

Comparison of the effectiveness of parent-child communication therapy and parent-child interaction therapy on communication skills and social adjustment in children with attention deficit/hyperactivity disorder

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

Introduction

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) is a chronic neuro-developmental disorder that is characterized by three categories of problems related to inattention, hyperactivity and impulsivity. Children with, AD/HD do not have enough skills to monitor their behavior and cannot control and regulate their behavior for a long time. Weak communication skills can be associated with feelings of loneliness, social anxiety, depression, low self-esteem, and academic failure. Also, lack of communication skills and inability to control impulses cause children with, AD/HD to develop problems in adjustment and social bonding. The aim of this study was to compare the effectiveness of parent-child communication therapy and parent-child interaction therapy on communication skills and social adjustment of children with AD/HD 4 to 6 years old, in a quasi-experimental method with a single-experimental design.

Method

The present study is a quasi-experimental study of a single subject with A. B.design. The statistical population of the study included mothers of children aged 6 to 12 years with AD/HD, who were referred to Isfahan health centers in the spring and summer with their of 2019. From the mentioned population, 6 mothers children were selected by purposive sampling method and randomly

* Ph.D. Student of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

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

*** Professor of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

assigned to the two experimental groups. This study contains of 12 sessions of therapy. During this intervention, research questionnaires were completed in 4 sessions by the subjects of both groups. Then 4 follow-up sessions during two weeks were evaluated for both groups. For the first time, parent-child communication therapy was implemented in this study in accordance with the needs and conditions of children with AD/HD and their parents. The research instruments included Jarabak Communication Skills Questionnaire (2004) and Vineland Social Adjustment Scale (1935). Process changes for each child were used to analyze the data. Data impact coefficients were also used. The ups and downs of the dependent variables were the basis of judgment if the rate of changes.

Results

The results showed that parent-child communication therapy and parent-child interaction therapy had effects on communication skills of children with AD/HD ($p < 0.05$), but only parent-child communication therapy had lasting effects on social adjustment of children with AD/HD.

Conclusion

In order to improve the communication skills of children with AD/HD, two interventions of parent-child communication therapy and parent-child interaction therapy can be used. It is important to note that only parent-child communication therapy can be used to improve the social adjustment of this group.

Keywords: AD/HD, communication skills, social adjustment, parent-child interaction therapy, parent-child communication therapy

Author Contributions: Shiva Adlkhah, design of general framework, content development and content analysis and follow-up of article corrections; Dr. Salar Faramarzi, Collaboration in designing the general framework, selection of training and intervention approaches, initial review and responsible author; Dr. Asghar Aghaei, Consulting in various matters, comparison of intervention approaches, conclusion and research adaptation; All authors have reviewed and approved the final version of the article.

Acknowledgments: We sincerely thank the officials of Golestan Zandegi Psychological and Counseling Services Center in Isfahan who helped us in carrying out this research, as well as the people who participated in the research.

Conflicts of Interest: The authors acknowledge that there is no conflict of interest in this article. This article was extracted from the doctoral dissertation, with the guidance of Dr. Salar Faramarzi and the consultation of Dr. Asghar Aghaei.

Funding: No financial support has been received from any organization for this article.

مقایسه اثربخشی درمان ارتباطی والد-کودک با درمان تعامل والد-کودک بر مهارت‌های ارتباطی و سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی

شیوا عدلخواه*

سالار فرامرزی**

اصغر آقایی***

چکیده

ضعف در مهارت‌های ارتباطی و مشکل در سازگاری اجتماعی از مشکلات ثانویه کودکان مبتلا به نقص‌توجه/بیش‌فعالی است که توجه به این مشکلات برای بهبود زندگی اجتماعی این کودکان حائز اهمیت ویژه‌ای است؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان ارتباطی والد-کودک و درمان تعامل والد-کودک بر مهارت‌های ارتباطی و سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به نقص‌توجه/بیش‌فعالی ۶ تا ۱۲ سال، 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 در مرحله‌ی پیگیری) به عمل آمد. از مادران دارای کودک ۶ تا ۱۲ سال مبتلا به به نقص‌توجه/بیش‌فعالی شهر اصفهان به همراه کودکانشان، ۶ مادر-کودک (۱۲ نفر) به شیوه هدفمند انتخاب و تصادفاً در دو گروه درمان ارتباطی والد-کودک و درمان تعاملی والد-کودک جایگزین شدند. سپس ۱۱ جلسه درمان ارتباطی والد-کودک برای گروه اول و ۱۲ جلسه درمان تعاملی والد-کودک برای گروه دوم اجرا شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی جرابک و مقیاس سازگاری اجتماعی واینلند بود. نتایج نشان داد درمان ارتباطی والد-کودک و درمان تعاملی والد-کودک بر مهارت‌های ارتباطی کودکان مبتلا به نقص‌توجه/بیش‌فعالی تأثیر داشته‌اند

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

تربیتی، اصفهان، ایران

s.faramarzi@edu.ui.ac.ir

** دانشیار، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

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

تربیتی، اصفهان، ایران

($p < 0.05$)؛ لیکن تنها درمان ارتباطی والد-کودک بر سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی تأثیرات پایدار داشته است. بنابراین، درمان ارتباطی والد-کودک نسبت به درمان تعامل والد-کودک نقش مؤثرتری در بهبود مهارت‌های ارتباطی و سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی ایفا می‌کند.

کلید واژگان: مهارت‌های ارتباطی، سازگاری اجتماعی، درمان تعامل والد-کودک، درمان ارتباطی والد-کودک

مقدمه

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی^۱ یکی از اختلالات عصبی رشدی و مزمن است که در دوران کودکی آغاز می‌شود و در طول سال‌های پیش دبستانی قابل تشخیص است. بر اساس گزارش شیوع‌شناسی انجمن روان‌پزشکی آمریکا، شیوع این اختلال در کودکان ۵ درصد گزارش شده است. با این وجود، رقم محتاطانه ۳ تا ۷ درصد از کودکان در سنین مدرسه را مبتلایان به این اختلال تشکیل می‌دهند؛ به‌طور کلی احتمالاً در هر کلاس عادی یک الی دو کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی وجود دارد. مشکلات کودکان مبتلا به این اختلال را می‌توان به چند دسته تقسیم کرد؛ مشکلات مربوط به بی‌توجهی، مشکلات مربوط به بیش‌فعالی و مشکلات مربوط به تکانشگری (American Psychiatric Association, 2013). کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مهارت کافی و لازم برای نظارت بر رفتار خود را ندارند و نمی‌توانند رفتار خود را برای زمانی طولانی تنظیم کنند (Bussing, Zima, Mason & Meyer, 2012). در این راستا Barkly (2006) معتقد است که ۵۰ تا ۸۰ درصد کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی دارای مشکلات در به کارگیری مهارت‌های ارتباطی^۲ می‌باشند.

مهارت‌های ارتباطی به‌منزله آن دسته از مهارت‌هایی هستند که به‌واسطه آن‌ها افراد می‌توانند درگیر تعاملات بین فردی و فرایند ارتباط شوند؛ یعنی فرایندی که افراد در طی آن، اطلاعات، افکار و احساسات خود را از طریق مبادله پیام‌های کلامی و غیرکلامی با یکدیگر در میان می‌گذارند (Zarehpour & Asoudeh, 2011). اگرچه مشکلات ارتباطی و اجتماعی، به‌عنوان بخشی از تشخیص بالینی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی محسوب نمی‌شود (American Psychiatric Association, 2013) اما آسیب در عملکردهای ارتباطی می‌تواند موقعیت کودکان

1- Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

2- communication skills

مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی را در آینده تحت الشعاع قرار دهد (Adlparvar, Movahedi & Rafie Boroujeni, 2017) و احساس تنهایی، اضطراب اجتماعی، افسردگی، حرمت خود پایین، عدم موفقیت تحصیلی و عدم سازگاری را به همراه آورد (Lund Bland & Hansson, 2006). بنابراین، کمبود مهارت‌های ارتباطی و عدم توانایی لازم در کنترل تکانه‌ها باعث می‌شود تا کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مشکلاتی را در زمینه سازگاری و پیوند اجتماعی از خود بروز دهند (Abdullahi Baqarabadi & Ghodrati Mirkohi, 2018).

