مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۲، مهر ۱۴۰۲، ۶۹۰-۶۷۷

اثربخشی درمان رابطه کودک-والد بر ابعاد عملکرد خانواده در مادران کودکان پیش‌دبستانی: یک مطالعه نیمه‌تجربی

مینا شریفی[۱]، تورج سپهوند[۲]

دریافت مقاله:۱۴۰۲/۰۱/۲۹ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۲/۰۲/۲۳ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۲/۵/۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۵/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: عملکرد خانواده یک عامل مهم در روابط و سلامت خانواده است که می‌تواند توسط درمان رابطه کودک-والد بهبود یابد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان رابطه کودک-والد بر عملکرد خانواده در مادران کودکان پیش‌دبستانی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌تجربی دارای طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل مادران کودکان پیش‌دبستانی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای ۶۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه ۳۰ نفری آزمایش و کنترل تخصیص یافتند. ابتدا پیش‌آزمون در قالب پرسش‌نامه سنجش خانواده McMaster در مورد دو گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایش به مدت ده جلسه در درمان رابطه کودک-والد شرکت کرد، اما گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. بعد از تکمیل جلسات درمان، پس‌آزمون دو گروه نیز اجرا شد. داده‌ها با استفاده از آنالیز کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که ترکیب خطی ابعاد عملکرد خانواده در دو گروه به‌طور معناداری متفاوت بود (۰/۶۳۵=لامبدای ویلکز، $F_{۴۵,۷}$=۳/۴۲۳، P=۰/۰۰۵). نتایج تحلیل کوواریانس‌های یک‌متغیره نیز به طور معناداری میانگین نمرات پایین‌تر (عملکرد بهتری) را در ابعاد حل مشکل (P=۰/۰۰۴)، ارتباط و درگیری عاطفی (P<۰/۰۰۱) در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نشان داد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان رابطه کودک-والد، درمانی مؤثر برای بهبود عملکرد خانواده است. توصیه می‌شود این درمان حتی اگر تنها با مشارکت یکی از والدین و کودکان آن‌ها اجرا شود، می‌تواند نتایج سودمندی برای کل خانواده داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان رابطه، خانواده، عملکرد، مادران، پیش‌دبستانی

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران
تلفن: ۳۲۷۶۸۲۴۴-۰۸۶، دورنگار: ۳۲۷۶۸۲۴۴-۰۸۶، پست الکترونیکی: T-sepahvand@araku.ac.ir

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.677]

مقدمه

عملکرد خانواده (Family functioning) یک عامل مهم در روابط اجتماعی، کیفیت زندگی، سلامت روان و رفتارهای سالم والدین و کودکان است [۱]. در واقع، عملکرد خانواده به وضعیت یا روند عملیاتی نظام خانواده اشاره دارد و یکی از مهم‌ترین عوامل خانوادگی در ایجاد شرایط لازم برای رشد و نگه‌داری سالم اعضای خانواده [۳-۲] و سلامت روان کودکان [۴] است. به‌عنوان مثال، بررسی وضعیت عملکرد خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلالات روانی نشان داده است که ۶۹/۶۴ درصد آن‌ها دچار عملکرد ناکارآمد هستند، درحالی‌که از بین خانواده‌های دارای فرزند سالم ۳۷/۹۵ درصد دچار آسیب در عملکرد هستند [۵].

گرچه عواملی مانند امنیت روان‌شناختی با عملکرد خانواده رابطه معناداری دارند [۶]، اما نحوه ارتباط والدین با کودکان، قوی‌ترین عامل مؤثر بر الگوهای تعاملی خانواده به خصوص در دوره‌های مربوط به تحولات اساسی رشد روانی کودکان محسوب می‌شود [۷]. بر این اساس، امروزه درمان رابطه کودک-والد (Child Parent Relationship Therapy; CPRT) به عنوان یک مداخله مبتنی بر تجربه که بازی‌درمانی را در یک رویکرد خانواده‌محور ادغام می‌کند [۸]، شیوه‌ای مناسب برای بهبود عملکرد خانواده و به‌ویژه برای مادران به عنوان مراقبان اصلی کودکان در نظر گرفته می‌شود. Landreth و Bratton یک فرمت آموزشی ۱۰ جلسه‌ای درمان CPRT و متمایز از سایر رویکردهای کودک‌درمانی (Filial therapy) را برای خانواده‌هایی که ممکن است تجربه مشکلات سازگاری کودک عادی و مشکلات رابطه والد-کودک را داشته و یا دارای کودکانی با مشکلات رفتاری و هیجانی باشند، توسعه دادند. هدف CPRT تقویت توانایی والدین برای ایجاد یک ارتباط مثبت و تسهیل یک تجربه درمان‌بخش برای فرزندانشان و نیز تقویت رابطه کودک-والد از طریق آموزش به والدین است تا بدانند چگونه جلسات بازی را در خانه با فرزندان خود انجام دهند. درمان‌گران به والدین آموزش می‌دهند که ۳۰ دقیقه بازی در هفته با فرزندانشان را که به‌صورت ویدئویی هم ضبط می‌شود، با تمرکز بر ایجاد ایمنی، پذیرش، تشویق، همدلی و گوش دادن انعکاسی انجام دهند [۸].

اگرچه مادران بازی را به عنوان یک ابزار یادگیری و آموزش و یک راه تسکین دهنده و آرامش‌بخش برای بهبود خودتنظیمی کودکان در نظر می‌گیرند [۹]، اما درمان CPRT یک مداخله اولیه مؤثر برای بهبود مشکلات رفتاری کودکان، کاهش استرس رابطه والد-کودک و افزایش تعاملات همدلانه والدین با فرزندان است [۱۰]. شواهد هم چنین از اثربخشی CPRT در بهبود کیفیت تعاملات والدین و فرزندان [۱۱]، بهبود روابط مادر-کودک [۱۲] و به طور کلی بهبود روابط والد-کودک [۱۴-۱۳] حمایت می‌کنند. نتایج پژوهش دیگر نیز نشان می‌دهد که کودک درمانی بر عملکرد خانواده، استرس والدین و مشکلات رفتاری کودکان تأثیرات مثبتی دارد [۱۵]. مطالعات کیفی نیز حاکی از تغییرات بالقوه‌ای است که در خانواده به عنوان یک کل رخ می‌دهد [۱۶].

