

## اثربخشی رابطه درمانی والد-کودک (CPRT) بر افزایش پذیرش والدینی مادران و کاهش رفتارهای مخل کودکان

عباس امان‌اللهی<sup>۱\*</sup>

افروز شادفر<sup>۲</sup>

خالد اصلانی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۴/۱۶

### چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی رابطه درمانی والد-کودک (CPRT) بر افزایش پذیرش والدینی مادران و کاهش رفتارهای مخل دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر اهواز انجام شد. طرح پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری شامل مادران دانش‌آموزان دختر ۸ تا ۱۲ ساله بودند. نمونه شامل ۳۰ نفر بودند که صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. مادران در ۱۰ جلسه آموزش رابطه درمانی والد-کودک بر اساس الگوی لندرت و براتون شرکت کردند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ی پذیرش والدینی پروتر (PPAS) و پرسشنامه‌ی رفتار کودک آبرگ (ECBI) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که رابطه درمانی والد-کودک منجر به افزایش پذیرش والدینی مادران و کاهش رفتارهای مخل کودکان در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه گردید. نتایج پیگیری نشان داد که این اثرات تا یک ماه پس از اتمام جلسات رابطه درمانی والد-کودک تداوم داشت. سطح معناداری ( $P < 0/05$ ) بود؛ بنابراین توجه به برنامه‌ی آموزشی رابطه درمانی والد-کودک در افزایش پذیرش والدینی و کاهش رفتارهای مخل کودکان دبستانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: رابطه درمانی والد-کودک، پذیرش والدینی، رفتارهای مخل

---

۱. \*استادیار گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز. [Abas\\_amanelahi@yahoo.com](mailto:Abas_amanelahi@yahoo.com)  
۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه شهید چمران اهواز. [afrouzshadfar@yahoo.com](mailto:afrouzshadfar@yahoo.com)  
۳. استادیار گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز.

## مقدمه

رفتارهای مخل کودکان یکی از رایج‌ترین دلایل ارجاع آن‌ها به مراکز مشاوره و روان‌درمانی است (کازدین<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵؛ به نقل از موزس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). رفتارهایی مثل نافرمانی مقابله‌ای، اعتراضات کلامی، سرسختی، قهر، خشم، پرخاشگری و یا تخریب اموال خود یا دیگران می‌توانند بخشی از رشد طبیعی دوران کودکی را تشکیل دهند و در افرادی که به‌طور بهنجار رشد می‌کنند نیز ممکن است روی دهند (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳؛ ترجمه‌ی سیدمحمدی، ۱۳۹۳). تقریباً ۵۰٪ از والدین رفتارهای مخل، مانند دروغ‌گویی، دزدی، تخریب اموال و پرخاشگری را در کودکان پیش‌دبستانی خود گزارش می‌دهند (آکنباخ<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱).

در بیشتر موقعیت‌ها میزان رفتارهای مخل کودکان به‌عنوان بخشی از رشد طبیعی آن‌ها محسوب می‌شود که با افزایش سن کودکان کاهش می‌یابند. تعداد بسیار زیادی از این کودکان در سنین دبستان یاد می‌گیرند که چگونه این رفتارها را کنترل کنند (همبری-کین و مک‌نیل<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵). درحالی‌که رفتارهای بعضی از این کودکان بسیار شدید و بیش‌ازحد انتظار است. بعضی از این رفتارها در طول زمان بسیار پایدار شده و ممکن است تا نوجوانی و بزرگسالی نیز ادامه یابند. کودکانی که سطوح بالایی از رفتارهای مخل را به نمایش می‌گذارند در خطر افزایش مشکلات رفتاری مداوم قرار می‌گیرند (کمپیل، شاو و گیلوم<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰). رفتارهای برون‌ریز شدید در دوران کودکی می‌توانند پیش‌بینی‌کننده‌ی مشکلات تحصیلی، روابط اجتماعی ضعیف و احتمال ارتکاب به جرم در بزرگسالی باشند (کویی<sup>۶</sup>، ۱۹۸۸؛ به نقل از کانر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴). همچنین رفتارهای مخل دوران کودکی می‌توانند آثار زیان

- 
- 1- Kazdin, A. E.
  - 2- Moses, A.
  - 3- Achenbach, T. M.
  - 4- Hembree-Kigin, T. L. & McNeil, C. B.
  - 5- Campbell, S. B, Shaw, D. S. & Gilliom, M.
  - 6- Coie, B.
  - 7- Conner, D.

باری برای کودک و والدین او به همراه داشته باشند. تحقیقات همه گیرشناسی نشان داده‌اند که رفتارهای مخل و ضداجتماعی از جمله مهم‌ترین مشکلات کودکان هستند و هزینه‌های زیادی به جامعه تحمیل می‌کنند (کرمی و ضابط، ۱۳۹۴). رفتارهای مخل دوران کودکی در صورت تداوم و عدم درمان می‌توانند منجر به تأثیرات منفی در رشد اجتماعی و روابط بین فردی فرد در بزرگسالی شود (رجب‌پور، مکوند حسینی و رفیعی‌نیا، ۱۳۹۰). داکام و دیویدسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۳، به نقل از رجب‌پور، مکوند حسینی و رفیعی‌نیا، ۱۳۹۰) معتقدند توجه به رفتارهای منفی، تقویت رفتارهای پرخاشگرانه کودک، بی‌توجهی به رفتار اجتماعی، تنبیه اجباری، کنترل ضعیف فعالیت‌های روزانه کودک و شکست در تنظیم محدودیت‌ها، مربوط به روش انضباطی و تربیتی والدین است که به‌طور ناخواسته رفتارهای مخل در کودکان را افزایش می‌دهد.

