



Journal of Early Childhood Health and Education

Winter 2025, Volume 5, Issue 4 (18), 161-171

The Effectiveness of the Floortime Program on Behavioral Problems and Parent-child Interaction in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Roksana Mohamadzade¹, Fahime Hasannataj^{2*}, Abbas Ali Taghipoor Javan³

1. Master's Student, Department of Psychology, Amol Branch, Azad University, Amol, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Mazandaran University of Science and Technology, Babol, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Farhangian University, Tehran, Iran

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research

Pages: 161-171

Corresponding Author's Info

Email: f.hasannataj@ustmb.ac.ir

Article history:

Received: 2024/10/05

Revised: 2024/11/21

Accepted: 2024/11/28

Published online: 2025/02/28

Keywords:

Floortime program

Behavioral problems

Parent-child interaction

Attention deficit hyperactivity disorder

ABSTRACT

Background and Aim: This study aimed to investigate the effectiveness of the Floortime program on behavioral problems and parent-child interaction in children with attention deficit hyperactivity disorder. **Methods:** The current research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this research was all children with attention deficit hyperactivity disorder in Babol City in the academic year 1402-1403. The statistical sample in this research includes 30 children with hyperactivity disorder (15 for the control group and 15 for the experimental group) who were selected by available sampling and replaced in two groups simply randomly. The data collection tool was Connors's (1978) Children's Behavioral Problems Questionnaire and Pianta's (1994) Parent-Child Interaction Scale. In this research, the statistical method of multivariate covariance analysis was used in SPSS-24 software to analyze the obtained data. **Results:** The findings of the research showed that Floortime program training has a significant effect on behavioral problems and parent-child interaction in children with attention deficit hyperactivity disorder. **Discussions:** Floortime play therapy program is a practical and effective way to reduce behavioral problems and increase parent-child interaction. Therefore, it can be said that the therapeutic principles of Floortime, by focusing on the foundations of communication, emotional exchange, and the meaningful use of ideas, move the child towards transformational progress, facilitates.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence. © 2022 The Authors.

How to Cite This Article: Mohamadzade R., Hasannataj F, Taghipoor Javan AA (2025). The Effectiveness of the Floortime Program on Behavioral Problems and Parent-child Interaction in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *JECHE*, 5(4, 18): 161-171. DOI: 10.32592/jeche.5.4.161





اثربخشی برنامه فلورتایم بر مشکلات رفتاری و تعامل والد-کودک در کودکان با اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی

رکسانا محمدزاده^۱، فهیمه حسن‌نجاج^{۲*}، عباسعلی نقی پورجوان^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، واحد آمل، دانشگاه آزاد، آمل، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم و فنون مازندران، بابل، ایران

۳. استادیار گروه آموزش روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه فلورتایم بر مشکلات رفتاری و تعامل والد-کودک در کودکان با اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی است. **روش پژوهش:** روش پژوهش حاضر، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش کلیه کودکان با اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی شهر بابل در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بودند. نمونه آماری در این پژوهش شامل ۳۰ نفر از کودکان با اختلال بیش‌فعالی (۱۵ نفر برای گروه کنترل و ۱۵ نفر برای گروه آزمایش) بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه مشکلات رفتاری کودکان کانرز (۱۹۷۸) و مقیاس تعامل والد-کودک پیاننا (۱۹۹۴) بود. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS-۲۴ استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش برنامه فلورتایم بر مشکلات رفتاری و تعامل والد-کودک در کودکان با اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی تأثیر معناداری دارد. **نتیجه‌گیری:** برنامه بازی درمانی فلورتایم روشی کاربردی و اثرگذار بر کاهش مشکلات رفتاری و افزایش تعامل والد-کودک است. بنابراین می‌توان گفت که اصول درمانی فلورتایم با تمرکز بر پایه‌های برقراری ارتباط، مبادله عاطفی و کاربرد معنادار ایده‌ها، حرکت کودک را به سوی پیشرفت تحوّل‌ساز تسهیل می‌نماید.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: علمی - پژوهشی

صفحات: ۱۷۱-۱۶۱

اطلاعات نویسنده مسئول

ایمیل:

f.hasannataj@ustmb.ac.ir

سابقه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۷/۱۴

تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۰۱

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۰۹/۱۰

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۲/۱۰

واژگان کلیدی

برنامه فلورتایم

مشکلات رفتاری

تعامل والد-کودک

اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

محمدزاده، رکسانا؛ حسن‌نجاج، فهیمه؛ نقی پورجوان، عباسعلی (۱۴۰۳). اثربخشی برنامه فلورتایم بر مشکلات رفتاری و تعامل والد-کودک در کودکان با

اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی. فصلنامه سلامت و آموزش در اوان کودکی، ۵ (۴): ۱۷۱-۱۶۱

مقدمه

اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی^۱ یک اختلال عصبی- رشدی است که با سه ویژگی اصلی، یعنی نارسایی توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری^۲ توصیف می‌شود. شیوع این اختلال در جمعیت سنین مدرسه ۲ تا ۷ درصد گزارش می‌شود (انجمن روان‌شناسی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). یکی از موضوعات مهم موردعلاقه پژوهشگران، سلامت روانی والدین کودکان با اختلال بیش‌فعالی است. والدین کودکان با اختلال بیش‌فعالی به‌دلیل اینکه با چالش‌های والدگری بیشتری روبه‌رو هستند، فشار روانی بیشتری را تحمل می‌کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این والدین بیش از والدین کودکان عادی به اختلال‌های خلقی و اضطرابی^۴، احساس عدم کفایت در فرزندپروری^۵ و عدم رضایت از نقش والدینی خود دچار می‌شوند (بارکلی و فیشر^۶، ۲۰۱۹). پژوهش‌های گسترده‌تر در قلمرو کنش‌های خانواده نشان داده‌اند که در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی، تنیدگی والدینی، احساس بی‌کفایتی در والدگری، میزان مصرف الکل، محدودیت روابط، تعارض زناشویی، جدایی، طلاق، خشم، افسردگی و انزوای بیشتر است (کلاسن، هولبروک^۷، ۲۰۲۴؛ بارکلی و فیشر^۸، ۲۰۱۶). بنابراین با در نظر گرفتن شواهد بالا، اقدام‌های مداخله‌گرایانه حمایت اجتماعی و سایر برنامه‌های حمایتی به‌منظور ارتقای بهداشت روانی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی بیش‌ازپیش ضرورت می‌یابد.

