

# تأثیر بازی درمانی به شیوه فیلیال بر مهارت‌های اجتماعی - هیجانی دختران پیش دبستانی ۵ تا ۶ ساله شهر اصفهان

شهرزاد عدیلی<sup>۱\*</sup>، مهرداد کلانتری<sup>۲</sup>، احمد عابدی<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. استاد روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. دانشیار روانشناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

## چکیده

**مقدمه:** هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی بازی درمانی به شیوه فیلیال بر مهارت‌های اجتماعی - هیجانی کودکان دختر پیش دبستانی بود.

**روش:** این پژوهش به روش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. جامعه آماری، شامل کلیه کودکان دختر پیش دبستانی شهرستان اصفهان در سال ۹۳-۹۴ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ کودک دختر پیش دبستانی بودند که از بین ۹۴ نفر از کودکانی که به پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی - هیجانی پاسخ دادند و کمترین نمره را در این پرسشنامه کسب کرده بودند، به صورت تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شده و در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گمارش گردیدند. ابزار اندازه گیری مورد استفاده در پژوهش پرسشنامه غربالگری مهارت‌های اجتماعی - هیجانی کودکان نسخه ترجمه شده بود. مادران گروه آزمایش در طی ۸ هفته، در ۸ جلسه درمان گروهی دوساعته بازی درمانی به شیوه فیلیال شرکت کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم افزار «اس. پی. اس. هفده» و روش آماری تحلیل کوواریانس انجام گرفت.

**نتایج:** نتایج به دست آمده نشان داد که بازی درمانی به شیوه فیلیال، میزان مهارت‌های اجتماعی - هیجانی کودکان دختر پیش دبستانی در مرحله پس آزمون را به صورت معناداری افزایش داد ( $p < 0/05$ )؛ بنابراین می توان گفت بازی درمانی به شیوه فیلیال مهارت‌های اجتماعی - هیجانی را افزایش می دهد.

**بحث و نتیجه گیری:** مهم ترین کاربرد این پژوهش اثربخشی آن در زمینه افزایش سطح مهارت‌های اجتماعی - هیجانی کودکان در مراکز آموزشی و به طور کلی جامعه خواهد بود. این روش می تواند به منظور کاهش مشکلات رفتاری در کودکان و افزایش رفتارهای مورد پسند اجتماعی و کنترل هیجانات در کودکان به کلیه متخصصان دست اندر کار مسائل کودکان پیشنهاد گردد.

**کلید واژه‌ها:** بازی درمانی، فیلیال، مهارت‌های اجتماعی - هیجانی.

\*Email: shahnameh\_10@yahoo.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

## روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵  
پاییز و زمستان ۱۳۹۴  
صص: ۹۷-۱۰۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۳/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۶/۳۱

Biannual Journal of

## Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter  
2015-2016

pp.: 97-104

## مقدمه

محیط آموزشگاهی و درنهایت رفتارهای ضداجتماعی یا بزهکاری در نوجوانی و جوانی در صدر جدول نشانه‌شناسی قرار می‌گیرد [۹]. هرچند ممکن است مشکلات هیجانی و اجتماعی در سال‌های اولیه کودکی هنوز آن قدر شدید و آزاردهنده نباشند که باعث نگرانی والدین و مربیان کودک شوند، اما مطالعات در این زمینه حاکی از آن است که هرچه مشکلات و نشانه‌های آن زودتر و در سنین پایین‌تر ظاهر شود به پیامدهای وخیم‌تر و سازش‌نا یافتگی بیشتر منجر خواهد شد، مجموع این موارد می‌تواند با ایجاد مشکلات فراوان برای خانواده، اطرافیان کودک و کل جامعه، هزینه‌های قابل‌توجهی را نیز بر آن‌ها تحمیل کند [۸]. از سوی دیگر، کودکانی که دارای صلاحیت‌های اجتماعی، استقلال و مهارت‌های هیجانی هستند، از سلامت روانی بالاتری برخوردار بوده و در مدرسه دانش آموزان موفق‌تری نیز می‌باشند؛ بنابراین در حال حاضر مهارت‌ها و صلاحیت‌های هیجانی و اجتماعی به‌عنوان یکی از مهارت‌های پیش‌نیاز برای آغاز آموزش رسمی است که از آن‌ها به‌عنوان آمادگی ورود به مدرسه یاد می‌شود [۶].

مربانی که از نزدیک با کودکان سروکار دارند گزارش کرده‌اند که به‌طور خاص نگران آینده کودکانی هستند که از قابلیت‌های اجتماعی - هیجانی و انگیزه‌های کافی برخوردار نیستند چراکه بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند، پرخاشگری پایدار جسمانی، میزان بالای شکست تحصیلی و رفتار ضداجتماعی، همگی با مشکلات هیجانی و رفتاری دوره کودکی همراه بوده‌اند [۱۰]. به‌رغم همه این یافته‌ها نگران‌کننده، پاره‌ای از پژوهشگران نیز با تأکید بر درمان زودهنگام این مشکلات در سنین پایین که خود نوعی پیشگیری محسوب می‌شود، نشان داده‌اند که اگر این مشکلات در سنین پیش از دبستان و در سال‌های ابتدایی کودکی شناسایی و درمان شود تا حد زیادی تخفیف می‌یابد و به بهبود عملکرد کودک در زمینه‌های مختلف منجر می‌شود [۱۱].

روان‌شناسان برای پیشگیری از مشکلات اجتماعی و هیجانی کودکان شیوه‌های گوناگونی را در طول سالیان متعدد طراحی کرده‌اند. برخی از روش‌ها بر خود کودک، برخی بر والدین و برخی بر محیط آموزشی و خانواده متمرکز بوده است. چندین رویکرد مهم برای آموزش مهارت‌های اجتماعی - هیجانی وجود دارند که عبارتند از: رویکرد کنشگر، رویکرد یادگیری اجتماعی، رویکرد شناختی رفتاری و رویکرد چندمدلی - تلفیقی [۱۲]. طبق نظر پیازه کودکان تا قبل از یازده سالگی توانایی شناختی لازم برای تفکر انتزاعی را ندارند و تجربیات خود را از طریق بازی نشان می‌دهند [۱۳]. بازی ابزار ارتباط کودک و بهترین وسیله برای احساسات، عواطف و تجربیات کودک است و از این‌رو، جز جدایی‌ناپذیر مشاوره و درمان کودکان به شمار می‌رود [۱۴].

