

# اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد - کودک (CPRT) بر شدت نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه (ADHD)

امین نجاتی<sup>۱</sup>، رقیه موسوی<sup>۲\*</sup>، رسول روشن چسلی<sup>۳</sup>، جواد محمودی قرائی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، البرز، ایران.
۲. استادیار، گروه علوم تربیتی و مشاوره دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. استاد، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۴. دانشیار، گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

## چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر، اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر شدت نشانه‌های مرضی کودکان ۸ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی را مورد مطالعه قرار داده است.

**روش:** در این مطالعه تجربی بر اساس طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه مداخله‌نما، از میان جامعه آماری (۶۹ زوج مادر-کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه) ۳۰ زوج به‌صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و مداخله‌نما جایگزین شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش و مداخله‌نما در ۲ مرحله با استفاده از مقیاس درجه‌بندی کانرز مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره جهت بررسی معناداری آماری و همچنین بررسی معناداری بالینی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** یافته‌های تحقیق گویای کاهش معنادار آماری و بالینی مشکلات عمومی و کاهش معنادار آماری شدت نشانه‌های توجه و یادگیری در کودکان مبتلا به این اختلال است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر و نیز در نظر گرفتن پژوهش‌های قبلی می‌توان چنین نتیجه گرفت؛ که این مداخلات، در کنار دارودرمانی دارای مزایایی جهت کنترل رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه است و دارای امتیازات و امکانات قابل توجهی جهت بهره‌مندی‌های بعدی در جمعیت ایرانی است.

**کلیدواژه‌ها:** مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد - کودک، اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه، مقیاس درجه‌بندی کانرز - فرم ۴۸ سؤالی والدین.

\*Email: mousavi@shahed.ac.ir

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی  
بالینی  
و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶  
بهار و تابستان ۱۳۹۵  
صص: ۱۹-۳۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۴/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۱۵

Biannual Journal of

Clinical  
Psychology  
& Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer  
2016

pp.: 19-31

## مقدمه

اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی<sup>۱</sup> از شایع‌ترین اختلال‌های رفتاری و نورویولوژیکال (عصب زیست‌شناختی) است که در دوران کودکی شناخته شده است. این اختلال بیش‌ازحد فراگیر و پایدار است و با ویژگی‌های بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری توصیف شده است [۱].

این اختلال با شیوع ۳ تا ۵ درصد در کودکان مدارس ابتدایی در مرحله پیش از بلوغ گزارش شده است و برخی از پژوهشگران شیوع این اختلال را در میان کودکان دبستانی ۳ تا ۶ درصد تخمین زده‌اند و فراوانی این اختلال در پسرها ۳ تا ۹ برابر بیشتر از دخترها گزارش شده است [۲]. در پنجمین ویراست راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup> نرخ شیوع این اختلال ۲/۵ درصد و برای کودکان رقم ۵ درصد گزارش شده است [۳]. بر اساس این راهنمای تشخیصی شش نشانه مرتبط با تکانشگری، کمبود توجه یا بیش‌فعالی می‌بایست پیش از ۱۲ سالگی تظاهر پیدا کرده باشند و حداقل در دو موقعیت متفاوت مانند کودکستان، مدرسه، خانه و یا هنگام ارزیابی و معاینه روان‌شناختی دیده شود و نشانه در تمام دوران بزرگسالی مشاهده گردند. مشابه ویراست چهارم راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی، ۱۸ نشانه اصلی برای تشخیص اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه در دو حوزه اصلی نشانه‌های بی‌توجهی و بیش‌فعالی / تکانشگری مفروض شده است و به همان ترتیب لزوم وجود ۶ نشانه از هر حوزه برای تشخیص در کودکان مورد تأکید قرار گرفته است ولی توصیه کرده در مورد افراد ۱۷ ساله و بالاتر در مورد علائم بی‌توجهی و بیش‌فعالی/تکانشگری به جای لزوم پر کردن ۶ معیار، لازم است که فقط ۴ معیار را داشته باشند [۳]؛ بسته به نشانه‌های موجود، افراد مبتلا به این اختلال به سه زیرگروه متفاوت تقسیم می‌شوند: نوع کمبود توجه نوع بیش‌فعال / تکانشگر و نوع ترکیبی [۴].

