

## مقایسه تأثیر آموزش ارتباط مؤثر والد و کودک با توانمندسازی شناختی بر بهبود عملکرد کودکان مبتلا به کم‌توجهی بیش‌فعالی

فاطمه نجفی\*

مehشید تجربه کار\*\* ✉

حسن محمدطهرانی\*\*\*

### چکیده

هدف از این پژوهش مقایسه تأثیر آموزش ارتباط مؤثر والد و کودک با توانمندسازی شناختی، بر بهبود عملکرد کودکان مبتلا به کم‌توجهی بیش‌فعالی بود. روش پژوهش از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل در نظر گرفته شد. جامعه آماری شامل کلیه کودکان ۷ تا ۱۱ سال بودند که در سال ۱۳۹۹ به مرکز مشاوره آموزش و پرورش ناحیه ۲ کرمان مراجعه کردند. تعداد این کودکان ۲۷۵ دانش‌آموز (۱۰۱ دختر و ۱۷۴ پسر) بود که مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی تشخیص داده شدند. بعد از تکمیل مقیاس رتبه‌بندی کانرز والدین (CPRS)، توسط والدین این کودکان، ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند (۲۰ نفر در هر گروه). پس از ریزش نمونه‌ها، تعداد آزمودنی‌ها در هر گروه به ۱۵ نفر کاهش یافت. کودکان گروه توانمندسازی شناختی تحت ۱۰ جلسه توانمندسازی شناختی و والدین گروه ارتباط مؤثر والد و کودک تحت آموزش ۱۰ جلسه‌ای ارتباط مؤثر والد و کودک قرار گرفتند، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌های جمع‌آوری شده با مدل آماری کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که هر دو روش بر عملکرد کودکان مبتلا به کمبود توجه و بیش‌فعالی اثر دارد. اما روش آموزش ارتباط والد و کودک در بهبود عملکرد این کودکان مؤثرتر از روش توانمندسازی شناختی بود. بنابراین، از این شیوه‌های آموزشی می‌توان در بهبود عملکرد کودکان مبتلا به کم‌توجهی بیش‌فعالی بهره‌جست و پیشنهاد می‌شود هر دو روش در کنار هم به کار گرفته شوند.

### کلمات کلیدی:

آموزش ارتباط والد و کودک، توانمندسازی شناختی، کم‌توجهی بیش‌فعالی

\* دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زرنده، زرنده، ایران.

\*\* نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران.

Email: m.tajrobehkar@uk.ac.ir

\*\*\* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زرنده، زرنده، ایران.

## مقدمه

والدین نقش بهینه و بسزایی در بهبود رفتار کودکان مبتلا به کم‌توجهی بیش‌فعالی دارد (تن، استدینگ، کوآت و آگازی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸) و کاهش چشمگیری را در مشکلات توجه کودک، استرس والدین، شیوه‌های منفی والدین و افزایش شیوه‌های مثبت والدین بعد از مداخله به دنبال دارد (لیونگ، تسانگ، نگ و چوی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷). برنامه‌های آموزشی جامع کودک-والد، فرصت مناسبی را برای درک و شناخت کم‌توجهی بیش‌فعالی برای والدین فراهم آورده‌اند و به آنها آموزش می‌دهند چه مهارت‌های ارتباطی، رفتاری و عاطفی را در مورد این کودکان به کار گیرند (گرنی و رایان<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳). به نظر ساندرز، دیتمن، فاریوگیا و کاون<sup>۹</sup> (۲۰۱۴) بسیاری از مشکلات میان‌فردی و رفتاری مربوط به بیش‌فعالی در کودکان، ناشی از عدم تطابق کودک و ناتوانی در کنترل رفتار اوست. از این‌رو، در این برنامه آموزشی، مهارت‌هایی به والدین آموزش داده می‌شود تا توانایی در تطبیق کودک را افزایش دهند و فرزند خود را در خویشتن‌داری و کنترل خودیاری کنند.

از طرفی کودکان مبتلا به کم‌توجهی بیش‌فعالی، دارای اختلال در حافظه بلندمدت، حافظه کاری و سرعت پردازش هستند که این عناصر نقش اساسی در تفکر و یادگیری دارند. مطالعات نشان داده‌اند که آموزش شناختی در زمینه‌های ذکر شده منجر به بهبود عملکرد در خودکارآمدی، شناخت اجتماعی و انگیزش کودکان مبتلا به کم‌توجهی بیش‌فعالی می‌شود (مور و لدیتر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۹). همچنین، توانبخشی شناختی می‌تواند باعث بهبود مشکلات رفتاری و کارکردهای اجرایی نظیر توجه در این کودکان شود (موسی‌زاده مقدم، ارجمندنی، افروز و غباری بناب، ۱۳۹۷). توانمندسازی شناختی به آموزش‌هایی گفته می‌شود که مبتنی بر یافته‌های علوم شناختی است و تلاش می‌کند کارکردهای اجرایی کودک را در قالب بازی و سرگرمی ارتقا دهد و یا بهبود بخشد (تورنل، نیوتلی، بهلین و کلینبرگ، ۲۰۰۹). مور و لدیتر (۲۰۱۹) در بررسی ۳۳ کودک مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی به این نتیجه رسیدند که آموزش شناختی با برنامه آموزشی به مدت ۶۰ ساعت نه تنها می‌تواند تغییرات بالینی معناداری در مهارت‌های شناختی آن‌ها ایجاد کند بلکه باعث افزایش ضریب هوشی کودکان و همچنین، باعث پیشرفت و بهبود در عملکرد تحصیلی، اعتماد به نفس و عزت نفس، همکاری و روابط، خودآزمایی، عادات خواب و

کودکان، جامعه بزرگی از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند. در کشورهای در حال توسعه حدوداً ۵۰ درصد کل جمعیت کشور را کودکان تشکیل می‌دهند. طی سال‌های اخیر توجه و علاقه به تحول اجتماعی-عاطفی کودکان افزایش یافته است. کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی<sup>۱</sup> از جمله کودکانی هستند که به توجه ویژه صاحب‌نظران و محققین و همچنین، آموزش مطابق برنامه‌های مدون و سازمان‌یافته نیازمندند (پلیزکا، گرینهیل و کریسمون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویراست پنجم انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۳</sup> (۱۳۹۴، ۲۰۱۳) اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی اینگونه تعریف شده است: الگوی فقدان توجه و یا بیش‌فعالی-تکانشگری پایدار که از کارکرد یا پیشرفت فرد جلوگیری می‌کند. معمولاً این اختلال به صورت جنب‌وجوش بیش از حد و پرحرفی، مشکلاتی در بازی‌های آرام و حضور بدون سروصدا در فعالیت‌های اوقات فراغت خود را نشان می‌دهد. از پیامدها و عواقب آسیب‌زای این اختلال، افت تحصیلی و حتی ترک تحصیل در این کودکان است. نتایج حاصل از مطالعات قبل نشان می‌دهد حدود ۳۰ تا ۶۰ درصد کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، قبل از مقطع متوسطه ترک تحصیل می‌کنند. گمان می‌رود که یکی از دلایل مهم این مسأله، ناتوانی و داشتن اختلال در تمرکز و توجه و همچنین، طرد شدن از سوی دیگران نظیر دانش‌آموزان و معلمان در مدرسه باشد (ریلی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). با توجه به شیوع زیاد اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، ویژگی‌های افراد مبتلا به این اختلال و تأثیر نامطلوب آن بر مهارت‌های اجتماعی و تحصیلی، ضرورت مداخله به موقع و طراحی روش‌های مناسب درمانی و آموزشی متنوعی جهت بهبود علائم این اختلال مانند ضعف مشکلات رفتاری و کارکردهای اجرایی مختلف اهمیت بیشتری دارد (هالاها، کافمن و پولن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰).

