

مقایسه اثربخشی بسته‌ی ارتباطی والد-کودک با درمان تعامل والد-کودک بر اختلالات عاطفی و رفتاری و استواری کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی: مطالعه موردی

شیوا عدلخواه*

سالار فرامرزی**✉

اصغر آقایی***

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی بسته‌ی ارتباطی والد-کودک با درمان تعامل والد-کودک بر اختلالات عاطفی و رفتاری و استواری کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی ۶ تا ۱۲ سال بود که به روش نیمه‌تجربی با طرح تک‌آزمودنی انجام شد. در این پژوهش ۱۲ بار اندازه‌گیری (۴ بار به‌عنوان خط پایه، ۴ بار طی درمان و ۴ بار نیز در مرحله‌ی پیگیری) صورت گرفت. از بین مادران دارای کودک ۶ تا ۱۲ سال با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ به همراه کودکانشان، ۶ مادر-کودک (۱۲ نفر) به شیوه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه بسته ارتباطی والد-کودک و درمان تعاملی والد-کودک جایگزین شدند. ابزار پژوهش شامل سیاهه رفتاری کودک آخنباخ (EBPL) و مقیاس پایداری و پشتکار کودکان (PS) بود. برای گروه اول به مدت ۱۱ جلسه بسته ارتباطی والد-کودک و برای گروه دوم ۱۲ جلسه درمان تعامل والد-کودک اجرا شد. در این پژوهش از ضرایب تأثیر داده‌ها استفاده شد و فراز و فرود متغیر وابسته، پایه‌ی دآوری میزان تغییر به شمار رفت. همچنین، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد بسته ارتباطی والد-کودک و درمان تعاملی والد-کودک بر اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی ۶ تا ۱۲ سال اثر نداشتند؛ لیکن بسته ارتباطی والد-کودک و درمان تعاملی والد-کودک بر استواری کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی ۶ تا ۱۲ سال تأثیر داشته‌اند. بر اساس نتایج تنها بسته ارتباطی والد-کودک دارای اثرات پایدار بوده است. بنابراین، بسته ارتباطی والد-کودک می‌تواند نقش مهمی را در بهبودی پایدار استواری در کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی ۶ تا ۱۲ سال ایفا کند.

واژه‌های کلیدی:

اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، اختلالات عاطفی و رفتاری، استواری، بسته ارتباطی والد-کودک، درمان تعامل والد-کودک.

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

** نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران.

Email: s.faramarzi@edu.ui.ac.ir

*** استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

مقدمه

پرخاشگری نسبت به مسائل تحصیلی و اجتماعی می‌شود (گرولینک^{۱۶}، ۲۰۰۹).

محققان بر این باورند در زمینه حل مشکلات این کودکان، اصلاح ارتباط والد- فرزند می‌تواند کمک‌کننده باشد و اختلال در آن، کل نظام خانواده را مختل نموده و مشکلات جدیدی را ایجاد می‌کند (بول^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۸). ضعف در روابط والد-کودک از نواقصی است که در والدین این کودکان مشاهده می‌شود (عدل‌پور، موحدی و رافعی بروجی، ۱۳۹۶)؛ درمان تعامل کودک-والد^{۱۸}، از مداخلات روانشناختی مناسب و مؤثری است که فرصت مناسبی را برای درک و شناخت اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی برای پدرها و مادرها فراهم می‌آورد (تورویک^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۰). درمان تعامل والد-کودک، برآمده از دو تئوری یادگیری اجتماعی^{۲۰} و دلبستگی^{۲۱} است که بر افزایش رفتار مثبت، کاهش رفتار منفی و بهبود رابطه والدین و کودک تمرکز دارد. پژوهش‌های اسرایدوی، راوت و رنگاسوامی^{۲۲} (۲۰۱۷)، عدلخواه، فرامرزی و آقایی (۱۴۰۰)، عباسلو (۱۳۹۹)، طهماسبی و خسرویور (۱۳۹۸)، روشن، آقاییوسفی، علی‌پور و رضایی (۱۳۹۵)، هوسوگن، کویرا، کیارا، سیتو و کامو^{۲۳} (۲۰۱۸)، بیجورست و ویکستروم^{۲۴} (۲۰۱۶)، تان، استدینگ، کوآتس و آگازی^{۲۵} (۲۰۱۸) و دیلواچ^{۲۶} (۲۰۱۵) نشان داده‌اند که درمان تعامل والد-کودک بر ویژگی‌ها و نشانگان اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی تأثیر دارد.

پژوهش‌های گذشته ماندگاری اثربخشی درمان تعامل والد-کودک را با تردید گزارش می‌کنند، دلیل این موضوع می‌تواند توجه صرف درمان تعامل والد-کودک بر بهبود روابط والدین و کودکان و بی‌توجهی به سایر عوامل مؤثر در این زمینه باشد. به نظر می‌رسد موضوعات قابل توجه دیگری در این میان وجود دارد. این عوامل شامل محدودیت‌های فردی کودکان با کم‌توجهی بیش‌فعالی (مارکس، ریز و برگر^{۲۷}، ۲۰۱۹)؛ سانچز، لاویگن، رومرو و الوسگو^{۲۸} (۲۰۱۹)، مشکلات فردی و مشکلات زناشویی والدین (مازچی^{۲۹} و همکاران، ۲۰۱۹)؛ لیتچ^{۳۰} و همکاران، ۲۰۱۹؛ اروبان، راپورت،

اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عصب-رفتاری دوره کودکی است که با ویژگی‌های بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری توصیف می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۸). سبب‌شناسی این اختلال قویاً بر وجود زیربنای زیست‌شناختی تأکید می‌کنند که با عوامل محیطی در تعامل هستند (ویلند، اوربیک، کسترو و ماتیز^۳، ۲۰۱۵)، برای تشخیص آن می‌بایست حداقل ۶ مورد از ۹ معیار در بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی/تکانشگری در دو موقعیت جداگانه در مدت ۶ ماه مشاهده شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۸). کارلتون^۴ و همکاران (۲۰۱۴) بر این باورند که شروع این اختلال مربوط به پیش از هفت سالگی است. همچنین، تفاوت‌های جنسیتی مکرراً رتبه‌های پایین علائم را در دختران نسبت به پسران نشان داده‌اند (کوئرنر، ویسر، روت، شالت-کورن و هاسلهورن^۵، ۲۰۲۱).