در فرمول‌بندی جدید برخلاف نسخه قبلی<sup>۳</sup> اجازه تشخیص هم‌زمان این اختلال در کنار اختلالات طیف اوتیستیک به‌عنوان اختلال همبود داده شده است [۳]. هرچند تشخیص اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه در کودکان پسر بیشتر است، اما میزان تشخیص در بزرگسالی در زنان و مردان مساوی است [۵]. در مورد سبب‌شناسی این اختلال، شواهد علمی قویاً بر وجود زیربنای زیست‌شناختی اشاره می‌کند، با این وجود در حال حاضر برای این اختلال، علت ویژه‌ای شناخته نشده است [۶]؛ گستره علل، دربرگیرنده فاکتورهای وراثتی، شخصیت و مزاج، عوامل پیش و پس از تولد و تفاوت در ساختارهای مغزی و احتمالاً تفاوت در وضعیت شیمیایی مغز و در نتیجه متفاوت بودن ساختارهای مغزی از نظر میزان فعالیت است که با عوامل محیطی (مانند فرزندپروری والدین، محیط تقویتی یا تنبیهی و عوامل تربیتی) در تعامل هستند [۷].

اکثریت کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه که به کلینیک ارجاع داده شده‌اند در عملکرد تحصیلی مشکل داشته [۸] و نیز غالباً در آنان مشکلات رفتاری، هیجانی و رشدی گزارش شده است [۹]. ابتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه در مطالعات جمعیت عمومی، احتمال همبودی اختلال سلوک<sup>۴</sup> و نافرمانی مقابله‌ای<sup>۵</sup> را تا ۱۰/۷ برابر افزایش می‌دهد [۱۰] و اختلال‌های خلقی و اضطرابی نیز از دیگر اختلالات شایع همبود با این اختلال است [۹]. بر این اساس به نظر می‌رسد برنامه‌های آموزشی - درمانی متمرکز بر راهبردها، برای بهبود کودکان کم سن و سال و مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه مؤثر باشد، زیرا این مداخلات می‌تواند تعاملات والد-کودک را که اغلب منبع تشدید و تداوم رفتارهای مشکل‌ساز است را تلطیف نماید [۱۱]. یافته‌های تحقیقات اهمیت، ضرورت تشخیص و مداخلات زودهنگام در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه را نشان می‌دهد [۸].