در این راستا، برنامه درمانی فلور تایم^۹ به‌عنوان یکی از رایج‌ترین و مؤثرترین شیوه‌های درمانگری است که اثربخشی آن بر جنبه‌های مختلف رفتار کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و والدینشان تأیید شده است (بدایی، پیرانی و تقوایی^{۱۰}، ۲۰۲۱). مدل فلور تایم در سال ۱۹۹۷ از سوی گرین اسپن و وایدنر^{۱۱}، براساس ایجاد رابطه، پایه‌گذاری شده است. این برنامه بر مبنای رویکرد تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط^{۱۲}، راهکاری را برای بهبود رشد کودک ارائه می‌دهد؛ این رویکرد به‌عنوان چهارچوبی یکپارچه‌نگر به تحول روان‌شناختی انسان تلاش دارد تا با استفاده از آخرین یافته‌های علوم عصبی- شناختی^{۱۳}، روان‌شناسی تحولی^{۱۴}، زبان‌شناسی^{۱۵}، ارتباطات و تجربیات بالینی^{۱۶} مدل جامعی از رشد انسان ارائه دهد که در آن چگونگی تحول یکپارچه انسان توصیف و تبیین شود. گرینسپن و وایدنر (۲۰۰۶) به‌عنوان نظریه‌پردازان مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط شناخته می‌شوند. این مدل از نتایج تحقیق شش‌ساله گرینسپن و همکاران (۱۹۸۷) الهام گرفت که در آن به بررسی خانواده‌های در معرض خطر و کودکان دارای چالش‌های تحولی در دوران نوزادی و کودکی پرداختند. این برنامه بر مبنای تفاوت‌های فردی و روابط، راهکاری را برای بهبود رشد کودک ارائه می‌دهد که به تقویت شش مهارت اساسی رشد خواهد انجامید. این شش مهارت عبارت‌اند از خودتنظیمی^{۱۷} و علاقه به دنیا، صمیمیت^{۱۸}، ارتباط دوجانبه^{۱۹}، ارتباط پیچیده^{۲۰}، باورهای هیجانی و تفکر منطقی^{۲۱}، بهبود در شکل‌گیری این ابعاد شش‌گانه، برای رشد عقلانی و عاطفی کودک موردنیاز است و به کودکان مبتلا به طیف اتیسم کمک می‌کند تا بر مهارت‌هایی مانند ایجاد ارتباط و تفکر توانمند

۱. Attention Deficit Hyperactivity Disorder
۲. Impulsiveness
۳. American Psychiatric Association
۴. Mood and Anxiety Disorder
۵. Parenting
۶. Barkley, R.A & Fischer, M
۷. Claussen, A.H & Holbrook, G.R
۸. Floortime
۹. Greenspan, S.I. & Wieder, S
۱۰. Developmental, individual differences, relationship- based model
۱۱. Neuro-cognitive sciences
۱۲. Developmental psychology
۱۳. Linguistics
۱۴. Communication and Clinical experiences
۱۵. Self-Regulation
۱۶. Intimacy
۱۷. Two-way communication
۱۸. Complex communication
۱۹. Emotional beliefs and Logical thinking

شوند. در این رویکرد، چالش‌ها و تفاوت‌های فردی کودک در نظر گرفته می‌شود. جنبه اصلی رویکرد فلورتایم، توجه و دقت نسبت به علائق کودک و کمک گرفتن از چیزهایی است که کودک به آن‌ها توجه نشان می‌دهد. این ویژگی امکان آن را فراهم می‌کند که مراقبان در علائق کودک مشارکت کنند. والدین نیز از این طریق نسبت به هیجانات کودک خود، آگاهی کسب می‌کنند (گریسپن و وایدر، ۲۰۲۳).