مخاطب اصلی بازی درمانگری کودک است، اما کودک بدون والدین و خانواده هنوز واجد محدودیتی واحد و مستقل نیست، رفتار والدین و روابط موجود در خانواده عامل تعیین‌کننده بسیاری از رفتارها و حالات کودک است. یافته‌های یک فراتحلیل نیز نشان می‌دهد که مشارکت والدین در فرایند درمان توجیه‌کننده بخشی

تحول اجتماعی - هیجانی از جمله خطوط مهم تحولی هستند که بسیاری از روان‌شناسان معتقدند نحوه تحول آن‌ها زمینه‌ساز تحقق عملکردهای دیگر در سال‌های آینده است [۱]. چنانچه تأخیر تحولی در زمینه‌هایی مانند شناخت، زبان و مهارت‌های حرکتی از مشکلات جدی در آینده خبر می‌دهد، تأخیر و یا نارسایی در دستیابی به مهارت‌ها و صلاحیت‌های اجتماعی و هیجانی نیز می‌تواند عملکرد اجتماعی و بین‌فردی، تحصیلی و شغلی و یا سلامت روانی را به‌طور کلی به خطر اندازد. پژوهش‌های طولی مختلفی از جمله پژوهش‌های طولی بین مشکلات رفتاری، اجتماعی و هیجانی سال‌های اولیه و اثرات بلندمدت آن در سال‌های آتی رابطه مهمی را کشف کرده‌اند [۲]. منظور از صلاحیت و بهزیستی اجتماعی - عاطفی آن است که کودک بر رفتارهایی که سبب شکل‌گیری تعامل‌های اجتماعی بین او و دنیای بیرون می‌شود (مانند شروع و حفظ روابط دوستانه با همسالان و بزرگسالان، رفتارهای تعاونی و همکاری) و نیز مدیریت هیجان‌ها و احساس‌های خود (مانند پرخاشگری و تعارض، نظم‌جویی و واکنش‌پذیری) تسلط یابد و به تحول حسن مهارت و ارزش خود دست یابد [۳].

تحول صلاحیت اجتماعی، هیجانی چالش اصلی کودکان خردسال است که به کودکستان می‌روند و با خواسته‌های پیچیده معلمان و همسالان مواجه می‌شوند. کودکان واجد صلاحیت اجتماعی توانایی گسترش ارتباط‌های لازم با بزرگسالان و همسالان را برای موفقیت در چهارچوب‌های علمی و غیرعلمی دارند [۴]. صلاحیت‌های اجتماعی و هیجانی یک عامل حمایت‌کننده محسوب می‌شود که می‌تواند از کودک در برابر عوامل تنیدگی‌زایی که با آن‌ها روبرو می‌شود، حمایت کند و مانع شکل‌گیری مشکلات هیجانی و رفتاری در سال‌های بعدی شود [۵]. دل‌مشغولی وافر نسبت به معلومات و پیشرفت تحصیلی که بر اساس نمره‌های آزمون‌ها سنجیده می‌شود، اهمیت بنیادی مهارت‌های اجتماعی، هیجانی، انضباط شخصی و دیگر انواع مهارت‌های غیر شناختی را که می‌توانند ضامن موفقیت در سال‌های بعدی زندگی باشند از نظر دور می‌دارد. درحالی‌که مهارت‌های اخیر به میزان کارآمدی در مدرسه و محل کار مؤثرند و تغییرپذیری آن‌ها نیز به‌مراتب بیش از بهره هوش است [۶].

در حال حاضر بسیاری از محققان اتفاق نظر دارند که مهارت‌های اجتماعی آموختنی است، زیرا کودکانی که در محیط‌های نامناسب بزرگ شده‌اند از لحاظ اجتماعی رفتارهای نامعقولی دارند و قادر به ارتباط مؤثر و مفید با دیگران نمی‌باشند [۷]. این مشکلات پایداری متوسط تا زیادی را در طول زمان نشان می‌دهد و یک عامل اصلی پیش‌آگهی برای نافرمانی در دوران نوجوانی و جنایت و خشونت در دوران بزرگسالی است [۸].

اشکال زودرس نشانه‌های هیجانی که از دومین سال زندگی قابل مشاهده است، به‌صورت بی‌قراری، نحسی، بدقلقی، گریه‌ی زیاد و لجبازی ظاهر می‌شود، در سال‌های بعد در قالب پرخاشگری جسمانی، تضادورزی و نخستین شکل‌های نقص قوانین در خانه و

کردن بینش در مورد خود و در ارتباط با فرزندان؛ تغییر تصور آن‌ها در مورد فرزندان و یادگرفتن اصول و مهارت‌های بازی درمانی می‌باشد. شاید بتوان گفت هدف اصلی این شیوه درمانی کمک به کودکان است تا راهکارهای الگوبرداری و احساس مثبت ارزشمندی خود و اعتمادبه‌نفس را افزایش دهند [۱۸].