بررسی تعاملات این کودکان با والدینشان، نشان داده که آن‌ها بیشتر از کودکان غیر مبتلا، از طرف والدین دستورهایی دریافت می‌کردند و همچنین سرزنش و توبیخ می‌شدند و در روابط بین این کودکان و والدینشان، فشار روانی، افسردگی، محدودیت، ناکامی بالا و توانایی کمتر وجود دارد [۱۲، ۱۳]. خطر واقعی در این است که چنین کودکانی در چرخه معیوبی از روابط اسیر شده و به‌طور فزاینده‌ای باعث آزار و اذیت دیگران شده و از طرف آنان نیز مورد آزار واقع شوند و به این شکل این کودکان در سازگاری با اعضای خانواده و دوستان خود مشکل پیدا کرده و عزت‌نفس خود را از دست می‌دهند و متأسفانه در آینده و در نوجوانی ممکن است مشکلات ثانویه دیگری هم برای آن‌ها پیش بیاید به‌طوری‌که بیشتر از سایر نوجوانان مستعد رفتارهای بزهکارانه، افسردگی، مشکلات ارتباطی، مردودی تحصیلی و امثال آن هستند. مشکلات اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه ممکن است تا دوران جوانی هم ادامه یافته و مشکلات ثانویه نیز تشدید شوند [۷]. به دلیل تعداد و تنوع مشکلات کودکان با این اختلال شیوه‌های درمانی متفاوتی برای درمان آن مورداستفاده قرار گرفته شده، دارودرمانی (به‌ویژه با داروهای محرک<sup>۶</sup>) که بر انتقال عصبی دوپامینرژیک و نورآدرنرژیک اثر می‌گذارند، رفتاردرمانی و اصلاح رفتاری، آموزش والدین و درنهایت شیوه‌های ترکیبی از سودمندی بیشتری برخوردار بوده است [۱۴]. گرچه درمان دارویی یکی از مؤثرترین و منحصربه‌فردترین درمان‌ها برای این اختلال شناخته شده است [۱۵] و در مواردی که با آن هیچ اختلال دیگری وجود ندارد روش درمان مطلوبی جهت کاستن از شدت نشانه‌ها است [۱۶]، اما عوارض جانبی داروها و یا ترس خانواده‌ها از عوارض احتمالی، متخصصان و خانواده‌ها را با شک و تردید مواجه کرده است [۱] و درحالی‌که هیچ شکی نیست که محرک‌ها در درمان این اختلال مؤثر هستند، تخمین زده می‌شود

<sup>۴</sup> CD

<sup>۵</sup> ODD

<sup>۶</sup> Stimulants

<sup>۱</sup> Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

<sup>۲</sup> DSM-5

<sup>۳</sup> DSM-IV-TR

مدل‌های آموزش والدین ریشه در روابط و رخداد‌های گذشته داشته و بر تصحیح رفتار گذشته کودک تأکید می‌کنند؛ این مدل بر آنچه کودک توانایی تبدیل شدن به آن را دارد تأکید می‌ورزد نه آنچه قبلاً انجام داده است [۲۰].

مطالعات متعدد، اثربخشی بازی‌درمانی کودک محور بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده، مشکلات رفتاری به‌ویژه پرخاشگری و نادیده گرفتن قواعد، مشکلات هیجانی- رفتاری و رفتارهای تکانشی و انفجاری در کودکان را گزارش کرده‌اند [۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷].

در مطالعه جدید آقایی و همکاران اثرات مثبت این مداخله هم برای والدین و هم فرزندان با مشکلات بالینی گزارش شده است [۲۸].

در مطالعه‌ای دیگر جنتیان و همکاران [۲۹] با بررسی اثربخشی ۱۶ جلسه بازی‌درمانی بر شدت نشانه‌های مرضی دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ مبتلا اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، کاهش معنی‌دار شدت علائم بیش‌فعالی، کمبود توجه و خطاهای پاسخ‌دهی و افزایش معنی‌دار زمان پاسخ بلافاصله در پایان مداخلات در مقایسه با قبل از مداخلات با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی کودک<sup>۴</sup> و آزمون همتایی اشکال آشنا<sup>۵</sup> را گزارش کردند. البته نتایج پیگیری اثربخشی مداخلات نشان داده که اثر بازی‌درمانی بر افزایش زمان پاسخ‌دهی مؤثر ولی در خطاهای پاسخ‌دهی تأثیری نداشته است. پیسترمن و همکاران در یکی از اولین مطالعات ساختاریافته بازی‌درمانی؛ ۴۶ خانواده با فرزند بیش‌دستانی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه را مورد مطالعه قرار دادند، نتایج به‌دست‌آمده از شاخص بیش‌فعالی کانرز کاهش معنادار رفتارهای تکانشی بدون هدف و برنامه‌ریزی نشده کودک، در پایان درمان و در پیگیری سه‌ماهه را نشان داده‌اند [۳۰].