از متغیرهای پژوهش که می‌تواند تحت‌تأثیر برنامه فلورتایم قرار گیرد، مشکلات رفتاری^۱ و تعامل والد-کودک^۲ است؛ چراکه کودکان در طول دوران رشد مشکلات رفتاری و هیجانی خاصی پیدا می‌کنند که این مشکلات ناشی از فشارهای رشد و ناسازگاری با انتظارات خانواده و اجتماع است (کارولین و گوردون^۳، ۲۰۲۳). مشکلات رفتاری به رفتاری اطلاق می‌شود که بدون پایین بودن بهره هوشی، تعادل روانی و رفتاری از اندازه عمومی اجتماع دور و دارای شدت، تکرار، مداومت در زمان‌ها و مکان‌های متعدد باشد. به طوری که در عملکرد تحصیلی، رفتار فرد دچار درمادگی و کاهش میزان کارایی می‌شود. این گونه کودکان مرتب از سوی اطرافیان به طور مستقیم یا غیرمستقیم طرد می‌شوند و در مدرسه مرتب از آن‌ها گله و شکایت دارند (کاپلان و سادوک^۴، ۲۰۲۲). همچنین، تعامل والد-کودک به تعامل قوی و مؤثر، درک و پذیرش متقابل بین والدین و فرزندان و برآوردن نیازهای واقعی فرزندان اشاره دارد (چنگ، یانگ و لی^۵، ۲۰۲۱). کارنس هولت^۶ (۲۰۲۲) معتقد است که تعامل والد-کودک یک رابطه مهم و حیاتی برای ایجاد امنیت و عشق است که متشکل از ترکیبی از رفتارها، احساسات و انتظاراتی است که منحصر به پدر و مادر خاص و یک کودک خاص است. این تعامل نخستین معرف دنیای ارتباطات برای کودک است و احساس عشق، امنیت و صمیمیت به طور مستقیم در این روابط ریشه دارند (کارنس-هولت، ۲۰۲۲). ایجاد و حفظ روابط بین والدین و فرزندان باعث تعامل قوی بین والدین و کودک می‌شود و به طور قابل توجهی به درک و پذیرش متقابل بین والدین و فرزند کمک می‌کند (اوین^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). در پژوهشی زاگور^۸ و همکاران (۲۰۰۷) بعد از یک سال ارائه مداخله نشان دادند مدل فلورتایم بهبودی قابل توجهی را در کودک ایجاد کردند و بعد از یک سال مداخله، توان تعامل والد-کودک بهبود یافت. همچنین، گرین اسپین و وایدر (۲۰۲۳) تأثیر مداخله فلورتایم را بر ۲۰۰ کودک با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بررسی کردند. این کودکان جزء طبقات متوسط به بالای جامعه بودند. بعد از ۲ سال مداخله، در ۵۸ درصد این کودکان نشانه‌های بهبودی علائم نقص توجه/بیش‌فعالی دیده شد. همچنین، نتایج تحقیق راس^۹ (۲۰۲۲) نشان داد بازی درمانی فلورتایم بر خلأیت پیش‌دستانی و مهد کودک تأثیر داشته است. در این حوزه پژوهش‌های متعدد دیگری انجام شده است که در مطالعات خارجی می‌توان به سولومون^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۷)، پاجرایا و رولرز^{۱۱} (۲۰۲۱)، مک‌گیو^{۱۲} (۲۰۲۰)، لی، چونگ و هو^{۱۳} (۲۰۱۹) و در مطالعات داخلی می‌توان به روغنی، جلیلی و پیمانی (۲۰۲۲)، بداقی و همکاران (۲۰۲۲)، بلقان و عرفانی فر (۲۰۲۱)، حسن‌نجاج و همکاران (۲۰۲۱)، ضرابی مقدم و امین‌یزدی (۲۰۲۰) اشاره کرد.

با توجه به مطالب ذکر شده در باب اهمیت موضوع، انجام هر گونه پژوهشی در این موارد می‌تواند راهگشای تحقیقات مشابه در این زمینه باشد تا هر چه بیشتر اهمیت بازی درمانی فلورتایم بر کاهش مشکلات رفتاری و افزایش تعامل والد-کودک در کودکان و راه‌ها

۱. Behavioral problems
۲. Parent-child interaction
۳. Caroline,S, Gordon,P
۴. Kaplan,H, Sadock,B
۵. Cheng, Y.C
۶. Carnes- Holt,K
۷. Ewin,C.A,& Colleagues
۸. Zachor,D
۹. Ross,R
۱۰. Solomon,R
۱۱. Pajareya,K, Ruslers,K
۱۲. McGive,D.E
۱۳. Li,WH

و زمینه‌های رشد و پرورش آن‌ها مشخص شود (جدول ۱). از یافته‌های پژوهش حاضر نیز می‌توان برای پرورش تعامل والد-کودک، رشد اجتماعی و نیز پیشگیری از مشکلات رفتاری کودکان استفاده کرد و جامعه را از بسیاری از خسارت‌های اقتصادی و عاطفی حفظ کرد. بنابراین سؤال پژوهش این است که آیا برنامه فلور تایم بر مشکلات رفتاری و تعامل والد-کودک در کودکان با اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی تأثیر دارد؟

جدول ۱: شرح مختصر جلسات بازی درمانی فلور تایم

جلسه	اهداف
جلسه اول و دوم	معارفه درمانگر و والدین توصیف روند درمان برای والدین، پاسخ به ابهامات و سؤالات والدین، انجام پیش‌آزمون مشاهده نوع تعامل مادر کودک، پدر کودک، مشخص کردن نقاط ضعف و قوت هر کدام
جلسه سوم و چهارم	در ادامه جلسه قبل، به دست آوردن دیدی واقع‌بینانه‌ای از سطح تعامل و ارتباط صمیمانه والد کودک قرارگیری درمانگر در نقش والد و انجام عمل‌های متناسب با سطوح تحول کودک و با توجه به تنظیم حسی-هیجانی کودک
جلسه پنجم	اجرای فلور تایم در جلسه درمان توسط والدین و تصحیح خطاهای احتمالی و دادن تکلیف انجام فلور تایم در منزل توسط والدین
جلسه ششم و هفتم	متناسب با رینم حسی هیجانی عاطفی کودک و نوع رفتار و درخواستی که کودک دارد، ایجاد فضای بازی گونه و آزادانه برای کودک و تجربه صمیمیت و تعامل و بازی بدون ساختار با کودک و ثبت واکنش حسی هیجانی از نوع کم‌پاسخ‌دهی یا بیش‌پاسخ‌دهی حسی
جلسه هشتم و نهم	با در نظر گیری شرایط حسی هیجانی کودک، همراه شدن با او در هر حرکتی که انجام می‌دهد از حرکات درشت تا ظریف؛ به گونه‌ای که تجربه حس مشترک را مورد توجه خود داشته باشد تا کاری که انجام می‌دهد مورد توجه و پاسخ حداکثری قرار گیرد.
جلسه دهم و یازدهم	به تداوم و گسترش مبادلاتی که ایجاد می‌شود، توجه و برای تجربه هیجانی بالاتر در مبادله‌های هر چند ساده تلاش می‌شود. به عبارت دیگر، توجه هم‌زمان به تعداد مبادلات دوسویه و عمق تجربه هیجانی
جلسه دوازدهم و سیزدهم	فرصت دادن به کودک که با آزادی هر چه بیشتر در فضای اتاق درمان تمایلی را که دارد، نشان دهد؛ مانند انتخاب مکان نشستن، فاصله‌ای که انتخاب می‌کند، وضعیت بدنی مثلاً خوابیدن و غلتیدن همراهی با او در این حرکات اجازه جست‌وجو و کنجکاوی دادن، حتی به صورت و اعضای صورت و بدن درمانگر از سوی کودک و در دقت زیاد در برقراری ارتباط چشمی و انتقال هیجانی و مبادلات چشمی با نزدیک و دور کردن خود و یا صورت کودک
جلسه چهاردهم و پانزدهم	با رعایت فضای شاد و بازی گونه و رفتار آهنگین نوازش گونه با انگشتان دست کودک بازی کردن، در آغوش و بغل گرفتن و به میزان رضایت کودک نگاه داشتن شروع بوسیدن و نوازش انگشتان به سمت سرورادن و صورت و توجه به انتقال و مبادلات غیر کلامی و کلامی متناسب با کاری که انجام می‌شود و حالات حسی هیجانی کودک
جلسه شانزدهم	بررسی پیشرفت کودک با والدین، جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته، نتیجه‌گیری و اجرای پس‌آزمون