علاوه بر آن‌چه گفته شد، تحقیقات نشان داده است که برنامه‌های فرزند پروری آنلاین، از جمله برنامه‌هایی که دارای

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.677]

مؤلفه‌های تعاملی والد-کودک یا مبتنی بر بازی هستند نیز می‌توانند مزایای مهمی برای والدین و کودکانی فراهم کنند که امکان دسترسی به منابع حضوری نداشته باشند. این برنامه‌ها می‌توانند منبع ارزشمندی از حمایت عاطفی اجتماعی و مداخله درمانی برای خانواده‌هایی باشند که به دلیل رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی در طول همه‌گیری کووید-۱۹ از مشارکت حضوری منع شده بودند [۱۷]. متا آنالیز انجام شده از ۲۸ مطالعه نیز به این نتیجه رسید که برنامه‌های آنلاین اثرات معناداری بر کاهش تعاملات منفی والد-کودک، رفتارهای مشکل‌ساز کودک، استراتژی‌های انضباطی منفی، استرس و خشم والدین دارد [۱۸]. در مطالعه دیگری اثربخشی فرمت آنلاین CPRT مورد ارزیابی قرار گرفت که بهبود معناداری را در پذیرش والدین از فرزندانشان و رضایت شرکت کنندگان از فرمت آنلاین این برنامه، به دلیل راحتی زیاد و دسترسی پذیری آن نشان داد [۱۹].

با توجه به تحقیقات قبلی درباره اهمیت عملکرد خانواده [۵-۱] و استفاده از رویکردهای خانواده محور برای تقویت آن [۱۶-۱۵]، و با توجه به این‌که تحقیقاتی که اثربخشی درمان CPRT بر عملکرد خانواده کودکان پیش‌دبستانی را به ویژه به صورت مجازی بررسی کرده باشند در ادبیات پژوهش یافت نشد، هدف از این مطالعه تعیین تأثیر درمان رابطه کودک-والد بر ابعاد عملکرد خانواده مادران کودکان پیش‌دبستانی بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی دارای طرح پیش-آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای کودک پیش‌دبستانی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. شیوه نمونه‌گیری پژوهش به صورت تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. این مطالعه با کد اخلاق IR.ARAKMU.REC.1400.004 در دانشگاه علوم پزشکی اراک ثبت گردید.

پس از دریافت کد اخلاق با مراجعه به اداره بهزیستی شهر اصفهان و دریافت لیست نواحی شهری از مسئولین مربوطه، از نواحی شش‌گانه شهر اصفهان، سه ناحیه به عنوان خوشه‌های مرحله اول به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس از هر ناحیه دو مرکز پیش‌دبستانی به عنوان خوشه‌های مرحله دوم به صورت تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعد با مراجعه به این مراکز، هماهنگی لازم جهت انتخاب تصادفی ۶۰ نفر از کودکان پیش‌دبستانی این مراکز که مادران آن‌ها نیز مایل به شرکت در پژوهش بودند، انجام شد.

از آن‌جا که برای پژوهش‌های از نوع علی-مقایسه‌ای و آزمایشی حجم نمونه حداقل ۳۰ نفر در هر گروه و حتی برخی اوقات در تحقیقات آزمایشی ۱۵ نفر در هر گروه تحت شرایط کنترل شده، پیشنهاد می‌شود [۲۰]، انتخاب تعداد حداقل ۶۰ نفر برای واگذاری آن‌ها به دو گروه ۳۰ نفره کفایت می‌کند. برای انتخاب این تعداد با هماهنگی مدیران مراکز و دسترسی به شماره تلفن همراه مادران، جهت همکاری در پژوهش و شرکت در درمان با آن‌ها تماس گرفته شد.

معیارهای ورود شامل این موارد بود که مادر علاقه‌مند به دریافت CPRT باشد، رضایت آگاهانه برای شرکت در این

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.677]

پژوهش داشته باشد، قادر به صحبت کردن و خواندن به زبان فارسی باشد، حداقل یک کودک پیش‌دبستانی با نگرانی‌های رفتاری یا هیجانی مشخص و توانایی شناختی عادی داشته باشد که به عنوان فرزند مورد توجه وی برای مشارکت در CPRT باشد. هم‌چنین دو جلسه عدم شرکت در درمان، معیار خروج آزمودنی‌ها از مطالعه بود. نام مستعار برای محافظت از هویت شرکت‌کنندگان استفاده گردید. این مادران به طور تصادفی و با روش قرعه‌کشی به دو گروه ۳۰ نفره آزمایش و کنترل واگذار شدند و پژوهش در مورد آن‌ها اجرا شد. در این پژوهش ابزارهای زیر مورد استفاده قرار گرفت:

