و کارچر^{۱۱} (۲۰۰۲)؛ براتون، ری، راین و جونز^{۱۲} (۲۰۰۵)؛ مورو، ری، اسکوتلبرگ و تی سی (۲۰۰۷)، ویلارثیل (۲۰۰۸)؛ هلکرووری (۲۰۰۹)؛ کاگان و لندرث (۲۰۰۹)؛ توری و

^۱ Landerth, G.L. & Bratton, S.C

^۲ Chandola, Bhanot

^۳ West

^۴ Karnz, Halt

^۵ Boyer

^۶ Serjin

^۷ Bagrey

^۸ Sprinjer

^۹ Kadoson

^{۱۰} Koot, Giordano

^{۱۱} Lois & Karcher

^{۱۲} Braton, Rey, Rain, Joons

همکاران^۱ (۲۰۰۹)؛ پاوون و دوما (۲۰۰۹)؛ فولکورد و داونپورت که در پژوهش‌های آنها بهبود معنادار در تمام نشانگان مرضی کودکان مبتلا گزارش شده است. همسو با نتایج پژوهش حاضر یافته‌های پژوهش‌های: پسترمن، مک گرث، فایراستون، گودمن و بسترومالوری (۱۹۸۹)؛ برادلی (۱۹۹۲)؛ چاوولندرث (۱۹۹۷)؛ کوستاولندرث (۱۹۹۹)؛ جنگ^۲ (۲۰۰۰)؛ گلوورولندرث (۲۰۰۰)؛ هین شاو و همکاران^۳ (۲۰۰۰)؛ گیسبرگ (۲۰۰۲)؛ لی^۴ و لندرث (۲۰۰۳)؛ سولیس، میرز و وارجاس (۲۰۰۴)، فلوی، هیگدون و وایت (۲۰۰۶)، ریانونمدسن (۲۰۰۷)؛ ادوار، لندر و وایت (۲۰۰۷)؛ ویلارثیل (۲۰۰۸)؛ گارزا، کیدزورثی و واتس^۵ (۲۰۰۹)؛ گراسکوویک و گوتر^۶ (۲۰۰۹)، بیرامی (۱۳۸۸)؛ نجاتی (۱۳۸۹) و امیر (۱۳۹۰)، ترابی مزرعه ملکی (۱۳۹۰)، معدنی (۱۳۹۱)، پیمان نیا، شریفی و علیلو (۱۳۹۲)، شادفر (۱۳۹۵)، افشار (۱۳۹۶)، سعادت (۱۳۹۷)، مطالعه طهماسبی و خسرو پور (۱۳۹۸) نیز، اثربخشی روش درمانی CPRT رادر ارتقا و کارآمدی فرزند پروری والدین و بهبود تعاملات والد-کودک گزارش کرده‌اند. اگرچه پژوهش‌های مختلف اثربخشی این رویکرد درمانی را نشان می‌دهند اما در زمینه اثربخشی CPRT به‌طور خاص در کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی در ایران و به‌ویژه جامعه هدف پژوهشی یافت نشد؛ بنابراین با توجه به مباحث مطرح شده، این پژوهش از چند جهت می‌تواند حائز اهمیت باشد: ازلحاظ نظری نتایج به‌دست آمده از این پژوهش، ضمن پیوند با بدنه علمی، در جهت گسترش و بسط نظریه‌های علمی در این زمینه مفید خواهد بود. ازلحاظ عملی، با توجه به اینکه پرخاشگری باعث می‌شود کودکان و خانواده آنها، با مشکلات زیادی مواجه بوده؛ این قبیل آموزش‌ها می‌تواند منجر به بهبود رابطه والدین با کودک، گردد. علاوه بر این می‌توان از این برنامه آموزشی در سطح جامعه برای رفع ضعف مهارت‌های فرزند پروری والدین و در راستای

^۱Toori

^۲Jang, M

^۳Show

^۴Lee, M.K

^۵Foley, Y.C Higdon, L & White, J.F

^۶Garza, Kidzorsy & Wats

^۷Graskovik & Gooter

برنامه‌های پیشگیرانه استفاده کرد؛ بنابراین هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک در بهبود کیفیت رابطه والد-کودک و کاهش پرخاشگری کلامی، فیزیکی، رابطه‌ای و واکنشی کودکان پیش‌دبستانی است.

روش

در این مطالعه از طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، استفاده شد. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل کلیه کودکان پیش‌دبستانی و مادران آن‌ها در سال ۹۸-۹۹ در شهرستان گنبد کاووس بود. ۵۰ کودک پیش‌دبستانی از طریق روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، از ۳ مرکز پیش‌دبستانی شهرستان گنبد کاووس نمرات بالاتر از نمره برش را در پرسشنامه پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی کسب نمودند. در نهایت نمونه اصلی پژوهش شامل ۲۰ زوج مادر-کودک پیش‌دبستانی بود که به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل عدم وجود اختلال یا بیماری روان‌شناختی در مادر و کودک و رضایت در ورود به پژوهش بود و ملاک‌های خروج از پژوهش وجود اختلال یا بیماری روان‌شناختی در مادر و کودک و غیبت بیش از ۲ جلسه بود.