روش پژوهش

این پژوهش از نوع مطالعات شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش کلیه کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی شهر بابل در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بودند. نمونه آماری در این پژوهش شامل ۳۰ نفر از کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی (۱۵ نفر برای گروه کنترل و ۱۵ نفر برای گروه آزمایش) بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. معیارهای ورود به این پژوهش شامل دریافت تشخیص بیش‌فعالی، نداشتن بیماری جسمی یا روانی، عدم وجود اختلالات حسی و ذهنی مانند آسیب بینایی، آسیب شنوایی و کم‌توانی ذهنی و معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از غیبت بیش از دو جلسه در پروتکل بازی درمانی، عدم تکمیل پرسش‌نامه‌ها و تمایل نداشتن به ادامه شرکت در مطالعه.

ابزارهای پژوهش

- پرسش‌نامه مشکلات رفتاری کانرز^۱ (۱۹۷۸): فرم کوتاه و ویژه والدین از سوی کیت کانرز^۲ در سال ۱۹۷۸ ساخته شد و در سال‌های

۱. Connors Behavioral Problems Questionnaire

۲. Connors K

بعد تجدیدنظر گردید. این مقیاس نخستین بار به منظور سنجش میزان تأثیر داروهای محرک روی کودکان بیش فعال (ADHD) و با هدف تشخیص این کودکان با کودکان عادی طرح ریزی شد. در ابتدا سؤالات این مقیاس از طریق گردآوری غیررسمی اطلاعات از والدینی که کودکان خود را به مرکز درمانی دانشگاه جان هاپکینز ارجاع دادند، اخذ شد. این پرسش نامه دارای ۴۸ گویه است و توسط والدین تکمیل می شود. نمره گزاری براساس مقیاس لیکرت ۴ گزینه ای (تقریباً هرگز=۰، گاهی=۱، اغلب اوقات=۲، تقریباً همیشه=۳) است. کمترین نمره این آزمون ۰ و بیشترین نمره ۱۴۴ است. در ایران تعیین روایی و پایایی پرسش نامه از سوی شهیم و همکاران انجام شد. هدف از این پژوهش، هنجاریابی و تعیین روایی و پایایی مقیاس درجه بندی کانرز فرم کوتاه ویژه والدین در گروهی از دانش آموزان دبستانی شهر شیراز بود. نمونه هنجار مشتمل بر ۵۹۸ کودک (۲۹۲ دختر و ۳۰۶ پسر) بود که به روش نمونه گیری طبقه ای براساس سن و جنس انتخاب شدند و والدین، پرسش نامه را برای این کودکان تکمیل کردند. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس ها و نمره کل بین ۰/۷۶ (زیر مقیاس اضطراب خجالتی) تا ۰/۹۰ (زیرمقیاس سلوک) متغیر است و تمامی ضرایب در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است (شهیم، یوسفی و قنبری، ۲۰۰۸). جهت به دست آوردن پایایی بازآزمایی، پرسش نامه بعد از ۴ تا ۶ هفته، مجدداً به والدین داده شد و ضرایب همبستگی بازآزمایی برای نمره کل ۰/۵۸ و برای زیرمقیاس های مشکلات روان تنی، مشکلات سلوک، اضطراب خجالتی و مشکلات اجتماعی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۴، ۰/۶۲، ۰/۴۱ و ۰/۴۱ به دست آمده است (شهیم و همکاران، ۲۰۰۸). در این پژوهش، روایی با استفاده از همبستگی نمره هر خرده مقیاس با نمره کل محاسبه شد. در مجموع، همه ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. پایایی از طریق آلفای کرونباخ محاسبه گردید که ضرایب آن از ۰/۶۷ (اضطراب خجالتی) تا ۰/۸۳ (سلوک) متغیر بود. - مقیاس تعامل والد-کودک پینتا^۱ (۱۹۹۴): این مقیاس از سوی پینتا در سال ۱۹۹۴ با هدف توصیف ثبات و سازگاری ادراک والدین از روابط خود با فرزندشان در یک نمونه ۵۶۳ نفری ساخته شده و شامل ۳۳ ماده است که ادراک والدین، به خصوص مادر، در مورد رابطه با کودک را می سنجد. در پژوهش حاضر از این مقیاس جهت سنجش رابطه مادر-کودک استفاده شده است. این مقیاس خود گزارشی بوده و شامل حوزه های نزدیکی (گویه های ۱، ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۲۹ و ۳۰)، وابستگی (گویه های ۹، ۱۱، ۱۵، ۱۸، ۲۰ و ۲۲)، تعارض (گویه های ۲، ۳، ۴، ۷، ۱۲، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۳۱، ۳۲ و ۳۳) و رابطه مثبت کلی (که همان نمره کل است از مجموع نمرات حوزه نزدیکی و معکوس نمرات حوزه تعارض و وابستگی به دست می آید) است. تعارض بیانگر درجه ای است که مادر احساس می کند رابطه نامطلوب و منفی با فرزند خویش دارد. نزدیکی بیانگر ادراک مادر از رابطه گرم، عاطفی و ارتباط نزدیک با فرزند خویش است. وابستگی بیانگر ادراک مادر از میزان وابستگی بیش از حد کودک به والدین است. شیوه نمره گذاری آن براساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرتی از ۱ تا ۵ است (قطعاً صدق نمی کند=۱، صدق نمی کند=۲، مطمئن نیستم=۳، تاحدی صدق می کند=۴ و قطعاً صدق می کند=۵). در این مقیاس کسب نمره بالا به معنای تعامل مادر-کودک مطلوب تر و کسب نمره پایین به معنای تعامل مادر-کودک نا مطلوب است. این مقیاس برای سنجش رابطه والد-کودک در تمام سنین استفاده می شود (تجربشی و همکاران، ۲۰۱۳). دریکسول و پینتا^۲ (۲۰۱۱) در پژوهشی جهت سنجش پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، مقدار این ضریب را برای حوزه های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۹ و ۰/۸۰ گزارش کرده اند. در ایران نیز پایایی این پرسش نامه از طریق آلفای کرونباخ از سوی ابارشی و همکاران (۲۰۰۳) در حوزه های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۰، ۰/۶۱ و ۰/۸۶ گزارش شده است.