سازگاری اجتماعی^۱ به‌عنوان مهم‌ترین نشانه سلامت روان از مباحثی است که در دهه‌های اخیر توجه بسیاری از جامعه‌شناسان، روان‌شناسان و به‌ویژه مربیان را به خود جلب کرده است (Agha Yousefi, Zare & Bafrani, 2014). سازگاری اجتماعی عبارت از تعامل شخص با محیط اجتماعی است و شامل مجموعه واکنش‌هایی که فرد به‌وسیله آن‌ها ساخت یا رفتار خود را تغییر می‌دهد تا بتواند به‌گونه‌ای موزون با شرایط معینی و با تجربه‌ای جدید، پاسخ دهد (Hatami, 2012). مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهند کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از رشد اجتماعی کمتری برخوردارند و در روابط بین فردی، کفایت اجتماعی و سازگاری اجتماعی ضعیفی از خود بروز می‌دهند (Farzi, 2011). این کودکان از نظر سازگاری اجتماعی دارای مشکلات اساسی هستند به طوری‌که از بازی‌های متناسب با سن خود امتناع می‌کنند، در بازی‌های گروهی اختلال ایجاد می‌کنند، قشقرق به راه می‌اندازند و باعث نزاع می‌شوند (Mohammadkhani & Ebrahimzadeh, 2013)؛ بنابراین، توجه به این سازه می‌تواند تغییرات مثبتی را بر سایر شاخص‌های اجتماعی داشته باشد که لزوم تمرکز بر آن را در کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی مشخص می‌کند.

در زمینه حل مشکلات کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی، علاوه بر سایر مداخلات درمانی و آموزشی همچون بازی‌درمانی (Moaref & Sohrabi, 2017)، توانبخشی شناختی و روش نوروفیدبک (Ziabakhsh, Sharifi, Fath Abad, & Nejati, 2020)، محققان بر این باورند که اصلاح ارتباط والدین و فرزندان می‌تواند کمک‌کننده باشد. این ارتباط از مهم‌ترین عوامل اجتماعی است که اختلال در آن، کل نظام را مختل نموده و این نظام مختل شده به نوبه خود، اختلالات مربوط به اعضاء را تشدید کرده و مشکلات جدیدی را ایجاد می‌کند (Bul,

1- social adaptation

روابط والد-کودک از مشکلاتی است که در والدین دارای کودک مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی مشاهده می‌شود (Adlparvar et al., 2017). بنابراین، درمان تعامل کودک-والد^۱، یکی از مداخلات روان‌شناختی مناسب برای کمک به کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی است. این درمان، فرصت مناسبی را برای درک و شناخت اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی برای پدرها و مادرها فراهم می‌آورد و به آنها آموزش می‌دهد چه مهارت‌های ارتباطی، رفتاری و عاطفی را در مورد این کودکان به کار گیرند (Torvik, Eilertsen, McAdams, Gustavson & Zachrisson, 2020). درمان تعامل والد-کودک، یک درمان روان‌شناختی جامع برای کودکان پیش‌دبستانی با مشکلات رفتاری و والدین آنهاست و برآمده از دو تئوری یادگیری اجتماعی^۲ و دلبستگی^۳ است که بر افزایش رفتار مثبت، کاهش رفتار منفی و بهبود رابطه والدین و کودک تمرکز دارد. در این درمان، والدین آموزش می‌بینند که چگونه برای تغییر رفتار کودک خود از روش‌های جدید استفاده کنند. اثربخشی اولیه درمان تعامل والد-کودک، برای کودکان پیش‌دبستانی ۴ تا ۶ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی انجام شد (Sridevi, Rout & Rangaswami, 2017).

در این راستا پژوهش Tahmasebi and Khosropour (2019) نشان داد درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک بر مهارت‌های اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان کودکان زیر ۱۲ سال مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی اثرات مثبتی دارد ولی متناقص با این نتایج، Ali Akbari, Abolghasemi, Atadokht and Niroumand (2015) گزارش نمودند گروه‌درمانی رابطه والد-کودک بر افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تأثیری نداشته است. از سوی دیگر مطالعات کثیری در مورد محدودیت‌های کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی تذکر داده‌اند که از آن جمله می‌توان به نقص در کارکردهای اجرایی (Watson, Gable & Morin, 2016) اشاره کرد. به‌علاوه طبق مطالعات صورت گرفته بین تشدید مشکلات کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و مشکلات زناشویی والدین مثل مشکل در عملکرد خانواده (Dortaj & Mohammadi, 2010)، تعارضات زناشویی (Hekmati, Soodmand, Beyrami, Gholizadeh & Mansournia, 2009) و ناسازگاری

1- Children-Parent Relationship Therapy

2- social learning theory

3- attachment theory

در خانواده (Zarei, Sharif, Alavi Shoushtari & Vosoughi, 2014) ارتباط وجود دارد. همچنین بین مشکلات فردی اعم از مشکلات روان‌شناختی و هیجانی والدین کودکان عادی و کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی نیز تفاوت معنی‌داری وجود دارد (Williamson & Johanson, 2017). در کنار مشکلات مذکور، بیان این نکته ضروری است که والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از شیوه‌های فرزندپروری مختل استفاده می‌کنند (Harold, Leve, Barrett, Elam, Neiderhiser, Natsuaki, et al., 2013). به این ترتیب از آنجایی که به محدودیت‌های کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی، مشکلات بین فردی، مشکلات در روابط زناشویی والدین و مشکلات والد-کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در قالب یک برنامه مداخلاتی توجه نشده است، پژوهش حاضر قصد داشت تا به این سؤال پاسخ دهد که بسته ارتباطی والد-کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی که بر اساس محدودیت‌های کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، مشکلات بین فردی و مشکلات زناشویی والدین این کودکان در کنار مشکلات تعاملی والد-کودک، تدوین شده، در مقایسه با درمان تعاملی والد-کودک در بهبود مهارت‌های ارتباطی و سازگاری اجتماعی کودکان ۶ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی چگونه عمل می‌کند؟

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعه نیمه تجربی با طرح تک آزمودنی است. در این مطالعه از طرح AB که پرکاربردترین طرح تک آزمودنی است، استفاده شد. در این پژوهش از چهار خط پایه، ادامه خط پایه در چهار مرحله در مراحل درمان و پایان مداخله و چهار خط پایه در مرحله پیگیری استفاده شد؛ بنابراین، متغیرهای وابسته پیش از اجرای متغیر آزمایشی، به منظور اندازه‌گیری خطوط پایه مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند و نتایج آن با چهار مرحله اندازه‌گیری در فرآیند درمان و پایان مداخله و سرانجام مرحله پیگیری مورد مقایسه قرار گرفت.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش شامل مادران دارای کودک ۶ تا ۱۲ سال مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر اصفهان در بهار و تابستان ۱۳۹۸ به همراه