ابزار پژوهش: ۱- مقیاس رابطه والد-کودک (CPRS): این مقیاس توسط پیانتا برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ ساخته شد و شامل ۳۳ ماده است که ادراک والدین را در مورد رابطه خود با کودکشان می‌سنجد. این پرسشنامه توسط طهماسیان و خرم‌آبادی (۱۳۸۶) ترجمه گردید و روایی محتوای آن نیز توسط متخصصان ارزیابی شد. این مقیاس شامل حوزه‌های تعارض (۱۷ ماده)، صمیمیت (۱۰ ماده)، وابستگی (۶ ماده) و رابطه مثبت کلی (مجموع تمام حوزه‌ها) می‌باشد (عابدی شاپورآبادی و همکاران، ۱۳۹۱). تعارض جنبه‌های منفی رابطه مانند کشمکش با یکدیگر، عصبانی شدن نسبت به یکدیگر، نافرمانی و عدم پذیرش مهار و غیرقابل‌پیش‌بینی بودن را دربرمی‌گیرد. صمیمیت به میزانی که والدین رابطه خود را با فرزندانشان گرم، عاطفی و راحت برداشت می‌کنند، اطلاق می‌شود. وابستگی، میزان

وابستگی نابهنجار مادر و کودک را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. رابطه مثبت کلی نیز بر روابط نزدیک و صمیمی والد - کودک تأکید دارد (خدا پناهی و همکاران، ۱۳۹۱). مقیاس رابطه والد-کودک یک پرسشنامه خود گزارش دهی است و نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (نمره ۵ برای قطعاً صدق می‌کند و نمره ۱ برای قطعاً صدق نمی‌کند) صورت می‌پذیرد. برای به دست آوردن نمره رابطه مثبت کلی در این مقیاس، می‌بایست نمرات سؤالات حوزه‌های تعارض و وابستگی معکوس شوند. شیوه نمره‌گذاری بر پایه مقیاس نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و معنادار بودن این تفاوت انجام می‌شود. این مقیاس برای سنجش رابطه والد-کودک در تمام سنین استفاده شده است (عابدی شاپورآبادی و همکاران، ۱۳۹۱). هر کدام از حوزه‌های تعارض، صمیمیت، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب با آلفای کرونباخ 0.84 ، 0.69 ، 0.46 ، 0.80 منطبق هستند (ابارشی، ۱۳۸۸). پایایی این حوزه‌ها در مطالعه ابارشی (۱۳۸۹) نیز به ترتیب 0.84 ، 0.70 ، 0.61 و 0.86 گزارش شد.

۲- پرسشنامه پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی: این مقیاس یک پرسشنامه ۴۳ سؤالی با مقیاس رتبه‌بندی لیکرت برای ارزیابی پرخاشگری کلامی، فیزیکی، رابطه‌ای، واکنشی و کودکان پیش‌دبستانی است. پرخاشگری کلامی (سؤال‌های ۱ تا ۱۴)، پرخاشگری فیزیکی (سؤال‌های ۱۵ تا ۲۷)، پرخاشگری ارتباطی (سؤال‌های ۲۸ تا ۳۶)، پرخاشگری واکنشی (سؤال‌های ۳۷ تا ۴۳). این مقیاس برای اولین بار در سال ۱۳۸۷ توسط واحدی، فتحی آذر، حسینی نسب و مقدم با بهره‌گیری از پرسشنامه پرخاشگری کودکان دبستانی شهیم و پرسشنامه پرخاشگری اهواز به منظور سنجش ابعاد مختلف پرخاشگری در کودکان سنین پیش‌دبستانی طراحی گردید. این پرسشنامه که توسط مربی یا والدین کودک تکمیل می‌گردد. نمره دهی این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای (اصلاً=۰، به‌ندرت=۱، یک‌بار در ماه=۲، یک‌بار در هفته=۳، اغلب روزها=۴) می‌باشد که نمره هر زیر مقیاس از جمع نمره سؤال‌های مربوطه و نمره کل، از جمع تمامی زیر مقیاس‌ها حاصل می‌گردد. رفتار پرخاشگرانه کودک، در یک طیف ۱۰۰ درجه‌ای (۲۵ تا ۰ = کم، ۵۰ تا ۲۵ = متوسط، ۷۵ تا ۵۰ = زیاد، ۱۰۰ تا ۷۵ = خیلی زیاد) رتبه‌بندی می‌شود. نمره این مقیاس می‌تواند بین ۰ تا ۱۶۸ در نوسان باشد که نمره بالا نشان‌دهنده میزان بالای پرخاشگری در کودکان است.

به عبارت دیگر نقطه برش در انتخاب افراد پرخاشگر بر اساس این پرسشنامه، دو انحراف معیار بالاتر از میانگین است. ضریب روایی سازه به روش تحلیل عاملی (KMQ=۰.۹۵) می‌باشد. ضرایب اعتبار آلفای کرونباخ در کل مقیاس ۰.۹۸٪ و در عامل‌های چهارگانه پرخاشگری کلامی، فیزیکی، رابطه‌ای و واکنشی به ترتیب ۰.۹۳٪، ۰.۹۲٪، ۰.۹۴٪ و ۰.۸۸٪ به دست آمده است (واحدی و همکاران، ۱۳۸۷).