مطالعات نشان می‌دهند که عملکرد و رفتار خانواده یکی از عوامل مهم و مؤثر بر ایجاد و گسترش مشکلات رفتاری کودکان است (پورسینا، طهماسیان و صادقی، ۱۳۹۳). به همین علت، یکی از مداخلات مناسب و مؤثر روانشناختی برای کاهش علائم کم‌توجهی بیش‌فعالی در کودکان مبتلا به این اختلال، روش درمانی مبتنی بر رابطه کودک-والد<sup>۶</sup> است. روش تعامل والد-کودک با افزایش سطح مهارت

6 Child Parent Relationship Therapy (CPRT)  
7. Tan, Steding, Coates & Agazzi  
8. Leung, Tsang, Ng & Choi  
9. Guerney & Ryan  
10. Sanders, Dittman, Farruggia & Keown  
11. Moore & Ledbetter

1. attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)  
2. Pliszka; Greenhill & Crismon  
3. diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition american psychiatric association  
4. Reily  
5. Hallahan, Kauffman & Pullen

و عدم شرکت کودک در طرح مشابه دیگر از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین، ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از داشتن اختلال همراه، عدم رضایت کودک و والدین در حین پژوهش. کودکان گروه توانمندسازی شناختی تحت ۱۰ جلسه توانمندسازی شناختی و والدین گروه ارتباط مؤثر والد-کودک تحت ۱۰ جلسه آموزش ارتباط مؤثر والد و کودک قرار گرفتند. گروه کنترل هم هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، مجدداً آزمون کانرز به‌عنوان پس‌آزمون به والدین تمام گروه‌ها ارائه شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده با تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد.

### ابزار سنجش

**۱. مقیاس رتبه‌بندی کانرز والدین (CPRS):** مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز فرم والد، توسط گویت، کانرز و آلریچ (۱۹۷۳) ساخته شده است و توسط ریتمن و همکاران (۱۹۹۸) تجدید نظر شده است. این پرسشنامه دارای ۴۸ سؤال است که توسط والدین تکمیل گردید. نمره‌دهی سؤالات با استفاده از مقیاس ۴ نمره‌ای لیکرت (اصلاً، تاحدودی، زیاد و بسیار زیاد) انجام شد. این ابزار برای اندازه‌گیری شدت علائم اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی/ تکانشگری به کار می‌رود و به‌عنوان رایج‌ترین مقیاس اندازه‌گیری شدت علائم اختلال بیش‌فعالی-کاهش توجه به کار می‌رود. در پژوهش شهبائی‌ان، شهپیم و یوسفی (۱۳۸۶) ضریب اعتبار بازآزمایی برای نمره کل ۰/۷۳ به دست آمد که حکایت از اعتبار آزمون دارد. همچنین، روایی آزمون مورد تأیید قرار گرفته است. براساس پژوهش محمدی (۱۳۸۹) حساسیت این ابزار ۹۵ درصد می‌باشد. زیرمقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از: کم‌توجهی-بیش‌فعالی-نقص توجه-بیش‌فعالی/تکانشگری و نافرمانی. در پژوهش محمدی (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۷ بدست آمد که نشان‌دهنده پایایی خوب سؤالات پرسشنامه است. این پرسشنامه به‌عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون جهت سنجش عملکرد کودکان مبتلا به کم‌توجهی بیش‌فعالی در این پژوهش استفاده شد.

**رابطه مؤثر کودک-والد:** محتوای جلسات برنامه مداخله، در این پژوهش با تأکید بر اصول نظری و فنون درمانی موجود در شیوه بازی درمانی مادر-کودک و افزودن برخی مطالب به محتوای آموزش به جهت متناسب‌سازی برنامه با گروه مخاطبین آن یعنی مادران کودکان مراکز مشاور آموزش و پرورش است. نظر به متناسب‌سازی برنامه مداخله مبتنی بر رابطه کودک-والد جهت ارائه به مادران، مباحثی

عملکرد ورزشی و سرگرمی شود. توانمندسازی شناختی که برای درمان و توانبخشی اختلالات شناختی به کار برده می‌شود، خدمات درمانی برای تقویت حوزه‌های دچار آسیب و یا جایگزین الگوهای جدید برای جبران اختلال ارائه می‌کند (شهبازی، ۱۳۹۰).

روش تعامل والد-کودک با افزایش سطح مهارت والدین، نقش بهینه و بسزایی در بهبود رفتار کودکان مبتلا به کم‌توجهی بیش‌فعالی دارد (تن و همکاران، ۲۰۱۸) و کاهش چشمگیری را در مشکلات توجه کودک، استرس والدین، شیوه‌های منفی والدین و افزایش شیوه‌های مثبت والدین بعد از مداخله به دنبال دارد (لیونگ و همکاران، ۲۰۱۷). از طرفی توانبخشی شناختی توانایی بهبود مشکلات رفتاری و کارکردهای اجرایی نظیر توجه در این کودکان را دارد (موسی‌زاده‌مقدم و همکاران، ۱۳۹۷) و مکانیسم اثر آن با روشی همچون تعامل والد-کودک متفاوت است. اگرچه پژوهش‌های گذشته، اثربخشی این دو روش را تأیید کرده‌اند، اما به دلیل تفاوت ماهیت این دو روش و جهت مشخص کردن روش بهینه و مؤثرتر، در این پژوهش سعی شد اثربخشی دو روش ارتباط مؤثر والد-کودک و توانمندسازی شناختی با یکدیگر مقایسه و بررسی شود که آیا تفاوت معنی‌داری بین میزان اثر آن‌ها هست یا خیر.

### روش

این تحقیق از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مراجعین به مرکز مشاوره آموزش و پرورش ناحیه ۲ کرمان در سال ۱۳۹۹ با رده سنی ۷ تا ۱۱ سال بود که توسط کارشناسان روانشناسی مرکز بر طبق ملاک‌های پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی تشخیص داده شدند. تعداد این کودکان ۲۷۵ دانش‌آموز (۱۰۱ دختر و ۱۷۴ پسر) بود. ابتدا ۶۰ نفر از جامعه آماری به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و بعد از تکمیل پرسشنامه کانرز فرم والدین توسط والدین، این کودکان به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند (۲۰ نفر در هر گروه). همتاسازی گروه‌ها نیز بر اساس نمرات پیش‌آزمون انجام شد. بر اساس توصیه‌ها، جهت انجام پژوهش‌های آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه کفایت می‌کند (دلور، ۱۳۹۱)؛ لذا در این پژوهش برای اطمینان بیشتر هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد که پس از ریزش نمونه‌ها، تعداد آزمودنی‌ها در هر گروه به ۱۵ نفر رسید. داشتن رضایت، سن، نداشتن اختلال همراه

به برنامه بازی درمانی مادر-کودک (برتون و لندرت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶) افزوده شده است.