شیوه اجرا

پژوهشگر پس از اخذ تأییدیه اخلاقی و کسب مجوزهای رسمی از اداره بهزیستی شهرستان بابل، با حضور در مراکز مشاوره تخصصی کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی این شهر ضمن معرفی خود، ۳۰ نفر از کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی را به صورت

۱. Pianta Parent-Child Interaction Scale

۲. Driscoll, K & Pianta, R.C

نمونه‌گیری در دسترس انتخاب کرد. پس از انتخاب نمونه‌ها، پرسش‌نامه مشکلات رفتاری کودکان کانرز (۱۹۷۸) و مقیاس تعامل والد-کودک پیاننا (۱۹۹۴) به‌عنوان پیش‌آزمون در بین آن‌ها توزیع و توسط شرکت‌کنندگان به‌صورت جداگانه تکمیل شد. در این پژوهش برنامه مداخله‌ای فلور تایم به‌صورت جلسات بازی‌درمانی برای مدت ۲ ماه و به‌صورت هفته‌ای حداقل دو جلسه در مجموع ۱۶ جلسه ارائه و سپس پس‌آزمون اجرا شد. در تمام مراحل اجرایی، پژوهشگر در تعامل نزدیک با شرکت‌کنندگان بود و به ابهام و اشکال‌های احتمالی پاسخ می‌داد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از میانگین، انحراف استاندارد و در بخش استنباطی با توجه به فرض‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره^۱ استفاده شده است.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین مشکلات رفتاری در گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۱۰۳/۲۰ و در پس‌آزمون ۱۰۲/۶۷ و همچنین میانگین تعامل والد-کودک در گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۱۰۴/۶۰ و در پس‌آزمون ۱۰۸/۱۵ است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در قبل و بعد از برنامه فلور تایم

متغیر گروه	مشکلات رفتاری		تعامل والد کودک	
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۱۰۳/۲۰	۰/۷۷
	کنترل	۱۵	۱۰۲/۱۵	۲/۸۷
پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۱۰۲/۶۷	۰/۸۷
	کنترل	۱۵	۹۹/۱۰	۲/۹۲

برای مقایسه هم‌زمان میانگین تفاضل نمرات پس‌آزمون-پیش‌آزمون هر کدام از متغیرها، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. برای این کار، ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک تأیید شد ($p \geq 0/05$) و سپس آزمون لوین جهت بررسی شرط همگنی واریانس‌ها به عمل آمد و ملاحظه شد که شرط همگنی واریانس‌ها برای متغیر مشکلات رفتاری ($F=1/22$)، $(p \geq 0/05)$ و برای متغیر تعامل والد کودک ($F=1/25$)، $(p \geq 0/05)$ برقرار است. همچنین برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس پراکندگی (ماتریس واریانس-کوواریانس)^۲ نتایج آزمون باکس ($F=1/33$)، $(p=0/30)$ و $(F=259920)$ و (3) این مفروضه برقرار است. با توجه به مقدار $(p=0/30)$ ، $(F=1/33)$ و (259920) و (3) ، آزمون همگنی ماتریس‌های پراکندگی معنادار نیست و این بیانگر آن است که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده‌شده متغیرهای کمی تحقیق (یعنی مشکلات رفتاری و تعامل والد-کودک) در بین گروه‌های کنترل و آزمایش با هم برابر هستند.

