

تأثیر درمان تعامل والد-کودک بر علائم، عملکرد رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی

- محسن امیری*، دانشیار روان‌شناسی کودکان استثنایی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران
- ساجد نوروزیان، کارشناسی ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران
- فرشته محمدی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، واحد اسلام شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- نجمه شیدایی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۰۶ • تاریخ انتشار: آذر و دی ۱۴۰۴ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۲۰ الی ۳۰

چکیده

زمینه و هدف: هدف از این پژوهش بررسی تأثیر درمان تعامل والد-کودک به مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی نوع عمدتاً بیش‌فعال تکانش‌گر بر کاهش علائم، بهبود عملکرد رفتاری در منزل و بهبود مهارت‌های اجتماعی فرزندانشان بود.

روش: این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را مادران و دانش‌آموزان پسر با اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی ۷ تا ۱۰ ساله که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در ناحیه ۲ آموزش و پرورش شهرری مشغول به تحصیل بودند، تشکیل می‌داد. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری دردسترس و غربالگری اولیه با استفاده از پرسشنامه کانرز کودکان با اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی انجام گرفت و نمونه انتخاب شده تعداد ۳۰ کودک و مادرانشان بودند که به صورت تصادفی به ۲ گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند. ابزار سنجش شامل پرسشنامه کانرز والدین (۱۹۹۹)، پرسشنامه عملکرد رفتاری کودکان در منزل فرم والدین سوانسون (۱۹۹۲) و پرسشنامه مهارت اجتماعی گرشام و الیوت (۱۹۹۰) بود. درمان تعامل والد-کودک در قالب ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در گروه آزمایشی اجرا شد. در پایان ۲ گروه پرسشنامه‌های مذکور را به عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، بین گروه آزمایشی که درمان تعامل والد-کودک را دریافت کردند و گروه گواه که هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند، در هریک از مؤلفه‌های پژوهش تفاوت معناداری وجود داشت و باعث کاهش علائم اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی و بهبود عملکرد رفتاری و مهارت اجتماعی کودکان شد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد درمان تعامل والد-کودک می‌تواند به عنوان یک روش غیردارویی مؤثر در درمان اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی توصیه شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک، عملکرد رفتاری، مهارت‌های اجتماعی

مقدمه

اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی^۱ یک مشکل جدی سلامت عمومی است و یکی از شایع‌ترین اختلالات عصبی تحولی دوران کودکی به‌شمار می‌رود. این اختلال که معمولاً در دوران کودکی تشخیص داده می‌شود، تأثیرات گسترده‌ای بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و عاطفی کودکان دارد (۲؛ ۱). کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در زمینه کم‌توجهی (توجه کم، حواس‌پرتی، در جاماندگی، ناتوان در کامل کردن تکالیف و ضعف در تمرکز)، بیش‌فعالی، تکانش‌گری (تغییرات ناگهانی فعالیت، انجام فعالیت قبل از تفکر، ناتوانی در سازمان‌دهی و از جا پریدن در کلاس)، اختلالات یادگیری ویژه، نقص گفتار و شنوایی و اختلال حافظه و تفکر دچار مشکل هستند (۳). شیوع اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی بین ۵ تا ۷ درصد در جمعیت کودکان گزارش شده است و این اختلال در پسران بیش از دختران شایع است (۴).

مشکلات اجتماعی یک حوزه مهم از اختلال عملکردی در کودکان با اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی است و این نقص در آن‌ها با اختلال در کارکرد اجتماعی همراه است (۵). مهارت‌های اجتماعی^۲ را به‌عنوان مهارت‌های مورد نیاز برای عملکرد شایسته در موقعیت‌های اجتماعی تعریف می‌کنند که افراد را قادر می‌سازد تا به‌طور هماهنگ با افراد دیگر و جامعه تعامل داشته باشند، مؤلفه‌های آن شامل: ابزار احساسات، استفاده از زبان در یک مکالمه، نگرش در یک موقعیت اجتماعی و تصمیم‌گیری در مورد یک اقدام در موقعیت اجتماعی خاص است (۶؛ ۷). اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی اثرات منفی بر روابط اجتماعی دارد، کودکان مبتلا پایین‌ترین سطح مهارت‌های اجتماعی را نشان می‌دهند و همواره مشکلاتی در دوست‌یابی و حفظ آن دارند (۸). اختلال در رشد این مهارت‌ها می‌تواند بر کیفیت زندگی تأثیر منفی بگذارد و باعث انزوای اجتماعی، کاهش عزت‌نفس و ناراحتی روانی شود (۹).

یکی از علائم اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی مشکلات رفتاری شایع در بین کودکان است (۱۰). عملکرد رفتاری^۳ به کارکردهای کودک در موقعیت‌های فردی، اجتماعی، مدرسه و خانوادگی گفته می‌شود که با عنوان‌هایی مانند عملکرد

هیجانی، شناختی و رفتاری شناخته می‌شود (۱۱). مشکلات در عملکرد رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی در زندگی تحصیلی و اجتماعی آنان تأثیر منفی می‌گذارد. اغلب کودکانی که دارای مشکلات رفتاری هستند به دلیل مسئولیت‌ناپذیر بودن سرزنش می‌شوند، به علت ویژگی‌هایشان از گروه دوستان و همسالان کنار گذاشته می‌شوند، در تصمیم‌گیری دچار مشکلاتی هستند، اشتباهات خود را نمی‌پذیرند، احساسات منفی زیادی دارند و با دیگران رفتار نادرست دارند به طوری که در بیشتر موارد معلمان و همکلاسی‌ها آن‌ها را طرد می‌کنند و در نتیجه فرصت‌های آموزشی و رشد تحصیلی آن‌ها کاهش می‌یابد. این طرد اجتماعی باعث می‌شود این کودکان در معرض رفتارهای ضداجتماعی و بزهکارانه قرار بگیرند و معمولاً با افرادی که عملکرد رفتاری خوبی ندارند دوست شوند و تحت تأثیر گروه‌های اجتماعی نامناسب به سمت رفتارهای پرخطر کشیده شوند. (۱۲؛ ۱۳؛ ۱۴).

اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی می‌تواند در صورت عدم درمان تا دوران بزرگسالی ادامه پیدا کند و به مشکلاتی نظیر رفتارهای ضداجتماعی، مصرف مواد و کاهش کیفیت زندگی منجر شود (۱۵). این ویژگی‌ها، نیاز به مداخلات زودهنگام و مؤثر را برجسته می‌کند. درمان‌های متعددی برای اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی معرفی شده‌اند که شامل درمان‌های دارویی و غیر دارویی است. درحالی‌که داروهای روان‌پزشکی، مانند محرک‌ها، می‌توانند در کاهش علائم مؤثر باشند، درمان‌های غیر دارویی به دلیل کاهش عوارض جانبی و تمرکز بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و رفتاری، اهمیت ویژه‌ای یافته‌اند (۱۶). یکی از درمان‌های غیر دارویی مؤثر، درمان تعامل والد-کودک^۴ است. این روش توسط شیلای برگ^۵ (۱۹۸۰) طراحی شده است، از نظریه دل‌بستگی، فرزند پروری مقتدرانه، اصول رفتار و نظریه یادگیری اجتماعی و مدل دومرحله‌ای هاتف استفاده می‌کند و هدف آن بهبود تعاملات مثبت بین والدین و کودکان است (۱۷). در این درمان، والدین مهارت‌هایی را یاد می‌گیرند که به آن‌ها کمک می‌کند تا رفتارهای مثبت فرزند خود را تقویت کرده و رفتارهای منفی را به صورت مؤثر مدیریت کنند. پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که درمان تعامل والد-کودک می‌تواند منجر به کاهش علائم اختلال

1. Attention deficit/hyperactivity disorder

2. Social skills

3. Behavioral performance

4. Parent-Child Interaction Therapy

5. Sheila Eiberg

در خانواده می‌تواند این اختلال را حادث‌تر و مزمن‌تر کند (۲۴). از این‌رو، و با توجّه به اینکه درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک در مواجهه با مشکلات تعاملی والدین با کودکانشان و مشکلات رفتاری فرزندان بر اهمیت فنون مواجهه قاطع و آنی، گفتگو متقابل با کودکان جهت پیشگیری از مشکلات رفتاری و پیشگیری از توجّه بیش‌ازحد والدین نسبت به مشکلات رفتاری کودکانشان تأکید بسیار زیادی می‌کند، این پرسش به وجود می‌آید که با توجّه به میزان شیوع اختلال نارسای توجّه همراه با بیش‌فعالی در کودکان و تداوم آن در بزرگسالی و نیز شواهد روشن از تأثیر عواقب این اختلال بر زندگی اجتماعی و وضعیت تحصیلی و شغلی در این کودکان، این روش می‌تواند از شدت مشکلات رفتاری آن‌ها کاسته و سبب بهبود مهارت‌های اجتماعی در این کودکان شود. با نظر به موارد گفته‌شده، نقش والدین در این اختلال بسیار حائز اهمیت است. و با توجّه به اینکه بیشتر درمان‌های انجام‌شده نقش والدین را در روند این اختلال نادیده گرفته‌اند، شناسایی عواملی که بر تعامل والد-کودک تأثیر می‌گذارد با اهمیت است. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف تأثیر درمان تعامل والد - کودک بر علائم، عملکرد رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال نارسای توجّه همراه با بیش‌فعالی انجام گرفت.

روش

طرح پژوهش روش‌شناسی، نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی مادران و فرزندان پسر با اختلال نارسای توجّه همراه با بیش‌فعالی ۷ تا ۱۰ ساله (مقطع ابتدایی) مشغول به تحصیل در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ ناحیه ۲ آموزش و پرورش شهرری بود. در انتخاب نمونه پس از کسب مجوز از اداره آموزش و پرورش منطقه ۲۰ شهر تهران جهت اجرای یک دوره آموزشی برای مادران کودکان با اختلال نارسای توجّه همراه با بیش‌فعالی با مراجعه به مدارس ابتدایی پسرانه در این منطقه، دانش‌آموزانی که با معرفی معلمشان و بنا بر مصاحبه تشخیصی پژوهشگر با این معلمان برحسب نشانه‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، دارای اختلال تشخیص داده شدند. و پرسشنامه کانرز در اختیار مادران این کودکان قرار گرفت. براساس نمرات این پرسشنامه و همچنین براساس مصاحبه تشخیصی پژوهشگر با معلمان آن‌ها، ۴۸ نمونه اولیه انتخاب

نارسای توجّه/ بیش‌فعالی و بهبود روابط والد-فرزند شود (۱۸). اهداف درمان تعامل والد-کودک شامل افزایش دانش، خودکارآمدی، اعتماد به نفس، مهارت و خوش‌فکری والدین در تربیت کودک؛ درمان به‌وسیله یادگیری آموزشی، حل مسئله به‌واسطه الگوپردازی و درمانگری ساختاریافته حل مسئله، گسترش سرگرمی، ایمنی، پرورش و ایجاد محیطی با حداقل تعارض برای کودکان؛ افزایش کارآمدی رفتاری، هوشی، زبانی، عاطفی و اجتماعی کودکان می‌شود (۱۹). لیونم^۱ و همکاران (۲۰)، به بررسی اثربخشی درمان تعامل والد-کودک بر کودکان چینی با اختلال نارسای توجّه همراه با بیش‌فعالی پرداختند. نتایج حاکی از کاهش معنادار مشکلات رفتاری و توجّهی کودک، استرس والدین و شیوه‌های فرزند پروری منفی و افزایش شیوه‌های فرزند پروری مثبت در گروه مداخله پس از مداخله بود. ماتوس^۲ و همکاران (۲۱)، درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک برای کودکان پیش‌دبستانی با اختلال نارسای توجّه همراه با بیش‌فعالی مطالعه کردند. مادران در پژوهش آن‌ها بعد از درمان، کاهش معناداری در بیش‌فعالی و نارسای توجّه و پرخاشگری کودکان و نیز در استرس والدینی خود، گزارش کردند. اثرات درمانی در ارزیابی‌های پیگیری که ۳، ۵ ماه بعد از پایان مداخله انجام شد، پایدار مانده بود. در ایران نیز حسینی و عاشوری (۲۲)، اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک را بر شدت نشانه‌های نقص در تنظیم شناختی هیجان و استرس والدگی مادران کودکان ناشنوا بررسی کردند. یافته‌های پژوهش آن‌گویی کاهش معنادار شدت نقص در تنظیم شناختی هیجان و استرس والدین گروه آزمایشی بود. در پژوهشی دیگر حیدری، نوروزی و آشوری (۲۳) به این نتایج دست یافتند که درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک نشانه‌های اضطرابی در کودکان با ناتوانی‌های ذهنی را کاهش داده و سبب افزایش مهارت‌های اجتماعی در آنان شده بود.

