

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Parent-Child Conflict and Peer Rejection in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

1. Zahra Arbabzadeh : Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran

2. Zohreh Asadi *: Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran

*Corresponding Author's Email: zo.asadi@iau.ir

Received: 2025-02-10

Revised: 2025-03-20

Accepted: 2025-05-12

Published: 2025-06-10



Abstract

Introduction and Aim: Children with attention deficit hyperactivity disorder face many difficulties and challenges in their relationships with parents and peers. Therefore, the present research was conducted with the aim of determine the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on parent-child conflict and peer rejection in children with attention deficit hyperactivity disorder.

Methodology: This research was a quasi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of this study included all children with attention deficit hyperactivity disorder of Sari city in 2024 year. A sample size of 15 children was considered for each group and a total of 30 children, which these children were selected using purposive sampling method and randomly assigned into two equal groups. The experimental group underwent cognitive-behavioral play therapy for 10 sessions of 90 minute (two sessions per week), and the control group remained on the waiting list for treatment. The research instruments included the Parent-Child Relationships Questionnaire (Fine et al., 1983) and Peer Rejection Questionnaire (Tahmasian, 2005), and the obtained data were analyzed using multivariate analysis of covariance in SPSS-27 software.

Findings: The results of the present research showed that cognitive-behavioral play therapy reduced parent-child conflict (and all three its components including argumentation, verbal aggression, and physical aggression) and peer rejection (including increased peer acceptance and decreased peer rejection) in children with attention deficit hyperactivity disorder ($P < 0.05$).

Conclusion: Given the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on parent-child conflict and peer rejection in children with attention deficit hyperactivity disorder, therapists can use this treatment method alongside other effective treatment methods to improve the communication characteristics of vulnerable groups such as children with attention deficit hyperactivity disorder.

Keywords: Cognitive-Behavioral Play Therapy, Parent-Child Conflict, Peer Rejection, Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

How to Cite: Arbabzadeh, Z., & Asadi, Z. (2025). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Parent-Child Conflict and Peer Rejection in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 3(1), 1-13.



Copyright: © 2025 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Attention deficit hyperactivity disorder is the most common psychiatric disorder in child psychiatric clinics, defined as a persistent pattern of inattention, impulsive behaviors, and hyperactivity that is more severe than in children of the same age (Elnaem et al., 2023). This disorder is multifactorial and its exact cause is unknown, but psychosocial, biological, genetic, environmental, nutritional, familial factors, low birth weight, maternal stress and tobacco use during pregnancy, and family history may play a role (Shafiullah & Dhaneshwar, 2025). Early symptoms of this disorder lead to other concurrent problems, including academic failure, lower grades, indiscipline, fewer friends, low self-esteem, problematic behaviors at school, and impulsive and hyperactive behaviors (Harris et al., 2023).

One of the problems of children with attention deficit hyperactivity disorder is increased parent-child conflict (Chou et al., 2025). Conflict is a natural part of any relationship, but sometimes its intensity is greater than usual and leads to conflict and tension, which requires intervention at this time (Su et al., 2023). Parent-child conflict refers to communication challenges and conflicts created in the parent-child relationship and indicates the existence of communication gaps or communication weaknesses between them (River et al., 2022). Parent-child conflict leads to the creation and increase of cognitive, emotional and behavioral problems such as withdrawal, depression, anxiety, physical problems, thinking and attention disorders, social problems and law-breaking behaviors (Yue et al., 2024).

Another problem of children with attention deficit hyperactivity disorder is increased peer rejection (Mustafina et al., 2022). Peer rejection, as a social component, is a common phenomenon in social interactions. This phenomenon refers to intentional exclusion by peers (Beeson et al., 2020). Peer rejection is associated with a wide range of psychological, emotional, and social problems in childhood and adolescence, and this construct plays an important role in predicting social, psychological, and academic maladjustment (Ma et al., 2024). Peer rejection indicates being disliked by peers and being left out by important members of the group or network of friends, and causes a negative attitude in the rejected individual (Loparo et al., 2023).

There are various methods to improve children's characteristics, which one of them is cognitive-

behavioral play therapy (Azher et al., 2025). Play therapy is a structured and theory-based therapeutic approach that is based on natural and normal learning and communication processes to teach children efficient and effective communication and social skills (Goldingay et al., 2020). Cognitive-behavioral play therapy emphasizes the impact of erroneous and ineffective beliefs and attitudes on behaviors and the role of children's participation in changing personal behavior and is designed for children of school age or earlier (Marriott et al., 2022). The primary aim of this therapeutic method is to identify and change maladaptive thoughts and behavior that cause emotional, communication, and social problems. This method is a method that requires less verbal expression from the child and emphasizes the use of games to create cognitive and behavioral changes in order to promote adaptation (Rajeswari et al., 2019).

Attention deficit hyperactivity disorder is a neurodevelopmental disorder with a relatively high prevalence that has many negative consequences for children and their parents. Among its consequences, we can mention the difficulty and challenge in communicating and interacting with parents and peers. Therefore, to reduce parent-child conflict and peer rejection in children with attention deficit hyperactivity disorder, appropriate treatment methods should be used, and one of the appropriate and effective methods for children is cognitive-behavioral play therapy. Very little research has been conducted on the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on parent-child conflict and peer rejection, and accordingly, research needs to be conducted to decide on the effectiveness of this method on parent-child conflict and peer rejection so that specialists and therapists can benefit from its results. Considering the above-mentioned materials, the present research was conducted with the aim of determine the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on parent-child conflict and peer rejection in children with attention deficit hyperactivity disorder.

Methodology

This research was a quasi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of this study included all children with attention deficit hyperactivity disorder of Sari city in 2024 year. A sample size of 15 children was considered for each group and a total of 30 children, which these children were selected using purposive sampling method and randomly assigned into two equal groups.

In this study, the inclusion criteria included willingness and informed consent to participate in the research project, having attention deficit hyperactivity disorder, age range of 7 to 12 years, no failure in previous grades, and no receipt of psychological services in the past three months. Also, the exclusion criteria included incomplete completion of the instruments, absence of more than two sessions, and withdrawal from further cooperation.