کودکانشان بودند. از میان جامعه مورد اشاره، ۶ مادر-کودک به صورت نمونه‌گیری هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورودی شامل موارد زیر بود: (۱) تمایل شخصی برای شرکت در پژوهش، (۲) مادران دارای کودک مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی ۶ تا ۱۲ سال، (۳) دارای دامنه سنی ۵۰-۲۰ سال بودند، (۴) عدم ابتلا به اختلالات روانی حاد یا مزمن (که توسط روان‌پزشک و یا روان‌شناس بالینی از طریق مصاحبه بالینی مورد تأیید قرار گرفته باشد)، (۵) عدم استفاده از درمان‌های روان‌شناختی موازی (که طی مصاحبه بالینی بررسی شد)، (۶) عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی از ۳ ماه قبل (که طی مصاحبه بالینی بررسی شد)، (۷) عدم مصرف انواع مواد مخدر و الکل؛ و ملاک‌های خروجی نیز عبارت بودند از: (۱) عدم تمایل به همکاری، (۲) عدم انجام تکالیف ارائه‌شده در جلسات، (۳) غیبت بیش از ۲ جلسه، (۴) انصراف از پژوهش. اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی: به‌منظور سنجش مهارت‌های ارتباطی، از نسخه تجدیدنظر شده پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی که توسط Jerabek (2004) ابداع شده، استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۴ ماده است که پاسخ‌گویی به آن‌ها مستلزم استفاده از مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (از ۱=هرگز تا ۵=همیشه) است. این پرسشنامه دارای پنج خرده‌مقیاس گوش دادن (ماده‌های ۵، ۶، ۷، ۸، ۲۲، ۲۳، ۲۷)، تنظیم عواطف (ماده‌های ۴، ۹، ۱۵، ۱۷، ۲۰، ۲۶، ۳۰، ۳۱)، درک پیام (ماده‌های ۲، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۸)، بینش (ماده‌های ۱۶، ۲۴، ۲۵، ۲۹، ۳۴) و قاطعیت (ماده‌های ۱، ۳، ۱۰، ۳۲، ۳۳) است. ماده‌های ۲، ۴، ۶، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۷، ۱۹، ۲۴، ۲۵، ۲۸ و ۳۳ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌گردند. آزمودنی‌ها در این پرسشنامه نمره‌ای بین ۳۴ تا ۱۷۰ به دست می‌آورند. اگر چنانچه آزمودنی نمره‌ای بین ۳۴ تا ۸۰ به دست آورد، مهارت ارتباطی آزمودنی در سطح پایین است. اگر چنانچه آزمودنی نمره‌ای بین ۸۰ تا ۱۲۰ به دست آورد، مهارت ارتباطی آزمودنی در سطح متوسط است. اگر چنانچه آزمودنی نمره‌ای بین ۱۲۰ تا ۱۷۰ به دست آورد، مهارت ارتباطی آزمودنی در سطح بالا قرار دارد. روایی

این پرسشنامه در پژوهش Hossein Chari and Fedakar (2007) با به‌کارگیری روش آماری تحلیل عاملی، روایی سازه پرسشنامه را در پژوهش خود بررسی کرده‌اند و به پنج عامل مهارت‌های درک کلامی و غیرکلامی، مهارت نظم‌دهی به هیجان‌ها، مهارت گوش دادن، مهارت بینش نسبت به فرایند ارتباط و قاطعیت در ارتباط دست یافته‌اند. پایایی این پرسشنامه در این پژوهش در نمونه‌ای متشکل از ۷۳۳ دانش‌آموز ایرانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن برای نمره کل آزمون در نمونه دانش‌آموزان به ترتیب برابر ۰/۷۱ و ۰/۶۹ گزارش شده است.

مقیاس سازگاری اجتماعی: این مقیاس توسط Winelend (1935) ساخته شده است. گرچه این مقیاس گستره سنی تولد تا بالاتر از ۲۵ سالگی را در بر می‌گیرد و تا دوازده سالگی برای هر سال، سؤالات مجزایی دارد، اما از دوازده سالگی به بعد بین ۱۲ تا ۱۵ سالگی، ۱۵ تا ۱۸ سالگی، ۱۸ تا ۲۰ سالگی، ۲۰ تا ۲۵ سالگی و ۲۵ سالگی به بالا سؤالات مشترک دارد. با این حال معلوم شده است که کارآمدی آن در سنین پایین‌تر و به ویژه در گروه‌های عقب‌مانده ذهنی به حداکثر می‌رسد (Azimi, 1994). این مقیاس دارای ۱۱۷ ماده است که به گروه‌های یک ساله تقسیم شده‌اند. ماده‌های مقیاس را می‌توان به هشت طبقه تقسیم‌بندی کرد که عبارتند از: خودیاری عمومی، خودیاری در غذا خوردن، خودیاری در لباس پوشیدن، خودفرمانی، اشتغال، ارتباط زبانی، جابجایی و اجتماعی شدن و با علائم اختصاری در پرسشنامه مشخص شده‌اند. با توجه به نمرات شخص روی مقیاس می‌توان سن اجتماعی (SA) و بهره اجتماعی (SQ) را محاسبه کرد. مقیاس Winelend روی ۶۲۰ نفر (شامل ۱۰ مرد و ۱۰ زن در هر یک از گروه‌های سنی از تولد تا ۳۰ سالگی)، هنجاریابی شده است. لازم به ذکر است که در این نمونه تعداد افراد در هر یک از گروه‌های سنی بسیار کم بود و با توجه به اینکه اکثر افراد مورد آزمایش از طبقه متوسط جامعه بودند نمی‌توان چنین نمونه‌ای را معرف کل جامعه تلقی کرد. ضریب پایانی با بازآزمایی ۱۲۳ نفر در ۹ ماه، ۰/۹۲ گزارش شده است.

روش اجرای پژوهش

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که به منظور گردآوری اطلاعات لازم، پس از اعلام عمومی در مراکز بهداشت شهر اصفهان در بهار و تابستان سال ۱۳۹۸ از مادران دارای

کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی طی فراخوانی دعوت و سپس از داوطلبان ثبت‌نام به عمل آمد. سپس با توجه به معیارهای ورود و خروج ۶ مادر-کودک از داوطلبان انتخاب و به صورت جایگزینی یا گمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی قرار گرفتند. در پژوهش حاضر، در هر دو گروه مورد بررسی، در ۴ جلسه اول فقط پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد و هیچ‌گونه مداخله‌ای جهت بهبود متغیرهای وابسته صورت نگرفت. پس از آن مداخله به مدت ۱۱ جلسه درمان ارتباطی والد-کودک و ۱۲ جلسه درمان تعامل والد-کودک برای هر یک از گروه‌های آزمایش اجرا شد. در طول مداخله طی ۴ جلسه، پرسشنامه‌های پژوهش توسط آزمودنی‌های هر دو گروه تکمیل شد. سپس ۴ جلسه پیگیری در طول دو هفته برای هر دو گروه مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است پژوهش حاضر مستخرج از رساله دکتری 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.

فعالیت آموزشی گروه‌های آزمایش

درمان ارتباطی والد-کودک برای اولین بار برای این پژوهش متناسب با نیازها و شرایط کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی و والدینشان تهیه و تدوین گردید. به این صورت که منابع علمی در دسترس تا سال ۲۰۱۹ در داخل و خارج از کشور (۴۵ مورد) در رابطه با مشکلات و نیازهای کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی و والدین این گروه مطالعه شد و پس از استخراج، این عوامل در چهار حوزه طبقه‌بندی شده و تکنیک‌هایی جهت رفع و کاهش این مشکلات بر اساس ۷ منبع علمی، استخراج و درمان 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 طبق کتاب درمان مبتنی بر تعامل والد کودک در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تنظیم شد (Cheryl Badiford & Humbery-Keegan, 2016). خلاصه محتوای جلسات درمان‌های ارائه‌شده در جدول ۱ ارائه شده است.

با توجه به طرح تک آزمودنی، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تغییرات روند برای هر کودک استفاده شد. همچنین از ضرایب تأثیر داده‌ها استفاده گردید. فراز و فرود متغیر وابسته، پایه داوری میزان تغییر به شمار رفت.