در مورد تفاوت بازی درمانی فیلیال با بازی درمانی به شیوه شناختی رفتاری می‌توان گفت بازی درمانی رفتاری شناختی ترکیبی از تکنیک‌های سنتی بازی درمانی با تکنیک‌های رفتاری شناختی است که مکانیزم اثر آن از طریق اصلاح تصورات ناسازگارانه و تغییر عقاید و نگرش صورت می‌گیرد و تعامل دوجانبه و پیچیده بین شناخت، هیجان و رفتار و محیط را مورد توجه قرار می‌دهد. در نوع دیگری از بازی درمانی که به بازی درمانی کودک محور شناخته می‌شود درمانگر نقش کلیدی در درمان دارد و باید خالق شرایط مناسب برای خودشکوفایی کودک باشد. درمانگر باید فضایی امن، پذیرنده و حمایتگر را به وجود آورد که کودک در آن احساس راحتی کند و بدون نگرانی درباره واکنش‌های درمانگر به نشان دادن دنیای درونی خود بپردازد؛ اما در بازی درمانی به شیوه فیلیال تمرکز به رابطه والد و کودک است تا کودک بتواند در سایه ارتباط با والدینش به حل مشکلات و تعارضات خود دست یابد، در این روش تهدید حضور بازی درمانگر که می‌تواند به‌عنوان یک رقیب از سمت والدین دیده شود حذف می‌گردد، همچنین ایجاد رفتارهای مثبت در کودک در نتیجه تغییر در رابطه والد-کودک شکل می‌گیرد. این روش می‌تواند به‌عنوان یک روش پیشگیری و همچنین درمانی بکار رود [۲۱]. یافته‌های یک پژوهش نشان داد که بازی درمانی به شیوه فیلیال بر مهارت‌های اجتماعی و هیجانی کودکان پیش‌دبستانی مؤثر است [۲۲]. در پژوهشی تأثیر بازی درمانی به شیوه فیلیال را به‌عنوان یک ابزار تقویت رابطه بین پدر و مادر و فرزندخوانده‌ها بررسی کرد. نتایج نشان داد که این شیوه درمانی باعث بهبود روابط افراد خانواده می‌گردد، همچنین در این تحقیق ذکر شده است که مهارت‌های اجتماعی و رفتاری کودکان افزایش یافته و تعامل بین افراد خانواده بالا می‌رود [۱۸، ۲۳].

صاحب‌نظری دیگر به بررسی تأثیر بازی درمانی به شیوه فیلیال جهت کسب اطلاعات لازم برای مداخلات خانوادگی پرداخت. نتایج این تحقیق همپوشانی بازی درمانی به شیوه فرزند درمانی را با مداخلات خانواده‌درمانی نشان داد [۲۴]. صاحب‌نظری، به مطالعه پدیدار شناختی در مورد بازی درمانی به شیوه فیلیال پرداخت. نتایج نشان داد که این روش باعث تغییرات عمده‌ای در رابطه مادر و فرزند، بهبود روابط اجتماعی کودک، توانمندسازی در حمایت گروهی و رشد هیجانی کودک می‌شود [۲۵].

در پژوهشی به تأثیر بازی درمانی به شیوه فیلیال بر روابط پدر و مادر و کودکان پرداخته شد. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد که این شیوه باعث توسعه روابط پدر و مادر و کودکان می‌شود [۲۶]. صاحب‌نظری دیگر به بررسی تأثیر بازی درمانی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان دارای ناتوانی یادگیری پرداخت. نتایج این تحقیق نشان داد که این شیوه بازی درمانی باعث کاهش مشکلات رفتاری

از تفاوت اثربخشی پژوهش‌های مختلف است [۱۵]. از آنجاکه خانواده به‌عنوان یکی از نهادهای اولیه، بیشترین سهم را در فرایند اجتماعی شدن فرزندان به عهده دارد لذا یکی از بهترین مداخلات در حیطه مشکلات هیجانی و اجتماعی کودکان، آموزش مهارت‌هایی به والدین است که به کنترل رفتار از جانب کودک منجر می‌گردد. با آموزش مهارت‌های درمانی، والدین می‌توانند در حد درمانگر و شاید هم بیشتر از آن برای فرزندانشان مؤثر باشند [۱۶ و ۱۷]. از آنجاکه روش‌های درمانی خاص بزرگسالان در مورد کودکان قابل اعمال نیست، بازی ابزاری مناسب برای درمانگران کودک جهت مداخله در مشکلات رفتاری، هیجانی و اجتماعی آن‌ها می‌باشد یکی از این شیوه‌ها الگوی بازی درمانی به شیوه فیلیال<sup>۱</sup> است [۱۸].

بازی درمانی به شیوه فیلیال توسط گورنی<sup>۲</sup> به‌عنوان برنامه‌ای درمانی برای کودکان مبتلا به مشکلات هیجانی پایه‌گذاری شد [۱۹]. او سال‌ها شاهد این مسئله بود که بسیاری از مشکلات کودکان ناشی از خطاهای والدین است و این خطاها ریشه در فقدان دانش والدین در حوزه والدگری و نوع ارتباط با کودکان دارد. او به رابطه والد و کودک اهمیت بسیاری می‌داد بنابراین این فرضیه را ارائه داد که والدین، می‌توانند با برقراری جلسات بازی با فرزند خود به عاملان درمانی در زندگی آن‌ها تبدیل شوند [۲۰].

این شیوه مداخله، روشی کوتاه‌مدت و ترکیبی از بازی درمانی و خانواده‌درمانی می‌باشد و از بنیان‌های نظری گوناگونی شکل گرفته است که از میان آن‌ها می‌توان به رویکردهای رشد، شیوه‌های روان‌پویشی، رفتاردرمانی، آموزش اجتماعی، شناخت درمانی و سیستم‌های حل مشکلات بین فردی و خانوادگی اشاره کرد. یکی از پرکاربردترین و مؤثرترین روش‌های بازی درمانگری فیلیال، مدل درمانگری لندرت است. لندرت بر اساس مبانی نظری گورنی، یک مدل درمانی فشرده را به‌صورت گروهی برای والدین مطرح کرد.

این مدل درمانگری از سخنرانی، بحث، نقش بازی کردن، فرایندهای گروهی و نظارت بر جلسه‌های والدین در خانه تشکیل شده است. تأکید بر افزایش حساسیت والدین به جهان کودک با استفاده از زبان طبیعی بازی است. والدین از طریق نقش بازی کردن، مهارت‌هایی شبیه انعکاس احساس، رفتار و همدلی با فرزندان خود را می‌آموزند. این روش درمانی بر اساس چند اصل منحصربه‌فرد پایه‌گذاری شده است: درمان متمرکز بر ارتباط موجود بین والد و کودک است، نه بر مشکلی خاص یا بر یک فرد. والدین به‌عنوان شرکای مهم در فرایند تغییر نگرسته می‌شوند و درمانگر، والدین را در امر یادگیری مهارت‌ها و گرایش‌های جدید توانا می‌بیند.