The experimental group underwent cognitive-behavioral play therapy for 10 sessions of 90 minute (two sessions per week), and the control group remained on the waiting list for treatment. The research instruments included the Parent-Child Relationships Questionnaire (Fine et al., 1983) and Peer Rejection Questionnaire (Tahmasian, 2005), and the obtained data were analyzed using multivariate analysis of covariance in SPSS-27 software at a significant level of 0.05.

Findings

The analyses of the present study were conducted on 30 people, including two groups of 15 people; in the experimental group, 53.33% were girls and 46.67% were boys, and in the control group, 33.33% were girls and 66.67% were boys.

The results of the present research showed that cognitive-behavioral play therapy reduced parent-

child conflict (and all three its components including argumentation, verbal aggression, and physical aggression) and peer rejection (including increased peer acceptance and decreased peer rejection) in children with attention deficit hyperactivity disorder ($P < 0.05$).

Discussion and Conclusion

Given the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on parent-child conflict and peer rejection in children with attention deficit hyperactivity disorder, therapists can use this treatment method alongside other effective treatment methods to improve the communication characteristics of vulnerable groups such as children with attention deficit hyperactivity disorder. For this purpose, it is recommended to organize specialized training workshops for clinical psychologists and child therapists on the correct implementation of cognitive-behavioral play therapy protocols in order to standardize the treatment process and increase the quality of services provided to children with attention deficit hyperactivity disorder in treatment centers. Also, creating integrated treatment protocols that combine cognitive-behavioral play therapy with family counseling and parenting skills training can increase the effectiveness of integrated methods.

اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر تعارض والد- فرزند و طرد همسالان در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی

۱. زهرا ارباب‌زاده^{۱*}: گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۲. زهره اسدی^{۲*}: گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: zo.asadi@iau.ir

انتشار: ۱۴۰۴/۰۳/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۲۲

بازنگری: ۱۴۰۳/۱۲/۳۰

دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲۲

چکیده

مقدمه و هدف: کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی در ارتباط با والدین و همسالان با دشواری‌ها و چالش‌های بسیاری مواجه هستند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر تعارض والد- فرزند و طرد همسالان در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی انجام شد.

روش‌شناسی: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این مطالعه شامل همه کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی شهر ساری در سال ۱۴۰۳ بودند. حجم نمونه ۱۵ نفری برای هر گروه و در مجموع ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که این کودکان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مساوی جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته) تحت بازی درمانی شناختی- رفتاری قرار گرفت و گروه کنترل در لیست انتظار برای درمان ماند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه روابط والد- فرزند (فاین و همکاران، ۱۹۸۳) و پرسشنامه طرد همسالان (طهماسبیان، ۱۳۸۴) بودند که داده‌های حاصل از آن با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم‌افزار SPSS-27 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بازی درمانی شناختی- رفتاری باعث کاهش تعارض والد- فرزند (و هر سه مولفه آن شامل استدلال، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی) و طرد همسالان (شامل افزایش پذیرش همسالان و کاهش طرد همسالان) در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی شد ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر تعارض والد- فرزند و طرد همسالان در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی، درمانگران می‌توانند از این روش درمانی در کنار سایر روش‌های درمانی موثر جهت بهبود ویژگی‌های ارتباطی گروه‌های آسیب‌پذیر مانند کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی استفاده نمایند.

کلیدواژگان: بازی درمانی شناختی- رفتاری، تعارض والد- فرزند، طرد همسالان، اختلال نقص توجه- بیش فعالی.



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC) صورت گرفته است. (4.0)



نحوه استناددهی: ارباب‌زاده، زهرا و اسدی، زهره. (۱۴۰۴). اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر تعارض والد- فرزند و طرد همسالان در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی. روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت، ۳(۱)، ۱-۱۳.

مقدمه

اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در کلینیک‌های روان‌پزشکی کودکان است که به‌صورت الگوی پایدار کمبود توجه، رفتارهای تکانه‌ای همراه با بیش‌فعالی تعریف می‌شود که شدیدتر از کودکان هم سن و سال می‌باشد (Elnaem et al., 2023). این اختلال چندعاملی بوده و علت دقیق آن ناشناخته است، ولی می‌توان به نقش عوامل روانی- اجتماعی، زیستی، ژنتیکی، محیطی، تغذیه‌ای، خانوادگی، کم‌وزنی زمان تولد، تنش و مصرف تنباکو در طی حاملگی مادر و سابقه خانوادگی اشاره کرد (Shafiullah & Dhaneshwar, 2025). اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی الگوی مستمر نقص توجه همراه با بیش‌فعالی است که در سایر رفتارها تداخل می‌کند و سبب نیمه‌کاره رهاکردن کارها و فعالیت‌ها می‌شود (Moustafa et al., 2022). علائم اولیه این اختلال منجر به مشکلات همزمان دیگری از جمله در زمینه افت تحصیلی، کسب نمره پایین‌تر، بی‌انضباطی، داشتن دوستان کمتر، اعتمادبه‌نفس پایین، رفتارهای مشکل‌آفرین در مدرسه و رفتارهای تکانشگر و بیش‌فعالانه می‌شود (Harris et al., 2023).

یکی از مشکل‌های کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی، افزایش تعارض والد- فرزند است (Chou et al., 2025). تعارض بخش طبیعی از هر رابطه‌ای می‌باشد، اما گاهی شدت آن بیشتر از حد معمول می‌باشد و به کشمکش و تنش منجر می‌گردد که در این زمان نیاز به مداخله دارد (Su et al., 2023). فرزندان با افزایش سن، خواستار تغییرها و تحول‌هایی در رفتار والدین و متقابلاً والدین خواستار تغییرها و تحول‌هایی در رفتار فرزندان خود هستند که این امر سبب ایجاد تعارض والد- فرزند می‌شود و مسئله دیگر ایجادکننده آن تفاوت باورها و ادراک والدین و فرزندان درباره مسائل مختلف مانند مسائل ارزشی و هویتی، استقلال، دلبستگی، انتخاب‌های زندگی و شیوه‌های تربیتی می‌باشد (Teufl & Ahnert, 2022). تعارض والد- فرزند به چالش‌های ارتباطی و تعارضی ایجادشده در روابط والد و فرزند اشاره دارد و نشان‌دهنده وجود خلأهای ارتباطی یا ضعف‌های ارتباطی بین آنها است (River et al., 2022). تعارض والد- فرزند منجر به ایجاد و افزایش مشکل‌های شناختی، هیجانی و رفتاری مانند گوشه‌گیری، افسردگی، اضطراب،

مشکلات جسمانی، اختلال در تفکر و توجه، مشکلات اجتماعی و رفتارهای قانون‌شکنانه می‌شود (Yue et al., 2024).