Table 1.
Summary of parent-child communication therapy and parent-child interaction therapy sessions

جلسه	شرح اختصاری جلسات درمان ارتباطی والد-کودک	شرح اختصاری جلسات درمان تعامل والد-کودک
جلسه اول	آشنایی مادران با یکدیگر و با رهبر گروه، ایجاد یک رابطه مبتنی بر همکاری، آشنایی با محدودیت‌های شناختی و ارتباطی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش فعال، به چالش کشیدن باورها و افکار غلط در مورد محدودیت‌های کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش فعال، القاء حس پذیرش محدودیت‌های کودک، آگاهی از اثر مشکلات فردی و زناشویی مادران بر مشکلات کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش فعال.	درمان تعامل والد-کودک با جلسه ارزیابی پیش از درمان آغاز می‌شود. در قالب یک مصاحبه اطلاعات تاریخیچه‌ای درباره کودک و مشکل کنونی گردآوری می‌شود و درمانگر فرصت آشنایی با کودک و شرایط خانواده را به دست می‌آورد. نمونه‌ای از چگونگی تعامل والدین و کودک را از طریق مشاهده تعامل آن‌ها در حین بازی بررسی می‌کند. با کمک پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط والدین نسبت به شدت مشکلات کودک اطلاعات کمی و دقیقی را کسب می‌کند. درمانگر در مورد اهداف، مراحل و فرایند درمان به والدین آگاهی لازم را می‌دهد.
جلسه دوم	مروری بر مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی، تنظیم یادداشت یک فهرست تفصیلی از مسائل و مشکلات فردی و زناشویی مادران بر اساس اولویت، تشخیص بن‌مایه‌های (توانمندی‌ها و نیرومندی‌ها) شخصی مادران، ارائه راهکارهای گذشته در مورد مواجهه با مشکلات تنظیم شده، ارزیابی راهکارهای ارائه شده گذشته با مشکلات، ارائه راه‌حل‌های بالقوه جایگزین.	در این جلسه علاوه بر مهارت‌های کودک‌محوری که پیش از این به آن‌ها اشاره شد، به والدین آموزش داده می‌شود تا در این مرحله برای رفتارهای منفی کودک از شیوه نادیده گرفتن استفاده نمایند. با توجه به این‌که یکی از اصول مهم این مرحله پیروی والدین از کودک است، از والدین خواسته می‌شود که از پرسیدن سؤال و دستور دادن خودداری نمایند. فعالیتی که در این مرحله انجام می‌شود به دنبال ارتقاء کیفیت ارتباط والد-کودک است؛ انتقاد و سرزنش، از رفتارهایی هستند که به شدت بر این موضوع تأثیر منفی دارند. بنابراین والدین از به کار بردن آن‌ها باید اجتناب نمایند.
جلسه سوم	مرور مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی، بررسی معایب و مزایای راه‌حل‌های احتمالی منطقی برای مشکلات، تنظیم و تدوین فهرستی از راه‌حل‌های بالقوه و ارزشمند برای هر مشکل، آموزش عبور از رویدادهای پر استرس.	تقویت رابطه درمانی با خانواده و ارائه حمایت از اهداف این جلسه است. در حین هدایتگری بیشتر بر توصیفات رفتاری تمرکز می‌شود و صرفاً بازخورد مثبت بدون اشاره به خطاها ارائه می‌شود. همین‌طور در انتهای کار بیشتر بر نقاط قوت والدین تأکید می‌شود و از آن‌ها خواسته می‌شود در تکالیف خانگی بیشتر برای کاهش تعداد سؤالات و افزایش بازخوردها تلاش کنند.
جلسه چهارم	مرور مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی، ارزیابی مشکلات تعاملی والد-کودک از طریق مشاهده درمانگر، آموزش مواجهه با مشکلات و محدودیت‌های کودک مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی، آموزش تجدید قوای شخصی مادر، توضیح در مورد اصول والدینی کودک مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی.	درباره این‌که شکل‌گیری بسیاری از رفتارهای نامطلوب در نتیجه الگوگیری کودکان از رفتارهای بزرگترهای خودشان است، توضیحاتی داده می‌شود. در حین هدایت والدین بیشتر بر عدم استفاده از سؤال تأکید می‌شود. ملاک‌های رسیدن به مهارت در مرحله تعامل کودک محور گفته می‌شود. آن‌ها آموزش‌هایی را در زمینه کنترل خشم دریافت می‌کنند.
جلسه پنجم	مرور مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی، آموزش ۲ گام از برنامه هشت گام به سوی رفتار بهتر (گام اول: یاد بگیرد که توجه مثبت به کودک داشته باشید، گام دوم: از توجه قدرتمند خود برای کسب اطلاعات استفاده کنید)	تحسین توصیف شده مهارتی است که در بخش هدایت تعامل به‌طور خاص مورد موضوعی است که با والدین در میان گذاشته می‌شود و «دریافت حمایت» مورد توجه قرار می‌گیرد. آن‌ها ترغیب می‌شوند که از سایر افرادی که در محیط اطرافشان هستند در مواقع ضروری به شیوه مناسبی حمایت دریافت کنند. در انتهای جلسه سیر تغییرات در نمرات شدت فهرست رفتار کودک آبرگ با نشان دادن نمودار آن به والدین مرور شد. از این جلسه به بعد اگر والدین بر مهارت‌ها مسلط شده بودند درمان وارد مرحله دوم می‌شود.
جلسه ششم	مرور مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی، آموزش گام سوم و چهارم از برنامه هشت گام به سوی رفتار بهتر (گام سوم: دستورات مؤثرتری بدهید، گام چهارم: به کودک بیاموزید کارهای شما را مختل نکنند).	در این جلسه با والدین درباره تأثیر استرس بر کودکان و درک هیجانی کودکان صحبت می‌شود. در فرایند هدایت‌گری نیز توجه ویژه‌ای به استفاده از مهارت‌ها به‌صورت ترکیبی می‌شود و در صورت ضعف در هر یک از مهارت‌ها به‌طور خاص بر استفاده و تمرین آن مهارت در جلسه توجه می‌شود.
جلسه هفتم	مرور مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی، آموزش گام پنجم و ششم از برنامه هشت گام به سوی رفتار بهتر (گام پنجم: یک سیستم ژتون خانگی ایجاد کنید، گام ششم: یاد بگیرد که رفتار نادرست را به شیوه‌ای سازنده تنبیه کنید).	در این جلسه مهارت‌های تعامل والد‌محور که شامل دادن دستورات مؤثر، تحسین فرمان‌پذیری کودک و اجرای صحیح فرایند محرومیت در صورت نافرمانی کودک به والدین آموزش داده می‌شود. در پایان جلسه خلاصه کلیه نکات گفته شده به والدین داده می‌شود تا در طی هفته آن‌ها را مطالعه نمایند اما تا پیش از اولین جلسه هدایت‌گری از آن استفاده نکنند.

جلسه هشتم	<p>مرور مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی، آموزش گام هفتم و هشتم از برنامه هشت گام به سوی رفتار بهتر (گام هفتم: از وقفه تربیتی بیشتر استفاده کنید، گام هشتم: یاد بگیرید که کودک را در مکان‌های عمومی مدیریت کنید)، آموزش برخورد با رفتارهای نادرست قدیمی و یا بروز مشکل رفتاری جدید.</p>
جلسه نهم	<p>مرور مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی، آموزش تکنیک‌های تقویت مهارت‌های اجتماعی مثبت کودک مبتلا به نقص توجه/بیش فعال، بر شمردن مشکلات حوزه مهارت‌های اجتماعی کودک مبتلا به نقص توجه/بیش فعال، آموزش تکنیک‌های مواجهه با آزار و تمسخر، آموزش ایجاد امکان ارتباط مثبت</p>
جلسه دهم	<p>مرور مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی، آشنایی با علل عمده عملکرد تحصیلی ضعیف کودکان با نقص توجه/بیش فعالی، ارائه عوامل مؤثر در عملکرد تحصیلی کودکان با نقص توجه/بیش فعالی، آشنایی با ویژگی‌های مدرسه مناسب برای کودکان با نقص توجه/بیش فعالی، آشنایی با ویژگی‌های معلم مناسب برای کودکان با نقص توجه/بیش فعالی، ارائه توصیه‌هایی درباره کلاس و برنامه درسی.</p>
جلسه یازدهم	<p>مرور مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی، آشنایی با کارکردهای اجرایی، آموزش بازی‌های شناختی به منظور بهبود کارکردهای اجرایی کودکان بیش فعال.</p>
جلسه دوازدهم	<p>ارزیابی ملاک‌های اتمام آموزش همراه با معرفی تکنیک‌های 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 فرآیند درمان نشان دهد. برای جلسه حمایتی که یک ماه بعد از پایان درمان برگزار می‌شود، باید برنامه‌ریزی شود. به خانواده‌ها گفته می‌شود که در هر زمان با مشکلی مواجه شدند می‌توانند با درمانگر در تماس باشند و در صورت نیاز برای آن‌ها جلسه فوق‌العاده‌ای برگزار می‌شود.</p>

یافته‌ها

در جدول ۲، میانگین مهارت‌های ارتباطی و سازگاری اجتماعی شرکت‌کنندگان پژوهش به تفکیک در مراحل مختلف سنجش، مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که میزان مهارت‌های ارتباطی و سازگاری اجتماعی، طی درمان ارتباطی والد-کودک روند افزایشی داشته است. در مهارت‌های ارتباطی نیز با اعمال درمان تعامل والد-کودک افزایش نسبی مشاهده می‌شود ولی سازگاری اجتماعی در گروه آزمایشی دوم با دریافت درمان تعامل والد-کودک، تغییری نداشته است.