از سوی دیگر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پذیرش والدینی یکی از عوامل تأثیرگذار بر کاهش رفتارهای مخل<sup>۲</sup> کودکان است (موزس، ۲۰۱۲). این پذیرش در فرایند تربیت و تعامل والد-کودک صورت می‌گیرد. به‌طور کلی فرایند تربیتی خانواده و نحوه ارتباطی که والدین در قالب آن با کودکان خویش ارتباط برقرار می‌کنند رشد عاطفی اجتماعی کودک می‌باشد (توومینی و رایورس، ۲۰۱۲، نقل از چوپانی، نعیمی و شریعتی، ۱۳۹۴). روابط درون خانواده علاوه بر اهمیتی که در تحول روانی اجتماعی کودکان دارد، در پیشگیری از مشکلات رفتاری- کودکان نیز نقش بسزایی ایفا می‌کند (اسمیت و روت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵، نقل از کاکابرابی، ۱۳۹۴). کودکانی که در محیط خانواده، مورد پذیرش قرار می‌گیرند از این حقیقت آگاهی می‌یابند که مورد عشق و علاقه هستند، از ارزش دوست داشته شدن برخوردارند، از سطوح بالای اعتمادبه‌نفس برخوردار می‌باشند و روابط اجتماعی

1- Ducarm, S. & Dividson, L.

2- disruptive behavior

3- Smetana, J. G. & Rote, W. M.

سالمی را پایه‌گذاری می‌کنند (گولای و اندر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). پذیرش والدینی به‌عنوان حساسیت والدین نسبت به نیازها و خواسته‌ها، توجه به علایق کودک و عشق بدون قید و شرط والدین به کودک بدون در نظر گرفتن ظاهر کودک و یا توانایی‌ها و رفتار او است (هیپل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). پذیرش والدینی به کودک کمک می‌کند تا بیاموزد که می‌تواند بر حمایت و کمک دیگران در زندگی حساب کند. در روابطی همراه با پذیرش و بدون استرس کودکان نسبت به ارزش خود دلگرم می‌شوند و می‌توانند احساسات خود را بیان کنند و در جهت خودشکوفایی گام بردارند (هیپل، ۲۰۰۱).

پژوهش‌ها نشان داده است برنامه‌ی آموزش رابطه‌ی درمانی والد کودک می‌تواند تأثیر شگرفی بر جنبه‌های گوناگون رابطه‌ی والد-کودک، از جمله افزایش درک و پذیرش والدین نسبت به کودک داشته باشد (لندرت و براتون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). در این برنامه بر پذیرش والد از کودک و افزایش پذیرش والدینی به‌عنوان عاملی اثرگذار در شکل‌گیری سطوح بالایی از عزت‌نفس<sup>۴</sup> در کودکان تأکید می‌شود (لندرت، ۲۰۱۲ ترجمه‌ی داورپناه، ۱۳۹۰) و تغییر در کیفیت رابطه‌ی والد با کودک را می‌تواند به‌عنوان عاملی مؤثر در کاهش رفتارهای مخل کودکان دانست (لندرت و براتون، ۲۰۰۶).

رابطه‌ی درمانی والد-کودک در واقع نوعی آموزش مهارت‌های ارتباطی به والدین با محوریت بازی است. این روش بر این فرض استوار است که بهبود رابطه‌ی والد-کودک می‌تواند موجب بهبود مشکلات عاطفی و رفتاری کودک گردد و سلامت روان کودک را تضمین نماید (لندرت، ۲۰۰۲؛ به نقل از پیمان‌نیا، پورشریفی و محمودعلیلو، ۱۳۹۲). همچنین بر اختلالات رفتاری و عملکرد اجرایی کودک تأثیر بگذارد (شپریس، شپریس،

1 - Gulay, H.& Onder, A,

2- Hipl. K. A.

3- Bratton, S. C. & Landreth, G. L

4 -self-esteem

مونساکس، داویس و لوپز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵، نقل از وارسته، اصلانی و امان الهی، ۱۳۹۵). رابطه درمانی والد-کودک نوعی فرزند درمانی<sup>۲</sup> است؛ که در آن از ارتباط بین والد-کودک به عنوان منبع تغییر درک کودک و در نهایت رفتار او استفاده می شود (موزس، ۲۰۱۲). در فرزند درمانی تمرکز بر بهبود بخشیدن به روابط والد-کودک بوده و هدف، تضعیف رفتارهای متقابل ناکارآمد والد - کودک و افزایش توانایی والدین در درک کودک می باشد (لندرث و براتون، ۲۰۰۶). فرزند درمانی توسط گرنی<sup>۳</sup> (۱۹۶۴) مفهوم سازی شده است و توسط گرنی<sup>۴</sup> (۱۹۸۰) این گونه تعریف می شود: درمان فرزنددی یک روش تسهیلگر رشد روانی-اجتماعی کودکان زیر ۱۱ سال است که در آن از والدین به عنوان عامل تغییر استفاده می شود و به صورت فردی یا جلساتی ساختارمند با نظارت افراد حرفه ای برگزار می گردد (موزس، ۲۰۱۲). یکی دیگر از ویژگی های اصلی آموزش رابطه درمانی والد-کودک این است که آموزش های آن متمرکز بر آینده است. این در حالی است که اغلب مدل های آموزش والدین ریشه در روابط و رخداد های گذشته داشته و بر تصحیح روابط گذشته ی کودک تأکید می کنند، رابطه درمانی بر آنچه کودک توانایی تبدیل شدن به آن را دارد تأکید می ورزد نه آنچه قبلاً انجام داده است (لندرث و براتون، ۱۹۹۵؛ به نقل از رجب پور، مکوندحسینی و رفیعی نیا، ۱۳۹۱). از جمله اهداف رابطه درمانی والد کودک بالا بردن کیفیت رابطه ی والد-کودک، همکاری والدین با یکدیگر، دستیابی به مهارت های بازی درمانی توسط والدین، کاهش مشکلات رفتاری و پریشانی هیجانی کودک و افزایش پذیرش والدین از سوی فرزندان است (گرنی، ۱۹۶۴؛ به نقل از موزس، ۲۰۱۲).

1 - Sheperis, C. Sheperis, D. Monceaux, A. Davis, J. R. & Lopez. B.

2 -filial therapy

3- Guerny, B. J. R.

