

## اثربخشی بازی درمانی بومی شده بر تعامل والد - کودک مادران کودکان پیش دبستانی دچار اختلال کاستی توجه / فزون کنشی

### Effectiveness of Localized Play Therapy (LPT) on Parent -Child Interaction Mothers of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Preschool Children

**S. Rahimi-Pordanjani, Ph.D.**

Department of Psychology, SharehKord Branch, Islamic Azad  
University, Sharehkord, Iran

**M. Chorami, Ph.D.**

Department of Psychology, SharehKord Branch, Islamic Azad  
University, Sharehkord, Iran

**SH. Shokrollahi, M.A.**

Department of Human Science, University of Payame Noor,  
Isfahan, Iran

✉ دکتر سعید رحیمی پردنجانی

گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد

دکتر مریم چرامی

گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد

شقایق شکراللهی

گروه برنامه ریزی درسی دانشگاه پیام نور اصفهان

دریافت مقاله: ۹۷/۵/۲۴

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۷/۱۲/۳

پذیرش مقاله: ۹۸/۲/۲۳

#### Abstract

The purpose of this study is to evaluate the effectiveness of Localized Play Therapy (LPT) on the interaction of parents with children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in preschool children. This research method was a quasi-experimental design with a control group. Using phases randomized sampling among mothers in Attention Deficit Hyperactivity Disorder preschool centers.

#### چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر بازی درمانی بومی شده بر تعامل والد - کودک، مادران کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه / فزون کنشی بود. به همین منظور با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای و با توجه به ملاک های ورود آزمودنی ها به پژوهش، تعداد ۲۶ نفر از مادران کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال کاستی توجه / فزون کنشی انتخاب شدند و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند.

✉ Corresponding author: Corresponding author:  
Department of psychology, University of Islamic  
Azad, Sharekord, Iran  
Email: [sr.psycho21@gmail.com](mailto:sr.psycho21@gmail.com)

✉ نویسنده مسئول: شهرکرد، رحمتیه، دانشکده علوم انسانی دانشگاه  
آزاد اسلامی شهرکرد، گروه روانشناسی  
پست الکترونیکی: [sr.psycho21@gmail.com](mailto:sr.psycho21@gmail.com)

Twenty six mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder were selected. They were randomly placed in 2 groups (experimentation and control groups). Experiment group was presented with LPT for 10 sessions of 90 minute once a week. Instruments were used as following parenting stress and Vanderbilt and Pianta in 3 stages. Data were analyzed using repeated mature design analysis. Results showed that there was significant difference between control and experimental group ( $p \leq 0.01$ ). Results showed the effectiveness of LPT on child-parent interaction of mothers with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. It is suggested that this method could remedy impairment of the parents of children with mental health.

**Keywords:** Parenting Stress, Native Play Therapy, Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

گروه آزمایشی در ۱۰ جلسه بازی‌درمانی بومی‌شده شرکت داده شدند و گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه تعامل والد - کودک پیانتا (۱۹۹۴)، پرسش‌نامه وندربیلت (۲۰۰۳) و مصاحبه بالینی بود که مورد استفاده قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد که بین عملکرد دو گروه آزمایشی و گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت ( $P < 0/01$ ). می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات بازی‌درمانی بومی بر تعامل والد - فرزند والدین کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی تأثیر دارد. به کارگیری این روش در مداخلات روان‌شناختی والدین به درمانگران پیشنهاد می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** تعامل والد - فرزند، بازی‌درمانی بومی، فزون‌کنشی

## مقدمه

اختلال‌های عصبی تحولی<sup>۱</sup> به شکل فراگیر بر تعامل والد - کودک تأثیر منفی گذاشته و تنیدگی والدین<sup>۲</sup> را به دنبال دارد (چین‌لی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). در بین اختلال‌های عصبی - تحولی، اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی<sup>۴</sup> از فراوانی ۵ تا ۱۱ درصد در بین کودکان سنین ۳ تا ۱۷ سال برخوردار است (کاستاگنا، کالاسیا و داویس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷) و با ویژگی‌هایی چون فزون‌کنشی، تکانش‌گری و نارسایی توجه همراه بوده و عملکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی این کودکان دچار مشکل هستند (راهنمای آماری اختلال‌های روانی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳؛ رایان، هارون و ملوین<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵) و همچنین نسبت به سایر کودکان مشکلات عاطفی، اجتماعی و رفتاری بیشتری را تجربه می‌کنند (بارکلی<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳).

بر اساس نتایج مطالعه رگرس، وینر، مارتون و تنوک<sup>۹</sup> (۲۰۱۳) وجود نشانه‌های اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی علاوه بر افزایش تنیدگی والدین، خودکارآمدی<sup>۱۰</sup> مادران در کمک به فرزند خود را کاهش داده و سطح تعامل والد - کودک<sup>۱۱</sup> را پایین می‌آورد. رابطه والد - کودک شامل ترکیبی از کنش و واکنش‌هاست که در قالب رفتارها و هیجانات و همچنین انتظارات منحصربه‌فرد در بین والدین و فرزندان‌شان وجود دارد (ساطوریان، طهماسبیان، احمدی، ۱۳۹۵). از آن‌جا که وجود تعامل والد - کودک نخستین پایگاه شناخت ارتباطات برای فرزندان به شمار می‌رود و در این خصوص پاسخ‌دهی هیجانی، صمیمیت و امنیت به کیفیت

تعامل کمک می‌کند، بنابراین توجه به پیچیدگی روابط والد - کودک ناشی از مشکلات فرزند شرایط تعامل با والد را تشدید کرده و زمینه تعاملات منفی را در بین آنان افزایش می‌دهد (عیسی‌نژاد، قاسمی و خندان، ۱۳۹۶).

والدین این گروه از کودکان به خاطر مشاهده نشانه‌های رفتاری چون ناتمام گذاشتن تکالیف، بی‌قراری<sup>۱۲</sup> و ایجاد قشقرق نگران بوده و این مسأله بر روابط والد - کودک تأثیر منفی می‌گذارد (علیزاده، ۱۳۹۱). هم‌چنین این اختلال مشکلاتی را برای مراقبان آنان از جمله مادران و خود کودکان ایجاد می‌کند (بارکلی، ۲۰۱۳). چنین مشکلاتی سطح خودکارآمدی و تعامل مادران را کاهش داده و اساساً کیفیت تعامل والد - کودک را پایین می‌آورد (کاستانگا، گالامیا و داویس، ۲۰۱۷).

تعاملات منفی والدین کودکان با اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی به شکل بارزی بر دیگر اعضای خانواده تأثیر منفی گذاشته و سبک‌های فرزندپروری والدین را دچار مشکل می‌کند (علی اکبری و همکاران، ۱۳۹۲). چنین تعاملاتی میزان افسردگی این کودکان را در سنین نوجوانی افزایش داده و باری بر مشکلات والدین می‌افزاید (گیانوتا و رید<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۷). علاوه بر آن والدین این کودکان با انواع اختلال‌های افسردگی<sup>۱۴</sup> و احساس عدم کفایت مواجه شده و ارتباطات مثبت خود را در خانواده از دست می‌دهند (لوچیرینو، مانسینی و مرکریو<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۰). هم‌چنین وجود اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی فرزند باعث خدشه در تعامل والد - کودک شده و شرایط رفتار ناسازگارانه کودک را تشدید می‌کند (عابدی و همکاران، ۱۳۹۱).

خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی با سطح بالایی از ناسازگاری و ناهماهنگی مواجه هستند و احساسات منفی مادران عموماً همراه با تنیدگی بوده (کیمیایی و بیگی، ۱۳۸۹) و هم‌چنین در صورت وجود اختلال‌های همبود<sup>۱۶</sup>، والدین تنیدگی را با شدت بیشتری تجربه می‌کنند (دتری<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۲). تجربه چنین تنیدگی برای مادران، دیگر اعضای خانواده را متأثر کرده و سطح تعامل در درون سیستم خانواده را دچار آسیب می‌کند (روغنچی، جزایری، اعتمادی، فاتحی‌زاده و مومنی، ۱۳۹۶). در این‌جا مادر به عنوان رکن اساسی تربیت فرزندان در خانواده در فضایی قرار گرفته که رابطه والد - کودک ناشی از وجود فرزند دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی میزان تاب‌آوری وی را کاهش داده و این خود چرخه معیوبی در تعامل مادر - کودک ایجاد می‌کند (مغربی سینکی، حسن‌زاده، ارجمندنیا و خادمی، ۱۳۹۵).