شیوه سنجش خانواده McMaster (McMaster Family Assessment Device; FAD): این پرسش‌نامه برای ارزشیابی خانواده‌ها بر مبنای الگوی McMaster از عملکرد خانواده (McMaster Model of Family Functioning; MMFF) توسط Epestein و همکاران تدوین شده است [۲۱]. این ابزار شامل یک پرسش‌نامه ۵۳ عبارتی است، اما هفت سؤال به آن اضافه شد که بر اعتبار مقیاس‌های مربوط به آن‌ها افزوده و نسخه نهایی به صورت ۶۰ سؤالی تهیه شد [۲۲]. این پرسش‌نامه شامل هفت مقیاس حل مشکل (۶ گویه: ۲، ۱۲، ۲۴، ۳۸، ۵۰، ۶۰)، ارتباط (۹ گویه: ۳، ۱۴، ۱۸، ۲۲، ۲۹، ۳۵، ۴۳، ۵۲، ۵۹)، نقش‌ها (۱۱ گویه: ۴، ۸، ۱۰، ۱۵، ۲۳، ۳۰، ۳۴، ۴۰، ۴۵، ۵۳، ۵۸)، پاسخ‌دهی عاطفی (۶ گویه: ۹، ۱۹، ۲۸، ۳۹، ۴۹، ۵۷)، درگیری عاطفی (۷ گویه: ۵، ۱۳، ۲۵، ۳۳، ۳۷، ۴۲، ۵۴)، کنترل رفتاری (۹ گویه: ۷، ۱۷، ۲۰، ۲۷، ۳۲، ۴۴، ۴۷، ۴۸، ۵۵)، و عملکرد کلی (۱۲ گویه: ۱، ۶، ۱۱، ۱۶، ۲۱، ۲۶، ۳۱، ۳۶، ۴۱، ۴۶، ۵۱، ۵۶) است. عملکرد کلی سلامت/آسیب‌شناسی کلی خانواده را می‌سنجد و شش مقیاس دیگر شش بعد الگوی McMaster از عملکرد خانواده را می‌سنجد. شخص می‌تواند موافقت یا عدم موافقت خود را با این‌که چگونه هر آیتمی خانواده‌اش را توصیف می‌کند با انتخاب یک گزینه پاسخ از کاملاً موافق (نمره ۱) تا کاملاً مخالف (نمره ۴) بیان کند. به هر گزینه نمرات از ۱ تا ۴ که ۱ منعکس کننده عملکرد سالم و ۴ منعکس‌کننده عملکرد ناسالم است، تعلق می‌گیرد [۲۱]. به عباراتی که توصیف کننده عملکرد ناسالم‌اند معکوس نمره داده می‌شود. نمرات کمتر نشانه عملکرد سالم‌تر است. معدل پاسخ به سؤال‌ها که هر یک از ۱ (سالم) تا ۴ (ناسالم) می‌باشد برای به دست آوردن نمرات هفت مقیاس محاسبه می‌گردد [۲۲]. آلفای کرونباخ برای این مقیاس‌ها از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. هم‌چنین، این مقیاس‌ها توانسته‌اند گروه‌های بالینی و غیر بالینی را از هم متمایز کنند [۲۱]. در ایران نیز Yousefi [۲۳] و Zademohammadi و Malekkhosravi [۲۴] پایایی و روایی آن را مطلوب گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ، از ۰/۵۷ برای خرده مقیاس نقش‌ها تا ۰/۸۷ برای خرده مقیاس حل مشکل، و برای مقیاس کلی نیز ۰/۸۵ گزارش شد.

برنامه درمان رابطه کودک-والد (CPRT) و شیوه اجرا: پس از مشخص شدن نمونه پژوهش و گروه‌های مورد مطالعه، در اولین جلسه اهمیت و اهداف پژوهش حاضر به مادران توضیح داده شد. مادران هر دو گروه پرسش‌نامه

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.677]

سنجش خانواده McMaster را به عنوان پیش‌آزمون به صورت خود گزارشی اجرا نمودند. محققان تأکید بر محیطی بدون عوامل حواس‌پرتی برای آن‌ها داشتند تا این سنجش‌ها با دقت و صحت بیشتری انجام شده و سوءگیری‌هایی را که ممکن بود در صورت تکمیل آن‌ها در حضور سایر اعضای خانواده رخ دهد، محدود کنند. پس از آن، درمان CPRT توسط درمانگر آموزش‌دیده به مدت ده جلسه هفتگی (هر هفته یک جلسه) و هر جلسه به مدت دو ساعت برای مادران گروه آزمایش به صورت گروهی و آنلاین در فضای اسکای‌روم اجرا شد. هماهنگی‌ها و برنامه‌های مرتبط با تکالیف نیز از طریق گروه‌های مجازی در محیط تلگرام انجام می‌شد. در این مدت افراد گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. پس از اتمام جلسات درمان گروه آزمایش، آزمودنی‌های هر دو گروه مجدداً پرسش‌نامه مذکور را به صورت خودگزارشی به عنوان پس‌آزمون تکمیل نمودند و داده‌های لازم گردآوری شد.

لازم به ذکر است جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش و توجه کافی به گروه کنترل که در این مدت در لیست انتظار باقی مانده بود، پس از اجرای پس‌آزمون، شرکت‌کنندگان گروه کنترل یک جلسه آموزش فشرده دریافت نمودند و جزوات آموزشی مربوطه نیز برای استفاده بیشتر در اختیار آن‌ها قرار گرفت.

محقق اصلی و همکاران وی آموزش و توانایی نظارت رسمی در بازی‌درمانی کودک محور و پروتکل CPRT را دریافت کرده بودند. اگرچه این درمان از یک فرمت گروهی کوچک و حمایتی استفاده می‌کند که برای تعداد والد کمتری طراحی شده است [۸]، اما برای استفاده گسترده‌تر و پوشش بیشتر در زمان محدودیت‌های کرونایی، تعداد بیشتری از مادران در آن شرکت داده شد. ضمن این‌که والدینی که به گروه آزمایشی CPRT اختصاص داده می‌شوند را می‌توان به گروه‌های کوچک چهار تا شش والدی تقسیم نمود [۱۰]. برای اجرای این درمان مطابق پروتکل کتابچه راهنمای CPRT [۲۵]، که خلاصه جلسات آن در جدول ۱ آمده است، استفاده شد:

در جلسه ۱، والدین کودک مورد نظر خود را توصیف می‌کنند و مسائل اولیه‌ای را که با این کودک تجربه نموده‌اند، گزارش می‌کنند. والدین مهارت پاسخ‌گویی بازخوردی را می‌آموزند. در جلسه ۲، والدین مفاهیم و مهارت‌های اولیه مربوط به تسهیل جلسات بازی خودشان را یاد می‌گیرند. والدین هم‌چنین شروع به جمع‌آوری اسباب‌بازی‌ها برای جلسات بازی از یک لیست تعریف شده می‌کنند. در جلسه ۳، والدین مهارت‌های اساسی برای آماده شدن برای جلسات بازی هفتگی ۳۰ دقیقه‌ای خود را نقش بازی می‌کنند که پس از این جلسه شروع می‌شود و در طول هفت جلسه باقی مانده ادامه می‌یابد. با شروع جلسه ۴، زمان صرف پردازش و نظارت بر جلسات بازی والدین می‌شود. یک تا دو والد در هفته یک فیلم ضبط شده از آخرین جلسه بازی خود را به اشتراک می‌گذارند تا رهبران گروه و اعضای گروه بتوانند بازخورد حمایتی و سازنده ارائه دهند. این زمان نظارت در سرتاسر CPRT ادامه می‌یابد، و هر والد در حالت ایده‌آل حداقل یک بار یک ویدئو را نشان می‌دهد. در جلسه ۴، والدین هم‌چنین مهارت تنظیم حدود را یاد می‌گیرند. جلسه ۵ زمانی را برای مرور مهارت‌های قبلاً پوشش داده شده، برای نقش بازی و پردازش جلسات بازی با عمق بیشتر

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.677]

فراهم می‌کند. در جلسات ۶، ۷، ۸ و ۹ والدین مهارت‌های دادن حق انتخاب، پاسخ‌های ایجاد کننده احترام، تشویق و تنظیم حدود پیشرفته را یاد می‌گیرند. جلسه ۱۰، شامل کمک به والدین برای تعمیم مهارت‌های آموخته شده و پردازش تغییراتی است که در خود و فرزندان خود متوجه شده‌اند [۲۵].