این اختلال همبودی بالایی با اختلالات عاطفی و رفتاری^۶ دارد (لو، ویمن، هالپرین و لی^۷، ۲۰۱۹). اختلالات عاطفی و رفتاری به اختلالات برون‌سازی^۸ و درونی‌سازی^۹ تقسیم می‌شوند. اختلالات برون‌سازی مشتمل بر برون‌ریزی، ستیزه‌جویی و نافرمانی و اختلالات درونی‌سازی مشتمل بر گوشه‌گیری، افسردگی و اضطراب می‌باشد (گنجی، ۱۳۹۹). در این رابطه اوگوندل^{۱۰} (۲۰۱۸) گزارش نمود این اختلال با طیفی از مشکلات عاطفی و رفتاری همراه است. واریچ، هوگان و آلن^{۱۱} (۲۰۱۹) نیز نشان دادند کودکان مبتلا اغلب اوقات عصبانیت، پرخاشگری و تهاجم یا گوشه‌گیری و افسردگی دارند.

رگالا، سگنریچ، گوهرم و ماتوس^{۱۲} (۲۰۱۹) معتقدند بی‌توجهی در این کودکان، به کاهش استواری^{۱۳} می‌انجامد. استواری به معنای گرایش فرد برای گذر از سدها، تلاش برای دستیابی به برتری و حفظ معیارهای سطح بالا است (مورای^{۱۴}، ۲۰۱۸؛ یانگ و لی^{۱۵}، ۲۰۲۱). میزان استواری پایین در این کودکان منجر به بروز پاسخ‌های نامناسب و

16. Grolnick
17. Bul
18. Children – Parent Relationship Therapy
19. Torvik
20. Social Learning Theory
21. Attachment Theory
22. Sridevi, Rout & Rangaswami
23. Hosogane, Kodaira, Kihara, Saito & Kamo
24. Bjorseth & Wichstrom
25. Tan, Steding, Coates & Agazzi
26. DeLoatche
27. Marx, Reis & Berger
28. Sánchez, Lavigne, Romero & Elósegui
29. Mazzeschi
30. Leitch

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. American Psychiatric Association
3. Weeland, Overbeek, Castro & Matthys
4. Carlton
5. Koerner, Visser, Rothe, Schulte-Körne & Hasselhorn
6. Emotional and Behavioral Disorders
7. Luo, Weibman, Halperin & Li
8. Externalization Problems
9. Internalization Problems
10. Ogundele
11. Wolraich, Hagan & Allan
12. Regalla, Segenreich, Guilherme & Mattos
13. Stability
14. Murray
15. Yeung & Li

همکاری، ۲) عدم انجام تکالیف و ۳) غیبت بیش از ۲ جلسه، بود.

ابزار سنجش

۱. **سیاهه رفتاری کودک آخنباخ^۵ (EBPL):** سیاهه‌ی رفتاری کودک توسط آخنباخ و رسکولار^۶ (۲۰۰۱) برای کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال تدوین شده است. سیاهه‌ی رفتاری کودک را باید والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و از او مراقبت می‌کند و یا هر کسی که با کودک در محیط‌های شبه خانوادگی برخورد دارد و او را کاملاً می‌شناسد، تکمیل کند. آن بخش از این سیاهه که مشکلات عاطفی-رفتاری را می‌سنجد شامل ۱۱۳ سؤال اصلی و ۸ سؤال فرعی است که در یک مقیاس ۳ درجه‌ای (۰ = نادرست؛ ۱ = تا حدی یا گاهی درست؛ ۲ = کاملاً یا غالباً درست) نمره‌گذاری می‌شود. این سیاهه ۸ مشکل یا سندرم عاطفی-رفتاری را اندازه می‌گیرد که شامل اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه (بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری)، رفتار قانون‌شکنانه و رفتار پرخاشگرانه است. تعداد ۱۷ سؤال به هیچ یک از این سندرم‌ها تعلق ندارند و تحت‌عنوان «سایر مشکلات» طبقه‌بندی می‌شوند. ضرایب کلی اعتبار این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شد (آخنباخ و رسکولار، ۲۰۰۷). در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شد و دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمد. یزدخواستی و عریضی (۱۳۹۰) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را در سه فرم والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ به دست آوردند.

۲. **مقیاس پایداری و پشتکار کودکان^۷ (PS):** این مقیاس توسط لوفی و کوهن^۸ در سال ۱۹۸۷ برای سنجش پایداری و پشتکار کودکان ۷ تا ۱۳ سال در قالب ۴۰ گویه ساخته شده است. در همه گزینه‌ها پاسخ‌های «بلی» نمره ۱ دارند به جز گزینه‌های ۱، ۶، ۸، ۹، ۱۲، ۱۷، ۱۹، ۲۳، ۲۶، ۲۹، ۳۰، ۳۲، ۳۳، ۳۶ و ۳۸-۴۰ که پاسخ‌های بلی نمره صفر می‌گیرد. نمرات بالا نشان‌دهنده پایداری و پشتکار بیشتر است. لوفی و کوهن (۱۹۸۷) گزارش نمودند این مقیاس همسانی درونی نسبتاً خوبی با آلفای ۰/۶۶ دارد و از پایایی خیلی خوبی به روش بازآزمایی با طول مدت ۶ ماه با ضریب

فریدمن و کلفر^۱، ۲۰۱۴) می‌گردد. همچنین، نقص در کارکردهای اجرایی و اشکال در تنظیم هیجان (سانچز و همکاران، ۲۰۱۹). مشکلات روانشناختی و هیجانی والدین (پریماک^۲ و همکاران، ۲۰۱۲؛ ویلیامستون و جانستون^۳، ۲۰۱۹)، مشکلات زناشویی والدین مثل مشکل در عملکرد خانواده (درتاج و محمدی، ۱۳۸۹)، تعارضات زناشویی (حکمتی، سودمند، بیرامی، قلی‌زاده و منصورنیا، ۱۳۸۸) و ناسازگاری در خانواده (زارعی، شریف، علوی‌شوشتری و وثوقی، ۱۳۹۳) نیز عوامل دیگری است که گزارش شده است. در کنار مشکلات مذکور، ثابت شده است که والدین این کودکان از شیوه‌های فرزندپروری مختل استفاده می‌کنند و لازم است مورد آموزش والدگری قرار بگیرند (هارولد، بارت، الام، نیدرهایزر و ناتسواکی^۴، ۲۰۱۳). به این ترتیب محقق سعی نمود درمان ارتباطی والد-کودک را با در نظر گرفتن مشکلات دخیل در تشدید علائم اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، بر اساس تکنیک‌های بومی و تأیید شده تدوین نماید و با توجه به تشابهاتی که ممکن بود درمان تدوین شده (درمان ارتباطی کودک-والد) با درمان تعاملی والد-کودک داشته باشد، پژوهش حاضر را با هدف مقایسه اثربخشی بسته‌ی ارتباطی والد-کودک با درمان تعاملی والد-کودک بر اختلالات عاطفی و رفتاری و استواری کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی انجام داد.