از دیگر سو، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که در خانواده‌های کودکان با اختلال نارسای توجّه همراه با بیش‌فعالی، تنش والدگری بیشتری وجود داشته و حس صلاحیت و شایستگی کمتری را والدین تجربه می‌کنند که در نتیجه ارتباط هرکدام از اعضای خانواده با دیگری کاهش یافته و کشمکش‌های زناشویی و طلاق بیشتر می‌شود. برخی از نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که گاه وجود تعاملات بیمارگونه

1. Leung

2. Matos

مهارت‌های رفتاری است که در این پژوهش تنها از ۳۰ پرسش مهارت‌های اجتماعی استفاده شد. این مقیاس از نوع لیکرتی سه‌گزینه‌ای به صورت هرگز (صفر)، برخی اوقات (۱) و اغلب اوقات (۲) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین نمره صفر تا ۶۰ قرار دارد که نمرات پایین بیانگر مهارت‌های اجتماعی ضعیف و نمرات بالا هم بیانگر برخورداری از مهارت‌های اجتماعی مناسب است. گرشان و الیوت پایایی این مقیاس را با استفاده از روش‌های بازآزمایی و آلفای کرون باخ برابر با ۰/۹۴ گزارش کردند (۲۷).

پرسشنامه عملکرد رفتاری کودکان در خانه ویژه والدین:

این پرسشنامه توسط سوانسون^۳ (۱۹۹۲)، برای ارزیابی عملکرد رفتارهای مورد انتظار در محیط خانه برای همه کودکان تهیه شده است. و شامل ۱۰ پرسش و در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از «هرگز» تا «همیشه» است و آسیب‌ها و مشکلات رفتاری عملکردی در کودکان را ارزیابی می‌کند که براساس تحلیل مشکلات رفتاری کودکان در خانه ساخته شده است. این پرسشنامه در مطالعات متعددی برای بررسی تأثیر مداخلات درمانی دارویی و روان‌شناختی برای کودکان با مشکلات رفتاری مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن تأیید شده است (۲۸). در پژوهش موری^۴ و همکاران (۲۹)، پایایی این مقیاس ۰/۹۸ به دست آمده است. در پژوهش ملبورنت (۳۰) نیز ثبات درونی این مقیاس ۰/۹۴ به دست آمده است.

درمان تعامل والد-کودک: مدل درمانی درمان تعامل

والد-کودک مورد استفاده در این پژوهش براساس نظریه آی برگ، نلسون، دوک و بوگز^۵ (۳۱) تنظیم شده است که به طور متوسط بین ۱۰ تا ۱۲ جلسه طول می‌کشد. هر جلسه ۱ ساعت در هفته برای هدایت رابطه والد-کودک است. خلاصه جلسات مدل درمانی در جدول (۱) آورده شده است.

شدند، از میان ۴۸ نفر نمونه، ۳۰ نفر از آن‌ها به عنوان نمونه اصلی انتخاب و به شیوه تصادفی در ۲ گروه آزمایشی و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش برای والدین عبارت بودند از: قرار داشتن کودکان در گروه سنی ۷ تا ۱۰ سال، تشخیص اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی نوع عمدتاً بیش‌فعال تکانش‌گر براساس انجام مصاحبه تشخیصی و پرسشنامه (نمره آزمودنی در پرسشنامه کانرز بالاتر از میانگین باشد)، رضایت برای شرکت در جلسات، ملاک خروج در این پژوهش نیز: تمایل نداشتن شرکت‌کننده به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش بود.

مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین^۱: این پرسشنامه توسط

کانرز و همکاران (۲۵) تدوین شده است. این ابزار دارای ۲۶ پرسش است و توسط والدین برای تشخیص کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مورد استفاده قرار می‌گیرد. اگر نمره محاسبه‌شده بین ۲۶ تا ۳۴ باشد، اختلال فرد در حد پایین است. اگر نمره محاسبه‌شده بین ۳۴ تا ۶۰ باشد، نشان‌دهنده اختلال نارسایی توجه است و چنانچه نمره فرد ۶۰ به بالا باشد، سطح اختلال کودک بیشتر است. به عبارتی، برای ارزیابی در این آزمون می‌توان گفت که کسب میانگین نمره ۱/۵ یا بالاتر نشان‌دهنده وجود اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی است. نمره کل آزمون دامنه‌ای از ۲۶ تا ۱۰۴ خواهد داشت. کانرز و همکاران (۱۹۹۹)، پایایی این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کردند. این مقیاس استانداردسازی شده با چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی هماهنگ است و روایی محتوایی این مقیاس مورد تأیید قرار گرفته است. ضریب پایایی درونی با دامنه‌ای از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. اعتبار سازه برگه‌های کانرز با استفاده از روش‌های تحلیل عوامل، به دست آمده است و اعتبار افتراقی توانایی این پرسشنامه در تمایز افراد با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از عادی و دیگر گروه‌های بالینی، تأیید شده است (۲۵).