## جدول ۱. ساختار جلسات دهگانه آموزش ارتباط والد-کودک مناسب سازی شده برای آموزش به مادران

جلسه	موضوع
جلسه اول	خوشامدگویی، معرفی خودم و بیان اهداف ارتباط والد و کودک و در آخر معرفی اعضای گروه به یکدیگر در جلسه اول تمرین بازتاب احساس / بذل و بخشش انفجاری در ۳۰ ثانیه/ دیدن عکس کودکی نوزاد
جلسه دوم	که شامل تهیه اسباب‌بازی‌ها و روزانه نیم ساعت بازی کنید و نوشتن نامه محبت‌آمیز به کودک گزارش تمرین‌های جلسه اول از والدین گرفته می‌شود و آموزش اصول جلسات بازی با کودک آموزش داده می‌شود و همچنین، نیایدهایی که مادر در زمان ارتباط بایستی انجام دهد و در نهایت، فهرست اسباب‌بازی‌ها در اختیار والدین قرار می‌گیرد و برای جلسه دوم تکالیف داده می‌شود.
جلسه سوم	گزارش بازی هفته قبل گرفته می‌شود و در این جلسه قانون بان آموزش داده می‌شود. قانون بان: قانونی است که برای کودک محدودیت ایجاد می‌کند. در پایان این جلسه از والدین خواسته می‌شود که قانون بان را در کنار بازی هر روزه انجام دهند.
جلسه چهارم	در این جلسه از اجرای قانون بان و بازی هر روز گزارش دریافت می‌کنیم و در این جلسه آموزش حق انتخاب به‌عنوان گام چهارم قانون بان الزامی است. تکلیف این جلسه بازی: هر روز، قانون بان و دادن حق انتخاب را با کودک تمرین کنید و نوشتن نامه را ادامه دهید و هفته بعد گزارش دهید.
جلسه پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل، گزارش بازی هر روز، نوشتن نامه و اعمال قانون بان، آموزش عبارات تشویقی باعث افزایش اعتماد به نفس و انگیزه پیشرفت در کودکان می‌شود. تکلیف: ادامه بازی هر روز، قانون بان و نوشتن نامه و استفاده از عبارات تشویقی
جلسه ششم	تکالیف هفته گذشته بررسی شد. در این جلسه آموزش، حق انتخاب داده می‌شود. حق انتخاب به منزله صاحب اختیار کردن کودک است. حق انتخاب باعث می‌شود، والد و کودک از جنگ قدرت دست بردارند و اجازه تصمیم‌گیری به کودک و نوجوان بدهد. همچنین، اعتماد به نفس را تقویت می‌کند.
جلسه هفتم	آموزش پاسخ‌های ایجادکننده اعتماد به نفس بعد از بررسی تکالیف به آموزش مهارت پاسخ‌دهی به اعتماد به نفس داده می‌شود. برای پرورش اعتماد به نفس در کودکان ۱. دوست داشتن بدون قید و شرط ۲. ایجاد کفایت و توانمندی در کودک (۱. آموزش مهارت حل مسأله ۲. تشویق برای تلاش‌های کودک). مهارت حل مسأله آموزش داده می‌شود.
جلسه هشتم	گزارش جلسات قبل دریافت شده و مهارت ارتباط مؤثر آموزش داده می‌شود. تکلیف: ادامه جلسات بازی، قانون بان، اعتماد به نفس، حق انتخاب و ارتباط مؤثر کار شود.
جلسه نهم	ارزیابی تکالیف: هر والد گزارش بازی خودش را در کلاس ارایه می‌دهد و آموزش عروسک‌بازی ساختاریافته می‌شود که از طریق داستان‌گویی موقعیتی را که برای کودک ایجاد استرس و اضطراب می‌کند از طریق داستان این استرس و اضطراب کاهش پیدا می‌کند. تکالیف: ادامه بازی هر روز، قانون بان، اعتماد به نفس و از انجام مهارت حل مسأله و ارتباط مؤثر هر روز گزارش دریافت می‌کند و هر روز تکنیک عروسک ساختاریافته به مدت ۱۵ دقیقه انجام می‌شود.
جلسه دهم	ارجاع والدین به جلسه اول چه نگرانی‌هایی را عنوان کردند و آیا تغییر محسوسی می‌بینند؟ چه تغییراتی ایجاد شده و چقدر مفید بوده است؟ و چقدر مشکلات باقی‌مانده است و در پایان پس‌آزمون کاترز فرم والد، انجام شد.

**توانمندسازی شناختی:** برنامه توانمندسازی شناختی که در مطالعه حاضر استفاده شد، مبتنی بر مدل سلسله مراتبی سولبرگ و مایتر (۲۰۰۶) بود. این برنامه در قالب یک بسته نرم‌افزاری بر اساس مطالعات گلدستاین و لوین (۱۹۸۷)، پریگاتانو (۱۹۹۹) و دولت‌شاهی (۲۰۰۴) با تأکید بر بهبود توجه تهیه شد (به نقل از قدیری، جزایری، عشایری و قاضی طباطبایی، ۱۳۸۵) و شامل تکلیف ان-بک<sup>۲</sup> (جهت بهبود برنامه‌ریزی و پردازش اطلاعات، حافظه فعال و تصمیم‌گیری)، تکلیف استروپ<sup>۳</sup> (جهت بهبود کنترل و تخصیص توجه و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی) و تکلیف عملکرد پیوسته<sup>۴</sup> (جهت بهبود بازدارایی پاسخ) بود. این تکالیف با زبان ویژوال بیسیک و پایگاه داده اکسس ۲۰۱۰ طراحی و پیاده‌سازی شده‌اند. این تکالیف هم به‌عنوان ابزار سنجش و هم به‌عنوان ابزار ارتقاء عملکردهای شناختی کاربرد دارند. توضیحات تکالیف ذکر شده به شرح زیر است:

**ان-بک:** این تکلیف یک تکلیف سنجش عملکرد شناختی مرتبط با کنش‌های اجرایی است و نخستین بار در سال ۱۹۵۸ توسط کرچنر معرفی شد. از آن جا که این تکلیف هم نگهداری اطلاعات شناختی و هم دستکاری آن‌ها را شامل می‌شود، برای سنجش عملکرد حافظه کاری و تقویت آن مناسب شناخته شده است. ضرایب اعتبار در دامنه‌ای بین ۰/۵۴ تا ۰/۸۴ اعتبار بالایی این تکلیف را نشان داده است. روایی این تکلیف نیز به‌عنوان شاخص سنجش عملکرد حافظه کاری بسیار قابل قبول است (کین، کن وی، میورا و کلفلس، ۲۰۰۷). در این پژوهش از نسخه کامپیوتری این تکلیف استفاده شد. در این تکلیف در مرحله اجرا کد، نام و سن آزمودنی و حالت محرک (علامت، عدد و حرف) توسط آزمونگر وارد می‌شود. سپس ۸۰ محرک برای حالت انتخاب شده نمایش داده می‌شود.