به‌طورکلی در این روش یک اعتقاد پایه‌ای به اهمیت والدین در زندگی کودکان وجود دارد. هدف اصلی این بازی درمانی؛ درک و پذیرش والدین از فرزندان خود؛ حساس شدن بیشتر به احساسات فرزندان؛ آموختن ترغیب به مسئولیت شخصی در والدین، هدایت خود و افزایش اعتمادبه‌نفس در کودکان؛ پیدا

<sup>1</sup> Fillial

<sup>2</sup> Gorni

خروج در این تحقیق، عدم شرکت منظم در کلاس‌های آموزشی، عدم انجام تکالیف هفتگی و عدم تکمیل پرسشنامه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود.

در این تحقیق در گروه آزمایش مادران دیپلم ۴ نفر، فوق‌دیپلم ۳ نفر، لیسانس ۸ نفر شرکت داشتند و در گروه کنترل مادران دیپلم ۵ نفر، لیسانس ۹ نفر و فوق‌لیسانس یک نفر شرکت داشتند. گروه سنی مادران بین ۲۵ تا ۳۵ سال بود که در گروه آزمایش کمترین سن مادر ۲۳ سال و بیشترین سن ۳۳ سال و در گروه کنترل نیز کمترین سن مادر ۲۵ سال و بیشترین سن مربوط به ۳۶ سال بود. مداخله‌ی بازی‌درمانی به شیوه فیلیال بر روی مادران گروه آزمایش به اجرا درآمد. مکان انجام این تحقیق در سالن بازی مهدکودک امید فردا واقع در خیابان کشاورز در شهر اصفهان که مکانی مناسب برای آموزش مادران بود برگزار شد. در جلسه اول و دوم فقط مادران حضور داشتند اما از جلسه سوم بچه‌ها هم در جلسات حضور داشتند و مادران مفاهیم آموزشی یاد گرفته شده را روی آن‌ها تمرین می‌کردند و درمانگر اشکالات آن‌ها را برطرف می‌کرد. روش آموزشی بکار رفته در این تحقیق بر اساس کتاب بازی‌درمانی، هنر برقراری ارتباط، نوشته لندرت [۱۸] بود.

بعد از پایان جلسات آموزشی که فقط بر روی گروه آزمایش انجام گرفت، پس‌آزمون از هر دو گروه آزمایش و کنترل (پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی-هیجانی، نسخه ترجمه‌شده) گرفته شد. برای متغیر مستقل (بازی‌درمانی به شیوه فیلیال) ۸ جلسه آموزش گروهی ترتیب داده شد. در هر هفته یک جلسه آموزش دوساعته برگزار می‌شد، تمامی این ۱۵ نفر در گروه آزمایش، در جلسات آموزشی شرکت می‌کردند و تحت آموزش متغیر مستقل پژوهش قرار گرفتند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، به شرکت‌کنندگان در مورد هدف تحقیق توضیح داده شد، همچنین به آنان اطلاع داده شد که نتایج پژوهش به‌صورت آماری و نتیجه‌گیری کلی منتشر خواهد شد و آن‌ها اختیار کامل دارند که هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. پس از اتمام پژوهش در صورت تمایل می‌توانند در یک جلسه مشاوره جهت تشریح نتایج مداخله درمانی و نتایج فردی مربوط به پرسشنامه‌ی قبل و بعد از درمان و بیان پیشنهادات تکمیلی در زمینه بهبود روند درمان شرکت نمایند. به علاوه جهت رعایت اصول اخلاقی به افرادی که در گروه گواه بودند اطلاع داده شد در صورت تمایل می‌توانند پس از اجرای پس‌آزمون، با شرکت در ۸ جلسه آموزش گروهی بازی‌درمانی فیلیال از آموزش رایگان بهره‌مند شوند. (ملاحظه اخلاقی برای گروه گواه).

### ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی-هیجانی نسخه ترجمه‌شده: پرسشنامه غربالگری مهارت‌های اجتماعی و هیجانی کودکان پیش‌دبستانی توسط میلر<sup>۱</sup> در سال ۱۹۹۷ ساخته شد [۲۹]. این پرسشنامه توسط دادستان، عسگری، رحیم زاده و بیات در ۱۳۸۹ در ایران اعتباریابی و رواسازی شد [۳۰]. پرسشنامه

کودکان دارای ناتوانی یادگیری می‌شود [۲۷] در پژوهشی دیگر به بررسی تأثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری هیجانی کودکان پرداخته شد، نتایج این تحقیق نشان داد این شیوه بازی‌درمانی باعث کاهش مشکلات رفتاری هیجانی کودکان می‌شود [۲۸].

در حال حاضر بازی درمانگری به شیوه فیلیال در درمان کودکان کاربرد بسیاری دارد و پژوهش‌های بسیاری در خارج کشور در مورد اثربخشی این روش درمانگری انجام گرفته است، اما از آنجاکه در ایران در مقایسه با سایر کشورها پژوهش‌های بسیار اندکی در مورد اثربخشی این روش انجام شده و این روش در کشور ما هنوز بسیار ناشناخته است، بنابراین با توجه به هدف و پیشینه، مسئله اساسی تحقیق این است که آیا بازی‌درمانی به شیوه فیلیال بر مهارت‌های اجتماعی-هیجانی دختران پیش‌دبستانی مؤثر است؟

### روش

#### نوع پژوهش

این پژوهش بر حسب هدف، در دسته پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد. به علاوه، بر حسب تحقیق از جمله طرح‌های نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و با گروه آزمایش و گواه است.

#### آزمودنی

#### جامعه آماری

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری شامل کلیه‌ی دختران پیش‌دبستانی ۵ تا ۶ ساله شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ بود.

#### نمونه پژوهش

به‌منظور اجرای طرح، ۳۰ نفر از دختران پیش‌دبستانی ۵ تا ۶ ساله به همراه مادرانشان به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. شیوه نمونه‌گیری این پژوهش تصادفی چندمرحله‌ای بود که در طی سه مرحله صورت گرفت. ابتدا از نواحی شش‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان، ناحیه ۳ به‌صورت تصادفی انتخاب شد. سپس با مراجعه به بهزیستی ناحیه‌ی انتخابی، چهار مهدکودک به‌صورت تصادفی برگزیده شدند.