جدول ۱- رئوس و محتوای جلسات درمان رابطه کودک-والد

جلسه	رئوس و محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی با والدین و توضیحات کلی در مورد اهداف درمان رابطه کودک-والد و مفاهیم ضروری آن، تأکید بر اهمیت بازی و بازی‌درمانی برای والدین در ابراز تجربه‌ها، انعکاس احساسات کودکان، گفتگو در رابطه با مقررات و حضور به موقع در جلسات، اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	آشنایی با مفاهیم اساسی، اصول کلی و اهداف جلسات بازی، ارائه لیست اسباب بازی‌های مخصوص، توضیح درباره مکان بازی
جلسه سوم	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، آمادگی والدین برای اولین جلسه بازی در منزل، بایدها و نبایدهای جلسه‌های بازی
جلسه چهارم	مرور کوتاه جلسه قبل و بررسی تمرین‌ها و دریافت گزارش والدین از اولین جلسه بازی در منزل، اگر والدین فیلم گرفته باشند تماشای فیلم و بازخورد نکات مثبت و منفی، توضیح مراحل چندگانه حد و مرز سازی، توضیح محدودیت گذاری و دلایل اجرای آن
جلسه پنجم	مرور کوتاه جلسه قبل و بررسی تمرین‌ها، چگونگی صحبت با کودک در قالب جملات کوتاه و بدون حروف ربط، اهمیت شناخت احساسات خود، جمع‌بندی جلسات قبل
جلسه ششم	مرور کوتاه جلسه قبل و بررسی تمرین‌ها، دادن حق انتخاب به کودک متناسب با سنش، توضیح روش‌های ارائه حق انتخاب به کودک، و بررسی فرم جلسه بازی
جلسه هفتم	مرور کوتاه جلسه قبل و بررسی تمرین‌ها، مروری بر راهبردهای حق انتخاب، روش‌های افزایش اعتماد به نفس در کودکان، مرور فهرست مهارت‌ها، و بررسی فرم جلسه‌ی بازی
جلسه هشتم	مرور کوتاه جلسه قبل و بررسی تمرین‌ها، گزارش والدین از جلسه‌های بازی، توضیح تأکید به ترغیب و ترجیح آن به تحسین، ذکر مثال‌هایی از ترغیب و تحسین، تمرین به ترغیب کردن با ذکر مصداق
جلسه نهم	مرور کوتاه جلسه قبل و بررسی تمرین‌ها، مروری بر مهارت حق انتخاب، محدود کردن و ترغیب و گفتگو در مورد تعمیم مهارت‌ها، بررسی تکالیف و ایفای نقش، مطرح کردن سؤالات مادران و در اختیار یکدیگر گذاشتن تجربیاتشان
جلسه دهم	جمع‌بندی و مرور کل جلسات، پرسش‌های والدین از درمانگر، بیان سودمندترین بخش آموزش از نظر والدین، تعهد والدین برای ادامه دادن جلسات بازی در منزل، تعمیم مهارت‌ها به دیگر موقعیت‌ها، اجرای پس‌آزمون

در نهایت، پس از اجرای این جلسات در گروه آزمایش و اجرای پس آزمون در گروه آزماش و کنترل که در شرایط زمانی یکسانی انجام شد، داده‌های جمع‌آوری شده، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمون‌های مجذور کای، t دو نمونه مستقل، و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.677]

نتایج

در این پژوهش مادران کودکان پیش‌دبستانی در گروه آزمایش (۳۰ نفر، با میانگین و انحراف معیار سنی ۳/۳۹ ±۳۲/۳۷ سال) و کنترل (۳۰ نفر، با میانگین و انحراف معیار سنی ۳/۲۸ ±۳۱/۶۰ سال) مورد بررسی قرار گرفتند. آزمون t دو نمونه مستقل نشان داد که میانگین سنی مادران دو گروه، تفاوت آماری معناداری با یکدیگر ندارد (t_{58}=۰/۸۹۱، P=۰/۳۷۷). هم‌چنین، هر دو گروه دارای سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند. کودکان مادران این دو گروه نیز تفاوتی از لحاظ میانگین سنی با هم نداشتند (همگی پیش‌دبستانی و ۶ ساله بودند). از نظر جنسیت نیز در گروه آزمایش ۱۶ کودک پسر (۵۳/۳ درصد) و ۱۴ کودک دختر (۴۶/۷ درصد) و در گروه کنترل ۱۸ کودک پسر (۶۰ درصد) و ۱۲ کودک دختر (۴۰ درصد) حضور داشتند. آزمون مجذور کای نشان داد که تفاوتی بین توزیع جنسیتی در دو گروه وجود ندارد (X^2=۰/۲۷۱، و P=۰/۶۰۲). بنابراین، مادران دو گروه با شرایط پایه تقریباً مشابهی از لحاظ سن و وضعیت تحصیلی خودشان و نیز سن و جنسیت کودکانشان در پژوهش شرکت نمودند. جدول ۲، شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات عملکرد خانواده و ابعاد آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برحسب گروه‌های مورد بررسی در مادران را نشان می‌دهد.