سیستم رتبه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشان و الیوت^۲

(فرم والدین): این پرسشنامه توسط گرشان و الیوت (۲۶)، تهیه شده است. و دارای ۵۲ پرسش و از ۲ بخش اصلی مهارت اجتماعی و مشکلات رفتاری تشکیل شده است که ۳۰ پرسش آن مربوط به مهارت‌های اجتماعی و ۲۲ پرسش مربوط به

1. Conners' parent Rating Scale

2. Social skills rating system

3. Swanson

4. Murray

5. Eyberg, Nelson, Duke & Boggs

جدول ۱) مدل درمانی درمان تعامل والد-کودک

جلسات	توضیحات
جلسه یکم: ارزیابی اولیه و تعیین جهت گیری درمان و گرفتن خط پایه	در قالب یک مصاحبه اطلاعات تاریخیچه ای درباره کودک و مشکل کنونی گردآوری می شود. نمونه ای از چگونگی تعامل والدین و کودک را از طریق مشاهده تعامل آن ها در حین بازی بررسی می کند. درمانگر در مورد اهداف، مراحل و فرآیند درمان به والدین آگاهی لازم را می دهد. در این جلسه والد پرسشنامه های مربوطه را به منظور گرفتن خط پایه تکمیل می کند.
مرحله یکم تعامل کودک محور جلسه دوم: آموزش مهارت های تعامل کودک محور (بدون حضور کودک)	به والدین آموزش داده می شود تا در این مرحله برای رفتارهای منفی کودک از شیوه نادیده گرفتن استفاده نمایند. یکی از اصول مهم این مرحله پیروی والدین از کودک است. به همین دلیل از والدین خواسته می شود که از پرسیدن پرسش و دستور دادن خودداری نمایند. این مرحله به دنبال ارتقاء کیفیت ارتباط والد-کودک است.
جلسه سوم: جلسه هدایت و تمرین مهارت های تعامل کودک محور (با حضور کودک)	تقویت رابطه درمانی با خانواده و ارائه حمایت از اهداف این جلسه است. در حین هدایتگری بیشتر بر توصیفات رفتاری تمرکز می شود و صرفاً بازخورد مثبت بدون اشاره به خطاها ارائه می شود. در این جلسه همچنین درباره الگو گیری کودکان از رفتار بزرگ ترهای خودشان صحبت می شود و درباره شیوه های کنترل خشم گفتگو می شود. در انتها کار بیشتر بر نقاط قوت والدین تأکید می شود و از آن ها خواسته می شود در تکلیف خانگی بیشتر برای کاهش تعداد پرسش ها و افزایش بازخوردها تلاش کنند.
جلسه چهارم: جلسه هدایتگری همراه با تأکید بر موضوع دریافت حمایت (با حضور کودک)	«دریافت حمایت» موضوعی است که با والدین نمایشان گذاشته می شود و آن ها ترغیب می شوند که از سایر افرادی که در محیط اطرافشان هستند در مواقع ضروری به شیوه مناسبی حمایت دریافت کنند.
جلسه پنجم: جلسه هدایتگری با تأکید بر موضوع استرس کودکان (با حضور کودک)	در این جلسه با والدین درباره تأثیر استرس بر کودکان و درک هیجانی کودکان صحبت می شود؛ و در فرآیند هدایتگری نیز توجه ویژه ای به استفاده از مهارت ها به صورت ترکیبی می شود و در صورت ضعف در هر یک از مهارت ها به طور خاص بر استفاده و تمرین آن مهارت ها در جلسه توجه می شود.
مرحله دوم تعامل والد محور جلسه ششم: آموزش مهارت های تعامل والد محور (بدون حضور کودک)	در این جلسه مهارت های تعامل والد محور که شامل دادن دستورات مؤثر، تحسین فرمان پذیری کودک و اجرای صحیح فرآیند محرومیت در صورت نافرمانی کودک به والدین آموزش داده می شود. در پایان جلسه خلاصه کلیه نکات گفته شده به والدین داده می شود تا در طی هفته آن ها را مطالعه نمایند اما تا پیش از اولین جلسه هدایتگری از آن ها استفاده نکنند.
جلسه هفتم: جلسه هدایتگری (با حضور کودک)	برای والدین این فرصت مهیا می شود تا بتوانند در قالب یک هدایتگری فشرده از جانب درمانگر فرآیند تعامل والد محور را به درستی اجرا نمایند و جلسه را با اعتماد کافی برای اجرای درست فرآیند در خانه ترک کنند. در ابتدای جلسه کل فرآیند با والدین مرور می شود و سپس متناسب با سطح رشد کودک نیز به او توضیحاتی داده خواهد شد. اگر فرآیند کار در این جلسه به خوبی اجرا شود و جلسه با فرمان پذیری کودک به پایان برسد از والدین خواسته می شود تا اولین تکلیف خانگی مرحله دوم درمان را در خانه انجام دهند.

جلسات	توضیحات
جلسه هشتم: جلسه هدایت‌گری همراه با آغاز تعمیم‌دهی مهارت‌ها به خارج از اتاق بازی (با حضور کودک)	از این‌پس به دنبال تعمیم دهی مهارت‌ها به محیط‌هایی غیر از اتاق بازی هستیم از این‌رو از والدین خواسته می‌شود در صورت نیاز از مهارت‌ها در اتاق انتظار یا پس از پایان هر جلسه استفاده نمایند. اگر والدین اولین تکلیف خانگی را با موفقیت انجام داده باشند تکلیف خانگی دیگری که شامل موقعیت جمع‌آوری اسباب‌بازی‌ها است به آن‌ها داده می‌شود.
جلسه نهم: جلسه هدایت‌گری (با حضور کودک)	از این‌پس از والدین خواسته می‌شود از مهارت‌های این مرحله برای مسائلی استفاده کنند که فرمان‌پذیری کودک در آن موارد برای والدین مهم است و برای سایر مسائل، از فن‌های آموزش داده شده دیگر استفاده نمایند.
جلسه دهم: جلسه هدایت‌گری همراه با آموزش تنظیم قوانین خانگی (با حضور کودک)	بعد از هدایت تعامل والد محور، نمودار نمرات فهرست رفتار کودک آی برگ بررسی می‌شود و سپس مشکلات رفتاری باقیمانده را با والدین مرور خواهد شد. برای هر مشکل معین می‌شود که چه شیوه‌ای مناسب است. فرایند تعیین قوانین خانگی و چگونگی اجرای آن به والدین آموزش داده می‌شود.
جلسه یازدهم: جلسه هدایت‌گری همراه با آموزش مدیریت رفتار در اماکن عمومی (با حضور کودک)	فرایند هدایت‌گری ادامه می‌یابد و در صورتی که والدین فاصله زیادی از ملاک‌های تسلط بر مهارت داشته باشند زمان بیشتری صرف هدایت تعامل خواهد شد. در صورت تثبیت قوانین خانگی قبلی در صورت نیاز با همکاری والدین قوانین جدیدی تعیین می‌شود. به رفتار کودک در اماکن عمومی پرداخته می‌شود و نکات لازم برای کنترل رفتار او در این اماکن گفته خواهد شد.
جلسه دوازدهم: جلسه فارغ‌التحصیلی (با حضور کودک)	ارزیابی ملاک‌های اتمام آموزش همراه با معرفی فن‌های دیگر مدیریت رفتار در این جلسه انجام می‌شود. باید بر اهمیت ادامه دادن استفاده از مهارت‌ها تأکید شود و درمانگر رضایت خود را از موفقیت والدین در فرایند درمان نشان دهد و برای جلسه حمایتی که یک ماه بعد برگزار می‌شود، برنامه‌ریزی شود.