Table 2.

Description of the mean of research participants in the variables of communication skills and social adjustment

Testable	treatment	Baseline				Intervention				Follow up			
		Session 1	2	3	4	Session 1	2	3	4	Session 1	2	3	4
1	Parent-child	96	96	98	97	106	107	107	108	106	107	107	107
2	communicat	110	109	110	109	108	111	111	112	109	109	110	111
3	ion therapy	111	110	110	110	111	112	113	113	113	113	114	115
1	Parent-child	109	109	109	109	108	110	109	110	110	106	107	109
2	interaction	101	101	101	101	106	107	109	106	106	108	109	107
3	therapy	100	103	100	100	99	102	112	110	110	110	109	110
	Social adjustment	Session 1	2	3	4	Session 1	2	3	4	Session 1	2	3	4
1	Parent-child	14	14	14	14	15	15	15	17	17	15	15	17
2	communicat	24	23	25	25	24	27	31	31	31	31	31	31
3	ion therapy	20	19	20	20	25	25	29	29	29	24	24	24
1	Parent-child	28	28	28	28	27	25	25	25	25	22	22	25
2	interaction	30	30	30	30	28	27	28	28	28	24	24	24
3	therapy	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6

در جدول ۳ و ۴، توصیف میانگین و درصد همپوشی داده‌ها برای دو گروه بسته ارتباطی والد-کودک و درمان تعاملی والد-کودک برای متغیرهای مهارت‌های ارتباطی و سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی ارائه شده است. نتایج این جدول برای هر دو گروه نشان می‌دهد که درمان ارتباطی والد-کودک بر مهارت‌های ارتباطی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی تأثیر بیشتری داشته است. بررسی داده‌های گروه درمان ارتباطی والد-کودک نشان می‌دهد که میانگین مهارت‌های ارتباطی در موقعیت مداخله (۱۰۹/۹) نسبت به خط پایه (۱۰۵/۵)، ۴/۴ نمره در جهت هدف مداخله افزایش یافته است. علاوه بر این میانگین در موقعیت پیگیری (۱۱۰/۰۸) نسبت به مداخله (۱۰۹/۹)، ۰/۱ افزایش داشته است. همچنین میانگین PND طبق این جداول بین موقعیت درمان و خط پایه ۸۳/۳ درصد و بین موقعیت پیگیری و مداخله ۱۶/۶ درصد بوده است. بررسی داده‌های گروه درمان تعاملی والد-کودک بر مهارت‌های ارتباطی کودکان نشان می‌دهد که میانگین به ترتیب در موقعیت مداخله (۱۰۷/۳) نسبت به خط پایه (۱۰۳/۵)، ۳/۸ نمره افزایش یافته است (در جهت هدف مداخله). علاوه بر این، میانگین در موقعیت پیگیری (۱۰۸/۵) نسبت به مداخله (۱۰۷/۳)، ۱/۲ نمره افزایش را طی کرده است. همچنین میانگین PND طبق جداول ۳ و ۴ بین موقعیت درمان و خط پایه ۶۶/۶ درصد و بین موقعیت پیگیری و مداخله ۰ درصد بوده است.

در مورد مقایسه تأثیر درمان ارتباطی والد-کودک و درمان تعاملی والد-کودک بر سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی نتایج برای هر دو گروه نشان می‌دهد که تنها درمان ارتباطی والد-کودک بر سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی تأثیر داشته است. بررسی داده‌های گروه درمان ارتباطی والد-کودک نشان می‌دهد که میانگین مهارت‌های ارتباطی در موقعیت مداخله (۲۳/۴۱) نسبت به خط پایه (۱۹/۳)، ۴/۱ نمره در جهت هدف مداخله افزایش یافته است. علاوه بر این، میانگین در موقعیت پیگیری (۲۳/۳) نسبت به مداخله (۲۳/۴)، ۰/۱ کاهش داشته است. همچنین میانگین PND طبق جدول ۳ و ۴ بین موقعیت درمان و خط پایه ۹۱/۶ درصد و بین موقعیت پیگیری و مداخله ۰ درصد بوده است. بررسی داده‌های گروه درمان تعاملی والد-کودک بر سازگاری اجتماعی کودکان نشان می‌دهد که میانگین به ترتیب در موقعیت مداخله (۱۹/۷۵) نسبت به خط پایه (۲۱/۳)، ۱/۵۵ نمره کاهش یافته است. علاوه بر این میانگین در موقعیت پیگیری (۱۷/۷۵) نسبت به مداخله

Table 3.

Description of the mean and percentage of data overlap in the variables of communication skills and social adjustment for the two groups of parent-child communication therapy & parent-child interactive therapy

Group	Testable	Evaluation stage	Mean	Communication skills				Social adjustment				
				PND		POD		PND		POD		
				$\frac{B}{A}$	$\frac{C}{B}$	$\frac{B}{A}$	$\frac{C}{B}$	$\frac{B}{A}$	$\frac{C}{B}$	$\frac{B}{A}$	$\frac{C}{B}$	
Parent-child communication therapy	1	Baseline	96.75					14				
		Intervention	107	100%	0%	0%	100%	14	100%	0%	0%	100%
		Follow up	106.75					15				
	2	Baseline	109.5					24.25				
		Intervention	110.5	75%	0%	25%	100%	28.25	75%	0%	25%	100%
		Follow up	109.75					31				
	3	Baseline	110.25					19.75				
		Intervention	112.25	75%	50%	25%	50%	27	100%	0%	0%	100%
		Follow up	113.75					24				
Parent-child interaction therapy	1	Baseline	109					28				
		Intervention	109.25	50%	0%	50%	100%	25.5	0%	0%	100%	100%
		Follow up	108					23.5				
	2	Baseline	101					30				
		Intervention	107	100%	0%	0%	100%	27.75	0%	0%	100%	100%
		Follow up	107.5					24				
	3	Baseline	100.75					6				
		Intervention	105.75	50%	0%	50%	100%	6	0%	0%	100%	100%
		Follow up	110.25					5.75				

Table 4.
Mean communication skills and social adjustment of the subjects in the parent-child communication group and parent-child interaction in the baseline position, intervention and follow-up

Variable	Group	A	B	C	PND		POD	
					B	C	B	C
					A	B	A	B
Communication skills	Parent-child communication therapy	105.5	109.9	110.08	83.3 %	16.6%	16.6%	83.3 %
	Parent-child interaction therapy	103.5	107.3	108.5	66.6 %	0%	33.3%	100 %
Social adjustment	Parent-child communication therapy	19.3	23.41	23.3	91.6 %	0%	8.3%	100 %
	Parent-child interaction therapy	21.3	19.75	17.75	0%	0%	100%	100 %