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی نمرات عملکرد خانواده و ابعاد آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برحسب گروه‌های مورد بررسی در مادران دارای کودک پیش‌دبستانی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹

متغیر	آزمون	گروه آزمایش (n=۳۰)		گروه کنترل (n=۳۰)	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حل مشکل	پیش‌آزمون	۲/۷۶	۰/۴۳	۲/۷۰	۰/۴۶
	پس‌آزمون	۲/۰۰	۰/۶۱	۲/۴۷	۰/۴۸
ارتباط	پیش‌آزمون	۲/۴۶	۰/۵۳	۲/۳۲	۰/۴۶
	پس‌آزمون	۱/۸۹	۰/۴۲	۲/۲۶	۰/۵۰
نقش‌ها	پیش‌آزمون	۲/۳۷	۰/۴۹	۲/۳۷	۰/۳۲
	پس‌آزمون	۲/۰۲	۰/۴۷	۳/۲۰	۰/۵۳
پاسخ‌دهی عاطفی	پیش‌آزمون	۲/۳۵	۰/۶۲	۲/۴۵	۰/۵۲
	پس‌آزمون	۲/۱۰	۰/۴۸	۲/۲۵	۰/۵۸
درگیری عاطفی	پیش‌آزمون	۲/۴۴	۰/۵۳	۲/۶۶	۰/۴۶
	پس‌آزمون	۱/۸۳	۰/۴۶	۲/۴۰	۰/۵۹
کنترل رفتاری	پیش‌آزمون	۲/۲۷	۰/۶۰	۲/۳۹	۰/۴۵
	پس‌آزمون	۲/۰۱	۰/۳۸	۲/۱۴	۰/۵۹
عملکرد کلی	پیش‌آزمون	۲/۴۵	۰/۵۴	۲/۴۴	۰/۳۶
	پس‌آزمون	۱/۹۴	۰/۳۷	۲/۱۶	۰/۵۴

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.677]

با توجه به وجود پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) برای بررسی تفاوت ترکیب خطی ابعاد عملکرد خانواده دو گروه استفاده گردید. در ابتدا پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته در دو گروه مورد بررسی با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov در سطح ۰/۰۵ تأیید شد (P>۰/۰۵). بررسی مفروضه‌های مانکووا نشان داد که بین ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (Box's M=۳۵/۸۳، P=۰/۳۰۹). بنابراین، مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس دو گروه برقرار بود. آزمون کرویت Bartlett نیز نشان داد که همبستگی معناداری بین متغیرهای وابسته وجود داشت (P<۰/۰۰۱) و مفروضه همبستگی بین متغیرهای وابسته به عنوان یک متغیر سطح بالا نیز برقرار بود. آزمون Levene نیز نشان داد که واریانس‌های نمرات پس‌آزمون ابعاد عملکرد خانواده در دو گروه مورد بررسی تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۵ نداشتند (P>۰/۰۵). بنابراین، حداقل پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره وجود داشت و این آزمون برای بررسی تفاوت گروه‌های مورد نظر، اجرا گردید (جدول ۳). نتایج حاصل از اجرای مانکوا در جدول ۳ نشان داد که پس از کنترل اثرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری در ترکیب خطی ابعاد عملکرد خانواده دو گروه مورد بررسی وجود داشت (۰/۶۳۵=لامبدای ویلکز، $F_{۴۵,۷}$=۳/۴۲۳، P=۰/۰۰۵، ۰/۳۴۷=مجذور اتای تفکیکی). میزان مجذور اتای تفکیکی یا اندازه اثر برای عضویت گروهی ۰/۳۴۷ می‌باشد که بیان می‌کند چه میزان از تفاوت مشاهده شده میان گروه‌های مورد بررسی در ترکیب خطی ابعاد عملکرد خانواده، توسط متغیر مستقل (CPRT) تبیین می‌شود.

جدول ۳- خلاصه نتایج آنالیز کوواریانس چندمتغیره اثربخشی درمان رابطه کودک-والد بر ابعاد عملکرد خانواده در مادران کودکان پیش دبستانی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹

اثر	آماره	ارزش	مقدار F	درجه آزادی	مقدار P	مجذور اتای تفکیکی
پیش‌آزمون حل مشکل	لامبدای ویلکز	۰/۸۶۱	۱/۰۳۴	۷،۴۵	۰/۴۲۱	۰/۱۳۹
پیش‌آزمون ارتباط	لامبدای ویلکز	۰/۸۳۴	۱/۲۷۹	۷،۴۵	۰/۲۸۲	۰/۱۶۶
پیش‌آزمون نقش‌ها	لامبدای ویلکز	۰/۹۶۹	۰/۲۰۳	۷،۴۵	۰/۹۸۳	۰/۰۳۱
پیش‌آزمون پاسخ‌دهی عاطفی	لامبدای ویلکز	۰/۸۶۷	۰/۹۹۰	۷،۴۵	۰/۴۵۰	۰/۱۳۳
پیش‌آزمون درگیری عاطفی	لامبدای ویلکز	۰/۸۷۰	۰/۹۶۵	۷،۴۵	۰/۴۶۸	۰/۱۳۰
پیش‌آزمون کنترل رفتاری	لامبدای ویلکز	۰/۷۹۸	۱/۷۲۱	۷،۴۵	۰/۱۲۸	۰/۲۱۱
پیش‌آزمون عملکرد کلی	لامبدای ویلکز	۰/۷۹۹	۱/۶۲۰	۷،۴۵	۰/۲۵۴	۰/۲۰۱
عضویت گروهی	لامبدای ویلکز	۰/۶۵۳	۳/۴۲۳	۷،۴۵	۰/۰۰۵	۰/۳۴۷

در ادامه از آنالیز کوواریانس یک‌متغیره برای بررسی تفاوت دو گروه در هر یک از متغیرهای وابسته استفاده گردید. نتایج این آزمون‌ها در جدول ۴ ارائه گردیده است. همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد در ابعاد حل

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.677]

مشکل، ارتباط و درگیری عاطفی تفاوت معناداری بین دو گروه مورد بررسی وجود داشت (P<۰/۰۵). بر اساس یافته‌های جدول مذکور، اندازه اثر برای هر کدام از این متغیرها به ترتیب ۰/۱۴۸، ۰/۱۸۱ و ۰/۲۳۰ می‌باشد که بیان می‌کند چه میزان از تفاوت مشاهده شده میان گروه‌های مورد بررسی در هر یک از این متغیرها، توسط متغیر مستقل (CPRT) تبیین می‌شود. با مراجعه به جدول ۱، مشخص می‌شود که گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نمرات پایین‌تری (عملکرد بهتری) را در پس‌آزمون این ابعاد داشته‌اند. در سایر ابعاد تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد (P>۰/۰۵).