جدول ۱. پروتکل درمانی (بازی‌درمانی به شیوه لندرت)

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
اول	آشنایی با مفاهیم پایه و اهداف و مفاهیم اصلی آموزش CPRT.	معرفی اعضای گروه به یکدیگر. بیان موضوعات پایه از قبیل تشویق و تنبیه والدین، همدلی با والدین، عادی و طبیعی جلوه دادن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندانشان و مرور اجمالی موضوعات جلسات آموزشی و مفاهیم ضروری مرتبط با آن (ارجاع والدین به دفترچه مخصوص والدین). آموزش روش پاسخ‌دهی انعکاسی به احساسات، عواطف و آرزوها و نیازهای کودک. تکمیل برگه پاسخ‌دهی انعکاسی. ایفای نقش مهارت‌های بازی‌درمانی ارتباطی توسط اعضای گروه. ارائه فیلم جهت آموزش مشاهده‌ای مهارت‌ها به والدین.	۱- توجه به یکی از ویژگی‌های ظاهری کودک. ۲- تمرین پاسخ بازتابی. ۳- همراه آوردن عکس کودک. ۴- تمرین ۳۰ ثانیه انفجار توجه.
دوم	آموزش اصول اساسی جلسات ۳۰ دقیقه‌ای بازی والدین و کودک.	تبادل غیررسمی و دوستانه اطلاعات و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل. بیان تجارب والدین و تشویق آن‌ها در زمانی که والدین به شرکت در فعالیت‌های گروهی می‌پردازند.	۱- تهیه اسباب‌بازی‌ها ۲- تعیین زمان و مکان بازی و گزارش دادن در جلسه.

تکالیف	محتوا	اهداف	جلسات
	<p>بیان اصول اساسی جلسات بازی والدین با کودک.</p> <p>۳۰ دقیقه پیروی کامل والدین از کودک.</p> <p>معرفی و ارائه مجموعه اسباب بازی های مورد نیاز برای جلسات بازی و منطق استفاده از هر یک از آنها، خصوصاً در باب اسباب بازی هایی که والدین درباره شان نگرانی دارند.</p> <p>انتخاب زمان و مکان خاص برای جلسات بازی.</p> <p>معرفی و ایفای نقش مهارت های اساسی جلسه بازی (به صورت زنده یا ارائه نوار ویدئویی).</p>		
<p>۱- تکمیل لیست اسباب بازی ها.</p> <p>۲- تهیه کارت های تعیین وقت برای هر جلسه.</p> <p>۳- مرور بایدها و نبایدهای هر جلسه قبل از شروع بازی</p> <p>۴- اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر.</p> <p>۵- در صورت امکان ضبط و ثبت محتوای جلسات بازی در منزل.</p>	<p>مرور تکالیف خانگی جلسه قبل.</p> <p>معرفی بایدها و نبایدهای جلسات بازی. شامل بایدها:</p> <p>آماده سازی ساختار اولیه جلسات بازی (شرایط مکانی).</p> <p>با مسئولیت دادن به کودک اجازه ی هدایت جلسه را به او بدهید.</p> <p>در بازی کودک فعالانه شرکت کنید.</p> <p>آنچه را می بینید شرح دهید.</p> <p>انعکاس احساسات کودک.</p> <p>تعیین محدودیت های پایدار و مشخص.</p> <p>پیروی از قدرت کودک و تشویق اثرگذاری های او در بازی.</p> <p>نبایدهای جلسات بازی:</p> <p>از هیچ یک از رفتارهای کودک انتقاد نکنید.</p> <p>از کودک تعریف و تمجید بیجا نکنید.</p> <p>از کودک سوالات هدایت شده نپرسید.</p>	<p>آموزش بایدها و نبایدهای جلسات ۳۰ دقیقه ای بازی والدین و کودک.</p>	سوم

تکالیف	محتوا	اهداف	جلسات
	<p>اجازه‌ی قطع جلسه‌ی بازی کودک را ندهید.</p> <p>به دادن اطلاعات یا آموزش در باب موضوع نپردازید.</p> <p>به کودک نصیحت‌های اخلاقی نکنید.</p> <p>شما شروع‌کننده‌ی فعالیت‌های جدید در طول بازی نباشید.</p> <p>در حین بازی منفعل و ساکت باشید.</p>		
<p>۱- تکمیل برگه‌های مخصوص تمرین محدودیت‌گذاری.</p> <p>۲- مرور مجدد مطالب قبل از شروع جلسه بازی.</p> <p>۳- اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر.</p> <p>۴- در صورت امکان ضبط و ثبت محتوای جلسات بازی در منزل.</p>	<p>مرور تکالیف خانگی جلسه قبل.</p> <p>اعمال سه گام محدودیت‌گذاری (ارجاع والدین به دفترچه مخصوص والدین).</p> <p>ایفای نقش یا نشان دادن فیلمی در خصوص مهارت‌های موردنیاز در جلسه بازی و سه گام محدودیت‌گذاری.</p>	<p>آموزش اعمال محدودیت‌گذاری والدین برای کودک.</p>	چهارم
<p>۱- بوسه ساندویچی</p> <p>۲- مرور مجدد مطالب قبل از شروع جلسه بازی.</p> <p>۳- اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر.</p> <p>۴- در صورت امکان ضبط و ثبت محتوای جلسات بازی در منزل.</p> <p>۵- تکمیل برگه‌های مخصوص تمرین محدودیت‌گذاری.</p>	<p>تمرکز عمده این جلسه بر حمایت و تشویق والدین در هنگام یادگیری و تمرین مهارت‌های جلسه بازی است. لذا مطالب جدیدی در این جلسه مطرح نمی‌شود تا والدین احساس درماندگی و ناتوانی نکنند.</p> <p>همانند سایر جلسات آموزشی عمده زمان جلسه بر گزارش‌های والدین از جلسات بازی در منزل و مشارکت فعالانه در خصوص مرور جلسات ضبط‌شده والدین می‌گذرد (مرور و بررسی جلسه بازی ضبط‌شده).</p>	<p>حمایت و تشویق والدین در هنگام یادگیری و تمرین مهارت‌های جلسه بازی.</p>	پنجم