در این خصوص آموزش مهارت‌های مقابله با چنین مشکلاتی برای والدین کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی ضروری است (لوچیرینو، مانسینی و مرکریو، ۲۰۱۰). تام<sup>۱۸</sup> (۲۰۰۵) در پژوهش خود دریافت که اهمیت مداخلات بهنگام برای کودکان پیش‌دبستانی در معرض خطر اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی به نیازهای خانواده بستگی دارد؛ به ویژه والدین کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی که نیازمند راهبردهای خودتنظیمی بیشتری از طریق بازی با فرزندان خود هستند (گولان، والد و یاتزکار<sup>۱۹</sup>، ۲۰۱۷). نتایج دیگر پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تعاملات مثبت والد - کودک باعث افزایش خودکارآمدی مادران و کیفیت تعاملات آنان با فرزند خود شده و زمینه آسفتگی‌های رفتاری و افسردگی والدین کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی را کاهش می‌دهد (بارنت، دیویس، کالجاس، وایت، پولاکویچ و نیس<sup>۲۰</sup>، ۲۰۱۶؛ گیانوتا و ریدل، ۲۰۱۷؛ آماندا، رایان، لوکاش و شیلا<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۶).

مداخلات روان‌شناختی خانواده‌محور مبتنی بر بازی‌درمانی بومی‌سازی‌شده برای والدین کودکان دچار اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی علاوه بر تسهیل تعامل مثبت والد - کودک، شیوه‌های فرزندپروری<sup>۲۲</sup> مثبت را در ساختار خانواده ایجاد کرده و از تأثیر مخرب مشکلات رفتاری این کودکان بر توانایی تربیتی والدین می‌کاهد (علیزاده، ۱۳۹۱). نتایج پژوهش رحیمی، غباری‌بناب، افروز و فرامرزی (۱۳۹۳، ۱۳۹۴، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶) نشان داد که مداخلات بهنگام مبتنی بر بازی‌درمانی بومی‌سازی‌شده علاوه بر کاهش شدت نشانه‌های بالینی کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/ فزون‌کنشی پیش‌دبستانی می‌تواند سطح تعاملات مادر - کودک را به شکل مثبتی افزایش دهد. نتایج دیگر مطالعات انجام‌شده نشان داد که مداخلات بازی‌درمانی تعامل والد - کودک علاوه بر کاهش نشانه‌های بالینی اختلال‌های رفتاری کودکان پیش‌دبستانی، باعث افزایش نگرش مثبت کودک نسبت به والد خود، تقویت توانایی‌های حسی - حرکتی، افزایش خودکارآمدی والدگری و کیفیت تعامل والد - کودک می‌شود (ترابی، ۱۳۹۴؛ کاظمی، حیرانی، محرابیان، ۱۳۹۴؛ چانگ و یه<sup>۲۳</sup>، ۲۰۱۵). آموزش والدین نوعی رویکرد روانی - آموزشی<sup>۲۴</sup> است که می‌تواند در قالب رویکردهای رفتاری (BPT<sup>۲۵</sup>) بارکلی، (۱۹۹۷) و بازی‌درمانی تعاملی (CPRT)<sup>۲۶</sup> لندرت<sup>۲۷</sup> (۱۹۶۹)، مهارت‌های مناسب را در اختیار والدین و کودکان قرار دهد. لاتون و اسکویل (۲۰۰۵) برنامه آموزش والدین را برنامه‌هایی استاندارد، با مداخله‌های کوتاه‌مدت که شامل راهبردهای توجه مثبت، پاداش<sup>۲۸</sup> و تنبیه<sup>۲۹</sup>، اقتصاد پته‌ای<sup>۳۰</sup> و محروم‌سازی<sup>۳۱</sup> است، دانسته و والدین را در برخورد با کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/ فزون‌کنشی خود یاری رسانده و تنیدگی آنها را کاهش می‌دهد (علیزاده، ۱۳۹۱).

در این‌جا توجه به بازی‌های بومی و مدل بومی‌شده بازی‌درمانی گامی جدید در افزایش تعامل والد - کودک<sup>۳۲</sup> محسوب می‌شود. این بازی‌ها هر کدام به نحوی دستگاه عصبی را فعال ساخته و بخش‌های حسی - ادراکی را بهبود بخشیده و زمینه یکپارچگی حسی - حرکتی<sup>۳۳</sup> را فراهم می‌کند (اصغری نکاح، ۱۳۸۸). بازی‌های بومی با تحریک قشر حسی - حرکتی ارتباط‌های بسیاری بین منطقه لیمبیک و بخش‌های بینایی، شنوایی و گفتاری برقرار کرده و با اثرگذاری متقابل مغز و دستگاه عصبی، کمیت و کیفیت پاسخ‌دهی رفتاری و عملکرد یادگیری و عصبی را افزایش می‌دهد (رینولدز و همکاران<sup>۳۴</sup>، ۲۰۰۹). هم‌چنین باعث افزایش تعامل والد - کودک و تحول مهارت‌های حرکتی کودکان می‌شود (رحیمی، غباری‌بناب، افروز، فرامرزی، ۱۳۹۴، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶؛ اکبری، خلجی و شفیع‌زاده، ۲۰۰۷؛ کاظمی، حیرانی، محرابیان، ۱۳۹۴؛ جهرمی، رضائیان، حقیقت، ۱۳۹۱).

با توجه به این مسأله و خلاء ناشی از چنین پژوهش‌هایی در حوزه کودکان دچار اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی، به نظر می‌رسد استفاده از رویکرد بازی‌درمانی فیلیال گرنی، ۱۹۶۵<sup>۳۵</sup> (هرگاه سال در پرانتز نباشد الزاماً در منابع نباید بیاید) که خود مبتنی بر روش بازی‌درمانی تعامل والد - کودک (PCIT) بوده و با بازی‌های بومی ایرانی متناسب‌سازی شده و هم‌چنین تأثیر آن بر تعامل والد - کودک والدین با کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/ فزون‌کنشی توسط رحیمی، غباری‌بناب، افروز و فرامرزی (۱۳۹۴، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶) مورد بررسی قرار گرفته است، بتواند به عنوان راه‌حل جدیدی برای افزایش تعامل این گروه از کودکان با مادران خود مورد استفاده قرار گیرد. بنابراین می‌توان این سؤال را مطرح کرد که به کارگیری این نوع برنامه بازی‌درمانی بومی‌سازی‌شده تا چه اندازه بر تعامل والد - کودک والدین کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/

فزون کنشی تأثیر دارد؟ پس می توان فرضیه پژوهش را بدین صورت تدوین کرد؛ بازی درمانی بومی سازی شده تعامل والد - کودک مادران کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/ فزون کنشی را افزایش می دهد.

## روش

روش پژوهش حاضر کاربردی و از آن جا که امکان کنترل کامل شرایط آزمایشی و نمونه گیری وجود نداشت، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه گواه بود.

## جامعه آماری

در پژوهش حاضر جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان دارای نشانه های کاستی توجه/ فزون کنشی و تکانش گری مراکز پیش دبستانی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵ بر اساس اعلام رضایت و همکاری از سوی آنان و مدیران مهد کودک بود.

## روش نمونه گیری و تعداد نمونه

بعد از کسب مجوز از اداره کل آموزش و پرورش اصفهان از بین پنج ناحیه به تصادف ناحیه ۴ انتخاب و سپس از بین کلیه مراکز پیش دبستانی هشت مرکز که جمعاً دارای ۴۱۳ کودک سنین ۳-۶ سال بودند، به تصادف انتخاب شدند. در مرحله بعد با استفاده از گزارش مدیران مراکز تعداد ۴۳ کودک مبتلا به اختلال کاستی توجه/ فزون کنشی که اغلب سابقه مراجعه به روان پزشکی و روان شناس را داشتند، انتخاب شدند و مجدداً با استفاده از مصاحبه بالینی با مادر و نتایج آزمون وندربیلنت (فرم مربی) مورد ارزیابی قرار گرفته و تعداد ۳۴ کودک با نشانه های اختلال کاستی توجه/ فزون کنشی در هر سه نوع از ضعیف تا شدید تشخیص داده شدند. سپس بر اساس ملاک های ورود و خروج آزمودنی ها تعداد ۲۶ نفر از مادران آنان انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. در ادامه با استفاده از پرسش نامه تعامل والد - کودک پیاننا (۱۹۹۴) میزان تعامل والد - کودک توسط مادران در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مورد سنجش قرار گرفت. در تحلیل نهایی داده ها تعداد شش پرسش نامه به خاطر افت آزمودنی ها و نقص در تکمیل از تحلیل حذف شدند.

## ابزار پژوهش

در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات از سه ابزار استفاده شد.