(۱۹/۷۵)، ۲ نمره کاهش را طی کرده است. همچنین میانگین PND طبق جداول ۳ و ۴ بین موقعیت درمان و خط پایه ۰ درصد و بین موقعیت پیگیری و مداخله ۰ درصد بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان ارتباطی والد-کودک با درمان تعاملی والد-کودک بر مهارت‌های ارتباطی و سازگاری اجتماعی کودکان ۶ تا ۱۲ سال مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی بود. نتایج به دست آمده از پژوهش نشان داد درمان ارتباطی والد-کودک و درمان تعاملی والد-کودک بر مهارت‌های ارتباطی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارند. بر اساس نتایج این بررسی‌ها، درمان ارتباطی والد-کودک نسبت به درمان تعاملی والد-کودک بر مهارت‌های ارتباطی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی تأثیر بیشتری داشته است. همچنین بر اساس یافته‌های پژوهش، اثربخشی درمان ارتباطی والد-کودک با درمان تعاملی والد-کودک بر سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی ۶ تا ۱۲ سال تفاوت داشته است به گونه‌ای که تنها درمان ارتباطی والد-کودک بر سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی تأثیر مثبت ماندگار داشته است. بر اساس جست‌وجوهای پژوهشگر مطالعه‌ای که تاکنون به مقایسه اثربخشی درمان ارتباطی والد-کودک با درمان تعاملی والد-کودک بر مهارت‌های ارتباطی و سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی ۶ تا ۱۲ سال پرداخته باشد یافت نشد تا استنادی به همسویی و

یا ناهمسویی این بخش از یافته‌ها با نتایج مطالعات پیشین انجام گردد که این موضوع جنبه نوآوری پژوهش حاضر را نشان می‌دهد؛ لیکن می‌توان گفت این بخش از نتایج به صورت غیرمستقیم با پژوهش (Tahmasebi and Khosropour, 2019) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک روی مهارت‌های اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان کودکان زیر ۱۲ سال مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی همسو و با پژوهش (Ali Akbari et al., 2015) مبنی بر عدم اثربخشی گروه‌درمانی رابطه والد-کودک بر افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی ناهمسو می‌باشد.

در تبیین این نتایج و همچنین ناهمسویی نتایج با پژوهش (Ali Akbari et al., 2015) می‌توان گفت در درمان ارتباطی والد-کودک علاوه بر مشکلات ارتباطی والد-کودک، طیف وسیعی از مشکلات در حوزه کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی و والدینشان مورد توجه قرار گرفته است؛ مسائلی از جمله محدودیت‌های کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی (Marx, Reis & Berger, 2019)، مشکلات فردی (Mazzeschi, Buratta, Germani, Cavallina & Ghignoni, 2019) و مشکلات در روابط زناشویی والدین این کودکان (Mehri Azar & Soleimani Bilesvar, 2016). این طیف از مشکلات با توجه به تأثیرات منفی در بروز و تشدید اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی حائز توجه است که در کمتر درمانی به صورت همزمان مورد ملاحظه قرار گرفته‌اند (Orban, Rapport, Friedman & Kofler, 2014) و این موضوع وجه تمایز و نقطه قوت درمان ارتباطی والد-کودک نسبت به سایر درمان‌های به کار رفته از جمله درمان تعاملی والد-کودک است. در جلسات این درمان، بر اهمیت نقش مادران در تشدید و تقلیل مشکلات کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی تأکید شد. این درمان به مادران این کودکان که به دلیل مشکلات فردی و زناشویی خود، هنوز آمادگی پذیرش و کمک به کودک خود را ندارند، آموزش داد تا از طریق حل مشکلات فردی و زناشویی خود، در کنار شناخت دقیق اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، پیامدهای منفی آن و شیوه‌های درست بازخورد، به کودک خود نزدیک‌تر شوند. به علاوه، به موجب این برنامه، مادران به درک صحیحی از شرایط رشدی کودکشان و شرایط ویژه وی دست یافتند و متوجه شدند که مشکلات و نافرمانی‌های کودکشان در موقعیت‌های ارتباطی از روی عمد نبوده و به واسطه اختلالات رشدی و همچنین بازخوردهای نامناسب آن‌هاست. به همین ترتیب نگرش مثبتی در مادران نسبت به خود و

کودک شکل گرفت که زمینه تلاش بیشتر برای اصلاح خود، روابط زناشویی و همچنین روابط والد-کودک را فراهم آورد. طی جلسات برای مادران موقعیتی فراهم شد تا استرس‌ها و فشارهای روحی ناشی از تنش روزمره فردی و همچنین در تعامل با کودکان را ابزار کنند و به یک حس همدلی با درمانگر دست یابند. به‌طور کلی، به نظر می‌رسد که به تناسب افزایش آگاهی و شناخت، مادران به درک بهتری نیز از رفتار خود دست می‌یابند، این افزایش آگاهی به طبع موجب افزایش میزان وقوع بازخورد مناسب و متناسب با رفتار کودک در محیط خانه و یا بیرون از خانه گردید. در واقع این آموزش به مادران کمک نمود تا به ارتباط بین یک رفتار و پیامدهای احتمالی آن رفتار پی ببرند و در نتیجه رفتارهایی را انتخاب و ارائه کنند که پیامدهای مثبتی به همراه داشته باشد. به این ترتیب با مادران توانستند با اصلاح شیوه‌های برخورد با کودک، رفتارهای او را به سمت مداومت در تمرین مهارت‌های ارتباطی و ممارست در آن‌ها سوق دهند و در نتیجه مهارت‌های ارتباطی خود را ارتقاء بخشند (Barkley, 2013).

به علاوه، افراد با شرکت در جلسات آموزشی و آشنایی با محدودیت‌های کودکان مبتلا به نقص‌توجه/بیش‌فعالی که همه مادران دارای کودک نقص توجه/بیش‌فعالی با آن دست به گریبانند به آنان کمک نمود تا دریابند که در این مسیر تنها نبوده و آرامش بیشتری پیدا کنند و مشکلاتی نظیر اضطراب و استرس مادران که ناشی از رفتارهای کودکان است، کاهش پیدا کند و به تبع محیط آرام‌تری برای کودک فراهم می‌شود و کودک در محیط آرام‌تر و بدون استرس، پاسخ‌های بهتری به رفتارها و دستورات می‌دهد و علاوه بر آن می‌تواند با بهره‌گیری از رهنمودهای مادران، خودکنترلی بهتری را در تعامل با سایرین برقرار نماید. این فرایند باعث می‌شود تا این کودکان، مهارت‌های ارتباطی آموزش دیده شده را به شکل مطلوب‌تری نشان دهند. به موازات نیل به بینش نسبت به محدودیت‌های کودکان، آموزش تقویت کارکردهای اجرایی به مادران از طریق ارائه بازی‌های شناختی طی درمان ارتباطی والد-کودک و انجام مکرر آن‌ها، این کودکان را قادر ساخت تا قوانین را بهتر بفهمند و به درستی تمرین نمایند، مسائل را حل کنند، رفتار خود را نظارت کرده و خودآموزی را گسترش دهند که این موضوع در بهبود مهارت‌های ارتباطی تأثیر شگرفی داشته است (Barkley, 2013). لیکن کاهش تأثیر این درمان در مرحله پیگیری را می‌توان به عدم تکرار تمرینات پس از اتمام جلسات از سوی مادران نسبت داد. به نظر می‌رسد لازم است به منظور تداوم اثرات مثبت این درمان، تمرینات

توسط مادران به طور مکرر ارائه شود.