مور در بررسی آموزش دو جلسه‌ای مدل روابط والد - کودک بر روی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه نشان داد که مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک موجب کاهش معنی‌دار استرس و افزایش دانش والدین نسبت به اختلال فرزندانشان شده است [۳۱].

لیندو، آکای و سالیوان طی مطالعه‌ای نشان دادند که مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک موجب کاهش مشکلات رفتاری در کودکان، کاهش استرس فرزندپروری، بهبود تعاملات والد-کودک می‌شود [۳۲].

در مطالعه دیگر ری و همکاران در طی ۱۶ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای بازی‌درمانی کودک محور با ۱۶ دانش‌آموز دبستان اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، گزارش کردند که با بررسی نتایج این کودکان در مقایسه با گروه کنترل بهبود عملکرد در خرده‌مقیاس‌های یادگیری/توجه و اضطراب/گوشه‌گیری فرم کوتاه تجدیدنظر شده معلم کانرز منتج گردیده است [۳۳].

که حداقل ۳۰ درصد افراد مبتلا به اندازه کافی به این داروها پاسخ نداده و یا نمی‌توانند محرک‌ها را تحمل کنند و یا از میزان بدرفتاری‌شان با دیگران کاسته نمی‌شود [۱۷، ۱۶، ۱۷]. مسئله‌ای که به‌تازگی ذهن درمانگران کودک را به خود مشغول داشته است، چگونگی استفاده از ارتباطات عاطفی طبیعی موجود بین والدین و کودک در جهت درمان است و اینکه چگونه والدین می‌توانند جایگزینی مناسب برای درمانگران باشند و با آموزش برخی مهارت‌های درمانی تبدیل به درمانگر یا عوامل درمانی شوند که در محیط خانه به درمان مشکلات و اختلالات کودکانشان بپردازند. یکی از مهم‌ترین مزایای این روش ایجاد حس خودکارآمدی در کودک و والد است تا بدین طریق رابطه آن‌ها نیز تقویت شده، فرزندپروری کارآمدتر شده و تداوم اثرات درمان در زندگی کودکان بیشتر شود. امروزه، پژوهشگران بازی‌درمانی را به‌عنوان شکلی از درمان متناسب با رشد و تحول کودک می‌دانند. طبق نظر پیازنه کودکان تا قبل از سن یازده‌سالگی توانایی شناختی برای تفکر انتزاعی را ندارند و تجربیات خود را در بازی نشان می‌دهند [۱۸].

مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک<sup>۱</sup> متمرکز بر بهبود رابطه والد و کودک از طریق بازی بوده و بر این فرض استوار است که بهبود این رابطه از طریق بازی موجب بهبود مشکلات رفتاری و عاطفی کودک گردیده و سلامت روان والد و کودک را تضمین می‌کند [۱۹].

لندرت روش خاصی از آموزش والدینی<sup>۲</sup> را به نام مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک معرفی کرد که در مطالعه حاضر نیز از این روش استفاده شده است و در سطور آتی به شرح بیشتری از ویژگی‌های خاص آن می‌پردازیم. بر طبق دستورالعمل درمانی که توسط لندرت و براتون مطرح گردید والدین، به‌عنوان عامل درمانی به‌جای مشاور، در طی ۱۰ جلسه بازی با کودک می‌آموزند که چگونه محیطی گرم و صمیمی در خانه ایجاد نموده، رابطه‌ای غیر قضاوتی، نامشروط و اصیل با فرزند خود برقرار کرده و از این طریق باعث ایجاد احساس ایمنی در کودک خودگردند. به‌کارگیری این مهارت‌ها توسط والدین در بازی با کودکان موجب رشد منبع کنترل درونی کودکان می‌گردد [۲۰]. در این مدل درمانی، به والدین اصول و مهارت‌های پایه و اساسی بازی‌درمانی متمرکز بر کودک<sup>۳</sup> آموزش داده می‌شود؛ مهارت‌هایی از قبیل گوش کردن انعکاسی، تشخیص و پاسخ‌دهی به احساس‌های کودکان، ایجاد اعتمادبه‌نفس در کودک و همچنین محدودیت‌های نظام درمانی گوشزد می‌شود. از جنبه‌های خاص این مداخلات این است که به‌جای تأکید بر تغییر رفتار کودک، ادراک والدین از کودک و رابطه والد-کودک تغییر کند؛ بنابراین، تغییر در ادراک باعث تغییر در رفتار خواهد گردید. از دیگر ویژگی‌های اصلی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک این است که آموزش‌های آن متمرکز بر آینده است. به‌علاوه، درحالی که اغلب