جدول ۳: نتایج آزمون باکس برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس پراکندگی (ماتریس واریانس-کوواریانس)

شاخص آماری	آماره باکس	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
گروه‌ها	۲/۰۹	۱/۳۳	۳	۲۵۹۹۲۰	۰/۳۰

بر اساس جدول ۴، فرض همگنی شیب‌های رگرسیون بررسی شده است، تعامل بین دو گروه و پیش‌آزمون مشکلات رفتاری و تعامل والد کودک معنادار نیست. به عبارت دیگر، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیونی پشتیبانی می‌کنند ($P > 0/05$). با توجه به داده‌های جدول ۵ و مقدار آزمون لامبدا-ویلکز ($p=0/01$)، $(F=0/08)$ و (2) و (35) نتیجه می‌گیریم که فرضیه مشابه بودن

۱. Multivariate Analysis of Covariance

۲. Variance-Covariance Matrix

میانگین‌های دو گروه براساس متغیرهای وابسته (مشکلات رفتاری و تعامل والد و کودک) رد می‌شود و تحلیل کوواریانس چندمتغیری به‌طور کلی معنادار است.

همان‌طور که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود. مقدار F و سطح معناداری نشان می‌دهد بین دو گروه اثر اختلافی وجود دارد ($P \leq 0.05$). به‌عبارت‌دیگر، بین مشکلات رفتاری و تعامل والد-کودک در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین با توجه به نتایج می‌توان گفت که برنامه فلورتایم بر مشکلات رفتاری و تعامل والد-کودک در کودکان با اختلال نقص توجه-بیش فعالی تأثیر دارد.

جدول ۴: بررسی فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری
گروه ×	۰/۹۸	۲	۰/۴۹	۰/۸۵	۰/۴۳
پیش‌آزمون	۹/۹۸	۲	۴/۹۹	۲/۸۲	۰/۰۷۴
خطا	۱۸/۴۳	۳۲	۰/۵۷		
	۵۶/۵۵	۳۲	۱/۷۶		
کل	۲۸۰/۴۰	۳۹			
	۲۳۵/۶۰	۳۹			

جدول ۵: خلاصه اطلاعات تحلیل کواریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل برای آزمون اثر متقابل

منبع تغییرات	مقدار آماره آزمون	مقدار F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرض	سطح معنی داری
اثر پیلا	۰/۹۱	۱۷۹/۷۶	۲	۳۵	۰/۰۰۱
لامبدا-ویکتر	۰/۰۸	۱۷۹/۷۶	۲	۳۵	۰/۰۰۱
اثر هوتلینگ	۱۰/۲۷	۱۷۹/۷۶	۲	۳۵	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۰/۲۷	۱۷۹/۷۶	۲	۳۵	۰/۰۰۱

جدول ۶: خلاصه تحلیل کواریانس چندمتغیری مشکلات رفتاری و تعامل والد-کودک در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	مجدور تا	توان آماری
مشکلات رفتاری	۱۶۴/۰۳	۱	۱۶۴/۰۳	۲۱۲/۰۱	۰/۰۰۰	۰/۴۵	۱
تعامل والد-کودک	۱۵۹/۶۰	۱	۱۵۹/۶۰	۸۵/۶۳	۰/۰۰۰	۰/۵۵	۱
مشکلات رفتاری	۲۷/۸۵	۳۶	۰/۷۷				
	۶۷/۱۰	۳۶	۱/۸۶				
مشکلات رفتاری	۲۸۰/۴۰	۳۹					
	۲۳۵/۶۰	۳۹					

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامه فلورتایم بر مشکلات رفتاری و تعامل والد-کودک در کودکان با اختلال نقص توجه-بیش فعالی انجام شد. نتایج امیدوارکننده‌ای در کاهش مشکلات رفتاری و بهبود تعامل والد-کودک حاصل شد. نتایج این پژوهش نشان داد، بازی درمانی فلورتایم بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی مؤثر بوده است. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های گرینسپن و وایدر (۲۰۲۳)، سولومون و همکاران (۲۰۰۷)، مک‌گیو (۲۰۲۰) و روغنی و همکاران (۲۰۲۲) همسوست. در پژوهشی که سولومون و همکاران (۲۰۰۷) انجام دادند، ۶۸ کودک به‌عنوان نمونه موردبررسی انتخاب شدند و با

مداخله فلورتایم تحت درمان قرار گرفتند و در عملکرد رشد هیجانی ۴۵ درصد از آن‌ها، از خوب تا خیلی خوب پیشرفت حاصل شد. آن‌ها دریافتند که والدینی که نتایج درمانی خوبی دریافت نکردند، ساعت‌های مداخله کمتری را برای فرزندانشان اختصاص می‌دادند. در مطالعه‌ای که توسط مک‌گیو (۲۰۲۰) با عنوان بررسی اثربخشی بازی‌درمانی فلورتایم بر کاهش مشکلات رفتاری، افزایش سازگاری عاطفی، بهبود مفهوم و افزایش خودکنترلی در شمال تگزاس بر روی کودکان پیش‌دبستانی انجام شد، نتایج پژوهش حاکی از آن بود که تمایلات مثبت در رفتار کودکان ایجاد شد.