جلسات درمانی توسط مادران دانش‌آموزان، به عنوان مرحله پیش‌آزمون کامل شد. جلسات درمانی در غالب ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انجام گرفت، این جلسات در آزمایشگاه مدرسه بوده و زمان آن ۱۰ تا ۱۱ صبح بوده است. جلسات هفته‌ای یک بار برگزار می‌شد. پس از پایان جلسه‌ی دهم پرسشنامه‌های فوق‌الذکر در اختیار مادران قرار گرفت و از آن‌ها پس‌آزمون گرفته شد.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول (۲) قابل مشاهده است، میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مقیاس‌های عملکرد رفتاری در منزل، بیش‌فعالی و مهارت‌های اجتماعی در گروه آزمایشی و گواه به ترتیب نشان داده شده است.

بعد از انتخاب نمونه‌ها و جایگزینی تصادفی آن‌ها در ۲ گروه آزمایشی و گواه، با خانواده‌های مشخص شده در چند مرحله تماس برقرار شد و بعد از هماهنگی‌های لازم و توضیح دادن مراحل مختلف کار و بیان اهداف طرح پژوهشی روز آزاد والدین جهت شرکت در دوره آموزشی مشخص شد و سپس اقدامات لازم انجام گرفت. ترکیب گروه‌ها عبارت بودند از: گروه اول شامل ۱۵ نفر از مادران و کودکان آن‌ها که مخصوص گروه آزمایشی با رویکرد درمان تعامل والد-کودک است و گروه دوم ۱۵ نفر که مخصوص گروه گواه بودند و آموزشی دریافت نکردند. برای بررسی کمیت و کیفیت مباحث نظری و عملی بیان شده در جلسات آموزشی مادران و کودکان پرسشنامه کانرز والدین (۱۹۹۹)، عملکرد رفتاری کودکان در منزل فرم والدین سوانسون (۱۹۹۲) و پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی گرشان و الیوت (۱۹۹۰) پیش از شروع

جدول ۲) آماره های توصیفی متغیرهای پژوهشی بین دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	موقعیت	گروه آزمایشی		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عملکرد رفتاری	پیش آزمون	۳۷	۹/۵۲	۳۸/۶۰	۹/۲۰
	پس آزمون	۴۵/۷۳	۵/۶۸	۳۷/۴۰	۹/۴۷
مهارت های اجتماعی	پیش آزمون	۶۷/۲۰	۹/۹۷	۶۶/۵۳	۷/۳۹
	پس آزمون	۷۹/۸۰	۹/۶۸	۶۶/۷۸	۷/۶۹
بیش فعالی تکانش گری	پیش آزمون	۱۱/۲۶	۲/۱۸	۱۱/۰۶	۲/۶۳
	پس آزمون	۵/۰۶	۲/۰۸	۱۲/۲۵	۲/۴۹

جهت بررسی اثر آموزش روش درمان تعامل والد-کودک به مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی نوع عمدتاً بیش فعال/ تکانش گر بر بهبود عملکرد رفتاری در منزل و بهبود مهارت های اجتماعی فرزندانشان، در پژوهش حاضر از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج هر یک به صورت جداگانه در جداول زیر آمده است. این نوع تحلیل (تحلیل کوواریانس) دارای مفروضه هایی است که از جمله مفروضه های تحلیل کوواریانس همگنی شیب های رگرسیونی میان متغیر تصادفی (پیش آزمون) و متغیرهای وابسته است که در این پژوهش شیب های خط رگرسیون در تمامی متغیرهای مورد مطالعه موازی بودند. در این مطالعه تعامل گروه و پیش آزمون برای متغیرهای عملکرد رفتاری ($F=1/321$ و $p > 0/05$).

مهارت اجتماعی ($F=1/84$ و $p > 0/05$) و بیش فعالی تکانش گری ($F=1/21$ و $p > 0/05$) معنادار نیست، از این رو، می توان گفت که این پیش فرض رعایت شده است. از دیگر مفروضه های این آزمون همگنی واریانس ها است، آزمون نوین محاسبه شده در مورد متغیرها عملکرد رفتاری، مهارت های اجتماعی و بیش فعالی تکانش گری از لحاظ آماری معنادار نبود، (پس آزمون ها؛ عملکرد رفتاری $F=1/54$ و $p > 0/05$ و مهارت های اجتماعی $F=2/89$ و $p > 0/05$ و بیش فعالی تکانش گری $F=0/005$ و $p > 0/05$)، بنابراین مفروضه همگنی واریانس ها نیز تأیید شد. از این رو با توجه به برقراری مفروضه های اصلی این آزمون، مجاز به استفاده از این آزمون آماری بودیم.

جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به متغیر عملکرد رفتاری دو گروه آزمایشی و گواه

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور تتا
عملکرد رفتاری	پیش آزمون	۵۹۱/۵۰۸	۱	۵۹۱/۵۰۸	۱۸/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰
	گروه	۸۱۵/۷۵۱	۱	۸۱۵/۷۵۱	۲۴/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	خطا	۸۸۱/۱۵	۲۷	۳۲/۶۳	-	-	-
	کل	۵۳۲۳۳	۳۰	-	-	-	-

با توجه به جدول (۳)، بعد از آزمودن اثر گروه یا مداخله (درمان تعامل والد-کودک) بر متغیر وابسته (عملکرد رفتاری)، نتایج نشان داد اثر گروه یا مداخله نیز از لحاظ آماری معنادار بوده است ($F_{(1,27)}=24/99$ و $p > 0/001$)؛ بنابراین می توان

نتیجه گرفت برنامه آموزش درمان تعامل والد-کودک باعث تغییر در گروه ها شده است. علاوه بر این، میزان اندازه اثر ۰/۴۸ یا به عبارت دیگر ۴۸ درصد از تغییرات عملکرد رفتاری مربوط به عضویت گروهی است.

جدول ۴) نتایج تحلیل کوواریانس متغیر مهارت‌های اجتماعی دو گروه آزمایشی و گواه

متغیرها	منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور تنا
مهارت‌های اجتماعی	پیش‌آزمون	۹۸۰/۴۹	۱	۹۸۰/۴۹	۲۱/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۴
	گروه	۵۲۵/۷۰	۱	۵۲۵/۷۰	۱۱/۳۹	۰/۰۰۲	۰/۲۹
	خطا	۱۲۴۵/۶۴	۲۷	۴۶/۱۳	-	-	-
	کل	۱۸۵۶۰۷	۳۰	-	-	-	-

برای آزمودن اثر گروه یا مداخله (درمان تعامل والد - کودک) بر متغیر وابسته (مهارت‌های اجتماعی) باید اثر پیش‌آزمون به‌عنوان عامل هم پراش زدوده شود. نتایج نشان داد اثر گروه یا مداخله با حذف یا زدودن متغیر هم پراش نیز از لحاظ آماری معنادار بوده است ($p > ۰/۰۰۲$).

$F(1, 27) = 11/39$ ؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت برنامه درمان تعامل والد - کودک باعث تغییر در گروه‌ها شده است. علاوه بر این، میزان اندازه اثر $۰/۲۹$ یا به عبارت دیگر ۲۹ درصد از تغییرات متغیر مهارت‌های اجتماعی مربوط به عضویت گروهی است.

جدول ۵) نتایج تحلیل کوواریانس متغیر رفتارهای بیش‌فعالی تکانش‌گری دو گروه آزمایشی و گواه

متغیرها	منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور تنا
بیش‌فعالی تکانش‌گری	پیش‌آزمون	۱/۴۳	۱	۱/۴۳	۰/۲۶۵	۰/۶۱۱	۰/۰۱۰
	گروه	۳۶۴/۸۷	۱	۳۶۴/۸۷	۶۷/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	خطا	۱۴۶/۴۳	۲۷	۵/۴۲	-	-	-
	کل	۲۷۱۷	۳۰	-	-	-	-

از طرف دیگر نتایج نشان داد که آموزش درمان تعامل والد - کودک بر کاهش رفتارهای بیش‌فعالی - تکانش‌گری کودکان با اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی تأثیرگذار بوده است ($F(1, 27) = 67/27$ و $p > ۰/۰۵$) و این آموزش توانسته است میزان علائم رفتارهای بیش‌فعالی تکانش‌گری را کاهش دهد. علاوه بر این، میزان اندازه اثر $۰/۴۱$ یا به عبارت دیگر ۴۱ درصد از تغییرات علائم اختلال مربوط به عضویت گروهی است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر ارائه درمان تعامل والد - کودک به مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه همراه

با بیش‌فعالی نوع عمدتاً بیش‌فعال تکانش‌گر بر کاهش علائم، بهبود عملکرد رفتاری در منزل و بهبود مهارت‌های اجتماعی فرزندانشان انجام گرفت. نتایج نشان داد: درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک به مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی نوع عمدتاً بیش‌فعال / تکانش‌گر بر کاهش علائم فرزندشان مؤثر است. این یافته با نتایج لیونم و همکاران (۲۰) و ماتوس (۲۱) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که این درمان اطلاعات مورد نیاز والدین را در اختیار آن‌ها قرار داده و هرگونه نگرانی را که ممکن بود در مورد عملکرد آن‌ها در رابطه با کودک با اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی یا عملکرد فرزندشان در رابطه با آن‌ها داشته باشند برطرف می‌کند. استفاده از بازی به‌عنوان یک ابزار ارتباطی و

وقت گذاشتن برای حضور در کنار فرزندان و بازی بی‌قید و شرط با آن‌ها از جمله عواملی بود که درمان تعامل والد و کودک و در کاهش علائم اختلال مؤثر بود. این جلسات بازی برای افزایش پذیرش والدین از طرف فرزندان طراح‌ی شده است و آن‌ها را قادر می‌سازد تا ویژگی‌هایی را که بیشتر والدین با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند و نمی‌توانند دنیا را از دید فرزندان ببینند، درک کنند (۱۸). همچنین آموزش شیوه صحیح توجه (توجه به رفتار مثبت کودک در عین نادیده گرفتن افتراقی رفتار منفی)، قاعده‌های دستور دادن یعنی به‌کارگیری فرمان‌های اثربخش در بهبود روابط والد و کودک اثربخش بود. بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان در تعاملات منفی والد و کودک ریشه دارد؛ درمان تعامل والد - کودک با تقویت تعاملات مثبت و آموزش فن‌های غیر خشونت‌آمیز به مادران باعث بهبود شیوه والدگی آن‌ها می‌شود؛ مادران دیگر در برخورد با علائم بیش‌فعالی و رفتارهای تکانشی کودکان خود از برخوردهای خشن، سرزنش و نادیده گرفتن مخرب استفاده نمی‌کنند؛ عواملی که باعث افزایش این رفتارهای کودکان می‌شود را شناسایی می‌کنند و در حد امکان آن را تغییر می‌دهند و کودکان اعتماد به نفس خود را در خانواده به دست می‌آورند و جایگاه خود را در خانواده پیدا می‌کنند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان تعامل والد - کودک به مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی نوع عمدتاً بیش‌فعال/ تکانش‌گر بر بهبود عملکرد رفتاری فرزندان در منزل مؤثر است. این یافته با نتایج نیست و همکاران (۱۶)، به بررسی تأثیر درمان تعامل والد - کودک بر درمان مشکلات رفتاری کودکان ارسال پرداخته‌اند. این پژوهش، بهبودهای قابل‌توجهی در مشکلات رفتاری و عملکرد انطباقی کودکان و همچنین کاهش چشمگیر استرس والدین را نشان داد. لیونم و همکاران (۱۵)، تأثیر درمان تعاملی بر نشانگان اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی را در کودکان بررسی کردند. نتایج نشان داد که این درمان در کاهش مشکلات رفتاری و توجهی کودک و استرس والدگی مؤثر است، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که بسیاری از والدین در مکان و زمان مشترک با فرزندان به سر می‌برند اما با نیازها و احساسات فرزندان خود بیگانه هستند، درمان تعامل والد - کودک به والدین می‌آموزد که پدر و مادر شدن بسیار فراتر از یک رویداد بیولوژیکی است. همچنین این درمان آموزش می‌دهد که فرزندان به زمان کافی برای مشارکت هیجانی با والدین خود نیاز دارند و پدر و