در تبیین اثر مثبت درمان تعاملی والد-کودک بر بهبود مهارت‌های ارتباطی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی ۶ تا ۱۲ سال و همسو با نتایج پژوهش Tahmasebi and Khosropour (2019) می‌توان بیان نمود طی این درمان، درمانگر فرصت آشنایی با کودک و شرایط خانواده را به دست آورد؛ به این صورت که نمونه‌ای از چگونگی تعامل مادر و کودک را از طریق مشاهده تعامل آن‌ها در حین بازی بررسی نمود. در این زمان، درمانگر ضعف در مهارت‌های ارتباطی کودکان و مادران را به‌طور کامل بررسی و سعی نمود بر حیطه‌های ضعف آنان تمرکز نماید. با شناسایی نقاط ضعف در مهارت‌های ارتباطی مادران و کودکان، به مادران مهارت‌های ارتباطی مورد نیاز آموزش داده شد و باعث شد تا الگوهای تعاملی جدیدی بین مادر و کودک ایجاد گردد. درمان تعاملی والد-کودک با ایجاد محیطی صمیمی، تقویت توجه غیرقضاوتی و نامشروط، افزایش احساس ایمنی و در نهایت رشد منبع کنترل درونی کودک ارتباط عاطفی بین مادر و کودک را تقویت نموده که کلید اصلی استفاده از مهارت‌های ارتباطی آموخته شده است. این درمان بر افزایش عزت‌نفس، پذیرش خود و دیگران (Barkley, 2005) و رفتار و هیجانات مرتبط با آن متکی است که همگی در استفاده مطلوب‌تر از مهارت‌های ارتباطی مؤثر هستند. به علاوه در طول این درمان به مادران آموزش داده شد تا برای رفتارهای منفی کودک از شیوه نادیده گرفتن استفاده نمایند. در طول این درمان از مادران خواسته شد که از پرسیدن سؤال از کودک خود و دستور دادن به کودک خود در موقعیت‌های اجتماعی خودداری نمایند. مادران آموختند که انتقاد و سرزنش، از رفتارهایی هستند که منجر به تشدید رفتارهای نامطلوب در موقعیت‌های اجتماعی می‌شود و مادران می‌بایست از به کار بردن آن‌ها در موقعیت‌های بین فردی اجتناب نمایند. همچنین طی این درمان آموزش‌هایی در جهت کنترل خشم به مادران ارائه شد (Cheryl Badiford & Humbery-Keegan, 2016). کنترل بیشتر خشم منجر شد تا رفتارهای پرخاشگرانه مادران کاهش یافته و در برخورد با مشکلات رفتاری کودکان خود بیشتر از تکنیک نادیده گرفتن استفاده نمایند و بازخوردهای مثبت بیشتری ارائه دهند که این موضوع منجر به کاهش و خاموش شدن رفتارهای نامطلوب در روابط بین فردی گردید.

همچنین طی این درمان، دریافت حمایت مورد توجه قرار گرفت؛ مادران ترغیب شدند که از سایر افرادی که در محیط اطرافشان هستند در مواقع ضروری به شیوه مناسبی حمایت

دریافت کنند تا از این طریق بتوانند به شیوه‌ای ویژه به استفاده از مهارت‌ها ترغیب شوند. آموزش مهارت‌های مؤثر در تقویت مهارت‌های ارتباطی شامل ارائه دستورات مؤثر، تحسین فرمان‌پذیری کودک و اجرای صحیح فرآیند محرومیت در صورت نافرمانی کودک به مادران بود. لیکن در کل این درمان بر مرور و تمرین تکنیک‌های آموزش داده شده تأکید شده بود. با توجه به تأکید درمانگر به تماس با درمانگر در صورت بروز مشکل در پایان درمان، لیکن عدم تماس مادران نشان از عدم تمرین و تکرار تکنیک‌های آموزش داده شده را نشان داد و این موضوع دلیلی بر عدم ماندگاری اثر درمان در دوره پیگیری است. در تبیین اثر بیشتر درمان ارتباطی والد-کودک نسبت به درمان تعامل والد-کودک بر مهارت‌های ارتباطی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی می‌توان به تمرکز درمان ارتباطی والد-کودک بر کارکردهای اجرایی کودکان و ارائه بازی‌های شناختی به مادران به منظور تقویت این کارکردها اشاره کرد. این بسته کمک کرد تا مادران بفهمند که مشکلات کودکان ناشی از کارکردهای اجرایی آنهاست و آنان می‌توانند بیشترین کمک را به کودکانشان داشته باشند، زیرا بیشترین زمان را با کودکان صرف می‌کنند. همچنین می‌توانند از طریق بازی‌های شناختی مفید، این کارکردها را در محیط خانه تقویت کرده و در نتیجه از طریق تقویت توجه پایدار، حافظه فعال و عملکرد برنامه‌ریزی و سازماندهی، سطح مهارت‌های ارتباطی خود را بهبود ببخشند. بنابراین، به نظر می‌رسد تمرکز بر کارکردهای اجرایی در درمان ارتباطی والد-کودک نقطه قوت این بسته نسبت به درمان تعامل والد-کودک در بهبود مهارت‌های ارتباطی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی است. در مورد مکانیسم اثربخشی درمان ارتباطی والد-کودک بر سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی ۶ تا ۱۲ سال بر اساس مبانی نظری می‌توان گفت پرورش و بزرگ کردن یک کودک با نقص توجه/بیش‌فعالی برای هر پدر و مادری، امری بسیار مشکل است. این کودکان بسیار بی‌توجه، سر به هوا، دارای رفتارهای آنی و فوری، یا فاقد بازداری و مهار، بیش‌فعال و دارای نیازها و مطالبات فراوان هستند و این موارد باعث عدم سازگاری اجتماعی می‌شود. مشکلات آنها در موقعیت‌های مختلف به خصوص موقعیت‌های اجتماعی می‌تواند بار سنگینی بر دوش پدر و مادر قرار دهد، بار سنگینی که شاید هنگام تولد این کودک هیچ تصویری از آن نداشته‌اند. به واسطه مشکلات کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی، والدین این کودکان می‌بایست بیش از آنچه از هر پدر و مادر کودک معمولی انتظار می‌رود به نظارت، آموزش،

سازماندهی، برنامه‌ریزی، پاداش، تنبیه، راهنمایی، حمایت و تربیت کودک خود همت بگمارند. همچنین این والدین باید بیش از میزان معمول، با سایر بزرگسالان درگیر زندگی خود، زندگی زناشویی و روزمرگی کودک، باشند. از سوی دیگر به خاطر ناسازگاری اجتماعی این کودکان در برخورد با افراد جامعه، لازم است این والدین بیش از پیش، با همسایگان، مربیان، مدیران گروه‌های فعالیت فوق برنامه کودک و سایر افراد سر و کار داشته باشند. ارائه آگاهی از تأثیر کودک مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی بر خانواده، واکنش خانواده به کودک و اقداماتی که برای او انجام می‌دهند و آگاهی از نحوه مدیریت رفتار کودک از طریق درمان ارتباطی والد-کودک به مادران کمک نمود که نه تنها کودک خود را بشناسند بلکه خود و همسرشان را نیز بشناسند و از خانواده خود به عنوان یک کلیت واحد شناخت بهتری داشته باشند (Barkley, 2013). به علاوه در بخشی از این درمان، بر تقویت کارکردهای اجرایی متمرکز شده است. طی این الگو، ابتدا مادران با کارکردهای اجرایی مذکور آشنا و نقش این کارکردها را در اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی درک نمودند. این موضوع باعث شد تا مادران بفهمند که مشکلات کودکان دارای نقص توجه/بیش‌فعالی ناشی از کارکردهای اجرایی آنهاست و مادران می‌توانند بیشترین کمک را به این کودکان داشته باشند، زیرا بیشترین زمان را با کودکان صرف می‌کنند. بنابراین، درمانگر با استفاده از آموزش بازی‌های شناختی به مادران توانست نسبت به تقویت کارکردهای اجرایی کودکان گام بردارد. به نظر می‌رسد تقویت کارکردهای اجرایی در کودکان، منجر به شناسایی بهتر موقعیت اجتماعی، مقابله مؤثرتر با موقعیت و در نهایت پاسخ سازگارانه‌تر شود.

در تبیین عدم اثر درمان تعامل والد-کودک بر سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی بر اساس مبانی نظری می‌توان بیان نمود درمان تعامل والد-کودک بر بهبود تعاملات والد-فرزندی متمرکز است. با آنکه انتظار می‌رفت با بهبود تعاملات والد-کودک طی اجرای این برنامه، سازگاری اجتماعی ارتقاء یافته باشد؛ لیکن نتایج نشان داد ضعف در سازگاری اجتماعی در این گروه، از نقایص کارکردهای اجرایی نشأت می‌گیرد؛ چراکه این مهارت پس از اعمال درمان ارتباطی والد-کودک که بر کارکردهای اجرایی داشته است بهبود قابل توجهی یافته است. بنابراین، عدم تأیید اثر این درمان بر سازگاری اجتماعی قابل توجیه است.