جدول ٤- نتایج آنالیز کوواریانس یک‌متغیره اثربخشی درمان رابطه کودک-والد بر هر یک از ابعاد عملکرد خانواده در مادران کودکان پیش‌دبستانی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹

منبع	متغیرهای وابسته (نمره)	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	مجذور اتای تفکیکی
پیش‌آزمون	حل مشکل	۰/۳۹۰	۱	۰/۳۹۰	۱/۲۸۴	۰/۲۶۲	۰/۰۲۵
	ارتباط	۰/۳۷۵	۱	۰/۳۷۵	۱/۷۵۷	۰/۱۹۱	۰/۰۳۳
	نقش‌ها	۰/۰۱۸	۱	۰/۰۱۸	۰/۰۶۸	۰/۷۹۵	۰/۰۰۱
	پاسخ‌دهی عاطفی	۰/۱۲۹	۱	۰/۱۲۹	۰/۴۱۶	۰/۵۲۲	۰/۰۰۸
	درگیری عاطفی	۰/۰۰۴	۱	۰/۰۰۴	۰/۰۱۵	۰/۹۰۳	۰/۰۰۱
	کنترل رفتاری	۰/۰۰۳	۱	۰/۰۰۳	۰/۰۱۱	۰/۹۱۸	۰/۰۰۱
	عملکرد کلی	۰/۰۸۵	۱	۰/۰۸۵	۰/۳۷۰	۰/۵۴۶	۰/۰۰۷
عضویت گروهی	حل مشکل	۲/۶۹۵	۱	۲/۶۹۵	۸/۸۷۸	۰/۰۰۴	۰/۱۴۸
	ارتباط	۲/۴۱۰	۱	۲/۴۱۰	۱۱/۲۸۳	< ۰/۰۰۱	۰/۱۸۱
	نقش‌ها	۰/۵۸۲	۱	۰/۵۸۲	۲/۱۶۵	۰/۱۴۷	۰/۰۴۱
	پاسخ‌دهی عاطفی	۰/۱۷۳	۱	۰/۱۷۳	۰/۵۵۸	۰/۴۵۸	۰/۰۱۱
	درگیری عاطفی	۳/۹۴۹	۱	۳/۹۴۹	۱۵/۲۶۴	< ۰/۰۰۱	۰/۲۳۰
	کنترل رفتاری	۰/۴۵۰	۱	۰/۴۵۰	۱/۷۶۰	۰/۱۹۱	۰/۰۳۳
	عملکرد کلی	۰/۷۶۸	۱	۰/۷۶۸	۳/۳۲۲	۰/۰۷۴	۰/۰۶۱
خطا	حل مشکل	۱۵/۴۸۳	۵۱	۰/۳۰۴			
	ارتباط	۱۰/۸۹۳	۵۱	۰/۲۱۴			
	نقش‌ها	۱۳/۷۱۲	۵۱	۰/۲۶۹			
	پاسخ‌دهی عاطفی	۱۵/۸۳۸	۵۱	۰/۳۱۱			
	درگیری عاطفی	۱۳/۱۹۳	۵۱	۰/۲۵۹			
	کنترل رفتاری	۱۳/۰۴۹	۵۱	۰/۲۵۶			
	عملکرد کلی	۱۱/۷۸۸	۵۱	۰/۲۳۱			

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان رابطه کودک-والد بر ابعاد عملکرد خانواده در مادران کودکان پیش‌دبستانی انجام شد. نتایج نشان داد که CPRT تا حدودی درمانی مؤثر برای بهبود عملکرد خانواده است، به طوری که در ابعاد حل مشکل، ارتباط، و درگیری عاطفی،

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.677]

گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل عملکرد خانواده بهتری را نشان دادند.

نتایج تحقیقات قبلی [۱۹، ۱۶-۱۳، ۱۰] نیز نشان داد که CPRT در حوزه‌های مرتبط با خانواده و عملکرد آن درمانی مؤثر است. نتایج این تحقیقات تا حدود زیادی همخوان با نتایج پژوهش حاضر و هدف اصلی درمان مذکور است. با این حال، این‌که والدین و فرزندان شرکت کننده در اغلب پژوهش‌های مرتبط با این درمان تغییرات قابل توجهی را در خود و در روابط خود با یکدیگر تجربه کنند، با توجه به هدف اولیه این رویکرد که بهبود رابطه والد کودک است زیاد تعجب‌آور نیست. چیزی که شاید شگفت‌انگیزتر و نویدبخش‌تر باشد این است که مزایای این درمان ممکن است به کل خانواده نیز گسترش یابد. در واقع، اگرچه درمان مشترک والدین و کودکان خردسال به علت مشکل در تطبیق ترجیحات رشدی استفاده از کلام برای بزرگسالان و استفاده از بازی برای کودکان دشوار است، اما در کودک درمانی، متخصصان می‌توانند والدین و فرزندان را با استفاده از شیوه ارتباط ترجیحی خود با هم یکپارچه نموده [۱۶] و به این ترتیب علاوه بر بهبود رابطه والد-کودک، عملکرد خانواده را نیز بهبود دهند. علاوه بر این، مکانیسم‌هایی در CPRT منجر به تغییر در والدین شرکت‌کننده می‌شود که شامل احترام به ارزش‌های فرهنگی آن‌ها، ارزش‌گذاری و پاسخ‌دهی به سؤالات اصلی آن‌ها قبل از مداخله و هم‌چنین دریافت حمایت اجتماعی در جلسات گروهی است. کاهش استرس والدین نیز به کودک امکان شنیده شدن و درک شدن را می‌دهد که به نوبه خود باعث کاهش رفتارهای مشکل‌ساز وی می‌شود [۱۴]. این شرایط در مجموع رابطه والد کودک و تا حدودی عملکرد خانواده را به عنوان یک کل بهبود می‌بخشد.