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
		به طور کلی این جلسه به مرور و تحکیم مهارت‌های ارائه شده در جلسات قبل می‌گذرد و مهارت‌های جدید در این جلسه ارائه نمی‌شود.	
ششم	تمرکز بر افزایش خودکارآمدی والدین در امر فرزند پروری.	برنامه کار افزایش خودکارآمدی در امر فرزند پروری همراه با ایجاد اعتماد به نفس و عزت نفس والدین است با این هدف که به کودکان به صورت فعال پاسخ دهند تا عزت نفس کودک تقویت شود. مرور و بررسی اطلاعات همراه با مرور تکالیف خانگی و گزارش‌های والدین از جلسات بازی مرور و بررسی جلسات بازی ضبط شده والدین آموزش والدین در مبحث حق انتخاب دادن به کودک و مرور مطالب مربوطه، آموزش مسئولیت پذیری و تصمیم‌گیری به کودک. ایفای نقش/نمایش فیلم مهارت‌های جلسه بازی و حق انتخاب دادن به کودک.	۱- مرور مجدد مطالب قبل از شروع جلسه بازی. ۲- اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر. ۳- در صورت امکان ضبط و ثبت محتوای جلسات بازی در منزل. ۴- تمرین حق انتخاب بیرون از جلسات بازی.
هفتم	آموزش نحوه ارائه پاسخ‌های ایجادکننده اعتماد به نفس در کودکان.	مرور و بررسی اطلاعات همراه با مرور تکالیف خانگی و گزارش‌های والدین از جلسات بازی مرور و بررسی جلسات بازی ضبط شده والدین مهارت دادن پاسخ‌های ایجادکننده اعتماد به نفس مخصوص این جلسه.	۱- مرور مجدد مطالب قبل از شروع جلسه بازی. ۲- اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر. ۳- در صورت امکان ضبط و ثبت محتوای جلسات بازی در منزل. ۴- تمرین پاسخ‌های ایجادکننده اعتماد به نفس (در طی جلسات بازی و خارج از زمان بازی)

تکالیف	محتوا	اهداف	جلسات
۵-نوشتن نامه‌ای برای فرزند با اشاره به ویژگی‌های مثبتش.			
۱- مرور مجدد مطالب قبل از شروع جلسه بازی. ۲-اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر. ۳-تمرین تشویق در مقابل پاداش. ۴-در صورت امکان ضبط و ثبت محتوای جلسات بازی در منزل.	مرور و بررسی اطلاعات همراه با مرور تکالیف خانگی و گزارش‌های والدین از جلسات بازی مرور و بررسی جلسات بازی ضبط‌شده والدین ایفای نقش/نمایش فیلم در مورد مهارت دادن پاسخ‌های تشویقی.	آموزش نحوه ارائه پاسخ‌های تشویقی در کودکان.	هشتم
۱- مرور مجدد مطالب قبل از شروع جلسه بازی. ۲-اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر. ۳-ارائه گزارشی از اعمال محدودیت در خارج از جلسه بازی. ۴-ارائه گزارشی از دفعات نوازش و لمس کردن فرزند در طول یک هفته. ۵-بازی کشتی بین پدر، مادر و کودک. ۶-ارائه گزارشی از نحوه برخورد والد با یکی از مشکلات کودک در	مرور و بررسی اطلاعات همراه با مرور تکالیف خانگی و گزارش‌های والدین از جلسات بازی. مرور و بررسی جلسات بازی ضبط‌شده والدین مهارت‌های کاربردی در خارج از جلسه بازی	تعمیم دادن مهارت‌های جلسه بازی به موقعیت‌های زندگی روزمره کودک.	نهم

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
			خارج از جلسه بازی با توجه به مهارت‌های جلسات بازی.
دهم	مرور کلیه موارد آموخته شده و بحث و گفتگو در مورد تغییرات اتفاق افتاده در رفتار کودکان.	مرور کلیه موارد مهمی که هر یک از والدین آموخته‌اند. بحث و گفتگو در باب تغییرات اتفاق افتاده در وضعیت و رفتار کودکان نسبت به ۱۰ هفته قبل. مرور اطلاعات اولیه از فرم‌های مخصوص اطلاعات والدین. تشویق کردن بازخوردهای مثبت بین اعضای گروه به خاطر تغییرات خوبی که در آن‌ها اتفاق افتاده است.	تأکید بر تداوم جلسات بازی در منزل.

روش اجرا و جمع‌آوری داده‌ها: پس از شناسایی و انتخاب آزمودنی‌های مناسب با موضوع پژوهش، جلسات بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به مدت ۱۰ جلسه ۱ بار در هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. طول مدت هر جلسه ۲ ساعت در نظر گرفته شد. در پایان دوره، مجدداً پرسشنامه‌ها توسط مادران هر دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل گردید.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی ارائه می‌شود. جدول ۲ به گزارش نتایج اطلاعات مربوط به میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌پردازد.

جدول ۲. اطلاعات مربوط به میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۴/۷۰	۱۱۷/۱۰	۲/۸۰	۱۱۷/۹۰	کنترل	پرخاشگری (کل)
۴/۰۱	۱۱۲/۱۰	۳/۳۳	۱۲۰/۴۰	آزمایش	
۲/۴۹	۳۹/۳۰	۲/۴۴	۴۰/۴۸	کنترل	پرخاشگری کلامی
۴/۲۴	۳۵/۷۰	۴/۲۱	۴۱/۷۰	آزمایش	
۳/۶۹	۲۷/۱۰	۳/۳۹	۲۷	کنترل	پرخاشگری فیزیکی
۲/۷۱	۲۱/۴۰	۲/۹۸	۲۶/۳۰	آزمایش	
۲/۷۵	۲۸/۶۰	۱/۹۱	۲۹/۱۰	کنترل	پرخاشگری رابطه‌ای
۲/۸۵	۱۹/۲۰	۳/۴۷	۲۶/۵۰	آزمایش	
۲/۱۳	۲۳/۱۰	۲/۱۴	۲۳/۸۰	کنترل	پرخاشگری واکنشی
۲/۲۰	۲۰/۸۰	۱/۸۵	۲۵/۹۰	آزمایش	
۶/۳۶	۷۶/۵۰	۶/۴۲	۷۷	کنترل	تعامل والد-کودک (کل)
۵/۲۷	۸۳/۸۸	۶/۳۲	۷۲	آزمایش	
۳/۲۹	۳۰/۲۰	۳/۴۹	۳۰/۳۰	کنترل	صمیمیت
۲/۴۰	۳۵/۷۰	۴/۸۲	۲۷/۸۰	آزمایش	
۳/۵۲	۳۳/۲۰	۳/۴۰	۳۳/۵۰	کنترل	تعارض
۵/۸۸	۳۶/۷۰	۶/۰۵	۲۹/۸۰	آزمایش	
۲/۷۲	۱۳/۱۰	۲/۹۷	۱۳/۲۰	کنترل	وابستگی
۱/۸۷	۱۹/۴۴	۳/۶۵	۱۴/۴۰	آزمایش	

بررسی شاخص‌های توصیفی گروه کنترل و گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد که میانگین نمره گروه آزمایش در متغیرهای مذکور در مقایسه با نمرات میانگین گروه کنترل، تغییرات قابل توجهی داشته است.

در بخش استنباطی به تحلیل و گزارش نتایج مربوط به فرضیات پژوهش می‌پردازیم. فرضیه اصلی اول: مداخله بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) موجب بهبود کیفیت تعامل والد-کودک می‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر کیفیت تعامل والد-کودک

مجدور ایتا	سطح معناداری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منابع تغییر	
۰/۴۱	۰/۰۱	۹/۷۱	۳۶۶/۳۹	۱	۳۶۶/۳۹	بین گروهی	
			۳۷/۷۱	۱۸	۶۷۸/۸۸	درون گروهی	تعامل والد- کودک
				۱۹	۱۸/۹۹	خطا	

همان‌طور که در جدول ۳ قابل مشاهده است، مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) با اندازه اثر ۰/۴۱ بر کیفیت تعامل والد-کودک تأثیر گذاشته است. مجموع مجدورات بین گروهی تعامل والد-کودک ۶۸۷/۸۸ شده است که منجر به مقدار F ۷۱/۹ شده است که این مقدار F از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنی دار است ($P < 0.01$)؛ بنابراین، فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود؛ یعنی مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک موجب بهبود کیفیت تعامل والد-کودک می‌شود. فرضیه اصلی دوم: مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) موجب کاهش پرخاشگری می‌شود.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر پرخاشگری کودکان پیش دبستانی

مجدور ایتا	سطح معناداری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منابع تغییر	
۰/۳۴	۰/۰۲	۸/۰۱	۴۳۷/۲۱	۱	۴۳۷/۲۱	بین گروهی	
			۵۴/۵۳	۱۸	۹۸۱/۶۴	درون گروهی	پرخاشگری
				۱۹	۱۷/۱۳	خطا	

همان‌طور که در جدول ۴ قابل مشاهده است، مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) با اندازه اثر ۰/۳۴ بر پرخاشگری کودکان تأثیر گذاشته است. مجموع

مجذورات بین گروهی پرخاشگری ۹۸۱/۶۴ شده است که منجر به مقدار $F_{01/8}$ شده است که این مقدار F از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ معنی دار است ($P < 0.05$)؛ بنابراین، فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود؛ یعنی مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک موجب کاهش پرخاشگری می‌شود.

نتایج فرضیات فرعی پژوهش در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس برای فرضیات فرعی پژوهش

متغیر	نمره F	Sig	پذیرش یا رد فرضیه
پرخاشگری کلامی	۶/۵۴	۰/۰۳	پذیرش فرضیه
پرخاشگری فیزیکی	۷/۸۷	۰/۰۲	پذیرش فرضیه
پرخاشگری رابطه‌ای	۴/۹۶	۰/۰۴	پذیرش فرضیه
پرخاشگری واکنشی	۹/۸۱	۰/۰۱	پذیرش فرضیه
صمیمیت	۶/۱۲	۰/۰۳	پذیرش فرضیه
تعارض	۸/۷۱	۰/۰۱	پذیرش فرضیه
وابستگی	۴/۹۸	۰/۰۴	پذیرش فرضیه

نتایج تحلیل کوواریانس برای فرضیات فرعی پژوهش نشان می‌دهد که مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) موجب کاهش پرخاشگری کلامی، پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری رابطه‌ای و پرخاشگری واکنشی می‌شود. نتایج این فرضیات برای پرخاشگری واکنشی در سطح ۰/۰۱ معنی دار بود ($P < 0.01$) و برای پرخاشگری فیزیکی، رابطه‌ای و کلامی در سطح ۰/۰۵ معنی دار بود ($P < 0.05$). همچنین یافته‌ها نشان داد که مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) باعث کاهش تعارض و افزایش صمیمیت و وابستگی می‌شود. برای خرده مقیاس تعارض، سطح معنی دارد ۰/۰۱ گزارش شده است ($P < 0.01$) و سطح معنی داری مؤلفه‌های صمیمیت و وابستگی ۰/۰۵ می‌باشد ($P < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی برنامه بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر کیفیت تعامل والد-کودک و کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دستانی بود.