یکی دیگر از مشکل‌های کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی، افزایش طرد همسالان است (Mustafina et al., 2022). طرد همسالان به‌عنوان یک مولفه اجتماعی، یکی از پدیده‌های شایع در تعامل‌های اجتماعی می‌باشد. این پدیده اشاره به کنار گذاشته شدن عمدی توسط همسالان اشاره دارد (Beeson et al., 2020). طرد شدن از سوی همسالان با دامنه وسیعی از مشکل‌های روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی در دوران کودکی و نوجوانی همراه است و این سازه نقش مهمی در پیش‌بینی ناسازگاری اجتماعی، روانی و تحصیلی دارد (Ma et al., 2024). افرادی که از سوی همسالان طرد می‌شوند به‌طور معمول پرخاشگرتر هستند، احساس محرومیت و قربانی شدن دارند، اهل مشاجره هستند، مهارت‌های ارتباطی اندکی دارند، با دیگران به‌صورت منفی تعامل برقرار می‌کنند و در مسیر افت سازگاری و سلامت روان‌شناختی قرار دارند (Hjalmarsson et al., 2023). طردشدن از سوی همسالان نشان‌دهنده عدم دوست داشته‌شدن از سوی همسالان و کنار گذاشته شدن توسط اعضای مهم گروه یا شبکه دوستان است و باعث ایجاد نگرش منفی در فرد طردشده می‌شود (Loparo et al., 2023).

برای بهبود ویژگی‌های کودکان روش‌های مختلفی وجود دارد که یکی از این روش‌ها، بازی درمانی شناختی- رفتاری است (Azher et al., 2025). بازی درمانی رویکردی ساختاریافته و مبتنی بر نظریه‌های درمانی می‌باشد که بر اساس فرآیندهای یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار جهت آموزش مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی کارآمد و موثر به کودکان پایه‌ریزی شده است (Goldingay et al., 2020). بازی درمانی شناختی- رفتاری بر تاثیر باورها و نگرش‌های اشتباه و ناکارآمد بر رفتارها و نقش مشارکت کودکان در تغییر رفتار شخصی تاکید دارد و برای کودکان سنین آغاز مدرسه یا پیش از آن طراحی شده است (Marriott et al., 2022). هدف اولیه این روش درمانی شناسایی و تغییر افکار و رفتار ناسازگار ایجادکننده مشکل‌های هیجانی، ارتباطی و اجتماعی می‌باشد. این روش، روشی است که کمتر نیاز به بیان کلامی کودک دارد و بر استفاده از بازی‌ها جهت ایجاد تغییرهای شناختی و رفتاری در راستای ارتقای سازگاری

رفتاری، آموزش رفتاری والدین و ترکیب آنها باعث کاهش طرد همسالان در کودکان مبتلا به اختلال سلوک شد.

اختلال نقص توجه- بیش فعالی یک اختلال رشدی- عصبی با شیوع نسبتاً بالا است که دارای پیامدهای منفی زیادی برای کودکان و والدین آنها می باشد. از جمله پیامدهای آن می توان به دشواری و چالش در ارتباط و تعامل با والدین و همسالان اشاره کرد. بنابراین، برای کاهش تعارض والد- فرزند و طرد همسالان در مبتلایان به اختلال نقص توجه- بیش فعالی باید از روش های درمانی مناسب بهره برد که از روش های مناسب و موثر برای کودکان، روش بازی درمانی شناختی- رفتاری است. درباره اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر تعارض والد- فرزند و طرد همسالان پژوهش های بسیار اندکی انجام و بر همین اساس نیاز است تا برای تصمیم گیری درباره اثربخشی این روش بر تعارض والد- فرزند و طرد همسالان پژوهش هایی انجام تا متخصصان و درمانگران بتوانند از نتایج آن بهره برداری کنند. با توجه به مطالب مطرح شده، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر تعارض والد- فرزند و طرد همسالان در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی انجام شد.

روش شناسی

این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این مطالعه شامل همه کودکان مبتلا به اختلال نقص وجه- بیش فعالی شهر ساری در سال ۱۴۰۳ بودند. حجم نمونه ۱۵ نفری برای هر گروه و در مجموع ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که این کودکان با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مساوی جایگزین شدند.

در این پژوهش، ملاک های ورود به پژوهش شامل تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در طرح پژوهشی، داشتن اختلال نقص توجه- بیش فعالی، دامنه سنی ۷ تا ۱۲ سال، عدم مردودی در پایه های گذشته و عدم دریافت خدمات روان شناختی در سه ماه گذشته بودند. همچنین، ملاک های خروج از پژوهش شامل تکمیل ناقص ابزارها، غیبت بیشتر از دو جلسه و انصراف از ادامه همکاری بودند.

تاکید دارد (Rajeswari et al., 2019). این روش درمانی شامل چهار مرحله آغازین، ارزیابی، میانی و پایانی است. در مرحله آغازین مفاهیمی مانند آشنایی و ایجاد آمادگی انجام می شود. بعد از آن نوبت مرحله ارزیابی و بررسی های اولیه می شود. در مرحله میانی نقشه درمانی طراحی می شود و بازی درمانی شناختی- رفتاری به دنبال افزایش خودکنترلی کودک، حس پیشرفت و یادگیری پاسخ های سازگارانه تر برای رویارویی با موقعیت های خاص است. همچنین، تعمیم و پیشگیری از عود و بازگشت در مرحله میانی انجام تا کودک مهارت های جدیدی درباره زمینه های گوناگون یاد بگیرد. در مرحله پایانی کودک و خانواده اش برای خاتمه درمان آماده می شوند و نکاتی درباره کاربست مهارت های یاد گرفته شده در زندگی واقعی یاد می گیرند (Duan et al., 2024).