3. stroop

4. kiddie continuous performance test (K-CPT)

1. Bratton & Landreth

2. n-back

مشخصات آزمودنی در نرم‌افزاری که به همین منظور تهیه شده بود، ابتدا چند کوشش تمرینی و بعد آزمایش اصلی اجرا می‌شد. وظیفه آزمودنی آن بود که هر گاه فلش سفید رنگ ظاهر شده روی مانیتور به سمت راست اشاره داشت هرچه سریع‌تر دکمه شیفت سمت راست و اگر به سمت چپ اشاره داشت دکمه شیفت سمت چپ را فشار دهد؛ اما اگر رنگ فلش آبی بود صرف نظر از جهت آن، دکمه‌ای را فشار ندهد. در مجموع ۱۰۰ کوشش وجود داشت که ۸۰ درصد آن‌ها به رنگ سفید (محرک هدف) و ۲۰ درصد آن‌ها به رنگ آبی (محرک غیرهدف) بودند. در این تکلیف دو نوع خطای حذف و خطای ارتکاب نمره‌گذاری می‌شود. خطای حذف هنگامی رخ می‌دهد که آزمونی به محرک هدف پاسخ ندهد و نشان‌دهنده این است که آزمودنی در درک محرک دچار مشکل شده است. این نوع خطا به‌عنوان مشکل در پایداری توجه، تفسیر می‌شود و نشانگر بی‌توجهی به محرک‌ها است. خطای ارتکاب هنگامی رخ می‌دهد که آزمودنی به محرک غیرهدف پاسخ دهد. این نوع پاسخ نشان‌دهنده ضعف در بازداری تکانه است و به‌عنوان مشکل در کنترل تکانه یا تکانشگری تفسیر می‌شود. ضریب اعتبار ۰/۵۹ تا ۰/۹۳ را برای قسمت‌های مختلف تکلیف نشان داد. روایی تکلیف اخیر با شیوه‌های رواسازی ملاکی بر اساس مقایسه گروه بهنجار و کم‌توجهی بیش‌فعال مورد بررسی قرار گرفت که نتایج متغیرهای مختلف آن تفاوت معناداری را در سطح کوچکتر از ۰/۰۰۱ بین دو گروه نشان داد (نظیفی، رسول‌زاده طباطبایی، آزاد فلاح و مرادی، ۱۳۹۰).

برنامه توانمندسازی شناختی در ده جلسه یک ساعته آموزش داده شد و جلسات به صورت فشرده، هفته‌ای ۲ بار تشکیل شدند.

**استروپ:** این تکلیف در سال ۱۹۳۵ توسط استروپ برای ارزیابی توجه اختصاصی و انعطاف‌پذیری شناختی ابداع شد. این تکلیف از دو کارت تشکیل شده است. کارت کنترل برای نامیدن رنگ و کارت ناهمخوان نیز برای نامیدن رنگ‌ها بدون توجه به چیزی که نوشته شده است، گفته می‌شود. هر کارت ۲۵ محرک را نشان می‌دهد که به ترتیب در ۵ سطر و ۵ ستون تنظیم شده‌اند. از آزمودنی خواسته می‌شود به هر کارت نگاه کند و از سمت چپ به طور افقی به سمت راست، این کار را ادامه دهد و پاسخ مناسب را سریع و تا جایی که محتمل است، بدهد. کارت کنترل مربع‌های کلمات را نشان می‌دهد (قرمز، آبی، سبز، قهوه‌ای و زرد)، در این قسمت از آزمودنی خواسته می‌شود تا رنگ کلمات را بگوید. کارت ناهمخوان نیز واژه‌هایی را که به نام رنگ‌های پنج‌گانه اشاره دارند و با رنگ‌های متعارض (مثلاً واژه قرمز به رنگ آبی نوشته شده) نوشته شده‌اند، نشان می‌دهد و از آزمودنی خواسته می‌شود تا رنگ واژه‌ها را بدون توجه به چیزی که نوشته شده بگوید. در هر دو کارت زمان واکنش آزمودنی و تعداد خطاها ثبت می‌شود. جهت جلوگیری از عادت آزمودنی‌ها به نوشته‌های کارت‌ها و احتمالاً حفظ کردن آن‌ها، در این پژوهش از هر کارت دو نوع متفاوت تهیه و استفاده شد. پایایی این تکلیف برای کارت اول ۰/۸۸ و برای کارت دوم ۰/۸۰ گزارش شده است (دنی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

**عملکرد پیوسته:** در این پژوهش به منظور بهبود بازداری پاسخ از تکلیف کامپیوتری عملکرد پیوسته استفاده شد. روش کار این تکلیف به این صورت است که آزمودنی باید در قبال مجموعه‌ای از محرک‌ها پاسخ دهد و تعداد اندکی از آن‌ها را نادیده گرفته و از صدور پاسخ خودداری کند. بعد از ثبت

## جدول ۲. ساختار جلسات توانمندسازی شناختی مناسب‌سازی شده برای آموزش به کودکان

جلسه	موضوع
جلسه اول	برقراری اتحاد درمانی و تعیین اهداف درمان و انجام تکالیف ان-بک، استروپ و عملکرد پیوسته و پرسشنامه کانرز (فرم والدین) جهت پیش‌آزمون
جلسه دوم	آزمون عملکرد پیوسته، آزمون ان-بک و استروپ به مدت یک ساعت گرفته شد.
جلسه سوم	به فاصله ۷ روز بعد آزمون عملکرد پیوسته، آزمون ان-بک و استروپ به مدت یک ساعت گرفته شد.
جلسه چهارم	به فاصله ۵ روز بعد آزمون عملکرد پیوسته، آزمون ان-بک و استروپ به مدت یک ساعت گرفته شد.
جلسه پنجم	به فاصله ۵ روز بعد آزمون عملکرد پیوسته، آزمون ان-بک و استروپ به مدت یک ساعت گرفته شد.
جلسه ششم	به فاصله ۵ روز بعد آزمون عملکرد پیوسته، آزمون ان-بک و استروپ به مدت یک ساعت گرفته شد.
جلسه هفتم	به فاصله ۵ روز بعد آزمون عملکرد پیوسته، آزمون ان-بک و استروپ به مدت یک ساعت گرفته شد.
جلسه هشتم	به فاصله ۵ روز بعد آزمون عملکرد پیوسته، آزمون ان-بک و استروپ به مدت یک ساعت گرفته شد.
جلسه نهم	به فاصله ۵ روز بعد آزمون عملکرد پیوسته، آزمون ان-بک و استروپ به مدت یک ساعت گرفته شد.
جلسه دهم	به فاصله ۵ روز بعد آزمون عملکرد پیوسته، آزمون ان-بک و استروپ به مدت یک ساعت گرفته شد و در آخر از والدین دانش‌آموزان بازخورد گرفته شد که این روند چه نتیجه‌ای داشته است و پرسشنامه کانرز (فرم والدین) مجدداً جهت پس‌آزمون توسط والدین تکمیل شد.