از آنجایی که به طور معمول هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبه است، بنابراین، پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. از جمله محدودیت‌ها می‌توان به خودگزارش‌دهی

ابزار پژوهش اشاره نمود که امکان تحلیل‌های کیفی عمیق‌تر از داده‌ها در حوزه متغیرهای وابسته را محدود نمود. همچنین با توجه به آنکه درمان ارتباطی والد-کودک بر اساس ویژگی‌های خاص کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی و والدینشان تدوین گردیده است، لذا در تعمیم نتایج بر سایر جوامع می‌بایست جوانب احتیاط را رعایت نمود. به عنوان آخرین محدودیت باید توجه داشت که گروه نمونه پژوهش حاضر را مادران دارای کودکان مبتلا به نقص توجه/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 بهبود مهارت‌های ارتباطی و سازگاری اجتماعی در کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی از درمان ارتباطی والد-کودک استفاده نمایند.

سهم مشارکت نویسندگان: شیوا عدل خواه، طراحی چارچوب کلی، تدوین محتوا و تحلیل مطالب و پیگیری اصلاحات مقاله؛ دکتر سالار فرامرزی، همکاری در طراحی چارچوب کلی، انتخاب رویکردهای آموزش و مداخله، بررسی اولیه و نویسنده مسئول؛ دکتر اصغر آقایی، مشاوره در امور مختلف، مقایسه رویکردهای مداخله، نتیجه‌گیری و سازواری پژوهش؛ همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مورد بررسی قرار داده و تأیید نموده‌اند.

سپاسگزاری: بدین وسیله از مسئولان مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره گلستان زندگی در اصفهان که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند و نیز افراد شرکت‌کننده در پژوهش، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: نویسندگان اذعان می‌کنند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد. این مقاله مستخرج از رساله دکتری، با راهنمایی دکتر سالار فرامرزی و مشاورت دکتر اصغر آقایی است.

منابع مالی: برای انجام این مقاله از طرف هیچ سازمانی حمایت مالی دریافت نشده است.

References

- Abdullahi Baqarabadi, A. H., & Ghodrati Mirkohi, M. (2018). The effectiveness of social skills training on the social adequacy of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Psychology, 1*(22), 135-150. [Persian]
- Adl Parvar, A., Movahedi, A., & Rafie Boroujeni, M. (2017). The effect of yoga on anxiety in parents and children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Motor Behavior, 9*(27), 139-154. [Persian]
- Aghayousefi, A. R., Zare, H., & Bafrani, S. (2015). Investigating the relationship between nasal self and students' social adjustment. *Bi-Quarterly Journal of Social Cognition, Special Issue*, 153-141. [Persian]
- Ali Akbari, N., Abolghasemi, A., Atadokht, A., & Niroumand Soomeh, B. (2015). Evaluation of the effectiveness of parent-child relationship group therapy on increasing social skills of preschool children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Personality and Individual Differences, 7*, 47-64. [Persian]

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev)*. Washington, DC: Author.
- Azimi, S. (1994). *Child psychology*. Tehran: Saffar. [Persian]
- Barkely, R. A. (2006). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford
- Barkley, R. A. (2013). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training (3rd Ed)*. Guilford Press.
- Bul, K. C. M., Doove, L. L., Franken, I. H. A., Oord, S. V., Kato, P. M., & Maras, A. (2018). A serious game for children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Who benefits the most? *PLoS ONE* 13(3), 1-18.
- Bussing, R., Zima, B. T., Mason, D. M., Meyer, J. M., White, K., & Garvan, C. W. (2012). ADHD knowledge, perceptions, and information sources: perspectives from a community sample of adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 51(6), 593-600.
- Cheryl Badiford, M., & Humbery-Keegan, K. (2015). *Parent-child interaction therapy*. Translated by Seyed Badraddin Najmi and Nazita Janqorban. Tehran: Arjmand. [Persian]
- Dortaj, F., & Mohammadi, A. (2010). Comparison of family performance of children with attention deficit/hyperactivity disorder with family performance of children without ADHD. *Family Studies*, 6(22), 1-12. [Persian]
- Farzi, S. (2011). *The effectiveness of social problem solving training on the adequacy and social adjustment of children with ADHD due to the mediating role of attachment style*. Master Thesis of Tabriz University. Faculty of Psychology and Educational Sciences. [Persian]
- Harold, GT., Leve, LD., Barrett, D., Elam, K., Neiderhiser, JM., Natsuaki, MN., et al (2013). Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: revisiting the developmental interface between nature and nurture. *J Child Psychol Psychiatry*, 54, 1038-1046.
- Hatami, M. (2012). *The effect of anger management training on cognitive-behavioral approach to student adjustment*. Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabatabai University. [Persian]
- Hekmati, A. S., Soodmand, M., Beyrami, M., Gholizadeh, H., & Mansournia, A. (2009). Comparison of marital conflicts of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder with mothers with normal children. *Women and Family Studies*, 1(3), 43-59. [Persian]
- Hossein Chari, M., & Delavarpour, M. (2007). Do shy people lack communication skills? *Developmental Psychology*, 3(10), 123-135. [Persian]
- Jerabek, I. (2004). *Communication Skills Inventory revised*. Body-Mind QueenDom
- Lund Bland, A., & Hansson, K. (2006). Couple therapy effectiveness of treatment and long term follow up. *Journal of Family Therapy*, 28(2), 136-152.
- 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), 1-14.
- Mazzeschi, C., Buratta, L., Germani, A., Cavallina, C., Ghignoni, R., Margheriti, M., & Pazzagli, C. (2018). Parental reflective functioning in

- mothers and fathers of children with ADHD: Issues regarding assessment and implications for intervention. *Front Public Health*, 7, 1-9.
- Mehri Azar, Z., & Soleimani Bilesvar, R. (2016). *Comparison of depression, anxiety and stress in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder and normal*. 5th National Conference on Sustainable Development in Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Studies. Tehran, Center for Strategies for Sustainable Development - Mehr Arvand Institute of Higher Education. [Persian]
- Moaref, S., & Sohrabi, N. (2017). A comparison play therapy with the clay therapy of the treatment of children with attention defici. *Journal of Psychological Achievements*, 24(2), 65-80. [Persian]
- Mohammadkhani, S., & Ebrahimzadeh, N. (2013). *Psychological and behavioral problems of students' identification and intervention*. Tehran: Beyond Knowledge. [Persian]
- Orban, S. A., 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.
- 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.
- Torvik, E., McAdams, G., Zachrisson, B., Gjerde, H., & Stoltenberg, A. (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*, 61(9), 1009-1018.
- Watson, S., Gable, R. A., & Morin, L. L. (2016). The role of executive functions in classroom instruction of students with learning disabilities. *International Journal of School and Cognitive Psychology*, 3, 1-5.
- Williamson, D., & Johnston, C. (2017). Maternal ADHD symptoms and parenting stress the roles of parenting self-efficacy beliefs and neuroticism. *Journal of Attention Disorders*, 15, 9-19.
- Zarehpour, M., & Asoudeh, M. H. (2011). *Couples' mental health: The role of marital intimacy dimensions and communication patterns*. The Second National Conference on Family Psychology, Marvdasht, Fars. [Persian]
- Zarei, S., Sharif, F., Alavi Shoushtari, A., & Vosoughi, M. (2014). The effect of stress management training on the mental health of mothers with children with attention deficit hyperactivity disorder. *Nursing Education*, 3(4), 58-67. [Persian]
- Ziabakhsh, M., Sharifi, M., Fath Abad, J., & Nejati, V. (2020). Comparison of the effectiveness of cognitive rehabilitation method with neurofeedback method in students with attention deficit disorder. *Journal of Psychological Achievements*, 27(1), 167-192. [Persian]