**پرسش نامه تعامل والد - کودک:** برای ارزیابی تعامل والد - کودک از مقیاس تعامل والد - کودک که روی والد اجرا می شود، استفاده شد. این مقیاس توسط پیاننا (۱۹۹۴) ساخته شده و شامل ۳۳ ماده است که ادراک مراقب را در مورد رابطه خود با کودک می سنجد. این مقیاس دارای حوزه های نزدیکی، وابستگی، تعارض و رابطه مثبت کلی است. سوالات ۳۰، ۲۹، ۱۶، ۱۳، ۱۰، ۸، ۶، ۵، ۱ عامل نزدیکی را می سنجند، سوالات ۲۲، ۲۰، ۱۸، ۱۵، ۱۱، ۹ عامل وابستگی و سوالات ۳۳، ۳۲، ۳۱، ۲۸، ۲۷، ۲۶، ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۲۱، ۱۹، ۱۷، ۱۴، ۱۲، ۷، ۴، ۳، ۲ عامل تعارض را می سنجند. ضرایب آلفای کرونباخ برای نزدیکی مادر به کودک و

نزدیکی پدر به کودک به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۷۲ گزارش شد (دریسکول و بیاننا، ۲۰۱۱). نمره کلی، حاصل جمع نمره‌های تمامی ماده‌هاست که در قالب یک طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. در مورد زیرمقیاس تعارض لازم است نمره‌گذاری به شکل معکوس انجام شود. روایی محتوا و اعتبار این مقیاس در ایران توسط خدایانه‌ی، قنبری، نادعلی و موسوی (۱۳۹۱) برآورد شد. ضرایب آلفای کرونباخ برای عوامل نزدیکی و تعارض به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۳ به دست آمد. همچنین ضرایب همبستگی اعتبار که نشان‌دهنده تغییرناپذیری نمره‌ها در یک فاصله زمانی ۱۱ روزه بود، برای عوامل نزدیکی و تعارض ۰/۷۰ و ۰/۶۱ گزارش شد. در این پژوهش ضریب آلفای کل آزمون ۰/۷۸ محاسبه و گزارش شد.

### پرسش‌نامه و ندریبلت<sup>۳۶</sup> (ولریچ، لمبرت، دافینگ، بیگمن، سیمونز و ورلی<sup>۳۷</sup>، ۲۰۰۳) کودکان

**پیش‌دبستانی و دبستانی (نسخه والدین):** این مقیاس بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM IV) طراحی شده که همه ۱۸ ملاک این اختلال را دربر می‌گیرد. این مقیاس شامل ۴۷ گویه است که علاوه بر ملاک‌های تشخیص اختلال کاستی توجه (سوال ۱ تا ۹) و فزون‌کنشی (سوال ۱۰ تا ۱۸) ملاک‌های نافرمانی مقابله‌ای (سوال‌های ۱۹ تا ۲۷)، اختلال سلوک (سوال‌های ۲۸ تا ۴۰) و اضطراب و افسردگی (سوال‌های ۴۱ تا ۴۷) کودکان را نیز دربر می‌گیرد. گویه‌ها روی یک مقیاس لیکرت با درجه‌های هرگز=۱، گهگاه=۲، اغلب=۳ و خیلی زیاد=۴ مشخص شده است. اعتبار<sup>۳۸</sup> این پرسش‌نامه بر اساس آلفای کرونباخ برای اختلال کاستی توجه / فزون‌کنشی ۰/۹۰، اختلال نافرمانی ۰/۹۱ و اختلال اضطراب و افسردگی ۰/۷۹ گزارش شده است (فرانک و جان ون، ۱۳۹۲). در این پژوهش اعتبار مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ برای خرده‌آزمون‌های کاستی توجه و فزون‌کنشی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۸ محاسبه شد.

**مصاحبه بالینی:** بر اساس ملاک‌های پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ارزیابی تشخیصی نشانه‌های کاستی توجه/فزون‌کنشی و تکانش‌گری کودکان از مادران به خاطر تشخیص دقیق‌تر به عمل آمد. این مصاحبه‌ها به شکل مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختار اختلال‌های کودکان<sup>۳۹</sup> نسخه کوتاه تهرانی‌دوست، زرگری‌نژاد، خادمی و مطلق (۱۳۸۶) استفاده شد و توسط پژوهشگر و دو روان‌شناس انجام شد. روایی محتوای مصاحبه با استفاده از توافق ارزیابان مورد تأیید قرار گرفت.

**برنامه آموزش بازی‌درمانی بومی‌سازی شده<sup>۴۰</sup>:** این بسته آموزشی بر اساس رویکرد بازی‌درمانی گرنی، ۱۹۶۵؛ که خود مبتنی بر اصول بازی‌درمانی کودک‌محور و خانواده‌محور بوده و با بازی‌های بومی ایرانی توسط رحیمی، غباری‌بناب، افروز، فرامرزی (۱۳۹۴) متناسب‌سازی شده، تدوین شد. در آغاز به منظور بررسی کیفی تأثیر بازی‌های ایرانی بر تعامل مادران کودکان پیش‌دبستانی با اختلال کاستی توجه / فزون‌کنشی، از ۱۰ نفر از مادران این کودکان خواسته شد که با استفاده از بازی‌هایی چون نان بیار کباب ببر، گل یا پوچ، مجسمه، لی‌لی، کاغذ قلم، بادکنک‌بازی، گل‌بازی، کلاغ‌پر، دوغی ماستی و خاله‌بازی به مدت نیم ساعت و طی ۱۰ جلسه هر هفته دو جلسه با فرزند دچار اختلال خود در منزل بازی کنند.

بعد از انجام بازی‌ها توسط مادران، با استفاده از پیشینه پژوهشی و مبانی نظری و انجام مصاحبه نیمه‌ساختار و تجارب پدیدارشناختی مادران، عوامل تأثیرگذار و ارتباط نوع بازی‌ها و هسته مشکل تعامل والد - کودک شناسایی شد. محتوای آماده‌شده در قالب روش بازی‌درمانی تعامل والد - فرزند گرنی (۱۹۶۵)

بازنویسی شد و بسته آموزشی بومی در قالب ۱۰ جلسه آماده شد. در مرحله بعد به منظور تعیین روایی محتوایی و صوری، بسته آموزشی بومی‌سازی‌شده با متون نظری و پژوهشی مقایسه شد. سپس نسخه نظرسنجی تهیه شد و به همراه نسخه‌هایی از بسته آموزشی در اختیار پنج نفر از متخصصان حوزه روان‌شناسی کودکان استثنایی (افروز، غباری‌بناب، فرامرزی، یارمحمدیان و عابدی) قرار گرفت تا با توجه به ساختار روش بازی‌درمانی گرنی (۱۹۶۵) و تطابق آن، نظرهای اصلاحی و پیشنهادهای خود را اعلام کنند. سپس بر اساس نتایج به دست آمده در نسخه ارزیابی، بسته آموزشی مورد تجدیدنظر قرار گرفت و برای تأیید نهایی به متخصصان باز پس فرستاده شد. پس از تأیید نهایی روایی صوری و محتوایی، بسته آموزشی بازی‌درمانی بومی‌سازی‌شده تدوین شد. همبستگی بین نمره ارزیابان با استفاده از ضریب کاپا تحلیل شد که در حد مناسبی گزارش شد ( $Kappa=0/91$ ). شرح مختصر محتوای جلسه‌ها بدین قرار است:

**جلسه اول:** هدف‌های جلسه‌ها ارائه شد و شرکت‌کنندگان به هم معرفی شدند. سپس از مادران خواسته شد در منزل به مدت نیم ساعت با فرزند خود بازی کنند. بازی‌ها شامل بازی‌های بومی ایرانی، گل یا پوچ، نان بیار کباب ببر، دوغی ماستی، بادکنک‌بازی، گل‌بازی، ماسه‌بازی، توپ و سبد، مجسمه، لی‌لی با خط‌کشی، کلاغ‌پر، تیله‌بازی، کاغذ قلم و خاله‌بازی بود. مبنای روان‌شناختی کودکان فزون‌کنش با کاستی توجه و هم‌چنین مشکلات تعامل والد - کودک ناشی از داشتن چنین کودکی تشریح شد.

**جلسه دوم:** مطالب جلسه قبل مرور شد و اهداف و اصول جلسه‌های بازی‌درمانی بومی‌سازی‌شده تعامل والد - کودک تشریح شد. از جمله توجه به انتخاب کودک و فضای بازی آزاد، درک و پاسخ‌دهی هیجانی، پذیرش کودک، گوش دادن انعکاسی، قانون حد و مرزها و به‌کارگیری انواع بازی‌های بومی ایرانی به تناسب و انتخاب کودک در جلسه‌ها با هدف تسهیل تعامل والد - کودک مطرح شد. تکالیف جلسه بعد ارائه شد.

**جلسه سوم:** مطالب جلسه‌های قبل بررسی شد. گزارش بازی والد - فرزند با تأکید بر اصول بازی‌درمانی کودک‌محور که شامل؛ درک همدلانه کودک، گوش دادن فعال و ردگیری فعالیت کودک در بازی‌ها با اعمال قانون حد و مرزها توسط مادر، توجه به نوع انتخاب کودک از بازی و همراهی توسط مادر می‌شد، مورد بحث و بررسی قرار گرفت. فیلم بازی‌درمانی لندرت (۱۹۹۶) با هدف آشنایی مادران با اصول بازی‌درمانی کودک‌محور که در بالا بدان اشاره شد، پخش شد.