در پژوهش حاضر، درمان CPRT بر بعضی از ابعاد عملکرد خانواده مؤثر و بر بعضی دیگر مؤثر نبود. در ارتباط با این نتایج دو نکته قابل طرح است. اول این‌که اگرچه تأثیر این درمان بر عملکرد خانواده قابل‌توجه است، اما کمتر از تأثیر آن بر والدین و فرزندان شرکت کننده در درمان است که چنین تأثیری با توجه به تأکید اولیه CPRT بر تقویت رابطه والد-کودک، منطقی به نظر می‌رسد [۸]. شاید عدم تأثیر معنادار این درمان بر بعضی از ابعاد عملکرد خانواده همچون نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، کنترل رفتاری و عملکرد کلی در پژوهش حاضر نیز به همین موضوع مربوط باشد. به عبارتی، تأکیدات درمانی این رویکرد بیشتر بر بهبود رابطه والد-کودک و نه لزوماً همه ابعاد عملکرد خانواده بوده است. دوم این‌که اگرچه نتایج تحقیقات مربوط به این درمان بهبودهایی را در عملکرد خانواده نشان می‌دهد، اما با توجه به این‌که خانواده‌های درگیر در برخی مطالعات بر اساس معیارهای خود گزارشی و مشاهده‌ای، وضعیت نسبتاً سالمی داشته‌اند، نتیجه‌گیری در مورد این‌که آیا چنین درمانی برای همه خانواده‌ها، از جمله خانواده‌های دارای عملکرد ضعیف‌تر نیز مؤثر خواهد بود، ممکن است نتیجه‌گیری محتاطانه‌ای باشد. از آن‌جا که مطابق ادعای طرفداران این درمان، والدینی که استرس هیجانی قابل‌توجهی را تجربه می‌کنند، یا انگیزه‌ای برای مشارکت در درمان ندارند و نیز کودکانی که ممکن است آشفتگی‌های هیجانی یا رفتاری قابل‌توجهی داشته که فراتر از توانایی والدین برای پاسخ‌گویی مناسب به آن‌ها باشند، کاندیدای مناسبی برای کودک‌درمانی نیستند [۸]، و

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.677]

با توجه به این که در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها از نظر معیارهای ذکر شده غربال نشده بودند، می‌توان گفت که ممکن است عدم تأثیر درمان مذکور بر تعدادی از ابعاد عملکرد خانواده به این موضوع مربوط باشد که برخی از آزمودنی‌های پژوهش حاضر نیز کاندیدای مناسبی برای این درمان نبوده‌اند و بنابراین در تعمیم نتایج باید مقداری محتاط بود.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که با توجه به استفاده از ابزار خودگزارشی صرف، مشخص کردن این موضوع دشوار بود که چه میزان از نتایج حاصل منعکس‌کننده تغییرات درک شده توسط شرکت‌کنندگان و چه میزان منعکس‌کننده تغییرات واقعی در عملکرد خانواده آنان است. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی استفاده از داده‌های مشاهده‌ای که هم توسط خانواده‌ها و هم توسط محققان جمع‌آوری شوند و نیز استفاده از ابزارهایی مانند مصاحبه، بتواند به ارزیابی دقیق‌تر تغییرات احتمالی در رفتار مرتبط با عملکرد خانواده کمک کند. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم مطالعه پیگیری برای فهم تأثیرات آن بر خانواده‌ها در طول زمان و میزان پایداری نتایج بود که پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی در نظر گرفته شود. از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر این بود که اجرای برنامه آموزشی به صورت آنلاین، اجتناب و مقاومت بعضی از والدین در ارسال فیلم نحوه بازی و رفتار با کودک را به همراه داشت. این محدودیت دستورالعمل‌های درمان مذکور برای استفاده از جلسات بازی ضبط شده در درمان و احتمالاً نتایج حاصل را تحت تأثیر قرار می‌داد که پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی که به شکل درمان حضوری انجام می‌شوند، این محدودیت نیز در نظر گرفته شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که CPRT درمانی مؤثر برای بهبود عملکرد خانواده به‌ویژه در ابعاد حل مشکل، ارتباط، و درگیری عاطفی است. به نظر می‌رسد که مزایای درمانی تقویت رابطه والد-فرزند که هدف اصلی درمان فوق است می‌تواند عملکرد خانواده را نیز بهبود بخشد. با این حال، در بسیاری از موارد ممکن است حضور هم‌زمان هر دو والد در برنامه‌های درمانی مرتبط با کودکان و خانواده‌ها دشوار باشد. بنابراین، در چنین مواردی پیشنهاد می‌شود که اجرای درمان CPRT حداقل با مشارکت یکی از والدین به‌ویژه مادران، به همراه کودکان آن‌ها نیز می‌تواند نتایج سودمندی برای کل خانواده داشته باشد. در نهایت، با توجه به این‌که این درمان در ابتدا برای بهبود رابطه کودک-والد و نه لزوماً تقویت عملکرد خانواده گسترش یافته است، جهت متناسب‌سازی محتوایی و اجرایی، و اثربخشی بیشتر آن بر همه ابعاد عملکرد خانواده، نیاز به مطالعات بیشتری در این زمینه دارد.

تشکر و قدردانی

از مسئولین اداره بهزیستی شهر اصفهان که امکان دسترسی به شرکت‌کنندگان را فراهم نمودند و کلیه مادران و کودکان شرکت‌کننده که با مشارکت و حضور خود در برنامه‌های آنلاین در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، سپاس‌گزاری می‌گردد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.677]

References

[1] Gaspar T, Gomez-Baya D, Trindade JS, Botelho Guedes F, Cerqueira A, de Matos MG. Relationship between family functioning, parents' psychosocial factors, and children's well-being. *J Fam Issues* 2022; 43(9): 2380-97.

[2] Guerrero-Muñoz D, Salazar D, Constain V, Perez A, Pineda-Cañar CA, García-Perdomo HA. Association between family functionality and depression: A systematic review and meta-analysis. *Kor J Fam Med* 2021; 42(2): 172-80.

[3] Scully C, McLaughlin J, Fitzgerald A. The relationship between adverse childhood experiences, family functioning, and mental health problems among children and adolescents: A systematic review. *J Fam Ther* 2020; 42(2): 291-316.

[4] Ye Y, Li Y, Jin S, Huang J, Ma R, Wang X, et al. Family function and post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a meta-analysis. *Trauma Violence Abuse* 2022. Online ahead of print.