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعه‌ی نیمه‌تجربی با طرح تک آزمودنی از نوع A-B با مرحله پیگیری بود. در این پژوهش از سه مرحله خط پایه، خط درمان و خط پیگیری استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل مادران دارای کودک ۶ تا ۱۲ سال با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره گلستان زندگی، پارسه و پردیس در شهر اصفهان در بهار و تابستان ۱۳۹۸ به همراه کودکانشان بودند. از جامعه مورد اشاره، ۶ مادر-کودک به صورت دردسترس مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود (۱) تمایل برای شرکت در پژوهش، (۲) دامنه سنی ۵-۲۰ سال، (۳) عدم ابتلا به اختلالات روانی حاد یا مزمن (مصاحبه بالینی)، (۴) عدم استفاده از درمان‌های روانشناختی موازی (مصاحبه بالینی)، (۵) عدم مصرف داروهای روان پزشکی از ۳ ماه قبل (مصاحبه بالینی)، (۶) عدم مصرف مواد مخدر یا الکل و ملاک‌های خروج: (۱) عدم تمایل به

5. Achenbach's Emotional and Behavioral Problems List
6. Achenbach & Rescorla
7. The Persistence Scale for Children
8. Lufi & Cohen

1. Orban, Rapport, Friedman & Kofler
2. Primack
3. Williamson & Johnston
4. Harold, Leve, Barrett, Elam, Neiderhiser & Natsuaki

همبستگی ۰/۷۷ برخوردار است. روایی همزمان این مقیاس با مقیاس منبع کنترل برای کودکان ($r = -0/42$, $P < 0/001$) به دست آمد (مک‌گیبونی و کارتر، ۱۹۹۳). آلفای کرونباخ

به دست آمده از پژوهش حاضر نیز برای نمره کل پرسشنامه ۰/۷۸ بود.

محتوای جلسات درمان‌ها

جدول ۱. خلاصه جلسات بسته ارتباطی والد-کودک و درمان تعامل والد-کودک

جلسه	شرح اختصاری جلسات بسته ارتباطی والد-کودک	شرح اختصاری جلسات درمان تعامل والد-کودک
جلسه اول	ایجاد یک رابطه مبتنی بر همکاری، آشنایی با محدودیت‌های شناختی و ارتباطی کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، به چالش کشیدن باورها و افکار غلط در مورد محدودیت‌های کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی	ارزیابی پیش از درمان، آشنایی با کودک و شرایط خانواده، مشاهده نمونه‌ای از چگونگی تعامل والدین و کودک، ارزیابی شدن مشکلات کودک با کمک پرسشنامه.
جلسه دوم	تنظیم یادداشت یک فهرست تفصیلی از مسائل و مشکلات فردی و زناشویی مادران بر اساس اولویت، بررسی راهکارهای گذشته در مورد مواجهه با مشکلات تنظیم شده	آموزش شیوه نادیده گرفتن به والدین، جلوگیری پیروی والدین از کودک، آموزش عدم استفاده از انتقاد و سرزنش.
جلسه سوم	بررسی معایب و مزایای راه‌حل‌های احتمالی منطقی برای مشکلات، تنظیم و تدوین فهرستی از راه‌حل‌های بالقوه و باارزش، آموزش عبور از رویدادهای پراسترس.	تقویت رابطه درمانی با خانواده، آموزش هدایتگری (تمرکز بر توصیفات رفتاری و صرفاً بازخورد مثبت).
جلسه چهارم	ارزیابی مشکلات تعاملی والد-کودک از طریق مشاهده درمانگر، آموزش مواجهه با مشکلات و محدودیت‌های کودک با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی.	توضیح در مورد همانندسازی کودکان از والدین، درخواست عدم استفاده سؤال از والدین، آموزش کنترل خشم.
جلسه پنجم	آموزش ۲ گام از برنامه هشت گام به سوی رفتار بهتر (گام اول: توجه مثبت به کودک، گام دوم: از توجه قدرتمند خود برای کسب اطلاعات استفاده کنید).	آموزش مهارت‌های تقویت توصیف شده، آموزش شیوه مناسب حمایت.
جلسه ششم	آموزش گام سوم و چهارم از برنامه هشت گام به سوی رفتار بهتر (گام سوم: دستورات موثرتری بدهید، گام چهارم: به کودک بیاموزید کارهای شما را مختل نکند).	صحبت در مورد تأثیر استرس بر کودکان و درک هیجانی کودکان، تمرین مهارت‌های آموزش داده شده.
جلسه هفتم	آموزش گام پنجم و ششم از برنامه هشت گام به سوی رفتار بهتر.	آموزش مهارت‌های تعامل والد محور.
جلسه هشتم	آموزش گام پنجم و ششم از برنامه هشت گام به سوی رفتار بهتر (استفاده از وقفه تربیتی گام هشتم: مدیریت کودک در مکان‌های عمومی).	ایجاد فرصت تعامل والدمحور در جلسه درمان و بررسی مشکلات.
جلسه نهم	آموزش تکنیک‌های تقویت مهارت‌های اجتماعی مثبت و بر شمردن مشکلات حوزه مهارت های اجتماعی کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، آموزش تکنیک‌های مواجهه با آزار و تمسخر، آموزش ایجاد امکان ارتباط مثبت.	آموزش تعمیم‌دهی مهارت‌ها به محیط‌هایی غیر از اتاق بازی، ارائه تکلیف دیگری که شامل موقعیت جمع‌آوری اسباب‌بازی‌ها است.
جلسه دهم	آشنایی با علل عمده عملکرد تحصیلی ضعیف کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، ارائه عوامل مؤثر در عملکرد تحصیلی، ارائه توصیه درباره کلاس و برنامه درسی.	حل مشکل فرمان‌پذیری کودک، مرور تأثیرات درمان بر رفتار کودک، تعمیم تمرینات به زندگی روزمره.
جلسه یازدهم	آشنایی با کارکردهای اجرایی، آموزش بازی‌های شناختی به منظور بهبود کارکردهای اجرایی کودکان بیش‌فعال.	مرور مشکلات رفتاری باقیمانده با والدین، ارائه شیوه‌های معین، آموزش فرآیند تعیین قوانین خانگی.
جلسه دوازدهم	-	ارزیابی ملاک‌های اتمام آموزش همراه با معرفی تکنیک‌های دیگر مدیریت رفتار، دریافت بازخورد.