## یافته‌ها

قبل از انجام آزمون‌های آماری، جهت رعایت پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس، آزمون‌های لوین و کولموگروف-اسمیرنوف بر روی داده‌ها انجام شد. عدم معناداری تمامی متغیرها در آزمون لوین نشان داد که شرط برابری واریانس بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیرهای وابسته در تمامی گروه‌ها مساوی بوده است ( $p > 0.05$ ). همچنین، با توجه به سطوح معنی‌داری به دست آمده در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف ( $p > 0.05$ ) مشخص شد که توزیع نمرات تمامی متغیرها، نرمال یا نزدیک به نرمال است. لذا با توجه به برقراری شرط همگنی واریانس‌ها

و نرمال بودن توزیع متغیرها، انجام تحلیل کوواریانس بلامانع است. جهت اطمینان از عدم تفاوت نمرات پیش-آزمون در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، از تحلیل واریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که بین نمرات آزمون‌های سه گروه در تمام شاخص‌های پژوهش، قبل از شروع آموزش، تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p > 0.05$ ). جدول ۳ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون را به تفکیک سه گروه (توانمندسازی شناختی، آموزش ارتباط والد و کودک و گروه کنترل) نشان می‌دهد.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک چهار گروه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
مشکلات سلوک	توانمندسازی شناختی	۳۳/۴۰	۵/۶۱۶
	آموزش ارتباط والد و کودک	۳۴/۸۷	۶/۶۷۵
	کنترل	۳۰/۱۳	۷/۲۵۹
	توانمندسازی شناختی	۲۴/۳۳	۴/۳۰۴
	آموزش ارتباط والد و کودک	۲۲/۸۷	۳/۴۸۲
	کنترل	۲۹/۴۰	۵/۴۴۸
مشکلات اجتماعی	توانمندسازی شناختی	۲۰/۰۷	۳/۹۳۶
	آموزش ارتباط والد و کودک	۲۰/۷۳	۵/۹۵۸
	کنترل	۱۶/۸۷	۴/۴۰۶
	توانمندسازی شناختی	۱۳/۶۷	۳/۲۶۶
	آموزش ارتباط والد و کودک	۱۴/۳۳	۳/۰۸۶
	کنترل	۱۶/۶۷	۲/۱۲۷
مشکلات روان‌تنی	توانمندسازی شناختی	۱۹/۸۰	۳/۱۴۴
	آموزش ارتباط والد و کودک	۱۹/۵۳	۴/۷۷۹
	کنترل	۱۷/۴۷	۵/۰۲۷
	توانمندسازی شناختی	۱۴/۰۰	۳/۷۶۱
	آموزش ارتباط والد و کودک	۱۳/۲۰	۲/۷۵۷
	کنترل	۱۶/۴۷	۳/۵۴۳
اضطراب خجالتی	توانمندسازی شناختی	۱۲/۴۷	۲/۹۴۹
	آموزش ارتباط والد و کودک	۱۴/۴۰	۲/۸۷۴
	کنترل	۱۲/۰۰	۲/۹۰۳
	توانمندسازی شناختی	۸/۹۳	۲/۱۸۷
	آموزش ارتباط والد و کودک	۸/۸۷	۱/۹۹۵
	کنترل	۱۱/۵۳	۲/۳۰۰

نزدیک به نرمال است. لذا با توجه به برقراری شرط همگنی واریانسها و نرمال بودن توزیع متغیرها، انجام تحلیل کوواریانس بلامانع است. همچنین جهت اطمینان از عدم تفاوت نمرات پیش آزمون در دو گروه آزمایش و یک کنترل، از تحلیل واریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که بین نمرات آزمودنیهای سه گروه در تمام شاخصهای پژوهش، قبل از شروع آموزش، تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p > 0.05$ ). جهت مقایسه عملکرد کودکان در گروه توانمندسازی شناختی و گروه کنترل و همچنین حذف اثر پیش آزمون، از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

#### جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس بررسی اثر

##### توانمندسازی شناختی بر عملکرد کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی بیش فعالی

شاخص	منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر
مشکلات سلوک	پیش آزمون	۲۸۲/۴۹۸	۱	۲۸۲/۴۹۸	۱۹/۴۳۶	۰/۰۰۱	۰/۴۴۳
	گروه	۳۱۲/۰۳۸	۱	۳۱۲/۰۳۸	۲۱/۴۶۹	۰/۰۰۱	
	خطا	۳۹۲/۴۳۵	۲۷	۱۴/۵۳۵	-	-	
	کل	۸۶۷/۴۶۷	۲۹	-	-	-	
مشکلات اجتماعی	پیش آزمون	۶۱/۰۱۰	۱	۶۱/۰۱۰	۱۰/۸۶۲	۰/۰۰۳	۰/۴۲۲
	گروه	۱۱۰/۵۸۹	۱	۱۱۰/۵۸۹	۱۹/۶۸۹	۰/۰۰۱	
	خطا	۱۵۱/۶۵۶	۲۷	۵/۶۱۷	-	-	
	کل	۲۸۰/۱۶۷	۲۹	-	-	-	
مشکلات روان‌تنی	پیش آزمون	۲۱۴/۲۷۵	۱	۲۱۴/۲۷۵	۳۶/۲۸۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱۱
	گروه	۱۱۱/۱۵۶	۱	۱۱۱/۱۵۶	۱۸/۸۲۱	۰/۰۰۱	
	خطا	۱۵۹/۴۵۹	۲۷	۵/۹۰۶	-	-	
	کل	۴۱۹/۳۶۷	۲۹	-	-	-	
اضطراب خجالتی	پیش آزمون	۷۶/۵۴۸	۱	۷۶/۵۴۸	۳۵/۵۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱۲
	گروه	۶۱/۰۹۰	۱	۶۱/۰۹۰	۲۸/۳۸۰	۰/۰۰۱	
	خطا	۵۸/۱۱۸	۲۷	۲/۱۵۳	-	-	
	کل	۱۸۵/۳۶۷	۲۹	-	-	-	

با توجه به نتایج جدول ۴ مشاهده می‌شود که سطح معنی‌داری به دست آمده برای متغیر همپراش (پیش آزمون) در تمام شاخص‌ها معنی‌دار است، که نشان‌دهنده انتخاب صحیح متغیر همپراش می‌باشد. همچنین، با توجه به اینکه سطح معنی‌داری متغیر مستقل (گروه) کمتر از ۰/۰۵ است، می‌توان مطرح نمود که پس از خارج کردن تأثیر پیش آزمون،

با توجه به نتایج جدول ۴ مشاهده می‌شود که سطح معنی‌داری به دست آمده برای متغیر همپراش (پیش آزمون) در تمام شاخص‌ها معنی‌دار است، که نشان‌دهنده انتخاب صحیح متغیر همپراش می‌باشد. همچنین، با توجه به اینکه سطح معنی‌داری متغیر مستقل (گروه) کمتر از ۰/۰۵ است، می‌توان مطرح نمود که پس از خارج کردن تأثیر پیش آزمون،

#### جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس بررسی اثر

##### آموزش ارتباط والد و کودک بر عملکرد کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی بیش فعالی

شاخص	منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر
مشکلات سلوک	پیش آزمون	۲۷۴/۱۴۵	۱	۲۷۴/۱۴۵	۲۳/۷۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱۷
	گروه	۵۰۰/۳۶۵	۱	۵۰۰/۳۶۵	۴۳/۴۱۴	۰/۰۰۱	
	خطا	۳۱۱/۱۸۸	۲۷	۱۱/۵۲۵	-	-	
	کل	۹۰۵/۴۶۷	۲۹	-	-	-	