<sup>1</sup> Child Parent Relationship therapy (CPRT)

<sup>2</sup> Filial Therapy

<sup>3</sup> Child-Centered Play Therapy:CCPT

<sup>4</sup> CSI-4

<sup>5</sup> MFTT

کرد. با توجه به اینکه محتوای مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک به‌گونه‌ای است که این شیوه مداخلاتی تا حد زیادی به فرهنگ وابسته است و نیز شیوع نسبتاً بالای ابتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه در کشور، درنهایت، برای پژوهشگر این مسئله مطرح می‌شود که آیا آموزش و به‌کارگیری مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک به مادران کودکان ۸ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه در کنار دارودرمانی، می‌تواند باعث کاهش شدت نشانه‌های مرضی در این کودکان گردد؟

### روش تحقیق نوع پژوهش

این مطالعه از نوع کاربردی است. از آنجاکه در این پژوهش تأثیر مداخلات بر نشانه‌های مرضی اختلال موردبررسی قرار گرفته است و جاگذاری نمونه‌ها در گروه‌ها به‌صورت تصادفی انجام‌گرفته است؛ پس طرح کلی این پژوهش تجربی، طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه مداخله نما است. در این پژوهش معیارهای ورود به طرح پژوهشی عبارت بودند از: تشخیص ابتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه بر اساس معیارهای تشخیصی چهارمین ویراست تجدیدنظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی با تشخیص بالینی فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان و روانشناس بالینی و تأیید توسط چک‌لیست رفتاری کودکان، فرم والدین با روایی و پایایی مناسب چک‌لیست رفتاری کودکان، فرم والدین (کسب نمره بالاتر از نقطه برش  $T < 63$  صرفاً در خرده‌مقیاس بیش‌فعالی - تکانشگری)، محدوده سنی ۸-۱۱ سال برای کودک و ۲۰-۴۵ سال (حداقل تحصیلات مادر دیپلم) برای مادران، تثبیت نوع و دوز دارو (ریتالین، ریتالین/ریسپیریدون و یا آدرال) حداقل به مدت یک ماه قبل از شروع طرح به‌عنوان خط پایه، رتبه فرزند اول، دوم و حداکثر سوم کودک، موافقت کتبی مادران برای شرکت آگاهانه و متعهدانه در طرح پژوهشی، زندگی مشترک پدر و مادر واقعی در کنار هم و عدم شرکت در یک دوره آموزشی یا درمانی دیگر به‌طور هم‌زمان به‌منظور رفع مشکلات رفتاری کودک.

### آزمودنی

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل ۶۹ زوج مادر و کودک مراجعه‌کننده سرپایی به درمانگاه مرکز طبی کودکان و کلینیک‌های ونک و نیکان (طی بازه زمانی دو ماهه) بوده است. ۳۰ زوج مادر و کودک به‌صورت تصادفی به‌عنوان نمونه پژوهشی انتخاب و در دو گروه جایگزین شدند. علت انتخاب این حجم با احتساب افت آزمودنی، دسترسی کم به کودکان و مادران (مطابق معیارهای ورود به طرح) و محدودیت‌های زمانی برای اجرای پژوهش بوده است. بررسی مقدماتی مقایسه دو گروه از همسانی در ویژگی‌های نظیر توزیع جنسیت کودک، میانگین سن مادران و پدران، وضعیت شغلی و تحصیلی پدران و نوع، ترکیب داروی کودکان حکایت داشت و فقط در وضعیت شغلی مادران و درآمد

در پژوهشی مشابه سالیوان با بررسی آموزش مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک در طی ۱۰ جلسه به والدین کودکان اوتیسم، نشان داد که این نوع مداخله، می‌تواند به ارتباط صمیمانه‌تر کودک - والد منجر شده و تجارب و دانش والدین را در مواجهه با این کودکان بهبود داده است [۳۴].