پژوهش های اندک و پراکنده ای درباره اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر تعارض والد- فرزند و طرد همسالان انجام شده است. برای مثال، نتایج پژوهش Kianoosh et al (2023) نشان داد که هر دو روش درمان شناختی- رفتاری و درمان تعامل والد- کودک باعث بهبود تعامل والد- کودک در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی شدند و اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با درمان تعامل والد- کودک در بهبود تعامل والد- کودک بیشتر بود. Esteki Azad et al (2021) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که هر دو روش هنر- بازی درمانی شناختی- رفتاری و بازی درمانی مبتنی بر روابط والد- کودک باعث بهبود کیفیت تعاملات والد- کودک شدند، اما بین اثربخشی آنها تفاوت معناداری وجود نداشت. در پژوهشی دیگر Goudarzi et al (2019) گزارش کردند که آموزش مولفه های خانواده درمانی شناختی- رفتاری باعث کاهش تعارض والد- فرزندی و تعارض زناشویی شد. همچنین، نتایج پژوهش Khorsand Nobahar & Shirooyeh (2023) نشان داد که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری باعث کاهش افسردگی و انزوایی کودکان دختر بی سرپرست و بدسرپرست شد. Rezaeisharif & Khademi Astane (2023) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بازی درمانی باعث کاهش اضطراب جدایی و گوشه گیری دانش آموزان ابتدایی شد. در پژوهشی دیگر Salehi (2016) گزارش کرد که هر سه روش مداخله درمان شناختی-

مراحل اجرایی پژوهش حاضر به این شرح بود که پس از انتخاب نمونه‌ها برای والدین آنها یک جلسه برگزار و درباره اهمیت و ضرورت پژوهش به آنها توضیح داده شد و سپس ملاحظات اخلاقی برای آنان تشریح گشت. ملاحظات اخلاقی پژوهش بدین صورت بود که والدین کودکان ابتدا فرم رضایت آگاهانه را تکمیل و سپس به آنان اطمینان داده شد که اصل رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها و غیره رعایت گردد و سلامت روان‌شناختی کودکان در اولویت قرار گیرد. تعداد ۳۰ نمونه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی با کمک قرعه‌کشی در دو گروه مساوی

شامل گروه‌های آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته) تحت بازی درمانی شناختی- رفتاری قرار گرفت و گروه کنترل در لیست انتظار برای درمان ماند. هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نظر تعارض والد- فرزند و طرد همسالان ارزیابی و در پایان پژوهش از نمونه‌های هر دو گروه تقدیر و تشکر به عمل آمد. خلاصه محتوای جلسه به جلسه مداخله با روش بازی درمانی شناختی- رفتاری بر اساس پروتکل Sabounchi et al (2025) در جدول ۱ گزارش شد.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسه به جلسه مداخله با روش بازی درمانی شناختی- رفتاری

جلسه	خلاصه محتوا
جلسه اول	معارفه و برقراری ارتباط با اعضای گروه
جلسه دوم	فعالیت‌های ترسیمی و شناخت هیجان‌ها
جلسه سوم	کیف جادویی و کارت‌های آن
جلسه چهارم	افکار، احساس و رفتار
جلسه پنجم	تجربه‌های لذت‌بخش و شکل‌سازی خلاق
جلسه ششم	بعضی‌ها می‌کن، چی می‌کن؟
جلسه هفتم	کسانی هستند که مرا دوست ندارند
جلسه هشتم	فصل‌های زندگی من
جلسه نهم	نمایشگاه دوستی
جلسه دهم	برق‌لیچه رویا (هدف‌هایی برای آینده)

در این مطالعه برای گردآوری داده‌ها از دو ابزار معرفی‌شده در زیر استفاده شد.

۱) پرسشنامه روابط والد- فرزند (Parent-Child Relationships Questionnaire): این پرسشنامه توسط

Fine et al (1983) ساخته و از آن برای اندازه‌گیری تعارض والد- فرزند استفاده شد. پرسشنامه روابط والد- فرزند شامل ۱۵ گویه و سه مولفه استدلال، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی (هر مولفه ۵ گویه) است و برای پاسخگویی به هر گویه از طیف لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز با نمره یک تا بیش از ماهی یک بار با نمره پنج استفاده شد. دامنه نمرات پرسشنامه روابط والد- فرزند ۱۵ تا ۷۵ و دامنه نمرات هر مولفه ۵ تا ۲۵ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده روابط بدتر یا تعارض بیشتر در روابط والد- فرزند (استدلال ضعیف‌تر و

پرخاشگری کلامی و فیزیکی بیشتر برای مولفه‌ها) می‌باشد. Fine et al (1983) روایی صوری را با نظر متخصصان، روایی سازه را با روش تحلیل عاملی اکتشافی و پایایی را با روش آلفای کرونباخ بررسی و تایید کردند. در ایران، Zaboli et al (2005) روایی محتوایی پرسشنامه را تایید و پایایی را با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و مولفه‌های استدلال، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی به‌ترتیب برای مادران ۰/۷۳، ۰/۴۹، ۰/۶۵ و ۰/۷۴ و برای فرزندان ۰/۷۴، ۰/۵۸، ۰/۶۵ و ۰/۸۲ گزارش کردند. در پژوهش حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ از طریق ضریب همبستگی بین گویه‌ها برای پرسشنامه روابط والد- فرزند ۰/۹۰ و برای مولفه‌های استدلال، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی به‌ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۳ و ۰/۷۹ به‌دست آمد.