مشکلات اجتماعی	پیش آزمون	۱۰۴/۶۸۴	۱	۱۰۴/۶۸۴	۳۰/۷۲۸	۰/۰۰۱
	گروه	۹۲/۵۴۷	۱	۹۲/۵۴۷	۲۷/۱۶۵	۰/۰۰۱
	خطا	۹۱/۹۸۳	۲۷	۳/۴۰۷	-	-
	کل	۲۳۷/۵۰۰	۲۹	-	-	-
مشکلات روان‌تنی	پیش آزمون	۱۷۰/۷۷۵	۱	۱۷۰/۷۷۵	۴۱/۴۰۶	۰/۰۰۱
	گروه	۱۳۲/۸۳۲	۱	۱۳۲/۸۳۲	۳۲/۲۰۷	۰/۰۰۱
	خطا	۱۱۱/۳۵۸	۲۷	۴/۱۲۴	-	-
	کل	۳۶۲/۱۶۷	۲۹	-	-	-
اضطراب خجالتی	پیش آزمون	۴۴/۳۶۳	۱	۴۴/۳۶۳	۱۵/۱۴۲	۰/۰۰۱
	گروه	۸۷/۲۴۰	۱	۸۷/۲۴۰	۲۹/۷۷۷	۰/۰۰۱
	خطا	۷۹/۱۰۳	۲۷	۲/۹۳۰	-	-
	کل	۱۷۶/۸۰۰	۲۹	-	-	-

۱۳۹۶؛ نریمانی، سلیمانی و تبریزی، ۱۳۹۴؛ مور و لدیتر، ۲۰۱۹؛ کورتست<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ هویک، سونز، آرلین و ایگاندا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳؛ وانگر و مک‌نیل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). این موضوع را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که ناتوانی این گروه از کودکان به کمبود توجه مربوط بوده است که با بر طرف کردن مشکل توجه یادگیری هم به طور قابل توجهی بهبود پیدا کرده است. به این دلیل که یکی از راهبردهای آموزش شناختی، بهبود توانایی‌های عصب‌شناختی مانند توجه، حافظه، یادگیری و عملکرد اجرایی می‌باشد، که این فرض در یافته‌های تحقیقاتی که در زمینه بهبود توجه (رودا و لینا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲) و عملکرد اجرایی در کودکان پیش‌دستانی (تورل، لیندکویست، نیوتلی، بوهلین و کلینگرگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸) از طریق توانمندسازی شناختی، صورت گرفته است تأیید شده است. روش توانمندسازی شناختی که از ادغام علوم اعصاب شناختی با فناوری اطلاعات حاصل شده است، روشی می‌باشد به منظور بهبود نقایص کارکردهای اجرایی و شناختی از جمله حافظه و توجه. این روش بر اساس اصل شکل‌پذیری و خودترمیمی مغز با برانگیختگی پیاپی مناطقی از مغز که کمتر فعال هستند، باعث به وجود آوردن تغییرات سیناپسی پایداری در مغز شده و این روش می‌تواند باعث بهبود نواقص شناختی مشاهده شده در اختلالات مذکور گردد (اکانل، بلگرو و رابرتسن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). با این وجود نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روش درمانی والد-کودک اثربخش‌تر از روش توانمندسازی شناختی بود. پژوهش‌های پیشین که اثر ارتباط والد و کودک بر عملکرد کودکان مبتلا به کم‌توجهی بیش‌فعالی را گزارش کرده‌اند، یافته‌های پژوهش حاضر را تأیید می‌کنند (نجاتی، موسوی، روشن چسلی و قرائی، ۱۳۹۵؛ ویسانی، شهنی بیلاق، عالی‌پور و مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۹۴؛ فرخی، حرفه دوست، خیرجو،

با توجه به نتایج جدول ۵ مشاهده می‌شود که سطح معنی‌داری به دست آمده برای متغیر همپراش (پیش‌آزمون) در تمام شاخص‌ها معنی‌دار است، که نشان‌دهنده انتخاب صحیح متغیر همپراش می‌باشد.

همچنین، با توجه به اینکه سطح معنی‌داری متغیر مستقل (گروه) کمتر از ۰/۰۵ است، نتیجه گرفته می‌شود که پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمرات دو گروه در پس‌آزمون تمام شاخص‌ها، وجود دارد. لذا آموزش ارتباط والد و کودک بر عملکرد کودکان مبتلا به کمبود توجه و بیش‌فعالی اثر دارد.

در نهایت، جهت بررسی تفاوت میان دو گروه (توانمندسازی شناختی و آموزش ارتباط والد و کودک) از محاسبه اندازه اثر در دو فرضیه دیگر پژوهش استفاده شد که مشخص گردید، اندازه اثر آموزش ارتباط والد و کودک در بهبود عملکرد کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی (با اندازه اثر ۰/۵۰۲ تا ۰/۶۱۷ برای شاخص‌های چهارگانه عملکرد کودکان) بیشتر از روش دیگر (روش توانمندسازی شناختی، با اندازه اثر ۰/۴۱۱ تا ۰/۵۱۲) بود.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده در این پژوهش نشان داد که هر دو روش درمانی بر عملکرد کودکان مبتلا به کم‌توجهی بیش‌فعالی اثر دارد؛ اما اندازه اثر آموزش ارتباط والد-کودک در بهبود شاخص‌های چهارگانه عملکرد کودکان مبتلا به کم‌توجهی و بیش‌فعالی بیشتر از روش دیگر بود. یافته‌های این پژوهش، با یافته‌های پژوهش‌های پیشین که حاکی از اثربخشی روش توانمندسازی شناختی بر عملکرد کودکان مبتلا به کمبود توجه و بیش‌فعالی بود، هم‌راستا است (عاشوری و دل‌لال‌زاده بیگی، ۱۳۹۷؛ خانجانی، صالحی اقدم و عافی، ۱۳۹۷؛ موسوی‌زاده مقدم و همکاران، ۱۳۹۷؛ مسببی و میرمهدی،

4. Rueda & Lina  
5. Thorell, Lindqvist, Nutley, Bohlin & Klingberg  
6. O'Connell, Bellgrove & Robertson

1. Cortese  
2. Hovik, Saunes, Aarlien & Egeland  
3. Wagner & Mcneil



در انتها، به‌عنوان محدودیت پژوهش حاضر ذکر این مطلب لازم است که در این پژوهش از پرسشنامه برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است و ممکن سوگیری در بهتر یا بدتر نشان دادن کودکان توسط والدین در نحوه پاسخ‌دهی شرکت‌کنندگان اثر داشته باشد. لذا در تعمیم یافته‌های پژوهش لازم است احتیاط صورت گیرد. همچنین، در روش درمانی والد-کودک چون یک طرف آموزش را والدین به عهده داشتند ممکن است در ارزیابی نهایی دچار سوگیری شده و نتایج را بهتر از آنچه بوده گزارش کرده باشند که کنترل این مسائل از عهده پژوهشگر خارج بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده جهت ارزیابی کودکان از ابزار کمکی دیگری همچون مصاحبه، مشاهده و ... استفاده شود تا اثر محدودیت‌های ذکر شده به حداقل برسد.