مصطفوی در مطالعه‌ای بر روی ۱۳ مادر و کودک پیش‌دستانی ۶-۷ ساله دارای مشکلات رفتاری با به‌کارگیری و آموزش مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک در طی ۱۰ جلسه به مادران کودکان گروه آزمایش، کاهش معنی‌دار مشکلات رفتاری در حیطه‌ی مشکلات درونی سازی شده و برونی‌سازی شده این کودکان در مقایسه با گروه کنترل را گزارش نمود [۳۵]. رجب پور، مکوند حسینی و رفیعی نیا در پژوهشی، اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک در کاهش پرخاشگری کلامی و فیزیکی کودکان پیش‌دستانی گروه آزمایش را گزارش کردند [۱۸].

در پژوهش دیگری آشکار شد که استفاده از این مداخلات توسط والدین کودکان مبتلا به بیماری مزمن در بیمارستان، باعث کاهش مشکلات رفتاری کودکان و کاهش استرس والدینی می‌شود [۳۶]؛ علاوه بر این، پژوهش‌های مختلف اثربخشی این مداخلات را بر کاهش مشکلات رفتاری و رفتارهای برون‌ریزی شده کودکان را در نقاط مختلف جهان از جمله آمریکا، کره، ترکیه و جامائیکا نشان داده است [۱۸، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰].

تکلیفی نیز در مطالعه دیگر اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک در کاهش مشکلات رفتاری کودکان با ناتوانی‌های یادگیری را نشان داده است. در این پژوهش‌ها مشخص گردیده که مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک موجب تقویت ارتباط والد-کودک شده، روابط فی‌مابین آن‌ها را مستحکم‌تر کرده و موجب کاهش مشکلات رفتاری و افزایش خودکنترلی در میان شرکت‌کنندگان کودک می‌شود [۴۱].

امیری و همکاران در مطالعه اثربخشی آموزش والد-کودک بر روی مشکلات رفتاری کودکان نشان داد که این نوع آموزش موجب کاهش مشکلات برون‌ریزی و درونی در کودکان با مشکلات رفتاری قابل توجه می‌شود [۴۲]. در مطالعه‌ای که به‌تازگی در زمینه تأثیر آموزش ارتباط والد و کودک بر روی کاهش پرخاشگری و تکانشگری و افزایش مهارت کنترل کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی صورت گرفته است، بیانگر آن است که مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک موجب کاهش پرخاشگری و تکانشگری و افزایش مهارت خودکنترلی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه شده است [۱۸]. با توجه به مباحث مطرح‌شده، این پژوهش از چند جهت می‌تواند حائز اهمیت باشد: از لحاظ نظری نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش، ضمن پیوند با بدنه علمی، در جهت گسترش و بسط نظریه‌های علمی در این زمینه مفید خواهد بود. علاوه بر این می‌توان از این برنامه آموزشی در سطح جامعه برای رفع ضعف مهارت‌های فرزندپروری والدین و در راستای برنامه‌های پیشگیرانه استفاده

خانواده در دو گروه تفاوت مشاهده شد.