نتایج نشان داد که برنامه بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) موجب بهبود کیفیت تعامل والد-کودک شده است. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های: گراسکوویک و گوتر (۲۰۰۹)، گارزا، کیدزورثی و واتس (۲۰۰۹)، ویلارثیل (۲۰۰۸)، ادوار، لندر و وایت (۲۰۰۷)، ریانومدسن (۲۰۰۷)، فلوی، هیگدون و وایت (۲۰۰۶)، سولیس، میرز و وارجاس (۲۰۰۴)، لی و لندرث (۲۰۰۳)، گیسیرگ (۲۰۰۲)، جنگ (۲۰۰۰) گلوورولندرث (۲۰۰۰)، هین شاو و همکاران (۲۰۰۰)، کوستاولندرث (۱۹۹۹)، چااولندرث (۱۹۹۷)، برادلی (۱۹۹۲)، پسترمن، مک گرث، فایراستون، گودمن و بسترومالوری (۱۹۸۹)، علویان و همکاران (۱۳۹۵)، صادقی (۱۳۹۳)، معدنی (۱۳۹۱)، امیر (۱۳۹۰)، ترابی مزرعه ملکی (۱۳۹۰)، نجاتی (۱۳۸۹) و بیرامی (۱۳۸۸) نیز، اثربخشی روش درمانی CPRT را در ارتقاء و کارآمدی فرزندپروری والدین و بهبود تعاملات والد-کودک گزارش کرده‌اند.

در این رویکرد درمانی ارتباط بین والد و کودک به‌عنوان منبع تغییر درک کودک و درنهایت رفتار او استفاده می‌شود و هدف تضعیف رفتارهای متقابل ناکارآمد والد-کودک و افزایش توانایی والدین در درک کودک می‌باشند.

در تبیین فرضیه حاضرمی توان گفت که چگونگی برقراری ارتباط مادر با کودک از اهمیت خاصی برخوردار است. شاید بتوان گفت یکی از بهترین روش‌های وارد شدن به دنیای کودک از طریق بازی است (خدایی و خیاوی، ۱۳۸۰). کودکان خزانه لغات کمتری نسبت به بزرگسالان دارند بنابراین بازی نه تنها می‌تواند بر جسم و روان کودک تأثیرگذار باشد، بلکه می‌تواند بر نحوه ارتباط مادر با کودک نیز مؤثر واقع شود. همچنین یکی از طبیعی‌ترین فعالیت‌ها برای درگیر کردن و مشارکت دادن کودکان است (میتل دراف، هندریک و لندرث، ۲۰۰۱). تجارب کودک خصوصاً در سال‌های قبل از ورود به دبستان در بازی‌های آن‌ها خلاصه می‌شود و می‌توان بازی را جدی‌ترین تلاش یا تجربه‌ی کودک و ابتدایی‌ترین و طبیعی‌ترین ابزار برای برقراری ارتباط محسوب کرد (اکسلاین، ۱۹۸۶؛ مزینی و نوذر آدان، ۱۳۸۰). تمرکز روش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر بهبود رابطه والد-کودک، خود درونی کودک و توانایی‌های بالقوه کودک است. عمده اهداف برای والدین: درک و پذیرش جهان عاطفی کودک، افزایش بینش و آگاهی والدین نسبت به

خود در ارتباط با کودک، تغییر ادراک والدین از رفتارهای کودک، یادگیری مهارت‌های بازی‌درمانی کودک محور و چگونگی ایجاد جوی غیر قضاوتی، پذیرنده و همراه با درک متقابل برای کودک و نهایتاً کمک به والدین برای لذت بردن از ایفای نقش والدینی است. بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به دلیل تمرکز بر کودک می‌تواند روشی مناسب برای برقراری ارتباط با کودک در نظر گرفته شود (لندرت و برتون، ۲۰۰۶). همچنین شاخصه‌ای که باعث تأثیرگذاری این رویکرد می‌شود تأکید آن بر آموزش مهارت‌های خودکنترلی، افزایش خودکارآمدی است و مهارت‌های لازم را برای ارتقا عملکرد در اختیار والد و کودک قرار می‌دهد و مهم‌تر اینکه مشارکت فعال والد و کودک در کشف احساسات و عقاید آن‌ها یکی از کلیدهای درمان است و به‌نوعی شرایط را برای تعامل مناسب فراهم می‌کند.

هم‌چنین یافته‌های پژوهش نشان داد مداخله بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) موجب کاهش پرخاشگری شده است. این یافته با یافته‌های باگری و لندرت (۲۰۰۱، به نقل از لندرت، ۲۰۰۶) در زمینه رفتارهای گوشه‌گیرانه و پرخاشگرانه همسو است. پژوهش‌های پاوون و دوما (۲۰۰۹)؛ توری^۲ و همکاران (۲۰۰۹)؛ کاگان^۳ و لندرت (۲۰۰۹)؛ هلکرووی (۲۰۰۹)؛ ویلارئیل^۴ (۲۰۰۸)؛ مورو، ری، اسکوتلبرگ و تی سی^۵ (۲۰۰۷)، براتون، ری، راین و جونز (۲۰۰۵)؛ لويس و کارچر (۲۰۰۲)؛ کوت و لندرت و جیوردانو (۲۰۰۱)؛ کادوسون و همکاران (۱۹۹۷)؛ اسپرینجر و همکاران (۱۹۹۲)؛ فولکورد و داونپورت در زمینه نشانگان مرضی و پژوهش‌های قوی میدانی (۱۳۹۷)، ملک‌زاده (۱۳۹۷)، شادفر (۱۳۹۵)، ناظمی (۱۳۹۳)، مصطفوی و همکاران (۱۳۹۱) در زمینه مشکلات رفتاری حاکی از اثربخش بودن بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک است. ترمیم مشکلات کودکان به‌واسطه