### منابع

ارجمندی، ش.، کیخاوندی، س.، و سایه مهری، ک. (۱۳۹۴). بررسی میزان شیوع اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی در دانش‌آموزان دبستانی از دید معلمان و والدین: مطالعه مروری و سیستماتیک و فرا تحلیل. *اصول بهداشت روانی*. ۱۷ (۵)، ۲۱۳-۲۲۱.

پورسینا، ز.، طهماسبیان، ک.، و صادقی، م. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای ایمنی هیجانی در رابطه بین کارکرد خانواده و مشکلات رفتاری کودک. *روانشناسی خانواده*. ۱ (۲)، ۷۸-۶۹.

خانجانی، ز.، صالحی اقدم، خ.، و عافی، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر بازتوانی شناختی در بهبود حافظه دیداری و شنیداری کودکان با اختلالات یادگیری همراه با بیش‌فعالی و اختلالات یادگیری بدون بیش‌فعالی. *آموزش و ارزشیابی (علوم تربیتی)*. ۱۱ (۴۳)، ۴۴-۲۹.

روشن، م.، آقاییوسفی، ع.، علیپور، ا.، و رضایی، ا. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی دو روش درمان تعامل والد-کودک و مقابله درمانگری مادران بر کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان ۳-۶ ساله. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۱۴ (۱)، ۱۲۳-۱۱۱.

شه‌بایان، آ.، شهیم، س.، بشاش، ل.، و یوسفی، ف. (۱۳۸۶). هنجاریابی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز برای کودکان ۶-۱۱ ساله در شهر شیراز. *مطالعات روان‌شناختی*. ۳ (۳)، ۹۷-۱۲۰.

شهبازی، م. ر. (۱۳۹۰). *توانبخشی شناختی چیست، فصلنامه قاصد محبت*. ۲۳، ۹-۱۰.

عاشوری، م.، و دل‌زاده، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی با اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی. *آرشیو توانبخشی*. ۱۹ (۲)، ۱۱۵-۱۰۲.

سلم آبادی و فیض الهی، ۱۳۹۴؛ تن و همکاران، ۲۰۱۸؛ لیونگ و همکاران، ۲۰۱۷؛ وانگر و مک‌نیل، ۲۰۰۸). بسیاری از اختلالات رفتاری کودکان ریشه در تعاملات منفی والد و کودک دارد. رفتارهای منفی والدین نظیر تهدید کردن و فریاد زدن موجب رفتارهای منفی کودک مانند بی‌مسئولیتی و نافرمانی و رفتارهای تکانشی می‌شود و یا آن‌ها را تقویت می‌کند که این مسئله هم موجب بدتر شدن رفتارهای والدین شده و حتی ممکن است منجر به خشونت شود. درمان تعامل والد-کودک با آموزش والدین مبنی بر حفظ ثبات رفتاری و استفاده از تکنیک‌های مسالمت‌آمیز و تقویت تعاملات مثبت، این چرخه معیوب را می‌شکند. در درمان ارتباط والد-کودک، والدین مهارت‌هایی را برای ایجاد روابط امن و در جهت رشد کودکانشان فرا می‌گیرند و به این ترتیب رفتارهای اجتماعی را در کودک افزایش داده و رفتارهای منفی را در وی کاهش می‌دهند. در این برنامه درمانی به والدین آموزش داده می‌شود که به کودکانشان نزدیک شوند، سبک‌های والدینی موثرتری که منطبق با نیازهای کودکانشان است به کار ببرند، به رفتارهای درست و سازگارانه کودک توجه کرده و رفتارهای ناسازگارانه وی را نادیده بگیرند و در عوض کودکان هم به این تعاملات به صورت سالم‌تری پاسخ می‌دهند (روشن، آقاییوسفی، علیپور و رضایی، ۱۳۹۵). این برنامه باعث کاهش استرس والدین (لیونگ و همکاران، ۲۰۱۷) و سازگاری بیشتر و بهبود علائم پرخاشگری و بیش‌فعالی (ارجمندی، کیخاوندی و سایه میری، ۱۳۹۴) و توجه (لیونگ و همکاران، ۲۰۱۷) در کودکان می‌شود.

همچنین، می‌توان چنین نتیجه گرفت که در این رویکرد تأکید بر روی رابطه والد یا مراقب با کودک است و به تغییر ادراک کودک در مورد والدین و رابطه والد-کودک منجر می‌شود و از والدین به‌عنوان جانشین درمانگر استفاده می‌شود، از این‌رو، سبب قدرت بخشیدن به والدین و کاهش احساس گناه و ناامیدی در آن‌ها می‌شود و همکاری و تعامل درمانی بیشتری هم از سوی والدین و هم از سوی کودکان به همراه خواهد آورد. در مجموع می‌توان عنوان کرد که والدین به علت مسئولیت‌پذیری بالاتر و احساس نیاز بیشتر به درمان کودک خود، در فراگیری تکنیک‌های ارتباط والد-کودک، عملکرد بهتری داشته‌اند که این مورد را نمی‌توان از کودکان هم انتظار داشت. این نکته حائز اهمیت است که در روش آموزش ارتباط مؤثر والد-کودک، چون در یک طرف درمان، والدین قرار داشتند و در پایان پژوهش نیز والدین فرم پس‌آزمون را پر کردند، احتمال دارد پاسخ‌های والدین در پس‌آزمون تحت تأثیر سوگیری ذهنی آن‌ها و برآورد کاذب از بهبود عملکرد کودکان باشد.