**جلسه چهارم:** ضمن بررسی گزارش بازی مادران بر فضای تعامل مثبت والد - فرزند تأکید شد. مادران با هدف تعامل مثبت و توجه مشترک به همراه فرزند در بازی‌هایی چون، نان بیار کباب ببر، بادکنک‌بازی، کلاغ‌پر، توپ و سبد، دوغی ماستی، گل‌بازی، ماسه‌بازی و خاله‌بازی، رضایت مثبت خود را اعلام کردند.

**جلسه پنجم:** گزارش مادران از بازی با فرزند خود با هدف تقویت فضای تعامل مثبت مادر - فرزند از طریق آزادی عمل کودک در فضای بازی و هدایت غیرمستقیم مادر بررسی شد؛ گوش دادن فعال و درک احساسات فرزند، تأکید بر اهمیت همراهی قصه با بازی نقاشی روی بادکنک و کاغذ قلم، ردگیری بازی فرزند.

**جلسه ششم:** گزارش بازی مادران بررسی شد. هدف این جلسه بحث درباره لزوم توجه به احساسات و تمایل‌های کودک در فضای بازی با در نظر گرفتن قانون حد و مرزها بود که در این مورد مادران نیاز به رفتار

قاطعانه‌تری داشتند. در حین انجام بازی‌ها مادران با درک حس مسئولیت‌پذیری خود در پذیرش فرزند و صبر و تحمل رفتارهای تکانش‌گری و فزون‌کنشی فرزند خود آمادگی بیشتری در تعامل با فرزند خود پیدا کردند.

**جلسه هفتم:** تکالیف و گزارش مادران بررسی شد. هدف این جلسه افزایش توجه فرزند از طریق بازی با گل به صورت دارت با هدف افزایش تعامل مادر و کودک و همچنین تقویت توجه کودک، بازی کاغذ قلم به شکل نقاشی برای تقویت نزدیکی مادر به کودک، بادکنک‌بازی با حرکت در مسیر دایره‌ای شکل با هدف ایجاد هیجان مثبت و تعامل بهتر مادر با فرزند خود، گفتن قصه در فضای خاله‌بازی به منظور جلب توجه کودک و نزدیکی بیشتر به مادر و پرسش از محتوای قصه با هدف تقویت توجه و حافظه کودک و ایجاد رابطه با مادر به طور مثال قصه خرگوش زرنگ که در آن خرگوش به قصد جست‌وجوی هویج راهی جنگل می‌شود و در راه به جوی آبی که چهار تا ماهی در آن در حال شنا هستند، برخورد می‌کند و خلاصه بعد از یافتن پنج تا هویج به خانه برمی‌گردد که با سؤال‌هایی چون؛ خرگوش در راه چند ماهی در جوی آب دید؟ و چند هویج پیدا کرد؟ از کودک پرسیده می‌شود. تکالیف جلسه بعد ارائه شد.

**جلسه هشتم:** گزارش مادران با هدف درک همدلانه کودک و افزایش صمیمیت والدین و تعارضات والدینی از طریق بازی‌هایی چون بادکنک‌بازی (هدف پاسخ‌دهی هیجانی و تعامل بیشتر)، گل‌بازی (تقویت توجه و کاهش فزون‌کنشی)، ماسه‌بازی (تقویت توجه، رابطه مادر - فرزند، کاهش تنیدگی کودک)، دوغی‌ماستی (هیجان و تعامل مادر - فرزند)، نان بیار کباب ببر (هیجان‌خواهی و تقویت تعامل) و خاله‌بازی (تعامل مادر - کودک). در این بازی‌ها مشارکت مادر و فرزند که باعث خودانگیزی مادر و علاقه بیشتر فرزند به انجام بازی می‌شود، بررسی شد.

**جلسه نهم:** گزارش برخی مادران به شکل فیلم مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت. هدف این جلسه تأکید بر کاربرد قانون حد و مرزها با تمرین رفتار قاطعانه مادر و همچنین افزایش میزان تحمل مادر از طریق پذیرش فرزند خود بود. استفاده از بازی‌هایی چون نان بیار کباب ببر، گل‌بازی، بادکنک‌بازی و خاله‌بازی و بیان داستان توانست چنین هدف‌هایی را برای مادر و فرزند ایجاد کند.

**جلسه دهم:** هدف این جلسه بررسی مجموع گزارش‌های مادران در خصوص بازی با فرزند خود در منزل و بحث و تبادل نظر در مورد نقاط قوت هر کدام از تمرین‌های انجام‌شده، بود. در انتها مرور اصول بازی‌درمانی تعامل والد - فرزند و تأکید بر مواردی که اهمیت بیشتری در فضای بازی مادر - فرزند دارد، جمع‌بندی و نتایج کلی مورد بحث قرار گرفت.

### شیوه اجرا

بعد از تدوین نهایی بسته آموزشی و تأیید روایی آن توسط متخصصان و کسب مجوز و هماهنگی با مدیران و مادران و با رعایت اصول اخلاقی و همچنین با توجه به محدودیت زمانی، محل جلسه‌ها در یکی از مراکز پیش‌دبستانی شهر اصفهان (مرکز صدرا) با رعایت اصول فیزیکی و تجهیزات کافی جهت ارزیابی مشخص شد. جلسه‌ها شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به شکل گروهی در روزهای دوشنبه هر هفته از ساعت ۹ تا ۱۰ و نیم صبح برگزار شد. در مرحله بعد هر دو گروه پرسش‌نامه تعامل والد - کودک را تکمیل کردند. سپس از هر دو گروه خواسته شد که پرسش‌نامه را در دو مرحله دیگر که به اطلاع آن‌ها خواهد رسید تکمیل



کنند. گروه گواه آموزشی دریافت نکردند. در مرحله بعد جهت آموزش گروه آزمایش توضیح‌هایی در خصوص شیوه برگزاری ارائه شد. از آن‌ها خواسته شده که همه جلسه‌ها را شرکت کرده و تکالیف بازی با کودک را به مدت نیم ساعت با فرزند خود در منزل انجام دهند. زمان انجام هر جلسه بازی‌درمانی توسط مادر در منزل در اتاق بازی ۳۰ دقیقه بود که با توجه به اصول بازی‌درمانی کودک‌محور برای مادران شرکت‌کننده توضیح داده شد. هم‌چنین زمان ورود و خروج و حفظ اصول اخلاقی پژوهش و اهتمام در حفظ آن مورد تأکید قرار گرفت. هر دو گروه مجدداً در پایان آموزش و پس از گذشت سه ماه در مرحله پیگیری به مقیاس تعامل والد - کودک پیاندا پاسخ دادند و بعد از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

### یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناسی گروه آزمایش شامل میانگین سنی و انحراف معیار به ترتیب ۲۷/۳ و ۰/۱۸ و در گروه گواه ۲۸/۱، ۰/۱۷؛ سطح سواد والدین گروه آزمایش ۷۷ درصد دیپلم تا لیسانس و ۲۳ درصد لیسانس به بالا، گروه گواه ۷۵ درصد دیپلم تا لیسانس و ۲۵ درصد بالاتر از لیسانس؛ از نظر شغل ۸۳ درصد گروه آزمایش خانه‌دار و ۱۷ درصد شاغل، در گروه گواه ۸۲ درصد خانه‌دار و ۱۸ درصد شاغل بودند. از نظر میزان درآمد اقتصادی همه مادران گروه آزمایش و گواه در سطح متوسط بودند. از نظر تعداد فرزندان گروه آزمایش ۴۵ درصد دارای بیش از دو فرزند و ۵۵ درصد دو فرزند و پایین‌تر بودند. گروه گواه ۴۸ درصد دارای بیش از دو فرزند و ۵۲ درصد دارای دو فرزند و پایین‌تر بودند. از میان فرزندان مادران شرکت‌کننده در گروه آزمایش تعداد چهار نفر داروی متیل فنیدیت و گروه گواه تعداد شش نفر داروی متیل فنیدیت و دسدرین استفاده می‌کردند که در زمان آموزش تا پیگیری قطع شد. تعداد شاخص‌های توصیفی مربوط به مقیاس تعامل والد - کودک آزمودنی‌ها در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: نتایج توصیفی نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مقیاس پیاندا مادران در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
نزدیکی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۲۶/۵۴	۷/۳۶
		گواه	۲۴/۳۴	۷/۶۷
	پس‌آزمون	آزمایشی	۳۹/۳۶	۵/۶۴
		گواه	۲۳/۷۸	۷/۱۸۷
	پیگیری	آزمایشی	۳۷/۷۱	۷/۳۴
		گواه	۲۳/۴۵	۶/۳۲
وابستگی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۷/۴۵	۷/۲۳
		گواه	۱۸/۰۱	۶/۸۸
	پس‌آزمون	آزمایشی	۲۷/۳۱	۵/۵۹
		گواه	۱۷/۷۲	۷/۳۹
	پیگیری	آزمایشی	۲۶/۷۱	۵/۵۱
		گواه	۱۶/۲۹	۷/۶۷

ادامه جدول ۱

۳/۱۸	۸۷/۳۴	آزمایشی	پیش‌آزمون	تعارض	
۴/۲۹	۸۵/۵۹	گواه			
۵/۸۲	۴۴/۵۸	آزمایشی	پس‌آزمون		
۳/۷۲	۸۴/۶۱	گواه			
۵/۳۴	۴۵/۴۲	آزمایشی	پیگیری		
۳/۰۸	۸۵/۰۹	گواه			
۴/۰۱	۷۸/۲۳	آزمایشی	پیش‌آزمون		رابطه کلی مثبت
۴/۸۸	۷۷/۴۵	گواه			
۳/۱۲	۱۲۳/۱۲	آزمایشی	پس‌آزمون		
۴/۳۴	۷۸/۷۶	گواه			
۳/۶۱	۱۲۲/۴۵	آزمایشی	پیگیری		
۴/۹۰	۷۶/۰۸	گواه			

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه افزایش و در خرده‌مقیاس تعارض کاهش یافته است. به عبارت دیگر تغییرات ایجاد شده در پس‌آزمون و پیگیری هماهنگ با تأثیر آموزش بازی‌درمانی بر نزدیکی والدینی، وابستگی والد - کودک و رابطه کلی مثبت بوده است.