### ابزارهای پژوهش

۱- بسته آموزشی ۱۰ جلسه‌ای CPRT: مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک یک برنامه ۱۰ جلسه‌ای خاص والدین است که از طریق استفاده از زمان‌های بازی ۳۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار می‌تواند رابطه والد را با کودک تقویت نماید [۲۰]. این شیوه ترکیبی از بازی درمانی و رویکردهای آموزش والدین است؛ با این تفاوت که متمرکز بر رابطه والد-کودک بوده و عمدتاً از تکنیک‌های بازی درمانی کودک محور استفاده می‌کند. والدین تحت نظارت یک متخصص آموزش دیده، تکنیک‌های بازی درمانی کودک محور توسط مجموعه خاصی از اسباب‌بازی‌ها را در منزل استفاده و اجرا می‌کنند. خلاصه محتوای جلسات آموزشی مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک عبارت‌اند از: جلسه اول (بیان موضوعات پایه از قبیل تشویق و تقویت والدین، همدلی با والدین، عادی و طبیعی جلوه دادن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندانشان)، جلسه دوم (معرفی و ارائه مجموعه اسباب‌بازی‌های موردنیاز برای جلسات بازی و شرح منطق استفاده از هر یک از آنها). جلسه سوم (معرفی بایدها و نبایدهای جلسات بازی).

جلسه چهارم (اعمال سه‌گام محدودیت‌گذاری)، جلسه پنجم (تمرکز عمده این جلسه بر حمایت و تشویق والدین در هنگام یادگیری و تمرین مهارت‌های جلسه‌ی بازی است، مطالب جدیدی در این جلسه مطرح نمی‌شود). جلسه ششم تا نهم (هدف اولیه‌ی درمانگر در برخورد با والدین، تقویت و ایجاد احساس کارآمدی آن‌ها، از طرق ایجاد حس عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس است و هدف اولیه‌ی والدین این است که به‌صورتی فعالانه به کودکشان پاسخ دهند تا عزت‌نفس کودک تقویت شود)؛ جلسه دهم (هدایت، ارزیابی و پیگیری جلسات بازی و مهارت‌های والدین در این زمینه).

۲- چک‌لیست رفتاری کودک‌کان، فرم والدین<sup>۱</sup>: سنجش مبتنی بر تجربه آشنای<sup>۲</sup> یک مدل چند محوری است که چهارچوبی برای سازمان‌دهی و یکپارچه‌سازی داده‌های تجربی حاصل از منابع اطلاعاتی مختلف فراهم می‌آورد. در روش نمره‌گذاری بر اساس نظام مبتنی بر دی اس او<sup>۳</sup>، اختلالات یا مشکلات زیر مورد سنجش قرار می‌گیرند: مشکلات عاطفی، مشکلات اضطرابی، مشکلات روان‌تنی، مشکلات بیش‌فعالی/کمبود توجه، مشکلات رفتار مقابله‌ای و مشکلات سلوک [۴۳]. ضریب پایایی این آزمون، ۰/۷۵ گزارش شده و به‌عنوان یکی از ابزارهای مهم غربالگری برای اختلال‌های روان‌پزشکی گروه ۱۸-۴ سال به کار می‌رود [۴۴].

هنجاریابی درونی این نظام سنجش در تهران، پس از انطباق‌های لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی روی نمونه ایرانی انجام شده است. نتایج نشان می‌دهد که ضرایب آلفای مقیاس،

مبتنی بر اساس دی اس ام در سطح رضایت بخشی قرار دارد. دامنه آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ است. همچنین نتایج به‌دست‌آمده در مورد روایی سازه، روایی سؤال و روایی عاملی این نظام نشان از روایی قابل قبول و ضریب همبستگی درونی ( $P < 0.01$ ) این نظام دارد [۴۵].