4- Gureny. L. F.

در پژوهش‌های بسیاری اثربخشی رابطه درمانی والد-کودک بر افزایش پذیرش والدینی و کاهش رفتارهای مخل کودکان مورد بررسی قرار گرفته است؛ پژوهش‌ها نشان دادند که رابطه درمانی والد-کودک باعث افزایش پذیرش والدینی (لندرث و چو<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷)، همدلی و پذیرش والدینی (لی<sup>۲</sup> و لندرث، ۲۰۰۳)، همدلی والدینی (گلاور<sup>۳</sup> و لندرث، ۲۰۰۰) می‌شود. همچنین لندرث و لوبف<sup>۴</sup> (۱۹۹۸) اثر رابطه درمانی والد-کودک را بر روی میزان پذیرش والدین از فرزندانشان، استرس والدگری و میزان رفتارهای مخل کودکان مورد مطالعه قرار دادند؛ که نتایج حاکی از اثربخشی رابطه درمانی والد-کودک بر متغیرهای ذکر شده بود. براتون و لندرث (۱۹۹۵) اثربخشی رابطه درمانی والد-کودک را بر همدلی والدین با کودک، پذیرش والدینی و استرس والدگری در ۴۳ والد بررسی کردند. نتایج نشان داد که بر افزایش نمایش رفتار همدلانه و پذیرش والدین از کودک و کاهش استرس والدگری اثربخش بود. یوئن، لندرث و بگرلی<sup>۵</sup> (۲۰۰۲) هم اثربخشی رابطه درمانی والد-کودک را بر افزایش همدلی، پذیرش والدینی و کاهش استرس والدگری نشان دادند. در این پژوهش در ادراک والدین از مشکلات رفتاری مشاهده شده و درجه‌بندی کودک از مفهوم خود بهبود معنی‌داری مشاهده شد. با توجه به اهمیت روابط والد/کودک پژوهش حاضر به دنبال بررسی این فرضیه‌هاست. ۱- آموزش رابطه درمانی والد-کودک، باعث افزایش پذیرش والد از کودک می‌شود. ۲- آموزش رابطه درمانی والد-کودک، باعث کاهش رفتارهای مخل کودکان می‌شود.

---

1- Chau, I. Y.

2- Lee, M.

3- Glover, G. J.

4- Lobaugh, A.

5- Yuen, T. Landreth, G. L. & Baggerly, J. N.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه مادران دانش‌آموزان ناحیه ۲ اهواز بودند نمونه پژوهش به صورت تصادفی از بین کسانی که از مشکلات رفتاری فرزندانشان شکایت داشتند و به فراخوان پژوهشگر پاسخ داده بودند انتخاب شدند. در نهایت افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. اعضای گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه تحت آموزش رابطه درمانی والد-کودک قرار گرفتند؛ این در حالی بود که اعضای گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکردند. از نظر ویژگی جمعیت شناختی سن در گروه آزمایش، میانگین گروه سنی ۳۷/۶، انحراف معیار ۵/۸، در گروه گواه، میانگین ۳۴/۲ و انحراف معیار ۶/۳ بود. میانگین و انحراف معیار در کل نمونه به ترتیب ۳۵/۹ و ۶/۲ گزارش شد؛ و در مورد سطح تحصیلات نمونه، در گروه آزمایش، آزمودنی‌های دارای سطح تحصیلات دیپلم، با تعداد ۱۱ نفر ۷۳/۳ درصد فراوانی را به خود اختصاص دادند؛ و آزمودنی‌های دارای سطح تحصیلات لیسانس با تعداد ۴ نفر، ۲۶/۷ درصد فراوانی را به خود اختصاص دادند. در گروه گواه نیز، آزمودنی‌های دارای سطح تحصیلات دیپلم با تعداد ۸ نفر، ۵۳/۳ درصد فراوانی، آزمودنی‌های دارای سطح تحصیلات فوق دیپلم با تعداد ۱ نفر، ۶/۷ درصد فراوانی، آزمودنی‌های دارای سطح تحصیلات لیسانس با تعداد ۵ نفر، ۳۳/۳ درصد فراوانی و افراد دارای سطح تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر، با تعداد ۱ نفر، ۳/۳ درصد از فراوانی را به خود اختصاص دادند. در کل نمونه نیز آزمودنی‌های دارای سطح تحصیلات دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر به ترتیب، ۶۳/۳، ۳/۳، ۳۰/۰ و ۳/۳ درصد از فراوانی را شامل می‌شدند.

## ابزارهای پژوهش

پرسشنامه پذیرش والدینی پروتر<sup>۱</sup> (PPAS): پرسشنامه‌ای ۴۰ سؤالی است؛ که میزان پذیرش والد نسبت به کودک را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در مقیاس پذیرش والدینی پروتر نمره‌های بالا نشان دهنده‌ی پذیرش بالای والد نسبت به کودک می‌باشد. در این مقیاس نقطه‌ی برش برای تشخیص مشکلات بالینی وجود ندارد. لندرث و لوباف (۱۹۹۸)، کال<sup>۲</sup> و لندرث (۱۹۹۹) و همچنین پروتر ۱۹۵۴ ضریب پایایی آزمون را از طریق روش دو نیمه کردن ۰/۷۶ گزارش کردند. همچنین آنان ضریب اعتبار کلی تست را ۰/۸۰ گزارش کردند؛ و هر دو ضریب گزارش شده در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بودند. روایی این مقیاس توسط توافق حداقل ۳ نفر از پنج داور متخصص برای همه‌ی آیتم‌ها مورد تأیید قرار گرفت (بurchinal، هاوکز و گاردنر<sup>۳</sup>، ۱۹۵۷؛ به نقل از موزس، ۲۰۱۲). این پرسشنامه قبل از آموزش، بعد از آموزش و در جلسه‌ی پیگیری یک ماه بعد از آموزش ارائه شد.