برای غربالگری به والدین همه کودکان پیش‌دبستانی دختر در این ۴ مهدکودک نسخه ترجمه‌شده‌ی پرسشنامه‌ی غربالگری مهارت‌های اجتماعی-هیجانی داده شد، از بین ۹۴ کودکی که کمترین نمره را در مهارت اجتماعی-هیجانی داشتند تعداد ۳۰ کودک انتخاب شدند. مادران این کودکان به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند.

از ارزیابی مربیان و گزارش مادران نیز جهت شناسایی کودکانی که صلاحیت لازم را در مهارت‌های اجتماعی-هیجانی نداشتند استفاده شد. معیارهای ورود به این تحقیق جنسیت مؤنث، گرفتن نمره پایین در پرسشنامه، عدم وجود اختلال روانی در مادر و کودک، عدم برخورداری از هر درمان روان‌شناختی دیگر در مادر و کودک و تحصیلات مادر باید از دیپلم به بالا باشد. ملاک‌های

<sup>1</sup> Miller

اضطراب جدایی، جامعه‌پذیری یا مهارت‌های ارتباطی با همسالان و رفتارهای تغذیه تقسیم و با ۵۰ گویه در مقیاس پنج امتیازی لیکرت (۱= هرگز تا ۵ = همیشه) اندازه‌گیری می‌شود.

غربالگری اختلال‌های اجتماعی-هیجانی از لحاظ روان‌سنجی به شش زیر مقیاس مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های زندگی روزمره، رفتارهای فزون‌کنشی/بی‌توجهی، رفتارهای سازش‌نیافته،

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان

جلسه	رتوس مطالب
جلسه اول	والدین به معرفی خود و خانواده‌هایشان و شرح ویژگی‌های فرزند خود می‌پردازند. اهداف درمانی توسط درمانگر شرح داده می‌شود و تأکید آموزش در این جلسه بر پیدایش حساسیت درباره فرزندان و دادن پاسخ همدلانه است. جلسه اول با دادن تکلیفی درباره آشنایی و شناخت هیجان‌های کودک و دادن پاسخ‌های انعکاسی پایان می‌یابد.
جلسه دوم	درمانگر در این جلسه بر آماده کردن والدین برای نخستین جلسه بازی در منزل تمرکز می‌کند. سپس با مرور جلسه قبلی، پاسخ همدلانه را از طریق نقش بازی کردن و نمایش با جزئیات بیشتری آموزش می‌دهد به‌طور کلی در این جلسه اصول اصلی بازی درمانگری والدینی به والدین آموزش داده می‌شود. والدین به اتاق بازی می‌روند تا با فضای آن آشنا شوند. فهرستی از اسباب‌بازی‌های مورد نیاز به والدین ارائه می‌شود. زمان و مکانی مناسب برای برگزاری جلسات بازی در خانه توسط والدین انتخاب می‌شود. پس از این جلسه، والدین جلسات بازی را با فرزندانشان آغاز می‌کنند.
جلسه سوم	والدین نخستین جلسه بازی برگزار شده و مشکلاتی که با آن برخورد کرده‌اند را برای درمانگر شرح می‌دهند. با مرور تکالیف جلسات قبل، در این جلسه باید و نباید‌های بازی به والدین آموزش داده شد. به‌علاوه والدین می‌آموزند چگونه، پس از هر جلسه بازی به نوشتن شرح آن جلسه بپردازند.
جلسه چهارم	این جلسه با مرور تکالیف جلسه قبل، گزارش والدین از جلسات بازی و نشان دادن یکی از فیلم‌های والدین و نقد و بررسی آن آغاز می‌شود. در این جلسه چرایی و چگونگی تعیین حدودرها و اجرای آن کامل‌تر از جلسات قبل آموزش داده می‌شود.
جلسه پنجم	گزارش جلسات بازی و فیلم‌های والدین با پیشنهادها و راهنمایی‌های درمانگر همراه می‌شود تمرکز آموزش در این جلسه بر چرایی اهمیت حق انتخاب دادن به کودک و چگونگی اعمال این روش برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان است. این روش مکمل روش محدودیت گذاشتن است که در جلسات قبلی آموزش داده شد.
جلسه ششم	در این جلسه افراد گروه به نقد و بررسی بازی والدین با یکدیگر، به‌خصوص در مورد مهارت‌های حق انتخاب دادن و محروم کردن می‌پردازند. آموزش اصلی در این جلسه بر اهمیت اعتمادبه‌نفس و چگونگی ایجاد و افزایش اعتمادبه‌نفس در کودک متمرکز است
جلسه هفتم	با بررسی و مرور تکالیف جلسه قبلی، روش ترغیب کردن به‌جای تحسین کردن، به‌علاوه محدودیت دادن به‌صورت پیشرفته با کمک تکنیک حق انتخاب آموزش داده می‌شود. والدین موقعیت‌های مختلف را با تمرکز بر آموزش جدید نقش بازی می‌کنند. تکالیف جلسه معین می‌شود. به‌طور کلی درمانگر در جلسات آخر به نگرانی‌های والدین درباره مشکلات درازمدت و بحرانی کودکان پاسخ می‌دهد.
جلسه هشتم	گزارش کلی جلسات بازی از والدین دریافت می‌شود. درمانگر اصول بازی‌درمانی فیلیال را مرور کرده و والدین ارزیابی خود را در مورد این تجربه و نحوه تغییر خود، فرزندانشان و تغییر سایر والدین را با یکدیگر در میان می‌گذارند. به‌علاوه آن‌ها تشویق می‌شوند تا نقش خود را بپذیرند و جلسات بازی را با کودک خود ارائه دهند.

هشت جلسه دوساعته بود که به آموزش بازی درمانی فیلیال اختصاص داده شد.

### شیوه تحلیل داده‌ها

به‌منظور تحلیل داده‌ها از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار، و جهت بررسی تأثیر مداخله صورت گرفته و کنترل نمرات پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد. درنهایت برای انجام عملیات آماری از نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس» بهره گرفته شد.