^۱ Powen & Doma

^۲ Toory

^۳ Kagan

^۴ Vilareel

^۵ Moro, Rey, Skotelberg, Tc

فردی (والدین) که در درون چرخه نگرانی قرار دارد می‌تواند به نحوی سیکل معیوب ارتباطی را تصحیح کند.

از جمله دلایل عمده اثرگذاری رویکرد درمانی CPRT استفاده از بازی و وقت گذاشتن والدین برای بودن بی‌قید و شرط با فرزندانشان در راستای بازی است. محتوای این جلسات بازی به گونه‌ای است که پذیرش و همدلی والدین با کودک را افزایش می‌دهد. اغلب والدین نیز در این زمینه با کودکانشان مشکل دارند و نمی‌توانند دنیا را از دریچه چشم آن‌ها بنگرند بنابراین بازی می‌تواند به رفع نیازها و تعارضات کودک و والد کمک کند. این رویکرد درمانی زبانی جدید را برای ورود به دنیای کودکان به والدین آموزش می‌دهد و در نتیجه تغییرات مثبتی را در تعاملات موجود بین والدین و کودکان به وجود می‌آورد، با توجه به اینکه واکنش‌های متقابل و صمیمیت والدین اساس رشد شناختی-عاطفی کودک را تشکیل و خطر ابتلای کودک به اختلال‌های روانی را کاهش می‌دهد (اسین‌هاور، بیکر و بلیچر؛ ۲۰۰۹). جو خانوادگی خشن، خشک و متعصبانه زمینه ظهور اختلالات رفتاری و از آن جمله پرخاشگری و نافرمانی را ممکن می‌سازد و بدیهی است که تغییر این فضا و سبک تعاملی والد-فرزند و بهبود بافت خانواده می‌تواند سبب کاهش رفتار پرخاشگرانه در کودک شود. در مجموع به نظر می‌رسد جایگزینی والدین به‌عنوان درمانگر، مؤلفه‌ای تأثیرگذار بر اثربخشی درمان بوده است و بازی‌درمانی به کودک فرصت بروز احساسات و مشکلات درونی را می‌دهد. پس با تغییر سبک فرزند پروری و تغییر شیوه تعامل اعضا با یکدیگر و مخصوصاً بهبود تعامل والدین با کودک، شاهد کاهش رفتار پرخاشگرانه کودک باشیم همچنین با توجه به اینکه مهارت‌هایی از قبیل گوش دادن انعکاسی، محدودیت گذاری درمانی، شناسایی و پاسخ‌دهی به احساسات کودکان و نیز دادن حق انتخاب به کودکان به آن‌ها آموزش داده می‌شود که احساسات و هیجانات خود را به صورتی قابل قبول ابراز نموده و خودکنترلی خود را پرورش دهند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان محدود شدن نمونه به کودکان پیش‌دبستانی اشاره کرد که در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد. هم‌چنین افت آزمودنی‌ها از محدودیت‌های دیگر اجرای پژوهش بود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود

کارگاه‌های آموزشی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک برای والدین برگزار شود. در پژوهش‌های آتی اثربخشی این درمان با درمان‌های دیگر مورد مقایسه قرار گیرد تا بهترین روش درمان انتخاب شود.

منابع

- احدی، حسن، بنی جمالی، شکوه السادات (۱۳۸۵). *روانشناسی رشد*. تهران: پردیس.
- اسلاوین، رابرت (۲۰۰۶). *روانشناسی تربیتی، نظریه و کاربری*. ترجمه سیدمحمدی، یحیی (۱۳۸۵). تهران: روان.
- افشار، زهرا (۱۳۹۶). تأثیر بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر کاهش استرس والدگری و افزایش خودکارآمدی والدینی مادران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.
- اکسلاین، ویرجینیا (۱۹۸۶). *دیندر جستجوی خویشتن (چاپ هفتم)*. ترجمه مزینی، سرور، نوذرآدان، مریم (۱۳۸۰). تهران: روزبهان.
- امیر، فاطمه (۱۳۹۰). *بررسی اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر سبک‌های فرزند پروری*. نشریه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۴.
- برک، لورا (۲۰۱۷). *روانشناسی رشد، از لقاح تا کودکی*. ترجمه سیدمحمدی، یحیی (۱۳۹۷). تهران: ارسباران.
- بیرامی، منصور (۱۳۸۸). تأثیر آموزش مهارت‌های فرزند پروری به مادران پسران دبستانی مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده بر سلامت روانی و شیوه‌های تربیتی آن‌ها. *مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*، ۱۱(۲): ۱۰۵-۱۱۴.
- پاکدامن، شهلا؛ مظاهری، محمدعلی، مظاهری؛ حیدری، محمود؛ طهماسیان، کارینه (۱۳۹۶). *تعیین اثربخشی بسته آموزشی گوش دادن احترام‌آمیز به کودکان بر بهزیستی روان‌شناختی آنان*. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی ایران، (۷) ۲۶: ۴۲-۲۵.
- ترابی مزرعه ملکی، نغمه (۱۳۹۰). «اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی و شیوه‌های والدگری مادران». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علم و فرهنگ.
- سادوک و سادوک (۲۰۱۵). *خلاصه روان‌پزشکی (چاپ یازدهم)*. ترجمه رضاعی، فرزین (۱۳۹۵). تهران: ارجمند.