پرسشنامه‌ی رفتار کودک آیرگ (ECBI)<sup>۴</sup>: پرسشنامه‌ی رفتار کودک آیرگ ۳۶ مشکل رفتاری شایع کودکان ۲ تا ۱۶ ساله را پوشش می‌دهد. این مقیاس توسط آیرگ و پینکاس در سال ۱۹۹۹ ساخته شد. پدر و مادر شدت هر رفتار را با یک مقیاس ۷ امتیازی درجه‌بندی می‌کنند و نشان می‌دهند که آیا فرزند آن‌ها آن مشکل رفتاری را دارد یا خیر. پر کردن این پرسشنامه ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشد (شرودر و گوردون، ۲۰۰۶؛ ترجمه‌ی فیروزبخت، ۱۳۸۴). ضریب همسانی درونی این مقیاس در مطالعه‌ی کلونین، آیرگ و آدامز (۱۹۹۹) معادل ۰/۹۵ گزارش شد. کانرز و همکاران (۲۰۰۷) ضریب آلفای خرده مقیاس شدت را ۰/۹۵ و خرده مقیاس مشکل را ۰/۹۱ گزارش کردند. همچنین آن‌ها روایی ملاک محاسبه

1 -Porter Parental Acceptance Scale

2 -Kale, A. L.

3 -Burchinal, L. Hawkes, G. & Gardner, B.

4-Eyberg child behavior Inventory



شده پرسشنامه را قابل قبول اعلام کردند (شرودر و گوردون، ۲۰۰۶؛ ترجمه‌ی فیروزبخت، ۱۳۸۴). در اعتباریابی که توسط حاجی سیدرضی، ازخوش، طهماسیان، بیات و بیگلریان در سال ۱۳۹۲ انجام شد، ضریب آلفای مقیاس شدت ۰/۹۳ و مقیاس مشکل ۰/۹۲ به دست آمد و روایی پرسشنامه نیز پس از بررسی پنج استاد روان‌شناسی قابل قبول گزارش شد. اعتبار حاصل از دوبار اجرای سیاهه در مقیاس شدت ۰/۷۴ و در مقیاس مشکل ۰/۵۸ به دست آمد. این پرسشنامه قبل از آموزش، بعد از آموزش و در جلسه‌ی پیگیری یک ماه بعد از آموزش ارائه شد.

خلاصه‌ی محتوای جلسات رابطه درمانی والد\_کودک، پروتکل ۱۰ جلسه‌ای که توسط لندرت و براتون (۲۰۰۶) تهیه شده است.

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
اول	معرفی اعضا و درمانگر و توضیح روند کارگروه	معرفی اعضا و درمانگر و توضیح روند کار و قوانین حاکم بر گروه، ارائه توضیحی مختصر در مورد رابطه درمانی والد_کودک، بیان اهداف و مفاهیم ضروری و نیز آموزش مهارت پاسخدهی انعکاسی.	انجام پاسخ‌های انعکاسی در منزل
دوم	آماده‌سازی والدین برای اجرای جلسات بازی در منزل	آماده‌سازی والدین برای اجرای جلسات بازی در منزل به وسیله مرور پاسخدهی انعکاسی، آشناسازی والدین با اصول پایه جلسات بازی و اهمیت ایجاد ساختار برای جلسات بازی، انتخاب اسباب‌بازی و زمان و مکان مناسب برای جلسات بازی با کودک، ایفای نقش و نشان دادن مهارت‌های اساسی بازی.	تهیه فهرست اسباب‌بازی برای جلسات انتخاب مکان مناسب
سوم	معرفی قانون "بایدها و نبایدها"	توضیح در مورد بایدها و نبایدهای جلسه بازی، ایفای نقش بایدها و نبایدهای جلسه بازی و ارائه فهرست فرایند جلسه بازی به والدین همراه با رهنمودهای تکمیلی.	انجام بازی با مقررات
چهارم	آموزش روش A-C-T تنظیم محدودیت	بررسی گزارش والدین از جلسه بازی، نقد فیلم ویدئویی، آموزش مهارت تنظیم محدودیت به روش سه مرحله‌ای A-C-T، ایفای نقش مهارت محدودیت.	تعیین حدود، کاربردگ‌ترین A-C-T، انجام جلسه بازی، تکمیل فرم والد

پنجم	مرور مهارت تنظیم محدودیت و ایفای نقش	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آن‌ها، مرور مهارت تنظیم محدودیت و تمرین آن به صورت ایفای نقش	انجام بازی تکمیل فهرست مهارت‌های جلسه بازی.
ششم	آموزش مهارت دادن حق انتخاب	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، تهیه پوستری از بایدها و نبایدهای جلسات بازی، آموزش مهارت دادن حق انتخاب	انجام بازی، تکمیل فرم‌ها، استفاده از مهارت‌های جدید
هفتم	آموزش مهارت پاسخ‌های سازنده عزت‌نفس و پاسخ‌دهی انعکاسی	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، حمایت و تشویق والدین در استفاده از مهارت‌ها، آموزش مهارت پاسخ‌های سازنده عزت‌نفس و پاسخ‌دهی انعکاسی.	تمرین پاسخ‌های عزت‌نفس انجام بازی تکمیل فرم بایدها و نبایدها
هشتم	آموزش مهارت تشویق در برابر تحسین و ایفای نقش	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آن‌ها، آموزش مهارت تشویق در برابر تحسین و ایفای نقش مربوط به آن.	انجام بازی. تکمیل فرم‌ها. استفاده از مهارت‌های جدید در خانه
نهم	آموزش تنظیم محدودیت پیشرفته و ایفای نقش مربوط به آن.	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، حمایت و تشویق والدین در استفاده از مهارت‌ها، آموزش تنظیم محدودیت پیشرفته و ایفای نقش مربوط به آن.	انجام بازی و تکمیل فرم‌ها، ذ تعمیم تعیین حد و حدود برای خارج از جلسه بازی
دهم	مرور اصول رابطه درمانی، مهارت‌های آموخته‌شده، آموزش تعمیم مهارت‌ها به خارج از بازی.	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، مرور اصول پایه‌ی رابطه درمانی والد _کودک و مهارت‌های آموخته‌شده، آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه بازی.	