### نتایج

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد، نتایج نشان داد میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل تقریباً اختلافی ندارند، اما میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش (۱۶۷/۸۷) به میزان قابل توجهی از میانگین نمرات پس‌آزمون گروه کنترل (۱۵۷/۵۳) افزایش یافته است. جهت کنترل اثر پیش‌آزمون و بررسی دقیق‌تر تأثیر متغیر مستقل بر گروه آزمایشی و کنترل از تحلیل کوواریانس استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های لازم در آزمون کوواریانس مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون پیش‌فرض همگنی ضرایب رگرسیون نشان داد از آنجایی که مقدار آماره  $F$  این آزمون برابر ۰/۷۹ و سطح معناداری برابر با ۰/۴۶ و بزرگ‌تر از ۰/۵ است، بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون رعایت شده است. جدول ۳ نتایج حاصل از آزمون لوین را نشان می‌دهد که سطح معناداری به‌دست‌آمده بزرگ‌تر از ۰/۵ است؛ پس پیش‌فرض

در نسخه ترجمه‌شده فارسی این پرسشنامه ضریب همسانی درونی کل مقیاس برابر ۰/۸۱ و کمترین و بیشترین میزان آن برای زیر مقیاس‌ها به ترتیب برابر با ۰/۶۱ (نشانه‌های اضطراب جدایی) و ۰/۷۷ (رفتار سازش‌نیافته-فزون‌کنشی) بود. افزون بر این، همبستگی‌های مثبت معنادار نمره‌های پرسشنامه با نمره‌های نظام مبتنی بر تجربه آشناباخ<sup>۱</sup> (سن ۱/۵ تا ۵ سال) نیز حاکی از روایی همگرایی پرسشنامه در کودکان ایرانی بود. روایی محتوا و ملاک این پرسشنامه توسط اشتنباخ و ادل بروک در سال ۱۹۸۱ مورد تأیید قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس اصلی برابر با ۰/۸۶ و برای زیر مقیاس‌های آن از ۰/۵۲ (اضطراب جدایی) تا ۰/۷۷ (رفتارهای فزون‌کنشی) گسترده شده‌اند. روایی همگرایی پرسشنامه نیز از طریق همبستگی مثبت و معنادار با نمره فهرست رفتاری [۳۱]، پرسشنامه غربالگری رفتاری تادلر [۳۲] و ملاک‌های تشخیصی دی. اس. ام. - تی. وی.<sup>۲</sup> [۳۳] به‌گونه‌ای نیرومند مورد تأیید قرار گرفته است؛

(۲) خلاصه جلسات درمان در جدول ۱ ارائه شده است.

### شیوه اجرای تحقیق

با توجه به طرح پژوهش، برنامه‌ی هدفمند آموزشی برای آموزش به مادران برگزیده شده به‌صورت تصادفی طرح‌ریزی شد. آموزش شامل دو بخش بود: ابتدا معرفی و ارائه تعریف و شرحی از هر یک از مهارت‌ها و بخش دوم انجام تمرین‌های مربوط به آن جلسات و انجام نمایش و نشان دادن فیلم‌های آموزشی لازم به مادران و درنهایت محول ساختن تکالیفی در منزل. این دوره،

<sup>۱</sup> ASEBA

<sup>۲</sup> DSM TV

<sup>۳</sup> SPSS

همگنی واریانس‌ها تأیید می‌گردد ( $F = 2/24$ ،  $Sigs = .05 < .09$ ) = ۲/۲۴. جدول ۴ نتایج حاصل از آزمون شاپیرو-ویلک را نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۵ است پس پیش‌فرض نرمال بودن نمرات تأیید می‌گردد ( $F = 0/91$  و  $Sigs = .05 < .15$ ).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه‌ها	متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۴/۶۵	۱۶۷/۸۷	۴/۵۷	۱۵۷/۶۷	گروه آزمایش	مهارت‌های اجتماعی-هیجانی
۷/۲۵	۱۵۷/۵۳	۸/۸۴	۱۵۸/۰۷	گروه کنترل	

جدول ۳. پیش‌فرض همگنی واریانس نمرات مهارت‌های اجتماعی-هیجانی دختران پیش‌دبستانی با توجه به متغیرهای مورد مطالعه در آزمون لوین

متغیرها	F	DF1	DF2	معناداری
مهارت‌های اجتماعی-هیجانی	۲/۲۴	۱	۲۸	۰/۰۹

جدول ۴. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پس‌آزمون با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک

متغیرها	گروه	آماره	DF	معناداری
مهارت‌های اجتماعی-هیجانی	آزمایش	۰/۹۱	۱۵	۰/۱۵
	کنترل	۰/۹۳	۱۵	۰/۳۷

جدول ۵. تحلیل کوواریانس مقایسه نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش با گروه کنترل در مقیاس مهارت‌های اجتماعی-هیجانی

مربع میانگین	f	Df	معناداری	اندازه اثر	قدرت آزمون
۹۲۹/۲۴	۲۳۳/۵۷	۱	۰/۰۰۳	۰/۸۹	۱/۰۰۰
۲۲۳/۰۷	۹۷/۱۰۰	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰۰

بازی درمانی فیلپال بر افزایش مهارت‌های اجتماعی-هیجانی مؤثر است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های صاحب‌نظران زیادی همسو می‌باشد. نتایج این پژوهش با یافته [۳۴، ۳۵، ۳۶، ۲۷، ۳۸، ۳۷، ۳۸، ۳۹] همخوان است. این هم‌سوئی از آن جهت است که سیستم خانواده و ارتباط مادر-کودک به‌عنوان عاملی اساسی در مهارت‌های اجتماعی-هیجانی در نظر گرفته شده است، حیطة‌ای که جدیداً مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، عدم ارتباط صحیح والد و کودک و سبک والدینی نامناسب عامل خطر اختصاصی برای عدم مهارت‌های اجتماعی-هیجانی می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت، مهم‌ترین دلیل افزایش مهارت‌های اجتماعی-هیجانی در کودکان تغییر نوع ارتباط والد با کودک است.