سعادت، ریحانه (۱۳۹۷). «بررسی اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر روابط والد-کودک، شادی و یادگیری اجتماعی هیجانی در کودکان سنین پیش‌دستانی ۴ تا ۶ سال». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، موسسه آموزش عالی علوم و فناوری سپاهان.

شهیم، سیما (۱۳۸۶). *پرخاشگری رابطه‌ای در کودکان پیش‌دستانی*. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران. (۱۳) ۳: ۲۷۱-۲۶۴.

قوی میدانی، مریم (۱۳۹۷). *اثربخشی مداخله بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر گوشه‌گیری کودکان پیش‌دستانی*. کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم اجتماعی.

مصطفوی، سعیده سادات؛ شعیری، محمدرضا؛ اصغری مقدم، محمدعلی؛ محمودی قرایی، جواد (۱۳۹۱). *تأثیر آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) مطابق با الگوی لندرت به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان*. نشریه روان‌شناسی بالینی و شخصیت (۷).

ملک‌زاده، الهام (۱۳۹۷). *اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در شهر اصفهان*. همایش کشوری و جشنواره کودکان با نیازهای خاص.

ناظمی، رفیعه (۱۳۹۳). *اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر افزایش خودکارآمدی فرزند پروری مادران و کاهش شدت کلی دشواری و مشکلات رفتاری کودکان ۲ تا ۵ ساله با خلق و خوی دشوار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.

نجاتی، امین (۱۳۸۹). *بررسی اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر کاهش نشانه‌های مرضی کودکان مبتلا به ADHD و بهبود فرزند پروری مادران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

واحدی، شهرام، فتحی آذر، اسکندر، حسینی نسب، سید داود و مقدم، محمد (۱۳۸۷). بررسی پایایی و روایی مقیاس پرخاشگری پیش‌دبستانی. فصلنامه اصول روانی بهداشت. ۳۷، ۱۵-۲۴.

هربرت، مارتین (۲۰۰۸). روانشناسی بالینی کودکان. ترجمه فیروز بخت، مهرداد (۱۳۸۷). تهران: رسا.

- Berk, L. E. (2017). *Exploring lifespan development*, Pearson.
- Bornmann, B. A., et al. (2007). "Psychotherapeutic relaxation: How it relates to levels of aggression in a school within inpatient child psychiatry: A pilot study." *The Arts in Psychotherapy* 34(3): 216-222.
- Bratton, S. C. and G. L. Landreth (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual: A 10-session filial therapy model for training parents*, Routledge.
- Brotman, L. M., et al. (2009). "An experimental test of parenting practices as a mediator of early childhood physical aggression." *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50(3): 235-245.
- Chandola, A. and S. Bhanot (2008). "Role of parenting style in adjustment of high school children." *Journal of Human Ecology* 24(1): 27-30.
- Crick, N. R. and J. K. Grotpeter (1995). "Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment." *Child development* 66(3): 710-722.
- Foley, Y. C., et al. (2006). "A qualitative study of filial therapy: Parents' voices." *International Journal of Play Therapy* 15(1): 37.
- Goodwin, T., et al. (2003). "Childreach: Violence prevention in preschool settings." *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 16(2): ۵۲-۶۰.
- Hamel, N. J. (2013). "Children's Understanding and Experience of Anger Within Their Peer Groups."
- Jang, M. (2000). "Effectiveness of filial therapy for Korean parents." *International Journal of Play Therapy* 9(2): 39.
- Kuppens, S., et al. (2009). "Associations between parental control and children's overt and relational aggression." *British Journal of Developmental Psychology* 27(3): 607-623.
- Lee, M.-K. and G. L. Landreth (2003). "Filial therapy with immigrant Korean parents in the United States." *International Journal of Play Therapy* ۱۲(۲): ۶۷.

- Matsuura, N., et al. (2009). "Correlations among self-esteem, aggression, adverse childhood experiences and depression in inmates of a female juvenile correctional facility in Japan." *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 63(4): 478-485.
- Meysamie, A., et al. (2013). "Prevalence and associated factors of physical, verbal and relational aggression among Iranian preschoolers." *Iranian journal of psychiatry* 8(3): 138.
- Sandstrom, M. J. (2007). "A link between mothers' disciplinary strategies and children's relational aggression." *British Journal of Developmental Psychology* 25(3): 399-407.
- Smith, P. K. and C. H. Hart (2011). *The Wiley-Blackwell handbook of childhood social development*, Wiley Online Library.
- Sukhodolsky, D. G., et al. (2004). "Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis." *Aggression and violent behavior* 9(3): 247-269.
- Thompson, R. (2009). "The impact of early mental health services on the trajectory of externalizing behavioral problems in a sample of high-risk pre-adolescent children." *Children and Youth Services Review* 31(1): ۱۶-۲۲.
- Walker, K. F. (2002). *Filial therapy with parents court-referred for child maltreatment*, Virginia Tech.
- Xu, Y., et al. (2009). "Temperament, harsh and indulgent parenting, and Chinese children's proactive and reactive aggression." *Child development* 80(1): 244-258.