۲) پرسشنامه طرد همسالان (Peer Rejection Questionnaire):

این پرسشنامه توسط Tahmasian (2005) ساخته و از آن برای اندازه گیری طرد همسالان استفاده شد. پرسشنامه طرد همسالان شامل ۱۵ گویه و دو مولفه پذیرش همسالان (۹ گویه) و طرد همسالان (۶ گویه) است و برای پاسخگویی به هر گویه از طیف لیکرت پنج درجه‌ای از به هیچ وجه درمورد من صادق نیست با نمره یک تا قویاً درمورد من صادق است با نمره پنج استفاده شد. لازم به ذکر است که در نمره کلی ابزار باید سوال‌های پذیرش همسالان معکوس گردند. دامنه نمرات پرسشنامه طرد همسالان ۱۵ تا ۷۵ و دامنه نمرات مولفه‌های پذیرش همسالان و طرد همسالان به ترتیب ۹ تا ۴۵ و ۶ تا ۳۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده طرد بیشتر توسط همسالان (پذیرش بیشتر و طرد کمتر توسط همسالان برای مولفه‌ها) می‌باشد. Tahmasian (2005) روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و نتایج حاکی از وجود دو عامل پذیرش همسالان و طرد همسالان بود و پایایی پرسشنامه طرد همسالان را با روش‌های آلفای کرونباخ و بازآزمایی دو هفته‌ای

به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کرد (به نقل از Tahmasian & Gholamrezaee, 2009). در پژوهش حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ از طریق ضریب همبستگی بین گویه‌ها برای پرسشنامه طرد همسالان ۰/۸۷ و برای مولفه‌های پذیرش همسالان و طرد همسالان به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۱ به دست آمد.

داده‌های پژوهش حاضر با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم‌افزار SPSS-27 در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها

تحلیل‌های پژوهش حاضر بر روی ۳۰ نفر شامل دو گروه ۱۵ نفری انجام شد؛ به طوری که در گروه آزمایش ۵۳/۳۳ درصد دختر و ۴۶/۶۷ درصد پسر و در گروه کنترل ۳۳/۳۳ درصد دختر و ۶۶/۶۷ درصد پسر بودند. نتایج میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون تعارض والد- فرزند و طرد همسالان کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۱ ارائه شد.

جدول ۱. نتایج میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون تعارض والد- فرزند و طرد همسالان کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استدلال	پیش‌آزمون	۱۲/۸۰	۱/۵۲	۱۲/۸۷	۱/۱۸
	پس‌آزمون	۹/۱۳	۱/۷۶	۱۱/۵۳	۱/۳۵
پرخاشگری کلامی	پیش‌آزمون	۲۹/۹۳	۱/۳۳	۲۹/۳۳	۱/۴۴
	پس‌آزمون	۲۵/۲۰	۱/۲۰	۳۰/۴۷	۱/۳۰
پرخاشگری فیزیکی	پیش‌آزمون	۲۷/۷۳	۱/۶۶	۲۶/۸۰	۱/۲۰
	پس‌آزمون	۲۳/۴۷	۱/۴۵	۲۷/۶۰	۱/۳۵
کل تعارض والد- فرزند	پیش‌آزمون	۷۰/۷۴	۳/۰۲	۶۹/۰۰	۲/۳۹
	پس‌آزمون	۵۷/۸۰	۲/۳۹	۶۹/۶۰	۲/۶۹
پذیرش همسالان	پیش‌آزمون	۲۱/۰۰	۱/۲۵	۲۱/۰۷	۱/۵۱
	پس‌آزمون	۲۴/۶۰	۱/۳۵	۲۱/۸۰	۱/۲۰
طرد همسالان	پیش‌آزمون	۱۶/۴۰	۱/۹۹	۱۷/۱۳	۲/۳۲
	پس‌آزمون	۱۳/۷۳	۱/۳۸	۱۷/۴۰	۲/۱۳
کل طرد همسالان	پیش‌آزمون	۴۱/۰۰	۲/۵۰	۴۲/۰۰	۲/۷۲
	پس‌آزمون	۳۴/۷۳	۲/۱۵	۴۱/۲۰	۲/۶۵

طبق نتایج جدول ۱، میزان کل تعارض والد-فرزند و هر سه مولفه آن شامل استدلال، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش بیشتری یافته است. همچنین، میزان کل طرد همسالان و مولفه طرد همسالان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش بیشتر و میزان مولفه پذیرش همسالان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش بیشتری یافته است. بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس نشان داد که فرض نرمال بودن متغیرها بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، فرض همگنی واریانس‌ها بر اساس آزمون لوین، فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس بر اساس آزمون ام‌باکس و فرض شیب خط رگرسیون

بر اساس اثر تعاملی پیش‌آزمون و گروه برقرار بود ($P > 0/05$). همچنین، نتایج هر چهار آزمون اثر پیلای، لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی حاکی از آن بود که بین گروه‌ها هم از نظر هر دو متغیر تعارض والد-فرزند و طرد همسالان و هم از نظر مولفه‌های تعارض والد-فرزند (شامل سه مولفه استدلال، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی) و مولفه‌های طرد همسالان (شامل دو مولفه پذیرش همسالان و طرد همسالان) تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/001$). نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر تعارض والد-فرزند و طرد همسالان در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در جدول ۲ ارائه شد.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر تعارض والد-فرزند و طرد همسالان در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
تعارض والد-فرزند	۱۰۲۱/۵۹	۱	۱۰۲۱/۵۸	۱۶۴/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶
طرد همسالان	۲۲۳/۹۵	۱	۲۲۳/۹۵	۷۲/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳

طبق نتایج جدول ۲، بازی درمانی شناختی-رفتاری باعث بهبود تعارض والد-فرزند و طرد همسالان در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی شد (کاهش تعارض والد-فرزند و طرد همسالان) که ۶۶ درصد تغییر در تعارض والد-فرزند و ۵۳ درصد تغییر در طرد همسالان نتیجه روش مداخله یعنی بازی درمانی

شناختی-رفتاری بود ($P < 0/001$). نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر مولفه‌های تعارض والد-فرزند در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در جدول ۳ ارائه شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر مولفه‌های تعارض والد-فرزند در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
استدلال	۴۶/۷۴	۱	۴۶/۷۴	۱۸/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲
پرخاشگری کلامی	۱۷۵/۳۳	۱	۱۷۵/۳۰	۱۰۵/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۸۰
پرخاشگری فیزیکی	۱۰۴/۲۸	۱	۱۰۴/۲۸	۵۵/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹

طبق نتایج جدول ۳، بازی درمانی شناختی-رفتاری باعث بهبود هر سه مولفه تعارض والد-فرزند در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی شد (کاهش استدلال نامناسب، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی) که ۴۲ درصد تغییر در مولفه استدلال، ۸۰