- Bratton, S. C., & Landreth, G. L. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual: A 10-session filial therapy model for training parents*: Routledge.
- Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Dittmann, R. W., Sonuga-Barke, E. J. & et al. (2015). Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 54(3), 164-174.
- Guernsey, L., & Ryan, V. (2013). *Group Filial Therapy: The Complete Guide to Teaching Parents to Play Therapeutically with Their Children*. Jessica Kingsley Publishers.
- Hallahan, D. P., Pullen, P. C., Kauffman, J. M., & Badar, J. (2020). Exceptional Learners. In L. Zhang (Ed.), *Oxford Research Encyclopedia of Education*, New York, NY: Oxford University Press.
- Hovik, K. T., Saunes, B. K., Aarlien, A. K., & Egeland, J. (2013). RCT of working memory training in ADHD: long-term near-transfer effects. *Randomized Controlled Trial > PLoS One*: 8(12).
- Leung, C., Tsang, S., Ng, G. S. H., & Choi, S. Y. (2017). Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy With Chinese ADHD Children: Randomized Controlled Trial. *Research on Social Work Practice*, 27(1), 36-47. doi:10.1177/1049731516643837
- Moore, A. L., & Ledbetter, C. (2019). The Promise of Clinician-Delivered Cognitive Training for Children Diagnosed with ADHD. *J Ment Health Clin Psychol*, 3(3), 3-8.
- Moore, A. L., Carpenter, D. M., Miller, T. M., & Ledbetter, C. (2018). Clinician-delivered cognitive training for children with attention problems: effects on cognition and behavior from the ThinkRx randomized controlled trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 1671-1683. doi:10.2147/ndt.S165418
- O'Connell, R. G., Bellgrove, M. A., & Robertson, I. H. (2007). *Avenues for the neuro-remediation of ADHD: Lessons from Clinical Neurosciences*. In M. . Fitzgerald, M. Bellgrove, & M. Gill (Eds.), *Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (pp. 441-463). Willy-Blackwell.
- Pliszka, S. R., Greenhill, L. L., Crismon, M. L., Sedillo, A., Carlson, C., Conners, C. K., Toprac, M. G. & et al. (2000). The Texas Children's Medication Algorithm Project: Report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication فرخی، ن، حرفه دوست، م، خیرجو، ا، سلم آبادی، م، و فیض‌اللهی، ز. (۱۳۹۴). نقش میانجی ارتباط بین والد-کودک، منبع کنترل و عملکرد تحصیلی در رابطه بین اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی و افسردگی کودکان. *ر وان شناسی افراد استثنایی*. ۵ (۱۷)، ۸۶-۶۵.
- قدیری، ف، جزایری، ع، عشایری، ح، و قاضی طباطبایی، م. (۱۳۸۵). نقش توانبخشی شناختی در کاهش نقایص کارکردهای اجرایی و نشانه‌های وسواسی-اجباری بیماران اسکیزو-وسواسی. *آرشیو توانبخشی*. ۷ (۴)، ۲۴-۱۵.
- قدیری، ف، جزایری، ع، عشایری، ح، و قاضی طباطبایی، م. (۱۳۸۵). نقش توانبخشی شناختی در کاهش نقایص کارکردهای اجرایی و نشانه‌های وسواسی-اجباری بیماران اسکیزو-وسواسی. *آرشیو توانبخشی*. ۷ (۴)، ۲۴-۱۵.
- محمدی، ا. (۱۳۸۹). *هنجاریابی مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV (فرم والدین) بر روی کودکان دوره ابتدایی شهر اصفهان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارسگان.
- مسیبی، ن، و میرمهدی، ر. (۱۳۹۶). اثربخشی بازتوانی شناختی رایانه‌ای (CRT) بر بهبود حافظه کاری و کاهش نقص توجه مستمر در کودکان با نقص توجه/بیش‌فعالی. *فصلنامه علمی - پژوهی روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*. ۱ (۲۹)، ۱۰۵-۱۲۴.
- موسی‌زاده مقدم، ح، ارجمندنی، ع، افروز، غ، و غباری بناب، ب. (۱۳۹۷). اثربخشی برنامه توانبخشی شناختی مبتنی بر حافظه آینده‌نگر بر مشکلات رفتاری و حافظه فعال کودکان با اختلال کاستی توجه بیش‌فعالی. *فصلنامه توانمندسازی کودکان استثنایی*. ۹ (۲)، ۹۹-۱۱۰.
- نجاتی، ا، موسوی، ر، روشن چسلی، ر، و محمودی قرایی، ج. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر شدت نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه (ADHD). *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. ۱۴ (۱)، ۳۱-۱۹.
- نریمانی، م، سلیمانی، ا، و تبریزی، ن. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر توانبخشی شناختی بر نگهداری توجه و پیشرفت تحصیلی ریاضی دانش‌آموزان دارای اختلال ADHD. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی مدرسه و آموزشگاه*. ۴ (۲)، ۱۳۴-۱۱۸.
- نظیفی، م، رسول‌زاده طباطبایی، ک، آزاد فلاح، پ، و مرادی، ع. (۱۳۹۰). توجه پایدار و بازداری پاسخ در کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی در مقایسه با کودکان عادی. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*. ۳ (۲)، ۶۴-۵۵.
- ویسانی، م، شهینی بیلاق، م، عالی‌پور، س، و مهربانی‌زاده هنرمند، م. (۱۳۹۴). اثربخشی روش ارتباط کودک-والد بر شدت نشانگان اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی. *روانشناسی خانواده*. ۳ (۱)، ۳۸-۲۹.

- Tan, S. Y., Steding, L. H., Coates, E. E., & Agazzi, H. (2018). Parent-Child Interaction Therapy and ADHD: A Case Study With a Hearing Child of a Deaf Father and a Hearing Mother. *Child & Family Behavior Therapy*, 40(1), 65-83.
- Tan, S. Y., Steding, L. H., Coates, E. E., & Agazzi, H. (2018). Parent-child interaction therapy and ADHD: A case study with a hearing child of a deaf father and a hearing mother. *Child & Family Behavior Therapy*. 40(1), 65–83.
- Thorell, L. B., Lindqvist, S., Nutley, S. B., Bohlin, G., & Klingberg, T. (2008). Training and transfer effects of executive functions in preschool Children. *Developmental Science*. 106–113.
- Wagner, S., & Mcneil, C., (2008). Parent-Child Interaction Therapy for ADHD: A Conceptual Overview and Critical Literature Review. *Child & Family Behavior Therapy*. 30. 231-256.
- Treatment of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Part II: Tactics. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(7), 920-927. doi:10.1097/00004583-200007000-00022
- Reilly, C. J. (2011). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in childhood epilepsy. *Res Dev Disabil*, 32(3), 883-893. doi:10.1016/j.ridd.2011.01.019
- Rueda, R., Chesa, P., & Lina, C. (2012). Enhanced efficiency of the executive attention network after training in preschool children, immediate changes and effects after two months. *Developmental cognitive neuroscienc*, 25, 192-s204.
- Sanders, M. R., Dittman, C. K., Farruggia, S. P., & Keown, L. J. (2014). A comparison of online versus workbook delivery of a self-help positive parenting program. *J Prim Prev*. 35(3), 125-133. doi:10.1007/s10935-014-0339-2

---

## Comparison of effectiveness of parent-child communication training with cognitive empowerment on improving the performance of children with attention deficit/hyperactivity disorder

---

Fateme Najafi \*

Mahshid Tajrobehkar\*\*

Hassan Mohamadtehrani \*\*\*

---

### Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of parent-child communication training and cognitive empowerment on improving the performance of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. The research method was experimental with pretest-posttest design and a control group. The statistical population included all patients referred to the Education Counseling Center of District 2 of Kerman with the age group of 7 to 11 years in 2020 who were diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. The number of these children was 275 students (101 girls and 174 boys). After completing the conners' parent rating scale (CPRS) by the parents of these children, 60 children were selected by random sampling method and randomly assigned to two experimental groups and one control group (20 people in each group). After reducing the subjects, the number of subjects in each group reached 15. The children in the cognitive empowerment group underwent 10 sessions of cognitive trainings and the parents in the parent-child communication group underwent 10 sessions of effective parent-child communication training, but the control group did not receive any intervention. The data were analyzed by analysis of covariance. The results showed that both methods have an effect on the performance of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder but the parent-child communication training method was more effective in improving the performance of these children than the cognitive empowerment method. Therefore, these educational methods can be used to improve the performance of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and it is suggested that both methods be used together.

**keywords:** Teaching Parent-Child Communication, Cognitive Empowerment, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

---

\* PhD Student in Psychology, Islamic Azad University, Zarand Branch, Zarand, Iran.

\*\* **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran. **Email:** m.tajrobehkar@uk.ac.ir

\*\*\* Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University, Zarand Branch, Zarand, Iran.

**Submission: 23 August 2021**

**Revisen: 4 September 2021**

**Acceptance: 22 October 2021**