از آن‌جا که طرح پژوهش حاضر آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه هست، بنابراین برای تحلیل اثر کاربندی متغیر مستقل بازی‌درمانی در سه مرحله زمانی از الگو تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با رعایت پیش‌فرض‌ها استفاده شد. در جدول ۲ نتیجه آزمون کلموگراف اسمیرنوف حاکی از برقراری توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین حاکی از شرط برقراری همسانی واریانس متغیر تنیدگی والدینی است. به منظور پاسخ‌گویی به فرضیه‌های پژوهش ابتدا برای تعقیب آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از آزمون پیش‌فرض کرویت موخلی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۲: نتایج آزمون توزیع داده‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها در خرده‌مقیاس‌های پیاپی

متغیر	درجه آزادی	کلموگراف اسمیرنوف	معناداری
رابطه کلی مثبت	۱۸	۰/۶۸	۰/۲۱
رابطه کلی مثبت	۱۸	F لوین	معناداری
رابطه کلی مثبت	۱۸	۰/۸۹	۰/۳۱

جدول ۳: نتایج آزمون موخلی برای آزمون برابری واریانس‌ها و کواریانس‌ها در مقیاس پیاپی

اثرات درون گروهی	W موخلی	خی دو	Df	اپسیلون
زمان	۰/۷۱	۳/۱۴	۲	۰/۶۷
	۰/۷۲	۲/۲۵	۲	۰/۷۴
	۰/۷۶	۳/۴۷	۲	۰/۷۱
	۰/۸۱	۴/۶۷	۲	۰/۸

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین واریانس‌ها و کواریانس‌های گروه‌های آزمایش و گواه در نمره‌های تعامل والد - کودک تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $p=0/08$ ). این امر نشانگر پیش فرض برابری واریانس‌ها و کواریانس‌ها برای تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر تأیید شده است. همگنی کواریانس‌ها و اندازه‌گیری متغیرهای وابسته هم بررسی شد که فرض کرویت برقرار بود، بنابراین انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بلا مانع است. نتایج این تحلیل در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تک‌متغیره نمره‌های نشانه‌های تعامل والد - کودک در مقیاس پیاپتا

توان آزمون	اندازه اثر	مقدار F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییر	
۱	۰/۵۶	۶۶/۱۶*	۱۵۱/۷۲	۲	۱۳۴/۰۳	نزدیکی	گروه
۱	۰/۵۶	۶۳/۴۶*	۲۵۱/۲۱	۲	۴۲۳/۴۳	وابستگی	
۱	۰/۵۴	۳۱/۸۹*	۲۴۱/۱۲	۲	۳۸۷/۴۳	تعارض	
۱	۰/۵۶	۶۵/۳۶*	۴۳۶/۶۲	۲	۳۵۶/۳۳	رابطه کلی مثبت	
۱	۰/۵۹	۴۶/۰۶**	۱۸۳/۷۱	۲	۲۲۶/۲۳	نزدیکی	زمان
۱	۰/۵۹	۴۳/۴۶**	۱۷۴/۷۳	۲	۵۲۳/۴۳	وابستگی	
۱	۰/۵۹	۳۲/۷۸**	۱۶۶/۰۵	۲	۲۸۹/۷۳	تعارض	
۱	۰/۵۹	۵۶/۳۶*	۱۸۷/۱۲	۲	۳۷۸/۰۹	رابطه کلی مثبت	
۰/۹۶	۰/۳۶	۸/۳۱*	۶۳/۷۱	۲	۱۱۸/۴۳	نزدیکی	زمان* گروه
۱	۰/۲۴	۷/۴۶*	۱۵۱/۷۱	۲	۲۱۲/۴۳	وابستگی	
۱	۰/۲۴	۴/۳۴*	۱۵۲/۷۸	۲	۲۲۳/۲۴	تعارض	
۱	۰/۳۴	۸/۸۱*	۱۴۶/۵۶	۲	۱۳۴/۱۰	رابطه کلی مثبت	
			۶/۸۹	۳۶	۲۲۸/۱۳	نزدیکی	خطا
			۷/۸۹	۳۶	۳۲۹/۰۳	وابستگی	
			۶/۷۴	۳۶	۳۲۳/۴۵	تعارض	
			۵/۶۲	۳۶	۱۳۲/۶۷	رابطه کلی مثبت	

\* $P<0/05$  \*\* $P<0/01$

نتایج ارائه شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که آموزش بازی درمانی توانسته در زیرمقیاس‌های وابستگی، نزدیکی و تعارض و نمره کل تغییر معنادار (در سطح  $p=0/007$ ) ایجاد کند؛ بنابراین جهت پی بردن به این نکته که این تفاوت‌ها در کدام مراحل و تأثیر آن در کدام سطح بیشتر بوده است، بعد از بررسی میانگین‌ها نتایج نشان داد که در زیرمقیاس‌های نزدیکی، وابستگی و تعارض در مراحل پس‌آزمون و پیگیری و در سطح گروه، زمان و تعامل گروه و زمان تفاوت نمره‌ها معنادار است. این تفاوت در سطح زمان برای متغیر نزدیکی بیشتر بوده است، یعنی نشانه نزدیکی در مراحل اندازه‌گیری پس‌آزمون و پیگیری افزایش بیشتری نسبت به متغیر وابستگی داشته است (گروه،  $p=0/03$ )؛ (زمان،  $p=0/009$ )؛ (تعامل زمان و گروه،  $p=0/02$ ). البته تفاوتی در بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد. نتایج حاکی از آن است که برنامه آموزش بازی درمانی به

مادران باعث تغییر معنادار خرده‌مقیاس نزدیکی، وابستگی و تعارض در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایشی شده و این افزایش در گروه گواه مشاهده نشد.

#### جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای تعیین اثر آموزش بازی‌درمانی در

##### خرده‌مقیاس‌های تعامل والد - کودک

شاخص آماری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون		پیش‌آزمون - پیگیری		پس‌آزمون - پیگیری	
	تفاوت	انحراف	تفاوت	انحراف	تفاوت	انحراف
نزدیکی	۱۵/۱۸	۴/۲۱	۱۵/۱۲	۳/۱۲	۱/۲	۰/۱۴
وابستگی	۱۴/۲۱	۴/۰۲	۱۴/۱	۳/۸۴	۱/۳	۰/۱۵
تعارض	۱۳/۸۱	۳/۴۸	۱۲/۲۸	۳/۰۱	۰/۹۸	۰/۱
رابطه کلی مثبت	۱۵/۹۲	۳/۶۷	۱۵/۷۸	۴/۲۱	۱/۲۱	۰/۱۲

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

در جدول ۵ نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد که تفاوت میانگین متغیر نزدیکی، وابستگی و تعارض در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ( $P=0/08$ )، اما تفاوت میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری در خرده‌مقیاس‌های نزدیکی، وابستگی، تعارض و رابطه کلی معنادار نیست که نشان می‌دهد برنامه مداخله بازگشت نداشته و پایدار بوده است.

#### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش بازی‌درمانی بومی‌سازی‌شده به مادران بر تعامل آنان با کودکان دچار اختلال کاستی توجه و فزون‌کنشی خود مؤثر بوده و ماندگاری آن بعد از گذشت سه ماه نشان از قابلیت اعتماد این روش مداخله‌ای داشت. به‌کارگیری چنین روش مداخله‌ای برای مادران کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی که به‌نظر وینر، بویندیک، گریمبوس<sup>۴۱</sup> (۲۰۱۶) دارای تنیدگی بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی هستند، می‌تواند در ایجاد تعامل مثبت با استفاده از بازی‌درمانی بومی‌سازی‌شده نقش مهمی ایفا کند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش بازی‌درمانی به مادران کودکان دچار کاستی توجه و فزون‌کنشی توانست میزان نزدیکی و وابستگی مثبت را افزایش و تعارضات والد - فرزند را کاهش دهد. در پژوهش‌های قبلی، پژوهشی که به بررسی اثربخشی آموزش بازی‌درمانی بومی‌سازی‌شده به مادران کودکان پیش‌دبستانی دچار اختلال کاستی توجه و فزون‌کنشی و تأثیر آن بر تعاملات مادران این کودکان پرداخته باشد، یافت نشد. با این حال پژوهشگرانی چون هلث، کورتیس، و مک فرسون<sup>۴۲</sup> (۲۰۱۵)؛ گری<sup>۴۳</sup> (۲۰۱۱)؛ وورال، آکایا، کوکوپارلاک، ارکان و اراکار<sup>۴۴</sup> (۲۰۱۴)؛ شکوهی‌یکتا، اکبری زرادخانه، پرند و پوران (۱۳۹۱)؛ جهرمی و همکاران (۱۳۹۱)؛ کاظمی و همکاران (۱۳۹۴)؛ رحیمی و همکاران (۱۳۹۴، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶) هر کدام با مداخله‌های درمانی والدمحور و آموزش بازی‌درمانی و بازی‌های بومی به والدین به منظور افزایش

مهارت‌های ادراکی - حرکتی و بهبود تعامل والد - کودک مادران کودکان دچار اختلال کاستی توجه و فزون‌کنشی استفاده کردند. با توجه به این‌که هدف برنامه‌های آموزش بازی‌درمانی به والدین کودکان دچار کاستی توجه و فزون‌کنشی افزایش تعامل با والدین آن‌ها بوده (بارکلی، ۲۰۱۳)؛ بنابراین می‌توان نتایج این پژوهش را به طور تلویحی همسو با پژوهش‌های ذکرشده دانست.

از آن‌جایی که برنامه مداخله‌ای به کار برده شده، برگرفته از بازی‌درمانی تعامل والد - فرزندگرنی (۱۹۶۵) بوده و در قالب رساله دکتری توسط رحیمی و همکاران (۱۳۹۴) بومی‌سازی شده است، توانست نتایج معناداری به همراه داشته باشد که با نتایج به دست آمده از مطالعه اکبری، خلجی و شفیع‌زاده (۲۰۰۷) و اصغری‌نکاح (۱۳۸۸) هم‌خوانی دارد. این پژوهشگران با استفاده از بازی‌های بومی توانستند مهارت‌های حرکتی کودکان را افزایش دهند. دیگر یافته‌های این پژوهش مبنی بر تأثیر بازی‌درمانی بر کاهش مشکلات بالینی والدین کودکان با اختلال کاستی توجه و فزون‌کنشی در نتایج پژوهش‌های اسکوگان، زینر، ایگلند، اورنيس، ریچبورن - کچینیرد و آسی<sup>۴۵</sup> (۲۰۱۵) و هلت و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که بازی‌درمانی باعث افزایش تعامل والد - کودک می‌شود. هلت و همکاران (۲۰۱۵) در برنامه آموزش مدیریت رفتار والدین<sup>۴۶</sup> کودکان دچار اختلال کاستی توجه و فزون‌کنشی که با شرکت ۴۳ خانواده و با هدف کاهش تنیدگی والدینی و افزایش خودکارآمدی والدینی انجام شد، نشان داد که تغییرات معناداری در متغیر تنیدگی والدینی و خودکارآمدی والدین ایجاد شد. یافته‌ها را می‌توان بر حسب موارد زیر تبیین کرد:

در بازی‌درمانی بومی‌سازی‌شده تعامل والد - فرزند گرنی (۱۹۶۵) مادران کودکان با اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی در کارگاه بازی‌درمانی به عنوان کمک‌درمانگر و عامل درمانی شناخته شده و به خاطر ارتباط عاطفی قوی با فرزند خود شرایط تعامل بیشتری را با فرزند خود داشته و از آن‌جا که بازی‌های بومی مثل گل یا پوچ، نان بیار کباب ببر، مجسمه، کلاغ‌پر، گل‌بازی، بادکنک‌بازی، لی‌لی و دیگر بازی‌های مورد استفاده هر کدام برخاسته از بستر بومی خانواده‌های ایرانی است، مادران شرکت‌کننده در جلسه‌ها با استفاده از بازی‌های اشاره‌شده شرایط تعامل بهتری را با فرزند دارای مشکل خود فراهم کرده و تأثیر هر کدام از بازی‌ها و مداخله‌های والدینی با توجه به هسته‌های مشکلات تعامل والد - کودک مادران، میزان آن به تدریج افزایش و سلامت روانی آن‌ها نیز بهبود یافت (تیلور، والنن، سلمن، آدامز، دیلی و همکاران<sup>۴۷</sup>، ۲۰۱۵).

از این رو کاربرد بازی‌های بومی در قالب بازی‌درمانی تعامل والد - کودک توسط مادران کودکان دچار اختلال کاستی توجه و فزون‌کنشی توانست نیازهای روان‌شناختی مادران را تا حدی فراهم کند. با توجه به این‌که وجود اختلال‌های عصبی - تحولی به ویژه اختلال کاستی توجه و فزون‌کنشی نسبت به سایر اختلال‌های این گروه تنیدگی والدینی را بیشتر به همراه دارد (کریگ، اپرتو، گیاکومو، مارگاری، فرولی و همکاران<sup>۴۸</sup>، ۲۰۱۶) و خودبه‌خود تعامل آنان را کاهش می‌دهد، بنابراین پژوهشگر مشاهده کرد که در فرایند مداخله بازی‌درمانی، مادر ضرورت این مسأله را درک کرده و با گرفتن نقش خود به عنوان کمک‌درمانگر احساس رضایت بهتری داشته و در تعامل با فرزند خود به شکل مثبت رابطه برقرار کرده و این مسأله باعث افزایش تعامل آن‌ها شد. در این خصوص مادران چون با بازی‌های بومی آشنایی داشتند و گرنی (۱۹۶۵) هم بر این نکته تأکید دارد که روش وی برخاسته از بستر بازی‌های خاص و در این‌جا بازی‌های بومی ایرانی است؛ بنابراین مادران با آمادگی بهتری با فرزند خود بازی‌ها را آغاز و بعد از زمانی پایان می‌دادند. انجام هر کدام از

بازی‌ها به علاقه و میزان پاسخ‌دهی هیجانی مادر بستگی داشت. به خاطر این‌که مادران کودکان دچار اختلال کاستی توجه و فزون‌کنشی دارای تنیدگی بیشتری هستند (وینر، بیوندین و گرینبوس<sup>۴۹</sup>، ۲۰۱۶) فضای انجام بازی‌ها به تدریج و به شکل مثبتی باعث کاهش تنیدگی و افزایش تعامل والد - کودک شد. مادران به گفته خود با انگیزه و انرژی بیشتری در جلسه‌های بعدی بازی شرکت می‌جستند.

به طور مثال مادران در بازی گل یا پوچ یا نون بیار کباب ببر و دوغی‌ماستی که اساساً فضای پاسخ‌دهی هیجانی بین مادر و کودک را افزایش می‌دهد، خود زمینه ارتباط بهتر و پذیرش دوجانبه را فراهم کرده و به تدریج احساس خوبی برای کودک دچار اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی ایجاد می‌کند، بدین شکل مادر با بازخورد مثبت و تاب‌آوری بیشتر به جای تهدید و تنبیه‌های قبلی وی را بهتر مورد پذیرش قرار داده و از این رو بیشتر مورد احترام قرار گرفته و مادر را به عنوان همدل به تدریج می‌پذیرد؛ بنابراین رابطه مثبتی ایجاد شده و این به خودکارآمدی مادر در والدگری منجر می‌شود. پس می‌توان با بررسی هر کدام از نتایج پژوهش‌های اشاره‌شده استنباط کرد که داشتن یک برنامه بازی‌درمانی بومی‌سازی‌شده برای گروه مادران با بستر خانواده ایرانی برای ایجاد ارتباط مثبت و صمیمت بیشتر مؤثر است. به نظر می‌رسد تأثیر آن علاوه بر افزایش تعامل والد - کودک، بهزیستی روان‌شناختی مادران و سازگاری فرزندان آنان را به دنبال دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که با وجود محدودیت‌های موجود در خصوص نوع همکاری مادران، زمان اجرای جلسات و تشخیص دقیق اختلال که تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند، آموزش بازی‌درمانی به مادران به لحاظ تبارشناسی نتایج بهتری را برای آنان به همراه دارد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی تا با نمونه بیشتر از هر دو والد به شکل زوج و با تعداد جلسات بیشتری، با ارزیابی اولیه میزان تعامل والد - فرزند انجام شود. همچنین انجام فرایند تشخیص در کلینیک روان‌شناسی با نظارت متخصصان انجام شود تا از هرگونه برچسب احتمالی پرهیز شود.