شیوه اجرای پژوهش

به منظور اجرای پژوهش با توجه به معیارهای ورود و خروج، ۶ مادر-کودک انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش قرار گرفتند. در هر دو گروه، در ۴ جلسه اول فقط پرسشنامه‌ها تکمیل شد و هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. پس از آن مداخله به مدت ۱۱ جلسه بسته‌ی ارتباطی والد-کودک و ۱۲ جلسه درمان تعامل والد-کودک اجرا شد. در طول مداخله طی هر ۴ جلسه، پرسشنامه‌ها تکمیل شد. سپس ۴ جلسه پیگیری در طول دو هفته برای هر دو گروه بررسی شد. بسته ارتباطی والد-کودک برای اولین بار در پژوهش حاضر تدوین گردید. به این صورت که

منابع علمی دردسترس تا سال ۲۰۱۹ در داخل و خارج از کشور (۴۵ مورد) در رابطه با مشکلات و نیازهای کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی و والدین آنان مطالعه شد و پس از استخراج، این عوامل در ۴ حوزه طبقه‌بندی شده و تکنیک‌هایی جهت رفع و کاهش این مشکلات بر اساس ۷ منبع علمی، استخراج و بسته ارتباطی والد-کودک تدوین شد. ضریب توافق پنج داور، در مورد محتوا، زمان، ساختار و کفایت درمانی بین ۰/۹ تا ۱ در نوسان بود. جلسات درمان تعاملی والد-کودک نیز طبق کتاب درمان مبتنی بر تعامل والد کودک در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تنظیم شد (مک‌نیل و همبری-کیگن، ۲۰۱۰؛ ترجمه نجمی و جانقربان، ۱۳۹۵). لازم به ذکر است پژوهش حاضر مستخرج از رساله دکتری

ضرایب تأثیر داده‌ها استفاده گردید. فراز و فرود متغیر وابسته، پایه‌ی دآوری میزان تغییر به شمار رفت.

یافته‌ها

نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد که میزان اختلالات درونی سازی و اختلالات برونی‌سازی هر شش کودک بر اثر دو درمان روند کاهشی ثابت نداشته‌اند، لیکن میزان استواری در این کودکان طی بسته ارتباطی والد-کودک روند ثابت افزایشی داشته است، اما روند افزایشی طی اعمال جلسات درمان تعامل والد-کودک پایدار نبوده است.

دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) با کد اخلاق از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی به شناسه IR.IAU.KHUISF.REC.1397.071 می‌باشد. اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج بود. در نهایت، با توجه به طرح تک‌آزمودنی، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تغییرات روند برای هر کودک استفاده شد. همچنین، از

جدول ۲. توصیف میانگین شرکت‌کنندگان پژوهش در متغیر اختلالات درونی‌سازی، اختلالات برونی‌سازی و استواری

متغیر	آزمودنی	درمان	خط پایه			مداخله				پیگیری									
			جلسه ۱	جلسه ۲	جلسه ۳	جلسه ۱	جلسه ۲	جلسه ۳	جلسه ۴	جلسه ۱	جلسه ۲	جلسه ۳	جلسه ۴						
مشکلات	اول	بسته	۹۵	۹۷	۹۷	۹۹	۹۹	۹۹	۹۸	۹۷	۹۶	۹۶	۹۵	۹۴	۹۳	۹۲	۹۱	۹۰	
	دوم	ارتباطی	۹۵	۹۲	۹۴	۹۷	۹۹	۹۹	۹۷	۹۳	۹۴	۹۶	۹۶	۹۵	۹۴	۹۳	۹۲	۹۱	۹۰
	سوم	والد-کودک	۹۶	۹۶	۹۵	۹۶	۹۸	۹۸	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶
درونی‌سازی	اول	درمان	۹۶	۹۴	۹۶	۹۴	۹۸	۹۶	۹۴	۹۵	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶
	دوم	تعامل والد-	۹۵	۹۵	۹۵	۹۷	۹۹	۹۹	۹۷	۹۵	۹۵	۹۵	۹۵	۹۵	۹۵	۹۵	۹۵	۹۵	۹۵
	سوم	کودک	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳
مشکلات	اول	بسته	۱۲۲	۱۲۰	۱۱۸	۱۲۹	۱۲۲	۱۱۸	۱۲۹	۱۱۵	۱۱۸	۱۲۰	۱۲۰	۱۲۰	۱۱۰	۱۰۸	۱۰۸	۱۰۸	۱۰۸
	دوم	ارتباطی	۱۰۸	۱۰۸	۱۱۰	۱۱۳	۱۱۳	۱۱۳	۱۱۲	۱۱۲	۱۱۰	۱۰۸	۱۰۸	۱۰۸	۱۰۸	۱۰۸	۱۰۸	۱۰۸	۱۰۸
	سوم	والد-کودک	۱۲۴	۱۲۴	۱۲۴	۱۲۴	۱۲۴	۱۲۴	۱۲۴	۱۲۴	۱۲۴	۱۲۴	۱۲۴	۱۲۴	۱۲۴	۱۲۴	۱۲۴	۱۲۴	۱۲۴
برونی‌سازی	اول	درمان	۱۰۴	۱۰۵	۱۰۲	۱۱۷	۱۳۱	۱۱۷	۱۰۲	۱۰۲	۱۰۲	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵
	دوم	تعامل والد-	۱۱۹	۱۲۱	۱۲۰	۱۲۵	۱۲۵	۱۲۵	۱۲۰	۱۲۰	۱۲۰	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱
	سوم	کودک	۱۱۱	۱۱۱	۱۱۱	۱۱۳	۱۲۹	۱۲۹	۱۱۳	۱۱۳	۱۲۰	۱۱۱	۱۱۱	۱۱۱	۱۱۱	۱۱۱	۱۱۱	۱۱۱	۱۱۱
استواری	اول	بسته	۱۱	۱۱	۱۰	۱۱	۱۱	۱۱	۱۱	۱۰	۱۰	۱۱	۱۱	۱۱	۱۱	۱۱	۱۱	۱۱	۱۱
	دوم	ارتباطی	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰
	سوم	والد-کودک	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹
استواری	اول	درمان	۱۶	۱۴	۱۴	۱۴	۱۵	۱۵	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴
	دوم	تعامل والد-	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲
	سوم	کودک	۱۵	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶

جدول ۳. میانگین متغیرهای وابسته در گروه‌های پژوهش در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری

متغیر	گروه	میانگین موقعیت خط پایه (A)			میانگین موقعیت مداخله (B)		میانگین موقعیت پیگیری (C)	
		موقعیت خط پایه (A)	موقعیت مداخله (B)	موقعیت پیگیری (C)	موقعیت مداخله (B)	موقعیت پیگیری (C)		
اختلالات درونی‌سازی	بسته ارتباطی والد-کودک	۹۵/۳	۹۹/۱	۱۰۰/۲۵	۹۹/۳	۹۹/۳	۱۰۰/۲۵	
	درمان تعامل والد-کودک	۹۴/۰۸	۹۹/۳	۱۰۱/۹	۹۹/۳	۹۹/۳	۱۰۱/۹	
اختلالات برونی‌سازی	بسته ارتباطی والد-کودک	۱۱۰/۹	۱۲۷/۰۷	۱۵۲/۵	۱۲۷/۰۷	۱۲۷/۰۷	۱۵۲/۵	
	درمان تعامل والد-کودک	۱۱۲/۳	۱۳۲	۱۵۶/۹	۱۳۲	۱۳۲	۱۵۶/۹	
استواری	بسته ارتباطی والد-کودک	۱۹/۳	۲۳/۴۱	۲۳/۳	۲۳/۴۱	۲۳/۳	۲۳/۳	
	درمان تعامل والد-کودک	۲۱/۳	۱۹/۷۵	۱۷/۷۵	۱۹/۷۵	۱۹/۷۵	۱۷/۷۵	

است که با گذراندن جلسات مداخله، شناخت مادران از خود و کودکانشان بیشتر شده و بیاموزند بدون پیش‌فرض‌های قبلی به اختلال فرزندانشان نگاه کنند (هوسوگن و همکاران، ۲۰۱۸) و نگاه بدون قضاوت، به مادران این امکان را بدهد تا روابطشان با کودکانشان را بهبود بخشیده و اختلالات درونی‌سازی کاهش یابند (عباسلو، ۱۳۹۹). در پژوهش حاضر، دو مداخله بر روی مادران اعمال شده و مداخله به صورت مستقیم بر کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی اعمال نشده؛ این در حالی است که عوامل مختلفی بر اختلالات درونی‌سازی کودکان همچون عوامل بیولوژیکی، آسیب‌های دوران کودکی، شرایط زندگی کودک، فقدان سیستم‌های حمایتی و عوامل فرهنگی تأثیر می‌گذارند (گنجی، ۱۳۹۹). با آنکه بهبود تعاملات والد-کودکی، جو عاطفی خانواده را بهبود می‌بخشد (پول و همکاران، ۲۰۱۸) با این حال برای مشاهده اثر مثبت دو مداخله مذکور با هدف بهبود اختلالات درونی‌سازی، لازم است مداخلاتی با در نظر گرفتن نوع اختلال درونی‌سازی و با توجه به سن کودک، بر روی کودک انجام شود (پزشکی، دوسعلی وند، اصل‌ذاکر و جعفری، ۲۰۲۰). همچنین، می‌توان بیان نمود بارزترین نشانه‌های اختلالات برون‌سازی را می‌توان خصومت، پرخاشگری، نافرمانی و تضادورزی، فزون‌کنشی و برانگیختگی، رفتارهای اغتشاش‌آمیز دانست که مشخصه اصلی تمام آنها بی‌نظمی رفتاری است (دادستان، عسگری، رحیم‌زاده و بیات، ۱۳۸۹). در بروز اختلالات برون‌سازی می‌توان به سبک دلبستگی ایجاد شده در دوران کودکی و سبک فرزندپروری اشاره کرد (هالاها، لوید، کافمن، ویس و مارتینز^۱، ۲۰۰۳)؛ ترجمه عزیززاده، همتی علمدارلو، رضایی دهنوی و شجاعی، ۱۳۹۹). به نظر می‌رسد بهبود تعاملات والد-کودک منجر به کاهش طیفی از اختلالات برون‌سازی گردد (عباسلو، ۱۳۹۹). به این ترتیب بر اساس نتایج پژوهش حاضر لازم بود به منظور بهبود اختلالات برون‌سازی در کودکان به علل بروز اختلالات برون‌سازی، نوع اختلال برون‌سازی، شدت آن و میزان ارتباط آن اختلال با روابط والد-کودک مورد نظر قرار گیرد و عدم توجه به این موارد در پژوهش حاضر، شاید علت عدم تأیید این فرضیه بود.

یافته‌های دیگر نشان داد بسته ارتباطی والد-کودک و درمان تعاملی والد-کودک بر استواری کودکان با کم‌توجهی بیش‌فعالی ۶ تا ۱۲ سال تأثیر مثبت دارند، با این تفاوت که ماندگاری اثر بسته ارتباطی والد-کودک در دوره پیگیری بیشتر بوده است. بر اساس جست‌وجوهای پژوهشگر، مطالعه‌ای که به مقایسه اثربخشی این دو رویکرد بر استواری

طبق نتایج جدول ۳، بررسی داده‌های گروه درمان تعاملی والد-کودک بر اختلالات درونی‌سازی نشان می‌دهد که میانگین به ترتیب در موقعیت مداخله (۹۹/۳) نسبت به خط پایه (۹۴/۰۸)، ۵/۲۲ نمره و در موقعیت پیگیری (۱۰۱/۹) نسبت به مداخله (۹۹/۳)، ۲/۶ نمره افزایش داشته است. همچنین، بررسی داده‌های گروه درمان تعاملی والد-کودک بر اختلالات برون‌سازی کودکان نشان می‌دهد که میانگین به ترتیب در موقعیت مداخله (۱۳۲) نسبت به خط پایه (۱۱۲/۳)، ۱۹/۷ نمره و در موقعیت پیگیری (۱۵۶/۹) نسبت به مداخله (۱۳۲)، ۲۴/۹ نمره افزایش داشته است. به علاوه بررسی داده‌های گروه درمان تعاملی والد-کودک بر استواری کودکان نشان می‌دهد که میانگین به ترتیب در موقعیت مداخله (۱۹/۷۵) نسبت به خط پایه (۲۱/۳)، ۱/۵۵ نمره و در موقعیت پیگیری (۱۷/۷۵) نسبت به مداخله (۱۹/۷۵)، ۲ نمره افزایش داشته است. همچنین، میانگین PND طبق همین جدول بین موقعیت درمان و خط پایه ۹۱/۶ درصد و بین موقعیت پیگیری و مداخله ۸/۳ درصد بوده است. بنابراین، درمان ارتباطی والد-کودک بر استواری کودکان با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی تأثیر بیشتری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی بسته‌ی ارتباطی والد-کودک با درمان تعاملی والد-کودک بر اختلالات عاطفی و رفتاری و استواری کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی ۶ تا ۱۲ سال بود. نتایج به دست آمده از پژوهش نشان داد بسته‌ی ارتباطی والد-کودک و درمان تعاملی والد-کودک بر اختلالات عاطفی و رفتاری کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی ۶ تا ۱۲ سال اثر نداشته‌اند. این بخش از دستاوردهای پژوهش با نتایج مطالعات انجام شده گذشته ناهمسو است. در این زمینه عباسلو (۱۳۹۹) به کاهش اختلالات عاطفی-رفتاری، طهماسبی و خسروپور (۱۳۹۸) بهبود مهارت‌های اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان، روشن و همکاران (۱۳۹۵) کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان، تان و همکاران (۲۰۱۸) افزایش مهارت‌های فرزندپروری و اصلاح ارتباط والد-فرزند و هوسوگن و همکاران (۲۰۱۸) نیز بهبود مشکلات رفتاری کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی را گزارش نموده‌اند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود اختلالات درونی‌سازی از نظر ماهیت، درون‌فردی هستند و به شکل کناره‌گیری از تعاملات اجتماعی، بازدارندگی، اضطراب و افسردگی متجلی می‌شوند (آخنباخ و رسکولار، ۲۰۰۱). فرض بر آن