با تغییر رفتار والد، تغییر در رفتار کودک نیز به دنبال خواهد آمد و بسیاری از مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان که ریشه در تعاملات پرخاشگرانه والدین دارد، بهبود می‌یابد [۴۰]. تغییر در نوع نگرش والدین نسبت به فرزندانشان و سبک فرزند پروری از دلایل دیگر این تغییرات می‌باشد، فضا و بافت خشن خانواده و نیز فرزندپروری خشن باعث بروز افزایش رفتار ناسازگارانه در کودکان می‌گردد؛ بنابراین طبیعی به نظر می‌رسد که با بهبود بافت خانواده و شیوه تعامل اعضا با یکدیگر و مخصوصاً بهبود تعامل والدین با کودک، شاهد کاهش رفتارهای ناسازگارانه کودک باشیم. از آنجاکه می‌توان برخی از فرایندهای اثربخش درمان که جز مهمی از بازی درمانگری است را به بازی درمانگری فیلپال نیز انتقال داد مانند برون‌ریزی، تخلیه هیجانی و بیان احساس، این اثرات تأثیر عمده‌ای در بهبود رابطه کودک با والد می‌گذارد.

نتایج جدول ۵، تحلیل کوواریانس عضویت گروهی بر مهارت‌های اجتماعی-هیجانی در مرحله پس‌آزمون را نشان می‌دهد. نتایج بیان می‌کند که نمرات پیش‌آزمون مهارت‌های اجتماعی-هیجانی رابطه معنی‌داری با نمرات پس‌آزمون دارد. با حذف تأثیر این متغیر، بین میانگین تعدیل شده نمرات مهارت‌های اجتماعی-هیجانی بر حسب عضویت گروهی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < .01$ ). بدین معنی که بازی درمانی به شیوه فرزند درمانی بر مهارت‌های اجتماعی-هیجانی دختران پیش‌دبستانی مؤثر است. لذا فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد. میزان تأثیر برابر ۶۴٪ می‌باشد، یعنی ۶۴ درصد از واریانس نمرات مهارت‌های اجتماعی-هیجانی در مرحله پس‌آزمون ناشی از عضویت گروهی است.

توان آماری آزمون ۱۰۰٪، حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون و کفایت حجم نمونه است. میانگین تعدیل شده نمرات مهارت‌های اجتماعی-هیجانی در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش (۱۶۴/۸۷) نشان از بالاتر بودن این نمرات نسبت به گروه کنترل (۱۵۸/۰۵) دارد.

این یافته به این معناست که درمان انجام شده بر روی گروه آزمایش، مؤثر بوده و توانسته مهارت‌های اجتماعی، هیجانی کودکان را افزایش دهد و این افزایش از لحاظ آماری معنادار است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش بازی درمانی فیلپال بر مهارت‌های اجتماعی-هیجانی دختران پیش‌دبستانی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش

5- Thompson, R. A. & Raikes, H. A. (2006). The Social and Emotional Foundations of School.

6- Heckman, J. (2000). Invest in the very young. Chicago IL: Ounce of prevention fund & the University of Chicago, Harris school of public policy studies.

۷- احمدی، علی‌اصغر. (۱۳۸۹). خلاق‌های موجود در نظام تعلیم و تربیت ایران. انتشارات: رسانه تخصص.

8- Stormont, M. (2002). Externalizing behavioral problem in young children: contributing factors early intervention. *Psychology in the Schools*.

9- Cohen, M., Domburgh, V., Vermerien, R., Geluk, CH. & Doreleijers, TH. (2012). Externalizing Psychology and persistence of offending in childhood first-time arrestees. *Eur child Adolesc Psychiatry*, 21:243-251.

10- Laving, J. V., Gibbons, R. D., Christoffel, K. K. Arend, R., Rosenbaum, D., Bins, H., Dawson, N Sobel, H., & Issacs, C. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 35, 204-214

11- Arnold, D.H., Brown, S.A., Meagher, S., Bakerm C.N., Dobbs, J., & Doctoroff, G.L. (2006). Preschool-based program for externalizing problems. *Education and Treatment of Children*, 29, (2), 311-399

12- EspenSe, S. H. (2003). Social Skills Training with Children and Young people: Theory, Evidence and Practice. *Child and Adolescent Mental Health*. 8, 2, 2003, 84-96.

13- Piaget, J. (1965). The moral judgement of the child. New York: Free Press. (Original work published 1932).

۱۴- گلدارد، کاترین و گلدارد، دیوید (۱۳۸۹، ۲۰۰۰). راهنمای عملی مشاوره با کودکان. ترجمه: زهرا ارجمندی. تهران: انتشارات اندیشه آور.

15- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of the outcome research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 376-390. doi:10.1037/0735-7028.36.4.376.

16- Landreth, G.L. (2002). Play therapy: The art of play the relationship (2nd Ed). New York Brunner-Routledge

۱۷- جان بزرگی، مسعود؛ نوری، ناهید و مستخدمین حسینی، خیرالنسا (۱۳۸۵). بررسی رابطه ساخت ارزشی خانواده با حرمت خود دانش آموزان. دوماهنامه علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد: روانشناسی بالینی و شخصیت، سال سیزدهم شماره ۱۹، صص ۵۳-۶۴.

کودکی که قادر نیست در موقعیت‌های روزمره زندگی این برون‌ریزی‌های هیجانی را داشته باشد، می‌تواند در جریان بازی با والد این موضوع اتفاق افتد.

حضور والدین و شناخت و پذیرش این احساس‌ها از سوی آن‌ها، تلاش برای درک این احساس‌ها و عدم قضاوت یک‌جانبه، سبب در هم شکستن بازداری و چرخه‌های ارتباطی معیوب بین والد و کودک و از بین رفتن رفتارهای ناشایست در کودک می‌گردد. بنابراین عدم آگاهی و بی‌اطلاعی والدین از والدگری صحیح عامل بسیاری از مشکلات کودکان به شمار می‌رود. از این رو در روش بازی درمانگری والدینی، درمانگر بر آن است که با آگاهی رساندن به والدین در زمینه ایجاد محیطی سرشار از پذیرش و خالی از قضاوت که ارتباط والد کودک را بهبود می‌بخشد، زندگی کودک را برای تحول و حرکت او به سمت خودشکوفایی مهیا کند. این شیوه درمانی با افزایش احساس اثرمندی در والدین از میزان اضطراب آن‌ها می‌کاهد و این کاهش اضطراب خود باعث بهتر عمل کردن والدین در مقابل رفتارهای ناسازگارانه کودکانشان می‌شود. لازم به ذکر است که نتایج پژوهش حاضر محدود به جامعه‌ای است که در پژوهش شرکت داشته‌اند و قابل تعمیم به دیگر جامعه‌های پژوهشی نیست، هم‌زمانی اتمام جلسات با اتمام سال تحصیلی لذا امکان پیگیری جهت بررسی حفظ نتایج مثبت درمانی مقدور نبود. همچنین عدم وجود تحقیقات کافی در ایران در مورد بازی درمانی به شیوه فیلیال و نبود تحقیقات کافی در مورد درمان‌های متفاوت بر روی مهارت‌های اجتماعی-هیجانی برای مقایسه با نتایج این پژوهش از محدودیت‌های عمده این تحقیق بود؛ بنابراین مهم‌ترین کاربرد این پژوهش می‌تواند اثربخشی آن در زمینه کاهش مشکلات رفتاری کودکان و افزایش مهارت‌های اجتماعی مورد پسند جامعه باشد.