درصد تغییر در مولفه پرخاشگری کلامی و ۶۹ درصد تغییر در مولفه پرخاشگری فیزیکی نتیجه روش مداخله یعنی بازی درمانی شناختی-رفتاری بود ($P < 0/001$). نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر مولفه‌های طرد

همسالان در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی در جدول ۴ ارائه شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر مولفه‌های طرد همسالان در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
پذیرش همسالان	۵۰/۳۷	۱	۵۰/۳۷	۴۱/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱
طرد همسالان	۷۱/۹۳	۱	۷۱/۹۳	۵۴/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷

درمانی شناختی- رفتاری از این جهت موثر است که به‌طور همزمان بر چندین سطح تاثیر می‌گذارد. ابتدا این روش درمانی از طبیعی‌ترین زبان کودک یعنی بازی به‌عنوان وسیله ارتباط و یادگیری استفاده می‌کند و کودکان از طریق بازی می‌توانند احساس‌ها، تجربه‌ها و رفتارهای خود را بیان کنند، حتی زمانی که قدرت بیان کلامی آنها محدود است. از سوی دیگر، این روش بر تغییر الگوهای فکری و رفتاری غیرسازگارانه متمرکز است و کودکان مبتلا به این اختلال اغلب دارای باورهای منفی درباره خود، قابلیت‌ها و روابط با دیگران هستند. این باورها معمولاً ناشی از تجربه‌های مکرر شکست، سرزنش و مقایسه منفی با همسالان است. بازی درمانی شناختی- رفتاری به کودکان کمک می‌کند تا این باورهای منفی را شناسایی و جایگزین‌های سازگارانه‌تری برای آنها پیدا کنند. علاوه بر آن، این روش درمانی نه تنها بر کودک متمرکز است، بلکه والدین را نیز در فرآیند درمانی دخیل می‌کند و والدین یاد می‌گیرند که چگونه رفتارهای فرزند را درک کنند، انتظارات واقع‌بینانه‌ای داشته باشند و از تکنیک‌های موثر مدیریت رفتار استفاده کنند. با توجه به مطالب مطرح‌شده منطقی است که بازی درمانی شناختی- رفتاری بتواند نقش موثری بر کاهش تعارض والد- فرزند و مولفه‌های آن (شامل کاهش استدلال نامناسب، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی) در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی داشته باشد.

یافته‌های دیگر این پژوهش نشان داد که بازی درمانی شناختی- رفتاری باعث کاهش طرد همسالان و هر دو مولفه آن (شامل افزایش پذیرش همسالان و کاهش طرد همسالان) در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی شد. این نتیجه از جهاتی با نتایج پژوهش‌های [Rezaeisharif & Khorsand Nobahar & Shirooyeh \(2023\)](#)، [Khademi Astane \(2023\)](#) و [Salehi \(2016\)](#) همسو بود. در تبیین اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر طرد همسالان می‌توان

طبق نتایج جدول ۴، بازی درمانی شناختی- رفتاری باعث بهبود هر دو مولفه طرد همسالان در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی شد (افزایش پذیرش همسالان و کاهش طرد همسالان) که ۶۱ درصد تغییر در مولفه پذیرش همسالان و ۶۷ درصد تغییر در مولفه طرد همسالان نتیجه روش مداخله یعنی بازی درمانی شناختی- رفتاری بود ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال نقص توجه- بیش فعالی دارای پیامدهای منفی زیادی از جمله در زمینه ارتباط با والدین و همسالان است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر تعارض والد- فرزند و طرد همسالان در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی انجام شد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بازی درمانی شناختی- رفتاری باعث کاهش تعارض والد- فرزند و کاهش هر سه مولفه آن (شامل کاهش استدلال نامناسب، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی) در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی شد. این نتیجه از جهاتی با نتایج پژوهش‌های [Esteki Azad, Kianoosh et al \(2023\)](#)، [Goudarzi et al \(2019\)](#) همسو بود. در تبیین اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر تعارض والد- فرزند می‌توان گفت که اختلال نقص توجه- بیش فعالی به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات رشدی، کودکان را با چالش‌های متعددی مواجه می‌سازد که فراتر از خود کودک بر روابط خانوادگی تاثیر می‌گذارد. این کودکان اغلب دارای مشکل‌هایی در کنترل تکانه، حفظ توجه و تنظیم رفتار هستند که منجر به ایجاد تنش‌های مداوم با والدین می‌شود. والدین این کودکان معمولاً با احساس ناامیدی، استرس و عدم کارآمدی در والدگیری مواجه هستند. روش بازی

گفت که کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی اغلب در معرض طرد همسالان قرار می‌گیرند، اما این طرد تصادفی و بی‌دلیل نیست. این کودکان به دلیل ویژگی‌های رفتاری خاص خود، اغلب الگوهایی از رفتار نشان می‌دهند که برای همسالان آزاردهنده، غیرقابل پیش‌بینی و ناخوشایند تلقی می‌شوند. آنها ممکن است در بازی‌ها دخالت کنند، قوانین بازی را نادیده بگیرند و واکنش‌های تکانشی نشان دهند و باعث برهم‌خوردن بازی‌ها و فعالیت‌های گروهی شوند. این رفتارها از روی بدخواهی نیست، بلکه به دلیل مشکل‌های اساسی در کنترل تکانه، تنظیم هیجان و پردازش اجتماعی است. بازی درمانی شناختی- رفتاری از چندین جهت بر این مشکل تاثیر می‌گذارد. ابتدا این روش درمانی محیطی کنترل‌شده فراهم می‌کند که در آن کودک می‌تواند مهارت‌های اجتماعی را بدون ترس از قضاوت و طرد تمرین کند. در این محیط امن، کودک فرصت دارد تا رفتارهای اجتماعی مختلف را آزمایش و بازخورد سازنده دریافت نماید. این فرآیند برای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی که اغلب تجربه‌های منفی اجتماعی زیادی داشتند، بسیار مهم و حیاتی است. همچنین، این روش درمانی با تمرکز بر تغییر الگوهای شناختی می‌تواند موثر واقع شود. کودکان طردشده اغلب دیدگاه‌های منفی و تحریف‌شده‌ای درباره خود و دیگران دارند و بازی درمانی شناختی- رفتاری به کودکان کمک می‌کند تا این باورهای منفی را شناسایی و جایگزین‌های مناسبی برای آنها پیدا کنند. در این روش درمانی کودکان از طریق تمرین‌های عملی، شبیه‌سازی موقعیت‌های اجتماعی و بازی‌های نقشی یاد می‌گیرند که چگونه به بازی‌ها بپیوندند، با دیگران مذاکره و تعامل داشته باشند، تعارض‌ها را حل نمایند و به احساس‌های خود و دیگران پاسخ دهند. با توجه به مطالب مطرح‌شده منطقی است که بازی درمانی شناختی- رفتاری بتواند نقش موثری بر کاهش طرد همسالان و مولفه‌های آن (شامل افزایش پذیرش همسالان و کاهش طرد همسالان) در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی داشته باشد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی روبرو بوده است که بر تعمیم‌پذیری و تفسیر نتایج تاثیر می‌گذارد. نخست، محدودبودن جامعه آماری به کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی ساکن شهر ساری امکان تعمیم یافته‌ها به سایر جوامع جغرافیایی و فرهنگی را کاهش