#### پی‌نوشت‌ها

- |  |   |
|--|---|
| 1. Developmental Disorders                       | 27. Landreth  |
| 2. Stress Parents                                | 28. Reinforcement   |
| 3. Chin Lee                                      | 29. Punishment  |
| 4. Attention Deficit Hyperactivity Disorder      | 30. Token Economy   |
| 5. Castagna, Calamia, Davis                      | 31. Time Out  |
| 6. Diagnosis Statistic Manual of Disorders (DSM) | 32. Parent Child Interaction Therapy                        |
| 7. Rayan, Haroon & Melvin                        | 33. Sensory Motor Integration                               |
| 8. Barkley                                       | 34. Raynolds and et al                                      |
| 9. Rogers, Wiener, Marton & Tannock              | 35. Gurney  |
| 10. Self-Efficacy                                | 36. Vanderbilt ADHD diagnosis Parents Rating Scale (VADPRS) |
| 11. Child- Parent Interaction                    | 37. Wolraich, Lambert, Doffing, Bickman, Simmons & Worley   |
| 12. Restlessness                                 | 38. Reliability   |

- |  |  |
|--|--|
| 13. Giannotta, Rydel                                 | 39. Kiddle-Schedule for Affective Disorders (K-SAD)            |
| 14. Depression Disorders                             | 40. Localized Play Therapy Instruction Program                 |
| 15. Luccherino, Mancini & Mercurio                   | 41. Wiener, biondic, grimbos                                   |
| 16. Comorbidity Disorders                            | 42. Health, Curtis, Mcpherson                                  |
| 17. Dutray   | 43. Gary   |
| 18. Tamm   | 44. Vural, Akkaya, Kucukparlak, Ercan & Eracar                 |
| 19. Golan, Wald, & Yatzker                           | 45. Skogan, Zeiner, Egeland, Urnes, Reichborn-Kjennerud & Aase |
| 20. Barnet, Davis, Callejas, White, Polakovich, Niec | 46. Parents Management Teaching                                |
| 21. Amanda, Rayan, Lucash, & Sheila                  | 47. Taylor, Valentine, Sallman, Adams, Daley                   |
| 22. Parenting Styles                                 | 48. Craig, Operto, Giacomo, Margari, Forolli &                 |
| 23. Chang & Yeh                                      | 49. Wiener, Biondina & Grimbos                                 |
| 24. Psycho educational                               |  |
| 25. Behavior Parent Therapy                          |  |
| 26. Child Parent Relationship                        |  |

### منابع

- اصغری نکاح، م. (۱۳۸۸). کاربردهای آموزشی - ترمیمی بازی‌های بومی ایران در آموزش و توانبخشی کودکان دارای نیازهای ویژه. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*. ۶(۹)، ۱۴-۳.
- ترابی، ن. (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.
- تهرانی‌دوست، م.، زرگری‌نژاد، غ.، خادمی، م.، و مطلق، م. (۱۳۸۶). حافظه بینایی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی در مقایسه با افراد طبیعی. *تازه‌های علوم‌شناختی*، ۹(۳۵)، ۳۵-۲۶.
- حمیدیان جهرمی، ن.، رضاییان، ف.، و حقیقت، ش. (۱۳۹۱). تأثیر بازی‌های بومی بر رشد ادراک بصری - حرکتی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آمادگی و اول ابتدایی شیراز. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۳(۱۱۱)، ۴۱-۲۹.
- رحیمی، س. (۱۳۹۴). بررسی و مقایسه اثربخشی مداخله خانواده‌محور مبتنی بر بازی‌درمانی بومی‌سازی‌شده بر تنیدگی مادران و نشانه‌های بالینی کودکان پیش‌دبستانی دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی و کودکان دچار اختلال رفتار بی‌قراری. رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی علوم و تحقیقات تهران.
- رحیمی، س.، غباری‌بناب، ب.، افروز، غ.، و فرامرز، س. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش بازی‌درمانگری بر تنیدگی مادران کودکان پیش‌دبستانی دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۱)، ۴۵-۲۷.
- رحیمی، س.، غباری‌بناب، ب.، افروز، غ.، و فرامرز، س. (۱۳۹۵). تأثیر مداخلات خانواده‌محور مبتنی بر بازی‌درمانی بومی‌سازی‌شده بر نشانه‌های بالینی کودکان ADHD پیش‌دبستانی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۲(۱)، ۶۸-۵۳.
- رحیمی، س.، غباری‌بناب، ب.، افروز، غ.، و فرامرز، س. (۱۳۹۴). تأثیر مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر بازی‌های متداول در محیط فرهنگی بر نشانه‌های بالینی اختلال رفتار بی‌تابی کودکان پیش‌دبستانی. *فصلنامه علوم روان‌شناختی*، ۱۴(۵۵)، ۳۸۹-۴۰۳.
- رحیمی، س.، غباری‌بناب، ب.، افروز، غ.، و فرامرز، س. (۱۳۹۳). تأثیر مداخلات خانواده‌محور مبتنی بر بازی‌درمانی بومی‌سازی‌شده بر بر استرس مادران کودکان ADHD سومین کنفرانس سلامت روان. *دانشگاه آزاد اسلامی قوچان*.

روغنجی، م.، جزایری، ر.، اعتمادی، ع.، فاتحی‌زاده، م.، و مومنی، خ. (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر تاب‌آوری بر کیفیت رابطه فرزندپروری و عملکرد خانواده‌های مادر سرپرست. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۳(۳)، ۴۴۵-۴۲۳.

ساطوریان، س.، طهماسبیان، ک.، و احمدی، م. (۱۳۹۵). نقش ابعاد والدگری و رابطه والد - کودک در مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی شده کودکان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۲(۴)، ۷۰۵-۶۸۳.

شکوهی یکتا، م.، اکبری زردخانه، س.، پرنده، ا.، و پوران، ف. (۱۳۹۱). ارتقای تعامل والدین و فرزندان آن‌ها با استفاده از آموزش روش‌های نوین فرزندپروری. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۳(۱۰)، ۱-۱۴.

عابدی، ث.، پورمحمدرضاء، م.، محمدخانی، پ.، و فرضی، م. (۱۳۹۱). اثربخشی برنامه گروهی والدگری مثبت بر رابطه مادر - کودک در کودکان با اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴(۳)، ۷۱-۶۳.

علی‌اکبری، م.، علی‌پور، ا.، اسماعیل‌زاده، م.، و محتشمی، ط. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش فرزندپروری مثبت بر تنیدگی مادران کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه در شهر کرج. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۳(۴)، ۳۱-۲۳.

علی‌زاده، ح. (۱۳۹۱). تدوین برنامه آموزش والدین برای خانواده‌های دارای فرزندان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و تأثیر آن بر کاهش نشانه‌ها و کارکرد خانواده. *مجله افراد استثنایی*، ۷(۲)، ۶۷-۴۳.

عیسی‌نژاد، ا.، قاسمی، س.، و خندان، ف. (۱۳۹۶). بررسی ساختار عاملی و پایایی مقیاس تعامل والد - فرزندی در دانش‌آموزان متوسطه. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۳(۲)، ۲۷۱-۲۵۱.

کاظمی، ی.، حیرانی، ع. و محرابیان، ق. (۱۳۹۴). تأثیر بازی‌های بومی بر رشد حرکتی و پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی. *فصلنامه رشد یادگیری حرکتی*، ۸(۴)، ۶۰۶-۵۹۳.

مغربی سینکی، ح.، حسن‌زاده، س.، ارجمندنی، ع.، و خادمی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی مهارت‌های ارتباطی به مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی بر ارتقای تعامل والد - کودک. *روان‌شناسی تحولی*، ۱۳(۴۹)، ۶۸-۵۷.

کیمیایی، ع.، و بیگی، ف. (۱۳۸۹). مقایسه کارکردهای خانوادگی مادران کودکان سالم و بیش‌فعال / نقص توجه. *مجله علوم رفتاری*، ۱۲(۲)، ۱۴۷-۱۴۱.

ورهولست، ف. ک.، و وان در انده، ج. (۱۹۵۱). *مقیاس‌های ارزیابی روان‌شناختی و روان پزشکی کودکان و نوجوانان*. ترجمه س. فرامرزی، ط. حیدری و س. لیله سر (۱۳۹۲). اصفهان: جهاد دانشگاهی.

- Abedi, S., Pourmohamadreza, M., Mohamadkhani, P., & Farzi, M. (2012). [Effectiveness of group training positive parenting program (Triple-P) on parent- child relationship in children with attention deficit/ hyperactivity disorders]. *Journal of Clinical Psychology*, 4(3), 63-73 [in Persian].
- Akbari, H., Khalaji, H., & Shafizadeh, M. (2007). Effect of local and country games on development of displacement skills in 7-9 year-old boys. *Journal of Hirakata*, 34(1), 35-46.
- Aliakbari Dehkordi, M., Alipour, A., Esmaeilzadeh Kiabani, M., & Mohtashami, T. (2014). [Effectiveness of positive parenting program on mothers' stress with attention deficit/hyperactivity disorder children]. *Journal of Exceptional Children*, 13(4), 23-31 [in Persian].
- Alizadeh, H. (2012). [A parent training program for families with ADHD children and its impact on reducing symptoms and family function]. *Psychology of Exceptional Individuals*, 7(2), 43-70 [in Persian].
- Amanda, M. N., Rayan, E., Lucash, L. N., & Sheila, M. E. (2016). Enhancing parent-child interaction therapy with motivational interviewing techniques. *Cognitive and behavioral practice*, 10(4), 295-314.



- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5*. Washington, DC. London, England. www.psych.org.
- Asghari Nekah, M. (2009). Educational-rehabilitational application of Iran Native games on educating and rehabilitating of children with especial needs. *Journal of exceptional education*, 6(9), 3-14 [in Persian].
- Barkley, R. A. (2013). *Taking charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide for Parents*. New York: Guilford Publications.
- Barnett, M. L., Davis, E. M., Callejas, L. M., White, J. V., Polakovich, I. D., & Niec, L. N. (2016). The development and evaluation of urban, Latina/O families in parent-child interaction therapy. *Children and youth services review*, 65(1), 17-25.
- Bratton, S.C.; & Dafoe, E.C. (2016). Play therapy. *Play therapy-Encyclopedia of mental health* (second edition). 278-283.
- Castagna, P. J., Calamia, M., & Davis, Y. E. (2017). Childhood ADHD and negative self-statement: Important difference associated with subtype and anxiety symptoms. *J of Behavior Therapy*. www.elsevier.com/locate/bt.
- Chin Lee, P. (2013). Parent- child intervention of mothers with depression and their children with ADHD. *Research in Development Disability*, 34(1), 656- 668.
- Chang, J. H., & Yeh, T. L. (2015). The influence of parent-child toys and time of playing together on attachment. *Procedia Manufacturing*, 3(49) 21-26.
- Craig, F., Operto, F., Giacomo, A; Margari, L., Frolli, A. (2016). Parenting stress among parents of children with neurodevelopment disorders. *Journal of Psychiatry Research*, 242(1), 121-129.
- Dutray, B .(2012). Back-to-school stress survey in parents of children with and without ADHD: Result from France and differences compared with others countries. *Neuropsychiatry Delenfanse Etdel Adolescence*, 60(1), 254-309.
- Eggen-Wilkens, N D & et al. (2014). Playing with others: Head start children peer play relations with kindergarten school competence. *Early childhood research quarterly*. 29(1), 345- 346.
- Grey, P. (2011). The decline of play and the rise of psychopathology in children and adolescents. *American journal of play*, 3(4), 443-449.
- Golan, V. S., Wald, N., & Yatzker, U. (2017). Patterns of emotion regulation and emotion-related behaviors among parents of children with and without ADHD. *Psychiatry research*, 258(1), 494-500.
- Giannotta, F., & Rydell, A. M. (2017). The role of the mother-child relationship in the route from child ADHD to adolescent symptoms of depressed mood. *Journal of adolescence*, 61(1), 40-49.
- Hamidian jahromi, N., Rezaeeyan, F., Haghigat, S. (2012). [The Effect of native and local games on the students' visual/motional growth among mental retarded students in pre-school and elementary first-graders in the city of Shiraz]. *Journal of Exceptional Education*, 3 (111), 29-38 [in Persian].
- Health, C. L., Curtis, D. F., & McPherson, R. (2015). The association between parenting stress, parenting self-efficacy, and the clinical significance of child ADHD symptom change following behavior therapy. *Child psychiatry and human Development*, 46(1), 118-129.
- Huang Lin, H & et al. (2009). Effectiveness of behavioral parent therapy in preschool children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Kaohsiung J Med Sci*, 25(7), 357-366.

- Isanejad, O., Ghasemi, S. Y., Khandan, F. (2017). [Examining the factor structure and reliability of the parent-child interaction questionnaire (PACHIQ) among high school students]. *Journal of Family Research*, 13(50), 251-272 [in Persian].
- Kazemi, Y., Heirani, A., Mehrabiyan, GH. (2016). [The effect of local games on motor development and aggression of preschool children]. *Journal of Development and Motor Learning*, 8(4), 593-606 [in Persian].
- Kimiaee, S. A., Baygi, F. (2010). [Comparison the family function of normal and ADHD mothers and effect of problem solving skill training on family function of mothers]. *Journal of Behavioral Sciences*, 12(2), 141-147[in Persian].
- Luccherino, L., Mancini, F., & Mercurio, C. (2011). Parent-Training intervention among a group of parents of children with ADHD. *Child and Adolescent psychiatry*, 4(1), 397-398.
- Maghrebi Sinaki, H., Hassanzadeh, S., Arjmandnia, A., Khademi, M. (2016). [The effect of teaching communication skills to mothers of children with attention deficit/ hyperactivity disorder on enhancement of parent- child interaction]. *Journal of Developmental Psychology*. 13(49), 56-69 [in Persian].
- Rahimi Pordanjani, S., Ghobari Bonab, A., Afrooz, S., Faramarzi. (2017). [Effectiveness of localized play therapy on mothers stress of preschool children with ADHA: A pilot study]. *Journal of Applied Psychology*, 11(1), 27-45 [in Persian].
- Rahimi Pordanjan, S., Ghobari Bonab, A., Afrooz, S., Faramarzi. (2016). [Effect of family oriented early intervention based on localized play therapy on the clinical symptoms of preschool children with ADHD]. *Journal of Family Research*, 12(1), 53-68 [in Persian].
- Rahimi, S., Ghobari Bonab, B., Afrooz, G., & Faramarzi, S. (2014). Study on effectiveness of family based intervention with emphasize on localized play therapy on stress of mothers with ADHD child. The Third National Conference on Mental Health and Well- Being [in Persian].
- Rayan, G. S., Haroon, M., & Melvin, G. (2015). Evaluation of an educational website for parents for parents of children with ADHD. *International Journal of Medical Informatics*, 84(1), 971-981.
- Riddle, M. A. & et al. (2013). The preschool Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder treatment study (PATS) 6-year follow-up. *Journal of the American academy of child & Adolescent psychiatry*. 52(4), 264-273.
- Roghanchi, M., Jazayeri, R., Etemadi, O., Fatehizade, M., & Momeni, K. M. (2017). [Effectiveness of group counseling based on resiliency on quality of parent-child relationship and family functioning in mother headed families]. *Journal of Family Research*, 13(3), 423-445.
- Rogers, M. A., Wiener, J., Marton, I., & Tannock, R. (2009). Parental involvement of children with and without Attention-Deficit/ Hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of School Psychology*, 47(3), 167-185.
- Satoorian, S. A., Tahmassian, K., Ahmadi, M. R. (2017). [The role of parenting dimensions and child-parent relationship in children's internalized and externalized behavioral problems]. *Journal of Family Research*, 12(4), 683-705[in Persian].
- Shokohi-Yekta, M., Akbari Zardkhaneh, S., Parand, A., & Pooran, F. (2012). [Enhancing relationship of parents and children through educating new methods of parenting]. *Journal of psychological method and modeling*, 3(10) 1-14 [in Persian].
- Skogan, A. H., Zeiner, P., Egeland, J., Urnes, A. G., Reichborn-Kjennerud, T., & Aase, H. (2015). Parent ratings of executive function in young preschool children with symptoms of ADHD disorder. *Behavioral and Brain Functions*, 11(1), 11-16.

- Taylor, J., Valentine, A., Salleman, E., Adams, K. B., Daley, D. (2015). A qualitative process evaluation of a randomized controlled trial of a parenting intervention in community (school) settings for children at risk of attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of BMC Psychiatry, 15(1)*, 290-299.
- Tamm, L. (2005). Intervention for preschoolers at risk for Attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD): service before diagnosis. *Clinical neuroscience research, 5(5)*, 47-253.
- Tehrandoost, M., Khademi, M., Motlagh, M., Zargari Nejad, G., Shahrivar, Z., Alaghbandrad J.(2007). [Visual memory of children with ADHD in comparison with normal subjects]. *Advances in Cognitive Science, 9 (35)*, 26-35[in Persian].
- Torabi, N.(2011). Effectiveness of Child-Parent Relationship Therapy in Preschool Children with Aggression and Mother's Parenting Styles. MA thesis in Psychology. University of Farhang and Honar[ in Persian].
- Verhulst, F. C. (1951). *Assessment scales in child and adolescent psychiatry* (S. Faramarzi, T. Heydari & S. leylisar Trans.). Isfahan: Jahad Daneshgah [in Persian].
- Vural, P., Akkaya, C., Kucukparlak, I., Ercan, I. & Eracar, N. (2014). Psycho dramatic group psychotherapy as a parental intervention in attention deficit hyperactivity disorder: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy, 41(3)*, 233-239.
- Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T. (2016). Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 44(3)*, 561-574.
- Wolraich, M. L., Lambert, W., Doffing, M. A., Bickman, L., Simmons, T., & Worley, K. (2003). Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale in a referred population. *Journal of prdiatric psychology, 28(8)* 559-568.





پښتونستان ښار  
پښتونستان ښار  
پښتونستان ښار