همبری، ترجمه جانقربان، ۱۳۹۵). آگاهی از محدودیت‌های کودکان، این امکان را برای مادران فراهم کرد تا با مدنظر قرار دادن وضعیت و ظرفیت‌های ذهنی کودکان‌شان، نگرش و باورهای جدیدی کسب کنند (اسپرر^۲، ۲۰۰۰؛ ترجمه رفیعی، ۱۳۹۴). همچنین، ارائه اطلاعات در مورد مشکلات والدگری مادران در بروز و تشدید مشکلات کودکان‌شان، منجر به ایجاد انگیزش برای تغییر سبک‌های والدگری شد و آموزش چگونگی بازخوردهی به کودک با میزان بالای موفقیت‌های کودک در موقعیت‌های مختلف همراه بود (داوسون و گوئیبر^۳، ۲۰۱۰؛ ترجمه عابدی، آگاهی، فرامرزی، ابراهیمی و بهروز، ۱۳۹۳). درمان تعامل والد-کودک، با استفاده از تکنیک‌های ایفای نقش، درک و پذیرش دنیای کودک و تشویق او، بیان آزادانه احساسات، افکار و خواسته‌ها توسط کودک و گذاری رهبری به کودک و القای احساس پیروی در وی، منجر به ایجاد و تقویت حس مسئولیت‌پذیری در وی شد و این موضوع در استواری بیشتر کودکان در انجام امور تأثیر داشته است (شاپیرو^۴، ۲۰۰۴؛ ترجمه فاضلی، ۱۳۹۷).

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم کنترل شدت اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی کودکان مورد مطالعه اشاره کرد. همچنین، عدم کنترل نوع اختلالات همبود با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. با توجه به آنکه بسته ارتباطی والد-کودک بر اساس ویژگی‌های خاص کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی و مشکلات والدینشان تدوین گردیده است، لذا در تعمیم نتایج بر سایر جوامع می‌بایست جوانب احتیاط را رعایت نمود. به‌عنوان آخرین محدودیت باید توجه داشت که گروه نمونه پژوهش حاضر را مادران دارای کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های شهر اصفهان به همراه کودکان‌شان تشکیل داده‌اند، به همین دلیل لازم است تا در تعمیم نتایج به سایر جوامع در سایر شهرها احتیاط شود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، به روانشناسان و مشاوران پیشنهاد می‌شود به منظور ارتقاء استواری در کودکان مبتلا به کم‌توجهی بیش‌فعالی از بسته ارتباطی والد-کودک استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت نمودند، سپاسگزاری می‌شود.

کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی پرداخته باشد یافت نشد. با این حال پیش از این، همسو با نتایج این بخش هوسوگن و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند درمان تعامل والد-کودک منجر به افزایش تحمل رویدادهای روزانه در کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی می‌شود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی ناشی از اختلالی رشدی در کارکردهای اجرایی است که برای برنامه‌ریزی، سازماندهی و انجام رفتارهای پیچیده انسانی در زمان‌های طولانی، به اتمام رساندن کارها و نیل به اهداف، ضروری هستند (سانچز و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین، دلیل شکست‌های مکرر، میزان استواری پایین است (مارکس و همکاران، ۲۰۱۹). درمانگر باید سعی نماید تا محیط و شرایط پیرامون را به گونه‌ای سازمان دهند که عوامل حواس‌پرتی در آن‌ها به حداقل برسد و به کودک کمک کنند که توجه خود را بر آنچه اهمیت دارد، متمرکز کنند، طی این برنامه به مادران آموزش داده شد تا به کودکان مبتلا به کم‌توجهی بیش‌فعالی کمک کنند تا در موقعیت‌های مشکل ساز، آنچه را که می‌دانند را بهتر نشان دهند و در نتیجه در رسیدن به اهداف خود به شکلی مستمر تلاش کنند (بارکلی^۱، ۲۰۱۳؛ ترجمه عابدی و شعرباف‌زاده، ۱۳۹۵). مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی نمی‌توانند به مطالبات و خواسته‌هایی که شامل تعیین موعد و مهلت زمانی یا مستلزم آماده شدن برای آینده هستند، مانند کودکان عادی پاسخ دهند و در انجام امور محوله، استواری مطلوبی از خود نشان دهند (رگالا و همکاران، ۲۰۱۹). به علاوه این کودکان به دلیل نقص جدی در توجه پایدار و حافظه فعال برای استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای خود در مواجهه با موقعیت‌های چالش برانگیز دچار مشکل هستند (مارکس و همکاران، ۲۰۱۹). تقویت کارکردهای اجرایی باعث شد تا کودک در اتمام تکالیف به موفقیت نائل آمده و با ایجاد انگیزش درونی که برای مداومت در تلاش اهمیت دارد، با کاهش تعلل‌ورزی، استواری بیشتری در انجام تکالیف محوله داشته باشند (بارکلی، ۲۰۱۳؛ ترجمه عابدی و شعرباف‌زاده، ۱۳۹۵). میزان استواری از طریق ارائه انگیزش بیرونی از قبیل مشوق‌ها و پاداش‌ها، تقویت می‌گردد (یانگ و لی، ۲۰۲۱). علاوه بر این ماندگاری اثر بیشتر این بسته درمانی نسبت به درمان تعامل والد-کودک را نیز می‌توان به توجه این بسته به کارکردهای اجرایی نسبت داد.