**یافته‌ها**

آماره‌های توصیفی متغیرهای پذیرش والدینی و رفتار مخل کودک در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کم‌ترین نمره‌ی پذیرش والدینی و رفتار مخل کودک در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	سطح	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
پذیرش والدینی	پیش‌آزمون	۱۱۵/۸۶	۹/۲۲	۹۵	۱۳۰
	آزمایش پس‌آزمون	۱۲۶/۴۰	۱۷/۵۸	۱۰۹	۱۵۲
	پیگیری	۱۱۸/۹۳	۱۴/۲۷	۹۵	۱۴۰
	پیش‌آزمون	۱۱۶/۰۶	۱۱/۷۶	۹۵	۱۴۱
	کنترل پس‌آزمون	۱۱۵	۱۲/۲۷	۹۷	۱۴۳
	پیگیری	۱۱۴/۶۰	۱۰/۷۷	۹۵	۱۳۴
	پیش‌آزمون	۴۴/۰۶	۱۱/۸۵	۲۵	۶۹
	آزمایش پس‌آزمون	۳۸/۳۳	۱۱/۴۶	۲۷	۶۹
	پیگیری	۳۹/۶۰	۱۱/۱۲	۲۷	۶۹
	مخل پیش‌آزمون	۴۳/۵۳	۱۰/۴۱	۲۵	۶۵
	کنترل پس‌آزمون	۴۵/۷۳	۱۲/۱۰	۲۵	۶۴
	پیگیری	۴۵	۱۲/۳۹	۲۵	۶۷

جدول ۲: نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لوین بین متغیرهای کمکی پژوهش در گروه‌های آزمایش و

کنترل در مرحله پس‌آزمون

اثر	متغیر وابسته	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
	پذیرش والدینی	۱/۴۸	۱	۲۸	۰/۲۳۴
گروه	رفتارهای مخل کودکان	۱/۴۸	۱	۲۸	۰/۲۳۲

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهند که آزمون لوین در متغیر پذیرش والدینی و رفتارهای مخل کودکان معنی‌دار نمی‌باشد؛ بنابراین واریانس دو گروه آزمایش و گواه در پذیرش والدینی و رفتارهای مخل کودکان به‌طور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها در مرحله پس‌آزمون تأیید می‌شود.

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین‌های نمره‌های پس‌آزمون و

پذیرش والد و رفتارهای مخل کودکان گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری -	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلاهی	۰/۳۹	۷/۹۸	۲	۲۵	۰/۰۰۲	۰/۶۳	۰/۹۳
آزمون لامبدای ویکلز	۰/۶۱	۷/۹۸	۲	۲۵	۰/۰۰۲	۰/۶۳	۰/۹۳
آزمون اثر هتلینگ	۰/۶۳	۷/۹۸	۲	۲۵	۰/۰۰۲	۰/۶۳	۰/۹۳
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۶۳	۷/۹۸	۲	۲۵	۰/۰۰۲	۰/۶۳	۰/۹۳

مندرجات جدول ۳، نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح  $p < 0/01$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (پذیرش والد و رفتارهای مخل کودک) بین دو

گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت، تحلیل کواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۴ درج شده است. اندازه‌ی اثربخشی مداخله در کل پژوهش حاضر ۰/۶۳ و توان آماری ۰/۹۳ می‌باشد.

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون پذیرش

والدینی گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
پذیرش والدینی	۱۰۰۷/۷۷	۱	۱۰۰۷/۷۷	۴/۷۵	۰/۰۳۸	۰/۱۵	۰/۵۵
رفتار مخمل	۴۶۲/۸۰	۱	۴۶۲/۸۰	۹/۵۴	۰/۰۰۵	۰/۲۶	۰/۸۴

با توجه به مندرجات جدول ۴ مشاهده می‌شود که تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون، از لحاظ متغیر پذیرش والد در سطح  $p < 0/05$  معنی‌دار است. بر این اساس می‌توان بیان داشت که فرضیه ۱ پژوهش تأیید گردید. همچنین طبق مندرجات جدول تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون، از لحاظ متغیر رفتار مخمل در سطح  $p < 0/05$  معنی‌دار است. بر این اساس می‌توان بیان داشت که فرضیه ۲ پژوهش تأیید گردید.

جدول ۵: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین‌های نمره‌های پیگیری و پذیرش والد و رفتارهای مخل کودک گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلائی	۰/۳۸	۷/۲۷	۲	۲۵	۰/۰۰۲	۰/۶۲	۰/۹۳
آزمون لامبدای ویکلز	۰/۶۰	۷/۲۷	۲	۲۵	۰/۰۰۲	۰/۶۲	۰/۹۳
آزمون اثر هتلینگ	۰/۵۹	۷/۲۷	۲	۲۵	۰/۰۰۲	۰/۶۲	۰/۹۳
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۵۹	۷/۲۷	۲	۲۵	۰/۰۰۲	۰/۶۲	۰/۹۳

مندرجات جدول ۵، نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح  $p < ۰/۰۱$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (پذیرش والد و رفتارهای مخل کودک) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت پی‌بردن به این تفاوت، تحلیل کواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۶ درج شده است. اندازه‌ی اثربخشی مداخله در کل پژوهش حاضر ۰/۶۲ و توان آماری ۰/۹۳ می‌باشد.