[5] Zamani N, Parazdeh Y, Zamani S. Evaluation of family functioning of children with mental disorders. *Pajouhan Sci J* 2022; 20(1): 51-6. [Farsi]

[6] Katebzadeh Badr T, Hosseini SS, Arefi M, Kakabraei K, Chehri A. Explaining the model of family performance based on communication skills through the mediation of psychological security between couples. *Islamic Life Style* 2022; 6(3): 79-89. [Farsi]

[7] Karzareh S, Abdi M, Heidari H. Studying family functioning and the role of maternal parenting styles in predicting children's behavioral problems in boys aged 5 to 10 years in Ahvaz city. *J Thought Behave Clin Psychol* 2015; 9(36): 17-26. [Farsi]

[8] Landreth GL, Bratton SC. Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model. New York, NY: Routledge. 2006; 7-42.

[9] Moon-Seo SK, Munsell SE, Kim N. Mothers' and fathers' perceptions of children's play. *Early Child Educ J* 2023; 8(1): 1-13.

[10] Opiola KK, Bratton SC. The efficacy of child parent relationship therapy for adoptive families: A replication study. *J Counsel Dev* 2018; 96(2): 155-66.

[11] Adili S, Mirzaie Ranjbar R, Abedi A. The effectiveness of filial therapy on the quality of parent-child interactions and health-related quality of life in children with behavioral/emotional problem. *J Except Child* 2019; 19(1): 59-70. [Farsi]

[12] Karimi Ivanaki M, Seyed Mousavi P, Tahmasian K. The effectiveness of parent-child relationship therapy

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.677]

on self-efficacy and mother-child relationship. *Dev Psychol* 2019; 15(60): 391-401. [Farsi]

[13] Lindo NA, Opiola K, Ceballos PL, Chen SY, Meany-Walen KK, Cheng YJ, et al. The impact of supervised filial therapy training on attitude, knowledge, and skills. *Fam J* 2016; 24(3): 239-46.

[14] Socarras K, Smith-Adcock S, Shin SM. A qualitative study of an intensive filial intervention using child–parent relationship therapy (CPRT). *Fam J* 2015; 23(4): 381-91.

[15] Lee S. The effects of filial therapy on families of children with cancer: Mother's family function and parenting stress and children's behavior problems. *J Symbols Sandplay Ther* 2017; 8(2): 23-43.

[16] Cornett N, Bratton SC. Examining the impact of child parent relationship therapy (CPRT) on family functioning. *J Marital Fam Ther* 2014; 40(3): 302-18.

[17] Wisen-Vincent G, Bokoch R. Effectiveness of the playstrong neuro-filial parenting program: A program evaluation of an online pilot during COVID-19. *Int J Play Ther* 2023; 32(1): 37-50.

[18] Spencer CM, Topham GL, King EL. Do online parenting programs create change? A meta-analysis. *J Fam Psychol* 2020; 34(3): 364-74.

[19] Hicks B, Baggerly J. The effectiveness of child parent relationship therapy in an online format. *Int J Play Ther* 2017; 26(3): 138-50.

[20] Delavar A. Research methods in psychology and educational sciences (5 Ed.). Tehran: Virayesh; 2022; 90-9. [Farsi]

[21] Epestein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. *J Marital Fam Ther* 1983; 9(2): 171-80.

[22] Sanai B. Family & marriage scales. Tehran: Besat Publishilg Co. 2009; 11-8. [Farsi]

[23] Yousefi N. An Investigation of the psychometric properties of the McMaster Clinical Rating Scale (MCRS). *Q Educ Meas* 2012; 7(3): 84-112. [Farsi]

[24] Zademohammadi A, Malekkhosravi G. Preliminary study of psychometric properties and validation of Family Assessment Device (FAD). *J Fam Res* 2006; 2(5): 69-89. [Farsi]

[25] Bratton SC, Landreth GL, Kellam T, Blackard SR. Child Parent Relationship Therapy (CPRT) treatment manual: A 10-session filial therapy model for training parents. New York, NY: Routledge. 2006; 15-150.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.677]

The Effectiveness of Child Parent Relationship Therapy (CPRT) on Dimesions of Family Functioning in Mothers of Preschool Children: A Quasi-Experimental Study

Mina Sharifi [1], Tooraj Sepahvand[2]

Received: 18/04/23 Sent for Revision: 13/05/23 Received Revised Manuscript: 30/07/23 Accepted: 05/08/23

Background and Objectives: Family functioning is an important factor in relationships and health of family, which can be improved by Child Parent Relationship Therapy (CPRT). This study was conducted with the aim of **determin**ing the effectiveness of CPRT on family functioning in mothers of preschool children.

Materials and Methods: This quasi-experimental research had a pretest-posttest control group design. The statistical population was mothers of preschool children of Isfahan City in the academic year 2020-2021. Using the random cluster sampling, 60 people were selected and randomly assigned to experimental (n=30) and control (n=30) groups. First, the McMaster Family Assessment Device was performed as pretest across the two groups. Then, the experimental group participated in CPRT for ten sessions, but the control group remained on the waiting list. After completing treatment sessions, the posttest was also performed in two groups, and the collected data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: The results of MANCOVA showed that the linear combination of dimentions of family functioning was significantly different between two groups (Wilks' lambda=0.635, $F_{45,7}$=3.423, p=0.005). The results of univariate analysis of covariance also showed significantly lower scores (better functioning) in dimentions of problem solving (p= 0.004), communication, and affective involvement (p<0.001) in the experimental group.

Conclusion: The results of the current study suggested that Child Parent Relationship Therapy is an effective threatment for improving the family functioning. It is recommended that this treatment can have beneficial results for the whole family even if it is implemented with the participation of only one of the parents and their children.

Key words: Relationship therapy, Family, **F**unction, Mothers, Preschool

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Arak University of Medical Sciences approved the study (IR.ARAKMU.REC.1400.004).

How to cite this article: Sharifi Mina, Sepahvand Tooraj. The Effectiveness of Child Parent Relationship Therapy (CPRT) on Dimesions of Family Functioning in Mothers of Preschool Children: A Quasi-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2023; 22 (7): 677-90. [Farsi]

1- MSc Student in Psychology, Dept. of Psychology, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran
2- Associate Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran, ORCID: 0000-0002-3914-7048
(Corresponding Author) Tel: (086) 32768244, Fax: (086) 32768244, E-mail: T-sepahvand@araku.ac.ir

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.677]