مادر باید بدانند که برای برقرار شدن ارتباط لازم، چگونه باید به شیوه‌های مؤثر به تعامل با کودکان خود بپردازند (۵). در پژوهش حاضر به والدین آموزش داده شد رفتارهای نامطلوب فرزندان خود را شناسایی کنند و علت آن را ریشه‌یابی کنند، آموزش روش‌های اصلاح رفتار به مادران در کاهش رفتارهای نامطلوب فرزندان و افزایش رفتارهای مطلوب کودکان در محیط خانه مؤثر بوده است. بهبود عملکرد رفتاری این کودکان در ارتباط با یادگیری آموزش صحیح برخورد با کودک در هنگام انجام رفتارهای مشکل‌زا است. همان‌طور که گفته شد رفتارهای مناسب کودک تقویت مثبت دریافت می‌کرد و رفتارهای نامناسب نادیده گرفته می‌شد یا به روشی مثبت تغییر داده می‌شد. واکنش معمول به بازی مستقل مناسب کودک باعث بهبود عملکرد رفتاری آن‌ها در منزل شد.

همچنین یافته دیگر پژوهش نشان داد درمان تعامل والد - کودک به مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی نوع عمدتاً بیش‌فعال/ تکانش‌گر بر بهبود مهارت اجتماعی فرزندان مؤثر است. پژوهش حیدری و همکاران (۲۳)، نشان داد که درمان تعامل والد - کودک باعث افزایش مهارت اجتماعی کودکان در گروه آزمایشی شده است که همسو با نتایج پژوهش حاضر است. در تبیین یافته مورد نظر می‌توان بیان کرد که نقص در روابط اجتماعی و طردشدگی در کودکان با اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی به‌طور واضح آشکار است. درمان تعامل والد - کودک به مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان آن‌ها مؤثر بوده است و منجر به اصلاح و بهبود مهارت اجتماعی آن‌ها می‌شود. در بررسی عوامل مؤثر بر مهارت‌های اجتماعی کودکان بویژه کودکان در سنین پایین می‌توان به کیفیت تعامل والد و فرزند که از اولین تعاملات است، اشاره کرد. این تعاملات می‌تواند زمینه‌ای برای یادگیری و جذب مهارت‌های اجتماعی سازگار در کودکان ایجاد کند. در درمان تعامل والد - کودک برای بهبود مهارت‌های اجتماعی از همین روش ارتقا رابطه والد - کودک استفاده می‌شود، در طی درمان مادران رفتارها و تعاملات مطلوب فرزند خود با خواهران و برادران، همسالان و افراد دیگر در نزدیکی کودک را به شیوه مناسب تشویق کردند و همین امر باعث افزایش صمیمیت، خود آشکارسازی، کشف استعدادها و نقاط ضعف آن‌ها شد و در انتها باعث بهبود در روابط اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی آن‌ها شد. بازی‌های مادران و کودکانشان، توصیف رفتارهای

6. Grover, R. L., Nangle, D. W., Buffie, M., & Andrews, L. A. Defining social skills. In D. W. Nangle, C. A. Erdley, & R. A. Schwartz-Mette (Eds.), *Social skills across the life span: Theory, assessment, and intervention* (pp. 3-24). Elsevier Academic Press. (2020). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-817752-5.00001-9>
7. Dowd T, Green E. Teaching social skills to youth: Boys Town Press; 2022. <https://www.amazon.com/Teaching-Social-Skills-Youth-Follow/dp/1934490709>
8. Hyde C, Fuelscher I, Sciberras E, Efron D, Anderson VA, Silk T. Understanding motor difficulties in children with ADHD: A fixel-based analysis of the corticospinal tract. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2021;105:110125. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33031859/>
9. Beauchamp MH, Anderson V. SOCIAL: an integrative framework for the development of social skills. *Psychological bulletin*. 2010;136(1):39. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20063925/>
10. Keute M, Krauel K, Heinze H-J, Stenner M-P. Intact automatic motor inhibition in attention deficit hyperactivity disorder. *Cortex*. 2018;109:215-25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30388442/>
11. Achenbach TM, Ruffle TM. The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatrics in review*. 2000;21(8):265-71. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10922023/>
12. Matza LS, Margolis MK, Deal LS, Farrand KF, Erder MH. Challenges of developing an observable parent-reported measure: a qualitative study of functional impact of ADHD in children. *Value in Health*. 2017;20(6):828-33. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28577701/>
13. Mundy LK, Canterford L, Olds T, Allen NB, Patton GC. The association between electronic media and emotional and behavioral problems in late childhood. *Academic pediatrics*. 2017;17(6):620-4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28043935/>
14. Shields AM, Cicchetti D, Ryan RM. The development of emotional and behavioral self-regulation and social competence among maltreated school-age children. *Development and psychopathology*. 1994;6(1):57-75. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23305942/>
15. Leung C, Tsang S, Ng GS, Choi S. Efficacy of parent-child interaction therapy with Chinese ADHD children: randomized controlled trial. *Research on Social Work Practice*. 2017;27(1):36-47. DOI: 10.1177/1049731516643837
16. Niec LN, Barnett ML, Prewett MS, Shanley Chatham JR. Group parent-child interaction therapy: A randomized control trial for the treatment of conduct problems in young children. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2016;84(8):682. DOI: 10.1037/a0040218