جدول ۶ نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پیگیری پذیرش والد گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
پذیرش والدینی	۱۱۰۰/۰۱	۱	۱۱۰۰/۰۱	۱۰/۶۴	۰/۰۳۸	۰/۲۹	۰/۵۵
رفتار مخل	۴۶۲/۸۰	۱	۴۶۲/۸۰	۹/۵۴	۰/۰۰۵	۰/۴۳	۰/۸۴

با توجه به مندرجات جدول ۶، مشاهده می‌شود که تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون، از لحاظ متغیر پذیرش والد در سطح  $p < 0/05$  معنی‌دار است. بر این اساس می‌توان در جواب سؤال پیگیری بیان داشت که با گذشت یک‌ماهه یک‌ماهه از جلسات آزمایشی، آموزش رابطه درمانی والد-کودک اثر خود را بر پذیرش والدینی از دست نداده است. همچنین می‌توان بیان داشت که اثر مداخلات بر روی کاهش رفتار مخل کودکان تا مرحله‌ی پیگیری یک‌ماهه تداوم داشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل نشان داد که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیر پذیرش والدینی و رفتار مخل کودک در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود داشت. این یافته‌ها نشان می‌دهند که آموزش رابطه درمانی والد/کودک منجر به افزایش پذیرش والدینی در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون شده است. نتایج فوق با یافته‌های لندرت و براتون (۱۹۹۵)، لی و لندرت (۲۰۰۳)، یوئن و همکاران (۲۰۰۲) و لندرت و لوبوف (۱۹۹۸)، همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ادبیات پژوهشی در این زمینه، نشانگر اهمیت کیفیت رابطه‌ی والد-کودک در ادراک پذیرش والدینی می‌باشد. با توجه به این که پورتر (۱۹۵۴) پذیرش والدینی را به‌عنوان یکی از عوامل ضروری و اساسی در ساختار کلی روابط والد-فرزندی می‌داند (هیپل، ۲۰۰۱). افزایش کیفیت رابطه‌ی والد-کودک می‌تواند منجر به افزایش درک پذیرش در این رابطه گردد. والدین می‌توانند با برقراری رابطه‌ای سرشار از محبت و دوستی، غیرقضاوتی، غیرمشروط و اصیل و ایجاد محیطی گرم و صمیمی در خانواده، باعث رشد اعتماد به نفس، عزت نفس و خودکنترلی در کودک شوند. مطالعات انجام‌شده توسط روهنر<sup>۱</sup> (۱۹۸۶، ۲۰۰۴) و روهنر و خالقی<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) حاکی از آن است که کودکانی که از طرف والدین خود پذیرفته می‌شوند و نیازهای روانی آن‌ها مثل عشق، محبت،

1 - Rohner, R. P.

2 - Khaleque, A

حمایت و آسایش تأمین می‌شود، مشکلات رفتاری و ناامنی کمتری را بروز می‌دهند و بالعکس، کودکانی که از طرف والدین خود طرد می‌شوند، مورد انتقاد، تهدید، تهاجم و رفتارهای خصمانه قرار می‌گیرند، مشکلات رفتاری بیشتری را از خود بروز می‌دهند. راجرز (۱۹۹۳) بیان می‌کند که روابط همراه با پذیرش، حالت تدافعی کودک را کاهش می‌دهد و به کودک این امکان را می‌دهد که آزادانه احساسات خود را بروز دهد؛ و بدون ترس از مورد قضاوت واقع شدن رفتار کند. زمانی که کودک درمی‌یابد که صرف نظر از این که انتظارات والدین را برآورده کرده است یا خیر، مورد پذیرش مورد پذیرش والدین است؛ نسبت به ارزش خود دلگرم می‌شود و می‌تواند آزادانه احساسات، افکار، نیازها و خواسته‌هایش را ابراز کند؛ و در نتیجه در نتیجه به خود-رهبری و خودکنترلی دست می‌یابد (لنדרت و براتون، ۲۰۰۶). در سراسر برنامه‌ی رابطه درمانی والد-کودک، بر پذیرش والدینی به عنوان اصل اساسی در ارتباط بین والد با کودک تأکید شده است. رابطه درمانی والد-کودک بر این فرض استوار است که شکل‌گیری ارتباط بر پایه‌ی پذیرش غیرشرطی نسبت به کودک می‌تواند باعث شکل‌گیری خودپنداره مثبت در کودک، افزایش اعتماد به نفس، عزت نفس و همچنین موجب افزایش خود-کنترلی در کودک گردد. در این شیوه سعی بر ایجاد گفت‌وگویی بی‌قید و شرط میان والد و کودک است؛ به طوری که در سراسر برنامه پذیرش نامشروط کودک، شرط اساسی تمامی تمرین‌ها و مهارت‌های بازی درمانی ارائه شده در جلسات می‌باشد. در طول جلسات به والدین آموزش داده می‌شود که کودک خود را آن‌گونه که هست، بپذیرند و با او ارتباط برقرار کنند. همچنین در جهت افزایش والدینی در طول هر جلسه تمرین‌هایی از قبیل شناسایی احساسات، انعکاس احساس و بازخوردهای عاطفی مناسب به والدین ارائه می‌شود؛ و از آن‌ها خواسته می‌شود که با استفاده از فن ایفای نقش به تمرین این مهارت‌ها بپردازند؛ تا بتوانند این مهارت‌ها را به نحوی مؤثر در ارتباط با فرزند خود به کار گیرند. از این رو افزایش میزان پذیرش والدینی در والدینی که در جلسات آموزشی شرکت کرده بودند؛ را می‌توان به خوبی تبیین کرد؛ و نظر به اینکه در طول جلسات رابطه درمانی والد-کودک والدین می‌آموزند که چگونه از طریق جلسات بازی، وارد دنیای کودک شوند و زبان مخصوص کودکان، یعنی بازی را