در تبیین این یافته باید گفت کودک بیش‌فعال که به نظر می‌رسد با دیگران همدلی نمی‌کند، در بازی‌درمانی فلورتایم، ارتباط اطمینان‌بخش و رشددهنده همراه با توجه مشترک و جذب صمیمانه را می‌آموزد. در این رویکرد والد به همراه متخصص به آرامی و با توجه به علائق کودک، کودک را به ارتباط جلب می‌کند. همچنین در مبادله دوسویه محدودیت‌هایی در پرخاشگری و رفتارهای مشکل‌آفرین کودک در نظر گرفته می‌شود. همان‌طور که در برنامه جامع تحولی بیان شد، ایجاد محدودیت و تعیین قواعد در برنامه و به همان میزان گسترش فلورتایم به کاهش مشکلات رفتاری در کودک نوپا منجر می‌شود (حسن‌نتاج، ۲۰۲۱). در ابتدای درمان برای تعامل برقرار کردن با کودک به جای سطح نمادین یا کلامی که بسیار بالاتر از سطح تحول اوست، از مبادلات ساده حرکتی استفاده شد و سپس تعاملات حرکتی پیچیده‌تری به کار رفت که در آن‌ها از نمادها تنها با هدف مرتبط کردن با اشارات بدنی که تابه‌حال به کار رفته بود، استفاده گردید. به‌مرور در حین بازی، کودکان با جذب شدن آرام، به تدریج و بدون مزاحمت به مادرانشان حلقه‌های ارتباطی بیشتری ایجاد می‌کردند و یک تعامل واقعی رخ می‌داد و فرصت مناسبی ایجاد می‌شد که توانمندی‌های پنهان کودک در همان محدوده اعمالی که در آن‌ها جذب شده بود، کشف شود. بنابراین، مجموع این عوامل باعث کاهش مشکلات رفتاری در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی می‌شود.

همچنین، نتایج پژوهش نشان داد تعامل والد-کودک از طریق بازی‌درمانی فلورتایم بهبود می‌یابد. در همین راستا، پاجرایا و رولرز (۲۰۲۱) پژوهشی را با عنوان مداخله فلورتایم مبتنی بر آموزش والدین برای کودکان ۲-۶ سال مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی انجام دادند. در این مطالعه به جای اینکه تعالیم مستقیماً به خود کودک ارائه شود، به‌طور کامل در اختیار والدین قرار گرفت. مطالعه نشان داد که گروه آزمایش بعد از ارائه مداخلات، از نظر ارتباط و تعامل با مراقبان، در وضعیت بهتری قرار داشتند. همچنین، ضرابی‌مقدم و امین‌یزدی (۲۰۲۰) پژوهشی را با عنوان اثربخشی بازی‌درمانی فلورتایم بر بهبود کم‌رویی کودکان پیش‌دبستانی انجام دادند. نتایج نشان داد بازی‌درمانی فلورتایم بر تعامل والد-کودک و کاهش کم‌رویی در کودکان تأثیر داشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت که براساس مداخله بازی‌درمانی فلورتایم، درمانگر زمانی را فعالانه صرف آموزش والدین کرد تا آن‌ها بتوانند از رویکرد فلورتایم برای بازی با کودکان استفاده کنند. درمانگر به والدین کمک کرد که نحوه درست تعامل با فرزندانشان را فراگیرند تا بتوانند توانمندی کودک برای توجه مشترک و جذب شدن به انسان‌ها و مبادله دوسویه، ابراز نمادین احساسات، ایده‌ها و نیت‌ها، سازمان‌یابی، افتراق و ارتباط دادن معانی را توسعه دهند. در روند درمان، رویکرد درمانی با هر کودک هماهنگ و به‌عبارتی مسیرهای حسی و طرح‌های حرکتی هر کودک بررسی می‌شود و متناسب با آن درمان صورت می‌گیرد (گریسنپن و وایدر، ۲۰۲۳).

پژوهش حاضر با فراهم کردن محیط امن و ایجاد فضای هیجانی از طریق بازی موجب برقراری ارتباط مناسب مادر-کودک شد و در پایان نشان داد که افزایش میزان آگاهی مادر همراه با مشارکت فعال او در منزل و کلینیک به‌منظور اجرای برنامه‌های فلورتایم می‌تواند به‌عنوان عامل بسیار مهمی در افزایش میزان صمیمیت و کاهش تعارض و درنهایت افزایش کیفیت تعامل والد-کودک باشد.

از میان محدودیت‌هایی که در این مطالعه وجود داشت، می‌توان گفت با توجه به مقطعی بودن تحقیق حاضر، شاید محقق نتوانسته باشد تصویر کاملی از متغیر مشکلات رفتاری و تعامل والد-کودک ارائه کند. عوامل اثرگذار بر این متغیرها از قبیل حمایت‌های اجتماعی رسمی و غیررسمی، عملکرد خانواده گسترده و متغیرهای شخصیتی مختلف باید در پژوهشی گسترده‌تر، چه از لحاظ زمانی و چه از نظر حجم نمونه، بررسی شوند. با توجه به اثربخش بودن درمان فلورتایم بر مشکلات رفتاری و تعامل والد-کودک، پیشنهاد

می شود چنین درمان هایی برای مشکلات رفتاری و تعامل والد-کودک و ارتقای سلامت روان، توسط مشاوران برای کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی در مهد کودک ها و مدارس توسط سازمان آموزش و پرورش و بهزیستی کشور ارائه شود.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد است. در پژوهش حاضر تمامی ملاحظات و معیارهای اخلاقی رایج رعایت شده است. همچنین به آزمودنی ها اصول رازداری، حفظ حریم شرکت کنندگان، بدون نام بودن پرسش نامه ها و چگونگی روند مداخله توضیح داده شد.

حامی مالی

این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمان دولتی یا خصوصی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه پیش نویس مقاله، بازبینی و اصلاح مقاله برعهده داشتند.

تضاد منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی والدینی که در انجام این پژوهش همکاری و مساعدت کردند، قدردانی و تشکر می شود.