مطلوب کودک توسط مادر و بازخوردهای کلامی و غیرکلامی مادر که در روابط با کودک به کار گرفته می‌شد در بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان نقش بسزایی داشت. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود. یکم اینکه، نمونه پژوهش تنها شامل کودکان ۷ تا ۱۰ سال بود و ممکن است نتایج به سایر گروه‌های سنی تعمیم‌پذیر نباشد. دوم، مداخله تنها با مادران انجام شد و نقش پدران در این فرایند بررسی نشد. سوم، داده‌ها براساس خودگزارش دهی والدین جمع‌آوری شد که ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های شناختی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود نقش هر دو والد در درمان تعامل والد-کودک بررسی شود، تأثیر بلندمدت این درمان از طریق مطالعات پیگیری ارزیابی شده و گروه‌های سنی مختلف یا جمعیت‌های متفاوت (مانند کودکان با شرایط فرهنگی متفاوت) مورد مطالعه قرار گیرند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافع با یکدیگر ندارند.
کد اخلاق مقاله: IR.ZNU.REC.1402.020

References

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2022;21(21):591-643. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
2. Homidi M, Obaidat Y, Hamaidi, D. Attention-deficit hyperactive disorder in pre-primary school aged children Jeddah. Saudi Arab EC. Life Science Journal. 2013; 10(3): 280-285. <https://adhd.org.sa/wp-content/uploads/2014/05/Life-Sciences-Journal-2013-Homidi.pdf>
3. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. *Psychiatry Digest: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11th Edition... Volume 3. Tehran: Arjomand. Translated by Farzin Rezaei 2016.
4. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The world federation of ADHD international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & biobehavioral reviews*. 2021;128:789-818. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33549739/>
5. Kofler MJ, Harmon SL, Aduen PA, Day TN, Austin KE, Spiegel JA, et al. Neurocognitive and behavioral predictors of social problems in ADHD: A Bayesian framework. *Neuropsychology*. 2018;32(3):344. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29620405/>

17. Thomas R, Abell B, Webb HJ, Avdagic E, Zimmer-Gembeck MJ. Parent-child interaction therapy: A meta-analysis. *Pediatrics*. 2017;140(3). DOI: 10.1542/peds.2017-0352
18. Wagner SM, McNeil CB. Parent-child interaction therapy for ADHD: A conceptual overview and critical literature review. *Child & Family Behavior Therapy*. 2008;30(3):231-56. DOI:10.1080/07317100802275546
19. Rosales A, Sargsyan V, Abelyan K, Hovhannesyan A, Ter-Abrahanyan K, Jillson KQ, Cherian D. Behavior change communication model enhancing parental practices for improved early childhood growth and development outcomes in rural Armenia—A quasi-experimental study. *Preventive medicine reports*. 2019;14:100820. DOI: 10.1016/j.pmedr.2019.100820
20. Leung C, Tsang S, Ng GS, Choi S. Efficacy of parent-child interaction therapy with Chinese ADHD children: randomized controlled trial. *Research on Social Work Practice*. 2017;27(1):36-47. DOI:10.1177/1049731516643837
21. Matos M, Bauermeister JJ, Bernal G. Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. *Family process*. 2009;48(2):232-52. DOI: 10.1111/j.1545-5300.2009.01279.x
22. Hosseini, M. & Ashori, M.. Effect of child-parent relationship therapy on emotion regulation and stress in mothers of deaf children. *International Journal of Play Therapy*, 2024 33(3), 117–128. <https://doi.org/10.1037/pla0000219>
23. Haydari, M., Norouzi, G., Ashori, M. Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy based on Eyberg's Approach on Anxiety and Social Skills of Children with Intellectual and Developmental Disability. *Empowering Exceptional Children*. 2024, 15 (1), 56-68. https://www.ceciranj.ir/article_199167.html?lang=en
24. Khodabakhshi Kolaei A. Family Therapy Plans and Models and Parent Education. Tehran: Jangal Publications, Javedaneh. 2009 [Persian]
25. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. Revision and restandardization of the Conners Teacher Rating Scale (CTRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of abnormal child psychology*. 1998;26:279-91. DOI: 10.1023/a:1022606501530
26. Gresham FM, Elliott SN. Social skills intervention guide: Systematic approaches to social skills training. *Special Services in the Schools*. 1993;8(1):137-58. 10.1300/J008v08n01_07
27. Shahim S. Investigating the validity and reliability of the social skills rating scale in a group of primary school children in Shiraz. *Journal of Educational Sciences and Psychology*. ;5(4-3):17-29. [Persian] 10.22055/psy.1998.16433
28. Wigal SB, Gupta S, Guinta D, Swanson JM. Reliability and validity of the SKAMP rating scale in a laboratory school setting. *Psychopharmacology Bulletin* 1998;34:47–53. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9564198/>
29. Murray DW, Bussing R, Fernandez M, Hou W, Garvan CW, Swanson JM, Eyberg SM. Psychometric properties of teacher SKAMP ratings from a community sample. *Assessment*. 2009;16(2):193-208. DOI: 10.1177/1073191108326924
30. McBurnett K, Swanson J, Pfiffner L, Tamm L. A measure of ADHD-related classroom impairment based on targets for behavioral intervention. *Journal of Attention Disorders*. 1997;2(2):69-76. <https://doi.org/10.1177/108705479700200201>
31. Eyberg SM, Nelson M, Duke M, Boggs SR. Manual for the dyadic parent-child interaction coding system third edition. Unpublished Rating Manual. 2004. https://www.researchgate.net/publication/242667283_Manual_for_the_Dyadic_Parent-Child_Interaction_Coding_System