به‌خوبی می‌آموزند. آن‌ها زبان کودک را می‌آموزند و شروع به گسترش درک خود از احساس، ادراک، رفتار، نیازها و خواسته‌های کودک خود می‌کنند. آن‌ها در طول مدت برنامه به تمرین مهارت‌های آموخته‌شده می‌پردازند و در پایان دوره، به والدینی تواناتر تبدیل می‌شوند؛ و این توانایی بالاتر در برقراری ارتباط مؤثر با کودک می‌تواند باعث تداوم اثر رابطه درمانی والد-کودک گردد. در حال حاضر بسیاری از عوامل مؤثر در بروز رفتارهای محل کودکان، بر مبنای پژوهش‌های متعدد شناخته شده‌اند که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به ناتوانی والدین در تعامل با کودک اشاره کرد. در تبیین نتایج می‌توان گفت که بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان در محیط طبیعی خانواده رخ می‌دهند و عوامل نگه‌دارنده‌ی آن نیز در محیط خانواده قرار دارند؛ بنابراین می‌توان پذیرفت که آموزش کسانی که بیشترین زمان را با کودک می‌گذرانند و بیشترین تأثیر را بر او دارند، احتمال کاهش رفتارهای نامناسب را در آن‌ها افزایش می‌دهد. از سوی دیگر یکی از ویژگی‌های اصلی رابطه درمانی والد-کودک این است که در این رویکرد به‌جای تأکید بر تغییر رفتار کودک، تلاش می‌شود تا ادراک کودک در مورد والدین و رابطه‌ی والد کودک تغییر کند. در این رویکرد رفتار به‌عنوان عملکرد ادراک ملاحظه می‌شود، بنابراین تغییر در ادراک موجب تغییر در رفتار خواهد شد. علاوه بر این برخلاف سایر نمونه‌های آموزش والدین که راهبردهایی برای تغییر کودک تجویز می‌کنند، این رویکرد بر تغییر والد از طریق افزایش کارآمدی والدینی و افزایش مهارت‌های ارتباطی تمرکز می‌نماید. لندرت و براتون (۲۰۰۶) بیان می‌کنند که رفتارهای مشکل‌آفرین کودکان در واقع راهی است که آن‌ها برای برقراری ارتباط و ابراز وجود و دیده شدن انتخاب می‌کنند. در صورتی که آن‌ها در محیطی گرم و صمیمی از سوی والدین خود موردپذیرش قرار گیرند و در ارتباطی سالم و کارآمد مجال ابراز وجود پیدا کنند و راه صحیح بیان احساسات مثبت و منفی خود را یاد بگیرند، از میزان بروز رفتارهای مشکل‌آفرین آن‌ها کاسته می‌شود. در رابطه درمانی والد کودک این اهداف میسر می‌گردد و والدین با چگونگی پاسخ‌دهی احساسی و تنظیم محدودیت برای فرزند خود آشنا می‌شوند. آن‌ها می‌آموزند که چگونه محدودیت‌های رفتاری برای فرزند خود وضع کنند و چگونه

رفتارهای کودک خود را به وسیله‌ی خود او و از طریق بازی مدیریت کنند؛ بنابراین کاهش رفتارهای مخمل در کودکان مادران شرکت‌کننده در جلسات دور از انتظار نمی‌باشد. یکی از ویژگی‌های اصلی رابطه‌ی درمانی والد-کودک این است که در این رویکرد به جای تأکید بر تغییر رفتار کودک، تلاش می‌شود تا ادراک کودک در مورد والدین و رابطه‌ی والد کودک تغییر کند. کودک در طول جلسات رابطه‌ی درمانی شاهد تغییر نگرش و رفتار والد نسبت به خویش است. او به تدریج و پس از هر جلسه‌ی بازی احساس پذیرش بیشتری می‌کند. او متوجه می‌شود که والدینش او را می‌فهمند، احساسش را می‌دانند و به خواسته‌هایش توجه می‌کنند. کودک احساس امنیت بیشتری می‌کند و میزان رفتارهای مشکل‌آفرینی که پیش از آن وسیله‌ای برای ابراز وجود و راهی برای برقراری ارتباط با دیگران بود، کاهش می‌یابد. در نتیجه می‌توان تداوم اثر رابطه‌ی درمانی والد-کودک را بر کاهش رفتارهای مخمل کودکان تبیین کرد. نتایج این پژوهش با بررسی بر روی مادران ۸ تا ۱۲ سال مدارس ابتدایی شهر اهواز به دست آمدند، لذا تصمیم‌گیری در مورد تعمیم نتایج به سایر افراد و جوامع باید با احتیاط صورت پذیرد. در این پژوهش تغییرات رفتاری کودکان بر اساس مقیاس خود گزارش دهی که فقط توسط مادر تکمیل شده بود، بررسی شد و اطلاعاتی از منابع دیگر مانند پدر یا معلم در دسترس نبود. پیشنهاد می‌شود رابطه‌ی درمانی والد/کودک، برای والدینی که از رفتارهای مخمل فرزند خود شکایت دارند مورد استفاده قرار گیرد همچنین از رابطه‌ی درمانی والد-کودک می‌توان در افزایش پذیرش والدینی و در نتیجه بهبود رابطه‌ی والد-کودک استفاده نمود.

### منابع

- احدی، حسن، بنی‌جمالی، شکوه‌السادات. (۱۳۸۷). *بهداشت روانی عقب‌ماندگی ذهنی*. تهران: نشر نی.
- انجمن روانشناسی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*. ترجمه‌ی یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۳). تهران: نشر روان.

پیمان نیا، بهرام؛ پور شریفی، حمید؛ محمودعلیلو، مجید. (۱۳۹۲). تعیین اثربخشی گروه‌درمانی‌گروه‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر بهبود علائم اختلال سلوک در کودکان دبستانی شهر اهواز. مجله دستاوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روان‌شناختی). (۲)، ۱۶۰-۱۴۱.

حاجی سیدرضی، حمیده؛ ازخوش، منوچهر؛ طهماسیان، کارینه؛ بیگلریان، مریم. (۱۳۹۱). معناداری اثربخشی آموزش والدین کودکان نافرمان بر روش‌های فرزند پروری مادران و مشکلات رفتاری کودکان. فصلنامه خانواده‌پژوهی. (۴)، ۳۹۰-۳۷۳.

چوپانی، موسی؛ نعیمی، ابراهیم؛ شریعتی، سیدصدرالدین (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر ۸ اصل تربیتی پیامبر (ص) بر رشد اجتماعی کودکان ۵ تا ۶ سال. مجله فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی‌روان‌درمانی. سال ششم (۲۳)، ۴۴-۲۱.