این روش می‌تواند به منظور افزایش مهارت‌های اجتماعی-هیجانی به والدینی که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند توسط درمانگرانی که با کودکان کار می‌کنند یا روانشناسان و روانپزشکان آموزش داده شود. پیشنهاد می‌شود برای تعمیم بیشتر یافته‌ها، طرح در جامعه دختر و پسر نیز اجرا شود.

#### منابع

1- Kendall, P.C. (2000). *Childhood Disorders*. East Sussex: Psychology Press Ltd

2-Thompson, R. A. & Raikes, H. A. (2006). The Social and Emotional Foundations of School.

3-Squires, J. (2002). The importance of early identification of social and emotional difficulties in preschool children. Center for international rehabilitation.

4- Mendez, J. M. C., Dermott, P., & Fantuzzo, J. (2002). Identifying and promoting social competence with African-American preschool children: Developmental and contextual considerations. *Psychology in the Schools*, 39, 111-123.

مریم، (۱۳۸۹). پرسشنامه غربالگری اختلال‌های اجتماعی - هیجانی کودکان پیش‌دبستانی: یک مطالعه رواسازی متقاطع، فصلنامه روانشناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۲، صص ۷-۲۶.

31- Richman, N., Stevenson, J., & Graham, P. J. (1982). Pre-school to school: A behavioral study. London: Academic Press.

32- Motoun-Semien, P., McCain, A. P., & Kelly, M. L. (1997). The Development of Toddler Behavior Screening Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(1), 59- 64.

33- Keenan, K., & Wakschlag, L. (2000). More than the terrible twos: The nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 33-46.

34- Ray, D. (2006). Evidence- Based play Therapy. In C. E. Schaefer & H.G. Kaduson (Ed.), *Contemporary Play Theory, Research, and Practis*. (PP. 136-157). New York, London: The Guilford Press

35-Garza, Y., Watts, R., Kinsworthy, S (2010). Filial Therapy: A Process for Developing Strong Parent-Child Relationships. *The Family Journal: ounseling And Therapy for Couples and Families*, Vol. 15. No. 3, July 2007 277-281

36- Jafari, N., Mohammadi, M. R., Khanbani, M., Farid, S., & Chiti, P. (2011). Effect of play therapy on behavioral problems of maladjusted preschool children. *Iran J Psychiatry*, 6(1), 37-42.

37- Jang M. (2000). Effectiveness of filial therapy for Korean parents. *International J Play Therapy*. 2: 39-56.

38- Carens-Holt, K. (2012). Child- Parent Relationship Therapy for Adoptive Families. *The Family Journal*, 20(4), 419-426.

39- Alivandi- Vafa, M., Islamii, H. (2010). Parent as agents of change: What filial therapy has to offer? *Social and Behavioral Sciences*, 5, 2165-2173.

40- Vanfleet, R. (2011). Filial therapy: what every play therapist should know? *British association of play therapy*. 67, 18-24.

۱۸- لندت، گری (۱۳۹۰). بازی‌درمانی هنر برقراری ارتباط. مترجم: داورپناه. تهران: رشد.

19- Guerny, L.F (1981). Parental acceptance and foster parent. *Journal of clinical psychology*, 10, 27-32

20- Landreth, Garry L. Bratton, Sue C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT)*. New York: Taylor Francis group.

۲۱- قادری، نیلوفر؛ اصغری مقدم، محمدعلی؛ شعیری، محمدرضا (۱۳۸۵). بررسی کارایی بازی‌درمانی رفتاری شناختی روی پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک، دومهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد: روانشناسی بالینی و شخصیت، سال سیزدهم، شماره ۱۹، صص ۸۴-۷۵.

22- Landreth, G.L. (2002). *Play therapy: The art of play the relationship* (2nd Ed). New York Brunner-Routledge

23- Jennifer E. (2012) *Strengthening Foster Parent-Adolescent Relationships through Filial Therapy*. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 20(4) 427-432.

24- Cornett, N. (2012). A Filial Therapy Model through a Family Therapy Lens: See the Possibilities. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. 20(3) 274-282.

25- Sangganjanavanich, V., Cook, K., Rangel-Gomez., M (2010). Filial Therapy with Monolingual Spanish-Speaking Mothers: A Phenomenological Study. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 18(2) 195-201.

26- Garza, Y., Watts, R., Kinsworthy, S (2010). Filial Therapy: A Process for Developing Strong Parent-Child Relationships. *The Family Journal: ounseling And Therapy for Couples and Families*, Vol. 15. No. 3, July 2007 277-281

27-Taylor, D.D., Purswell, k., Lindo. N., Jayne, K, FEMANDO, D. (2011). The impact of child parent relationship therapy on child behavior and parent-child relationship: An examination of parental divorce. *International Journal of Play Therapy*, 20(3), 124-137.

۲۸- مصطفوی، سیده سادات؛ شعیری، محمدرضا؛ اصغری مقدم، محمدعلی و محمودی قرایی، جواد (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد- کودک به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان، روانشناسی معاصر، ۵، صص ۷۱۸-۷۱۲.

29- Miller, D.C., Micgie, A., & Miller, M.A (2000). *Kindergarten Inventory of Social/ Emotional Tendencies (KIST)*. *Kindergarten Interventions and Diagnostic Services*.

۳۰- دادستان، پریخ؛ عسگری، علی؛ رحیم زاده، سوسن و بیات