می‌دهد. دوم، عدم کنترل متغیرهای مزاحم و مداخله‌گر نظیر وضعیت اقتصادی- اجتماعی خانواده، سطح تحصیلات والدین و شدت علائم اختلال در کودکان ممکن است بر دقت نتایج تاثیر بگذارد. سوم، محدودیت زمانی پژوهش در ارزیابی اثربخشی طولانی‌مدت بازی درمانی شناختی- رفتاری مانع از درک کامل پایداری تغییرها شد. چهارم، اتکاء به گزارش‌های والدین و معلمان به عنوان منبع اصلی جمع‌آوری اطلاعات ممکن است با سوگیری‌های ذهنی همراه باشد. پنجم، عدم مقایسه بازی درمانی شناختی- رفتاری با سایر روش‌های درمانی امکان تعیین دقیق‌تر اثربخشی نسبی این روش را محدود ساخته است. با توجه به نتایج این پژوهش اجرای مطالعات طولی با دوره‌های پیگیری کوتاه‌مدت و بلندمدت برای ارزیابی پایداری اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر روابط خانوادگی و اجتماعی کودکان پیشنهاد می‌شود. پیشنهاد دیگر، انجام پژوهش‌های مقایسه‌ای بین بازی درمانی شناختی- رفتاری با سایر روش‌های درمانی نظیر درمان دارویی، درمان خانواده‌محور و آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌باشد. همچنین، بررسی تاثیر متغیرهای تعدیل‌کننده مانند سن، جنسیت، شدت اختلال و ویژگی‌های شخصیتی کودک بر میزان پاسخ به درمان نیز توصیه می‌شود. تشکیل کارگاه‌های آموزشی تخصصی برای روانشناسان بالینی و درمانگران کودک در زمینه اجرای صحیح پروتکل‌های بازی درمانی شناختی- رفتاری به منظور استانداردسازی فرآیند درمان و افزایش کیفیت خدمات ارائه‌شده به کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی در مراکز درمانی پیشنهاد می‌شود. همچنین، ایجاد پروتکل‌های درمانی یکپارچه که بازی درمانی شناختی- رفتاری را با مشاوره خانوادگی و آموزش مهارت‌های والدگری ترکیب نماید، می‌تواند اثربخشی روش‌های یکپارچه را افزایش دهد.

تعارض منافع

هیچ تعارض منفعی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش با هزینه شخصی انجام شد و هیچ حامی مالی برای آن وجود نداشت.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش دارای کد اخلاق با شناسه IR.IAU.SARI.REC.1404.121 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری بود.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان مقاله با یکدیگر مشارکت فعال داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش و تمام کسانی که به نحوی موثر در انجام این پژوهش همکاری کردند، تقدیر و تشکر می‌کنند.