اثر درمان تعامل والد-کودک بر استواری منجر به افزایش مهارت‌های والدگری می‌شود (چریل بادیفورد و تونی

3. Dawson & Queer
4. Shapiro

1. Barkley
2. Sperr

منابع

- اسپرر، ک. ای. (۲۰۰۰). *درمان اختلالات توجه و تمرکز در کودکان بیش فعال*. مترجم شهلا رفیعی. (۱۳۹۴). تهران: انتشارات فراروان.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*. مترجم یحیی سید محمدی. (۱۳۹۸). تهران: نشر روان.
- بارکلی، ر. (۲۰۱۳). *آموزش کودکان با نقص توجه بیش فعالی (راهنمای جامع و معتبر برای والدین، معلمان و متخصصان)*. ترجمه احمد عابدی و عادل شریف‌زاده. (۱۳۹۵). اصفهان: کاوشیار.
- حکمتی، ع.، سودمند، م.، بیرامی، م.، قلی‌زاده، ح. و منصورنیا، ا. (۱۳۸۸). مقایسه تعارضات زناشویی مادران دارای کودک مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی با مادران دارای کودک عادی. *زن و مطالعات خانواده*. ۱۱(۳)، ۴۳-۵۹.
- دادستان، پ.، عسگری، ع.، رحیم‌زاده، س.، و بیات، م. (۱۳۸۹). پرسشنامه غربالگری اختلال‌های اجتماعی/هیجانی کودکان پیش‌دبستانی: یک مطالعه رواسازی متقاطع. *مجله روان‌شناسی تحولی*. ۷(۲۵)، ۷-۲۶.
- داوسون، پ.، و کوئیر، ر. (۲۰۱۰). *کارکردهای اجرایی در کودکان و نوجوانان: راهنمای سنجش و مداخله*. ترجمه: احمد عابدی، بیبا آگاهی، سالار فرامرزی، علی اکبر ابراهیمی و منیر بهروز. (۱۳۹۳): نشر نوشته.
- درتاج، ف.، و محمدی، ا. (۱۳۸۹). مقایسه عملکرد خانواده کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی با عملکرد خانواده کودکان بدون اختلال بیش‌فعالی. *خانواده پژوهی*. ۲(۶)، ۲۲۶-۲۱۱.
- 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*. ۱۱(۱)، ۱۱۱-۱۲۳.
- زارعی، ش.، شریف، ف.، علوی شوشتری، ع.، و وثوقی، م. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش مدیریت استرس بر سلامت روان مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی نقص توجه. *مجله آموزش پرستاری*. ۳(۴)، ۶۷-۵۸.
- شاپیرو، ل. (۲۰۰۴). *۱۰۱ روش برای آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان*. مترجم اعظم فاضلی. (۱۳۹۷). تهران: ارجمند.
- طهماسبی، ع.، و خسروپور، ف. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) روی مهارت‌های اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان کودکان زیر ۱۲ سال مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی. *رویش روانشناسی*. ۱(۶)، ۱۱۳-۱۲۲.
- عباسلو، ف. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به ADHD. *پژوهان*. ۱۸(۴)، ۳۸-۳۱.
- عدل‌پرور، ا.، موحدی، ا.، و رافعی بروجنی، م. (۱۳۹۶). اثر یوگا بر اضطراب والدین و کودکان دارای نقص توجه/بیش‌فعالی. *رفتار حرکتی (پژوهش در علوم ورزشی)*. ۹(۲۷)، ۱۵۴-۱۳۹.
- عدلخواه، ش.، فرامرزی، س.، و آقایی، ا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان ارتباطی والد-کودک با درمان تعامل والد-کودک بر مهارت‌های ارتباطی و سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی. *دست‌آورهای روان‌شناختی*. ۲۸(۱)، ۴۸-۲۵.
- گنجی، م. (۱۳۹۹). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM 5*. تهران: نشر ساوالان.
- مکنیل، ج. ب.، و همبری-کیگن، ت. (۲۰۱۰). *درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک (PCIT)*. مترجم سید بدرالدین نجمی و نازینا جانقریان. (۱۳۹۵). تهران: ارجمند.
- مینایی، ا. (۱۳۸۵). *انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آبخاخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم*. فصلنامه علمی-پژوهشی کودکان استثنایی. ۱(۶)، ۵۲۹-۵۵۸.
- هالاها، د. پ.، لوید، ج. و، کافمن، ج. م.، ویس، ا. پ.، و مارتینز، ا. ا. (۲۰۰۳). *اختلال‌های یادگیری*. مترجم حمید علیزاده، قربان همتی علمدارلو، صدیقه رضایی دهنوی، ستاره شجاعی. (۱۳۹۹). تهران: انتشارات ارسباران.
- یزدخواستنی، ف.، و عریضی، ح. م. (۱۳۹۰). *هنجاریابی سه نسخه کودک، پدر/مادر و معلم سیاهه رفتار کودک در شهر اصفهان*. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۱۱(۱)، ۶۰-۷۰.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev)*. Washington, DC: Author.
- Bjorseth, A., & Wichstrom, L. (2016). Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) in the Treatment of Young Children's Behavior Problems. A Randomized Controlled Study. *PLoS ONE*. 11(9), e0159845.
- Bul, K. C. M., Doove, L. L., Franken, I. H. A., Oord, S. V. D., Kato, P. M., & Maras, A. (2018). A serious game for children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Who benefits the most?. *PLoS ONE*. 13(3), e0193681.
- Carlton, T. G., Donachie, N. D., Frampton, K. K., Henschen, G., Kumar, P. E., Waxenberg, F., & et al. (2014). Clinical