رجب پور، مجتبی؛ مکوندحسینی، شاهرخ؛ رفیعی نیا، پروین. (۱۳۹۱). اثربخشی گروه‌درمانی رابطه والد-کودک بر پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی. مجله روان‌شناسی بالینی. ۱، (۱۳)، ۷۴-۶۵.

شرودر، کارولین؛ گروندن، بتی. (۲۰۰۶). سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی (ویراست دوم). ترجمه مهرداد فیروزبخت (۱۳۸۴). تهران: ارسباران.

کاکابرابی، کیوان. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش حل مسئله خانواده محور بر ارتباط والد - کودک دانش آموزان دوره ابتدایی. مجله فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. سال هفتم (۲۶)، ۸۵-۶۱.

کرمی، جهان‌گیر و ضابط، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی رابطه درمانی کودک-والد بر کاهش نشانگان اضطرابی کودکان پیش‌دبستانی. فصل‌نامه سلامت روانی کودک. ترجمه مهدی قراچه‌داغی (۱۳۸۰). تهران: نشر پیکان.

لندرث، گری (۲۰۱۲). بازی‌درمانی. ترجمه‌ی فروزنده داورپناه (۱۳۹۰). تهران: رشد، چاپ دوم.

وارسته، مرضیه، اصلانی، خالد، امان‌الهی، عباس. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت بر کیفیت تعامل والد-کودک. مجله فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. سال هفتم (۲۸)، ۲۰۱-۱۸۳.

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Bratton, S. C. & Landreth, G. L. (1995). *Filial therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy, and stress*. *International Journal of play Therapy*, 4(1), 61-80.
- Burchinal, L. Hawkes, G. & Gardner, B. (1957). *The relationship between parental acceptance and adjustment of children*. *Child Development*, 28, 67-77.
- Campbell, S. B, Shaw, D. S. & Gilliom, M. (2000). *Early externalizing parental acceptance and adjustment of children*. *Child Development*, 28, 67-78.
- Chau, I. Y. & Landreth, G. L. (1997). *Filial therapy with Chinese parent: Effect on parental emphatic interactions, parental acceptance of child parental stress*. *International Journal of play Therapy*, 6(2), 75-92.
- Conner, D. (2004). *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents: Research and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- Eyberg, S. M. & Pincus, D. (1999). *Eyberg Children Behavior Inventory and Sutter-Eyberg student Behavior Inventory: Professional Manual*. Odessa, FL: psychological Assessment Resources.
- Glover, G. J. Landreth, G. L. (2000). *Filial therapy with Native Americans on the Flathead Reservation*. *International Journal of play Therapy*, 38, 581-586.
- Guernsey, B. J. R. (1964). *Filial therapy: Description and rationale*. *Journal of consulting psychology*, 28, 304-310.
- Guernsey, L. F. (1980). *Client-centered (non-directive) play therapy*. In C. Schaefer & K. O'Connor (Eds). *Handbook of play therapy* (pp. 21-64). New York: Wiley.
- Gulay, H. & Onder, A. (2011). *Comparing parental acceptance: the rejection levels and peer relationship of Turkish preschool children*. *Procedia social and behavior sciences*. 15, 1818-1823.
- Harris, S. L. & Landreth, G. L. (1997). *Filial therapy with incarcerated mothers: A five week model*. *International Journal of play therapy*, 6, 53-73.

- Hembree-Kigin, T. L. & McNeil, C. B. (1995). *Parent-Child Interaction Therapy*. New York: Plenum Press.
- Hilpl, K. A. (2001). *Facilitating healthy parenting attitudes behaviors among adolescents using filial therapy in high school curriculum*. A thesis Doctor of Philosophy. University of North Texas.
- Kale, A. L. & Landreth, G. (1999). *Filial therapy with parents of children experiencing learning difficulties*. International Journal of play therapy, 8(2), 35-56.
- Kidron, M. & Landreth, G. (2010). *Intensive child parent Relationship therapy with Israeli parents in Israel*. International Journal of play therapy, 19(2), 64-78.
- Landreth, G. & Bratton, S. (2006). *Child-parent relationship therapy (CPRT) A 10 session filial therapy model*. NEW YORK: Bruner Routhedge Publishing.
- Landreth, G. L. & Lobaugh, A. (1998). *Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment*. Journal of Counseling & Development, 76, 157-165.
- Lee, M. & Landreth, G. L. (2003). *Filial therapy with immigrant Korean parent in the United States*. International Journal of play Therapy. 12(2), 67-85.
- Mash, E. J. & Johnston, C. (1990). *Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically*. Journal of Clinical Child Psychology, 19, 313-328.
- Moses, A. (2012). *Child parent relationship therapy for parent of children with disruptive behavior*. A thesis Doctor of Philosophy. Western Michigan University.
- Norton, D, & Landreth, G. L. (1992). *Filial therapy: An intervention for parents of children with chornic illness*. International Journal of play Therapy, 1, 31-42.
- Porter, B. (1954). *Measurement of parental acceptance of children*. Journal of Economics, 46, 176-182.
- Rogers, A. Y. (1993). *The assessment of variables related to the parenting behavior of mother with young children*. Child and Youth Services Review, 15, 385-402.
- Rohner, R. P. (1986). *The warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection theory*. Storrs, CT: Rohner Research. (Original work published 1986). Sage Publications.
- Rohner, R. P. (2004). *The parental acceptance rejection syndrome university correlates of perceived rejection*. Journal of American psychologist, 59, 827-840.
- Rohner, R. P. & Khaleque, A. (2008). *Relations between perceived partner and parental acceptance*. In J. K. Quinn & I. G. Zambini (Eds.),

- Family relations: 21 century issues and challenges (pp. 197 -187). New York: Nova Science Publishers, Inc. Perceived Tea and Parental.
- Yuen, T. Landreth, G. L. & Baggerly, J. N. (2002). *Filial therapy with immigrant Chinese families*. International Journal of play Therapy, 11, 63-90.