References

- Abareshi Z, Tahmasian K, Mazaheri M A, Panaghi L. (2009). The impact of psychosocial Child Development training program, done through improvement of mother-child interaction, on parental self-efficacy and relationship between mother and child under three. *Journal of Research in Psychological Health*, 3 (3):49-58. <http://rph.khu.ac.ir/article-1-115-en.html>
- American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association, D. S. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Barkley, R. A., & Fischer, M. (2019). Hyperactive child syndrome and estimated life expectancy at young adult follow-up: the role of ADHD persistence and other potential predictors. *Journal of Attention Disorders*, 23(9), 907-923. [10.1177/1087054718816164](https://doi.org/10.1177/1087054718816164)
- Barkley, R. A., Fischer, M. (1990) The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria. An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry*, 29, 546-557. [10.1097/00004583-199007000-00007](https://doi.org/10.1097/00004583-199007000-00007)
- Bodaghi M, Pirani Z, Taghvaei D. (2021). The Effectiveness Floor Time Play Therapy on Emotion Management, Self-Control, and Executive Functions in Students with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of research in behavioral sciences*. 19 (3):381-391. [10.52547/rbs.19.3.381](https://doi.org/10.52547/rbs.19.3.381)
- Bolghan-Abadi M, Erfanyfar B. (2021). Effectiveness of floor time play therapy on the oppositional defiant and hyperactivity disorders on reducing of preschool children. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 11 (2), 1-20. (in Persian). https://jac.scu.ac.ir/article_17138.html?lang=en
- Carnes- Holt, k. (2022). Child- parent relationship therapy for adoptive families. *Family Journal*, 4, 419- 426. [10.1177/1066480712451242](https://doi.org/10.1177/1066480712451242)
- Caroline S. Gordon. P. (2023). Assessment and treatment of childhood problems. Translator: Fyrvzbkht, M. Tehran. Publisher: Danzh. <https://rahbaranketab.com/product/>
- Cheng, Y. C., Yang, T. A., & Lee, J. C. (2021). The Relationship between Smartphone Addiction, Parent-Child Relationship, Loneliness and Self-Efficacy among Senior High School Students in Taiwan. *Sustainability*, 13(16), 9475. [10.3390/su13169475](https://doi.org/10.3390/su13169475)
- Claussen, A. H., Holbrook, J. R., Hutchins, H. J., Robinson, L. R., Bloomfield, J., Meng, L., ... & Kaminski, J. W. (2024). All in the family? A systematic review and meta-analysis of parenting and family environment as risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children.

- Prevention Science*, 25(Suppl 2), 249-271. [10.1007/s11121-022-01358-4](https://doi.org/10.1007/s11121-022-01358-4)
- Driscoll, K., & Pianta, R. C. (2011). Mothers' and Fathers' Perceptions of Conflict and Closeness in Parent-Child Relationships during Early Childhood. *Journal of Early Childhood & Infant Psychology*, (7). <https://psycnet.apa.org/record/2013-00755-001>
- Ewin, C. A., Reupert, A. E., McLean, L. A., & Ewin, C. J. (2021). The impact of joint media engagement on parent-child interactions: A systematic review. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 3(2), 230-254. [10.1002/hbe2.203](https://doi.org/10.1002/hbe2.203)
- Greenspan, S.I. & Wieder, S. (2023). *The Child with Special Needs. Encouraging Intellectual and Emotional Growth.* Reading, MA: Perseus Publishing. <https://books.google.com/books?id=Wb8sj95Tx4MC>
- Hasannataj F, Hasanzade S, Shokohiyekta M. (2021) Designing afloortime program for young children with Regulatory Disorder: Effects on externalizing problems, parental stress and mother-child interaction. *First edition. Tehran: entesharat moasese farhangi honari tarbiat novin*, PP:206-207.
- Kaplan H, Sadock B. (2022). *Clinical Psykiatric. Traslater Pouraphkari N.* Tehran. *Publication Azade*: 285-295.
- Li WH, Chung JO, Ho EK. (2019). The effectiveness of therapeutic play, using virtual reality computer games, in promoting the psychological well-being of children hospitalised with cancer. *J Clin Nurs*; 20(15-16): 35-43. [10.1111/j.1365-2702.2011.03733.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03733.x)
- McGive, D. E. (2000). Child-Centerd Group Play Therapy. *Dissertation abstract International*, 6(1), 30-39. <https://www.sid.ir/paper/607356/en>
- Pajareya K., ruslers K. (2011). A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *SAGE Publications and the National Autistic Society*, 15(5) 563–577. [10.1177/1362361310386502](https://doi.org/10.1177/1362361310386502)
- Roghani, F., Jadidi, M., & Peymani, J. (2022). The Effectiveness of Floortime Play Therapy on Improving Executive Functions and Cognitive Emotion Regulation in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *International Journal of Education and Applied Sciences*, 2(4), 30-44. [10.22034/injoeas.2022.160686](https://doi.org/10.22034/injoeas.2022.160686)
- Ross, Storm R., (2022). The effect of pretense on the creativity of storytelling in preschool and kindergarten-age children. *Master dissertation, Eastern Michigan University*, <https://commons.emich.edu/theses/119/>
- Shahim, S., Yousefi, F., & GHANBARI, M. M. (2008). Psychometric characteristics of Quay-Peterson revised behavior problem checklist. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*,13(4). 350-358. <https://www.magiran.com/p501195>
- Solomon, R., Necheles, J., Ferch, C., & Bruckman, D. (2007). Pilot study of a parent training program for young children with autism: The PLAY Project Home Consultation program. *Autism*, 11(3), 205–224. [10.1177/1362361307076842](https://doi.org/10.1177/1362361307076842)
- Zachor, D., Ben-Itzhak, E., Rabinovich, A., & Lahat, E. (2007). Change in autism core symptoms with intervention. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1(4), 304-317. [10.1016/j.rasd.2006.12.001](https://doi.org/10.1016/j.rasd.2006.12.001)
- Zarabi Moghaddam Z, Amin Yazdi S A. (2020). Evaluation of the effectiveness of floortime play therapy based on developmental individual relationship on improvement of preschool children's shyness. *Journal of Ebnesina*, 22 (3):47-55. [10.22034/22.3.47](https://doi.org/10.22034/22.3.47)