References

- Occupational Therapy Journal, 67(4), 360-372.
<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12673>
- Goudarzi, M., Shiri, F., & Mahmoudi, B. (2019). Effectiveness of cognitive-behavioral family therapy on parent-child conflicts and marital conflict. *Quarterly of Applied Psychology*, 12(4), 531-551.
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.20084331.1397.12.4.4.4>
- Harris, B. A., Huntington, N., Sideridis, G., & Chan, E. (2023). Referring attention-deficit/hyperactivity disorder: Gaining perspective from advanced practice providers in primary care. *Clinical Pediatrics*, 62(7), 743-752.
<https://doi.org/10.1177/00099228221143916>
- Hjalmarsson, S., Fallesen, P., & Plenty, S. (2023). Not next to you: Peer rejection, sociodemographic characteristics and the moderating effects of classroom composition. *Journal of Youth and Adolescence*, 52(6), 1191-1205.
<https://doi.org/10.1007/s10964-023-01758-x>
- Khorsand Nobahar, B., & Shirooyeh, R. (2023). The effectiveness of play therapy based on cognitive-behavioral approach on reducing depression and isolation in homeless and poorly cared for girls. *Razi Journal of Medical Sciences*, 29(11), 280-288.
<https://rjms.iuums.ac.ir/article-1-7476-en.html>
- Kianoosh, Z., Mirzaian, B., & Nejat, H. (2023). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and parent-child interaction therapy on Parent-child interaction in children with separation anxiety disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 4(2), 44-53.
<https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.2.6>
- Loparo, D., Fonseca, A. C., Matos, A. P., & Craighead, W. E. (2023). A developmental cascade analysis of peer rejection, depression, anxiety, and externalizing problems from childhood through young adulthood. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 51(9), 1303-1314.
<https://doi.org/10.1007/s10802-023-01053-0>
- Ma, Y., Zuo, T., Liu, Z., Liu, S., Li, J., Wang, K., & et al. (2024). Association between childhood trauma and depressive symptoms in adolescents during the post COVID-19 pandemic: the mediating role of social peer rejection. *Psychology, Health & Medicine*, 29(10), 1776-1791.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2024.2407439>
- Marriott, B. R., Cho, E., Tugendrajah, S., Kliethermes, M. D., McMillen, J. C., Proctor, E. K., & Hawley, K. M. (2022). Role-play assessment of therapist adherence and skill in implementation of trauma-focused cognitive-behavioral therapy. *Administration and Policy in Mental Health*, 49(3), 374-384.
<https://doi.org/10.1007/s10488-021-01169-9>
- Moustafa, Y., Chauhan, M., & Rummans, T. A. (2022). Attention-deficit/hyperactivity disorder overdiagnosis and overprescriptions: Medicalization of distractions. *Mayo Clinic Proceedings*, 97(7),
- Azher, U., Srinath, S. K., & Nayak, M. S. (2025). A Randomized controlled trial on comparative evaluation of the efficacy of cognitive behavioral play therapy and tell-show-do technique in the behavior modification of uncooperative children during restorative procedure using Airotor. *Annals of African Medicine*, 11.
https://doi.org/10.4103/aam.aam_293_24
- Beeson, C. M. L., Brittain, H., & Vaillancourt, T. (2020). The temporal precedence of peer rejection, rejection sensitivity, depression, and aggression across adolescence. *Child Psychiatry and Human Development*, 51(5), 781-791.
<https://doi.org/10.1007/s10578-020-01008-2>
- Chou, W. J., Hsiao, R. C., Wang, P. W., & Yen, C. F. (2025). Multidimensional factors related to engagement in child-to-parent violence among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *International Journal of Medical Sciences*, 22(15), 3965-3973.
<https://doi.org/10.7150/ijms.116091>
- Duan, G., Wang, Y., Hou, H., & Li, T. (2024). Effect of cognitive-behavioral therapy-based physical play intervention on empathic ability of children with intellectual disabilities. *Scientific Reports*, 14(1), 30171.
<https://doi.org/10.1038/s41598-024-80066-1>
- Elnaem, M. H., Aboukhatwa, M. M., Elrggal, M. E., & Dehele, I. S. (2023). Attention deficit hyperactivity disorder: What are pharmacists' roles and associated outcomes? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2754.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20032754>
- Esteki Azad, N., Golparvar, M., & Sajjadian, I. (2021). Effectiveness of cognitive-behavioral art-play therapy and play therapy based on child-parent relationships among single parents' children. *Iranian Journal of Pediatric Nursing*, 8(2), 53-63.
<https://jpen.ir/article-1-605-en.html>
- Fine, M. A., Moreland, J. R., & Schwebel, A. I. (1983). Long-term effects of divorce on parent-child relationships. *Developmental Psychology*, 19(5), 703-713.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.19.5.703>
- Goldingay, S., Stagnitti, K., Robertson, N., Pepin, G., Sheppard, L., & Dean, B. (2020). Implicit play or explicit cognitive behaviour therapy: The impact of intervention approaches to facilitate social skills development in adolescents. *Australian*

- Journal of Family Psychology*, 36(3), 416-426.
<https://doi.org/10.1037/fam0000933>
- Yue, Y., Lu, K., & Ye, D. (2024). Parental non-involvement strategy for handling sibling conflict on social avoidance in migrant children: Chain mediation of sibling conflict and parent-child conflict. *Plos One*, 19(9), e0308561. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308561>
- Zaboli, P., Sani Zaker, B., & Hamidi, M. A. (2005). Measuring the advantages of psychodrama in the improvement of conflict-removing skills between mothers and daughters who are high school students in district 2 of Tehran. *Counseling Research*, 4(13), 81-100. <https://www.sid.ir/paper/70153/en>
- 1339-1344.
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2022.02.026>
- Mustafina, A., Amitov, S., & Ma, J. L. C. (2022). Multiple levels of factors protecting against peer rejection in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *SAGE Open*, 12(1), 215824402210821. <https://doi.org/10.1177/21582440221082147>
- Rajeswari, S. R., Chandrasekhar, R., Vinay, C., Uloopi, K. S., RojaRamya, K. S., & Ramesh, M. V. (2019). Effectiveness of cognitive behavioral play therapy and audiovisual distraction for management of preoperative anxiety in children. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 12(5), 419-422. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1661>
- Rezaeisharif, A., & Khademi Astane, Z. (2023). The effectiveness of play therapy on reducing separation anxiety disorder and isolation of elementary students. *Journal of School Counseling*, 2(4), 1-22. <https://doi.org/10.22098/jsc.2023.12566.1091>
- River, L. M., Treter, M. O., Rhoades, G. K., & Narayan, A. J. (2022). Parent-child relationship quality in the family of origin and later romantic relationship functioning: A systematic review. *Family Process*, 61(1), 259-277. <https://doi.org/10.1111/famp.12650>
- Sabounchi, O., Tarkhan, M., & Sadeghi, E. (2025). The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on emotional awareness and resilience in elementary school children. *Iranian Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 4(3), 1-9. <https://maherpub.com/jnnd/article/view/552>
- Salehi, S. (2016). Peer rejection among children with conduct disorder: Compare cognitive-behavioral therapy and behavioral parent training. *Arts and Social Sciences Journal*, 5(2), 1-9. file:///C:/Users/kavosh/Downloads/Peer_Rejection_among_Children_with_Conduct_Disorde.pdf
- Shafiullah, S., & Dhaneshwar, S. (2025). Current perspectives on attention-deficit hyperactivity disorder. *Current Molecular Medicine*, 25(3), 289-304. <https://doi.org/10.2174/1566524023666230522145950>
- Su, J., Conroy, I., Trevino, A., Zheng, Y., & Kuo, S. I. C. (2023). COVID-19 related stressors, parent-child relationship, and alcohol use and mental health profiles among white and Hispanic/Latinx first-year college students. *Child Psychiatry and Human Development*, 54(5), 1287-1296. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01337-4>
- Tahmasian, K., & Gholamrezaee, M. (2009). The relationship between self-efficacy and peer rejection. *Journal of Modern Psychological Researches*, 4(14), 107-123. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4310.html?lang=en
- Teufl, L., & Ahnert, L. (2022). Parent-child play and parent-child relationship: Are fathers special?