- (2019). Parental Reflective Functioning in Mothers and Fathers of Children with ADHD: Issues Regarding Assessment and Implications for Intervention. *Front Public Health*. 13(263), 1-9
- Murray, N. (2018). Examining academic resilience factors among African American high school students. Theses and Dissertations-Educational, School, and Counseling Psychology. 73.
- Ogundele, M. O. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World J Clin Pediatr*. 7(1), 9–26.
- Orban, S., Rapport, M. D., Friedman, L. M., & Kofler, M. J. (2014). Executive Function/Cognitive Training for Children with ADHD: Do Results Warrant the Hype and Cost?. *The ADHD Report*. 22(8), 8-14.
- Pezeshki, P., Doos Ali Vand, H., Aslzaker, M., & Jafari, M. (2020). The Effectiveness of Emotion Coaching Parenting Program in Iranian Preschool Children with Internalizing Disorders. *PCP*. 8(3), 203-216
- Primack, B. A., Hendricks, K. M., Longacre, M. R., Adachi-Mejia, A. M., Weiss, J. E., Titus, L. J., Beach, M. L., & Dalton, M.A. (2012). Parental efficacy and child behavior in a community sample of children with and without attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 4(4), 189–197.
- Regalla, M. A. R., Segenreich, D., Guilherme, P. R., & Mattos, P. (2019). Resilience levels among adolescents with ADHD using quantitative measures in a family-design study. *Trends Psychiatry Psychother*. 41(3), 262-267.
- Sánchez, M., Lavigne, R., Romero, J. F., & Elósegui, E. (2019). Emotion Regulation in Participants Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Before and After an Emotion Regulation Intervention. *Front Psychol*. 24(10), 1092-1097.
- Sridevi, G., Rout, D., & Rangaswami, K. (2017). Parent-Child Interaction Therapy for ADHD and related disorders: An overview. *International Journal of Scientific and Research Publications*. 7(3), 443-448.
- 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
- practice guideline for patients with attention deficit/hyperactivity disorder. *Magellan Health Clinical Practice Guideline*. 7, 198-208.
- DeLoatch, K. (2015). *Parent-Child Interaction Therapy as a Treatment for ADHD in Early Childhood: A Multiple Baseline Single-Case Design*. University of South Florida Scholar Commons. Graduate Teses and Dissertations.
- Grolnick, W.S. (2009). The role of parents in facilitating autonomous self-regulation for education. *Theory and Research in Education*. 7(2), 164-173.
- Harold, G.T., Leve, L.D., Barrett, D., Elam, K., Neiderhiser, J.M., Natsuaki, M.N., Shaw, D.S., Reiss, D., & Thapar, A. (2013) Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: revisiting the developmental interface between nature and nurture. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 54(10), 1038-1046.
- Hosogane, N., Kodaira, M., Kihara, N., Saito, K., & Kamo, T. (2018). Parent–Child Interaction Therapy (PCIT) for young children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Japan. *Annals of General Psychiatry*. 17(9), 61-66.
- Koerner, J., Visser, L., Rothe, J., Schulte-Körne, G., & Hasselhorn, M. (2021). Gender Differences in the Comorbidity of ADHD Symptoms and Specific Learning Disorders in a Population-Based Sample. *Sustainability*. 13(15), 8440.
- Leitch, S., Sciberras, E., Post, B., Gerner, B., Rinehart, N., Nicholson, J. M., & Evans, S. (2019). Experience of stress in parents of children with ADHD: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 14(1), 1-12.
- Luo, Y., Weibman, D., Halperin, J., & Li, X. (2019). A Review of Heterogeneity in Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD). *Front Hum Neurosci*. 13(42), 1-12.
- Marx, I., Reis, O., & Berger, C. (2019). Perceptual timing in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) as measured by computer-based experiments versus real-life tasks: protocol for a cross-sectional experimental study in an ambulatory setting. *BMJ Open*. 9(4), e027651.
- Mazzeschi, C., Buratta, L., Germani, A., Cavallina, C., Ghignoni, R., Margheriti, M., & Pazzagli C.

- Williamson, D., & Johnston, Ch. (2019). Maternal ADHD Symptoms and Parenting Stress: The Roles of Parenting Self-Efficacy Beliefs and Neuroticism. *Journal of Attention Disorders*. 23(5), 493-505.
- Wolraich, M. L., Hagan, J. F., & Allan, C. (2019). Subcommittee on Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactive Disorder. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 144(4), e20192528
- Yeung, W., & Li, H. (2021). Educational Resilience Among Asian Children in Challenging Family Environment. *Social Indicators Research*. 153(50), 675-685
- Torvik., F.A., Eilertsen, E.M., McAdams, T.A., Gustavson, K., Zachrisson, H.D., Brandlistuen, R., Gjerde, L.C., Havdahl, A., Stoltenberg, C., Ask, H., & Ystrom, E. (2020). Mechanisms linking parental educational attainment with child ADHD, depression, and academic problems: a study of extended families in The Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*. 61(9), 1009-1018.
- Weeland, J., Overbeek, G., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2015). Underlying Mechanisms of Gene-Environment Interactions in Externalizing Behavior: A Systematic Review and Search for Theoretical Mechanisms. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 18(4), 413-442.

Comparing the effectiveness of parent-child communication package with parent-child interaction therapy on Affective/Behavioral Disorders and sustainability in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: case study

Shiva Adlkhah*
Salar Faramarzi**
Asghar Aghaei***

Abstract

The aim of this study was to compare the efficacy of parent-child communication package with parent-child interaction therapy on Affective/Behavioral Disorders and sustainability in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). This study was of quasi-experimental one-subject design. In this study, 12 measurements (4 times as baseline, 4 times during treatment and 4 times as follow-up) were performed. The statistical population included all children with ADHD in Isfahan City in 1400. From among mothers of 6-12-years-old children with ADHD referred to Isfahan Health Centers with their children, 6 mothers and children (12 individuals) were selected by purposive sampling method and randomly divided into closed parent-child communication package group and parent-child interaction therapy group. The tools included Achenbach Child Behavior Inventory (EBPL) and the Child Sustainability and Perseverance Scale (PS). The intervention was then administered for 11 sessions of parent-child communication package for the first group and 12 sessions of parent-child interaction therapy for the second group. In this research, data effect coefficients was used, and the ups and downs of the dependent variable were considered as the basis for judging the amount of change. Data were analyzed using SPSS₂₂ software. Results showed that parent-child communication package and parent-child interaction therapy had no effect on internalizing and externalizing disorders in children with ADHD, but the parent-child interaction package and parent-child interaction therapy were effective on the sustainability of children from 6 to 12 years-old with ADHD. Based on the results, only the parent-child communication package had lasting effects. Therefore, the parent-child communication package can play an important role in sustained recovery in children with ADHD from 6 to 12 years-old.

Keywords: *Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Emotional and Behavioral Disorders, Stability, Children – Parent Relationship Therapy, Parent-Child Communication Package.*

* Ph.D. student of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch(khorasgan), Isfahan, Iran.

** **Corresponding Author:** Associated Professor in Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran. **Email:** s.faramarzi@edu.ui.ac.ir

*** professor of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch(khorasgan), Isfahan, Iran.

Submission: 12 February 2022 Revisen: 24 February 2022 Acceptance: 9 April 2022