۳- مقیاس درجه‌بندی کانرز- فرم ۴۸ سؤالی والدین<sup>۴</sup>: این پرسشنامه ۴۸ سؤالی فرم بازبینی‌شده و کوتاه‌تری از فرم بلند ۹۳ سؤالی آن است که برحسب لیکرت ۴ درجه از اصلاً تا بسیار زیاد (۳-۰) نمره‌گذاری می‌شود و با پاسخگویی قبل و بعد از اجرای برنامه درمانی، توسط والدین، برای ارزیابی درمان در زمینه توجه، بیش‌فعالی و اختلال سلوک همراه با اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مقیاس، در ارزیابی موفقیت درمان اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه کاربرد بالینی و تحقیقاتی دارد. این مقیاس برای کودکان و نوجوانان ۳ تا ۱۷ ساله قابل استفاده است و درباره مشکلات برون‌گرایانه<sup>۵</sup> کودک به‌ویژه توجه، بیش‌فعالی و اختلال سلوک اطلاعاتی به دست می‌دهد. این مقیاس در کشورهای مختلف و از جمله ایران استفاده شده و روایی و پایایی آن مورد تأیید بوده است در اکثر مطالعات این مقیاس شامل پنج عامل اصلی (مشکلات سلوک، یادگیری و توجه، روان‌تنی، اضطرابی و تکانشگری/بیش‌فعالی) و یک عامل عمومی (مشکلات عمومی) است [۴۶، ۴۷]. ضریب پایایی این مقیاس با روش بازآزمایی، برای کل مقیاس ۰/۷۶ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ برای انفعالی بودن تا ۰/۸۲ برای مشکلات سلوک متغیر بود. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه معادل ۰/۸۶ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ برای بیش‌فعالی تا ۰/۸۹ برای بی‌توجهی - رؤیاپردازی متغیر بود [۴۸].

### شیوه انجام پژوهش

پرسشنامه کانرز با کمک فرد روانشناس غیر از محقق و درمانگران این پژوهش؛ توسط مادران گروه‌های آزمایش و مداخله نما پیش از شروع مداخلات و دو هفته پس از پایان مداخلات تکمیل شد تا بدین‌وسیله از سوگیری‌های احتمالی محققین در ارزیابی نتایج درمانی جلوگیری به عمل آید. مادران بعد از ارائه توضیح شفاهی در مورد پژوهش، با اخذ رضایت کتبی به طرح وارد شدند. نام آزمودنی‌ها محفوظ ماند و اطلاعات مندرج در پرسشنامه‌ها از طریق کدگذاری استفاده شد. سپس مادران گروه آزمایش در جلسات آموزشی مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک در ۱۰ جلسه گروهی ۲ ساعته در مدت ۱۰ هفته در قالب دو گروه ۸ و ۷ شرکت کردند. محتوای جلسات با توجه به کتابچه راهنما اجرا گردید. نمایش و ایفای نقش این مهارت‌ها و انجام بحث گروهی در جلسات آموزشی والدین و انجام جلسات بازی مادران با کودک همراه با رعایت مهارت‌های آموخته‌شده بود. تکالیف خانگی مادران در هر جلسه شامل انجام این مهارت‌ها و گزارش یا ارائه فیلم ضبط‌شده آن‌ها از بازی با کودک در منزل

<sup>1</sup> CBCL

<sup>2</sup> Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)

<sup>3</sup> DSM

<sup>4</sup> Conner's Parents Rating Scale (CPRS-48)

<sup>5</sup> Externalizing

معناداری آماری یک تغییر درمانی به این معنی است که احتمال تصادفی بودن تفاوت مشاهده شده بین گروه‌ها، بسیار ضعیف است، از طرف دیگر، معناداری بالینی یک تغییر درمانی به ارزش عملی (کاربردی) یا اهمیت تأثیر مداخله‌ای که انجام شده، اشاره دارد و به عبارت دیگر تغییر، میزان تغییرپذیری پاسخ درمانی تک تک افراد تحت درمان نیز مورد توجه قرار می‌گیرد. در ادامه معناداری بالینی تغییرات ادعایی در تک تک آزمودنی‌ها در متغیرهای مورد پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفت. به منظور تعیین معناداری بالینی تغییرات در هر آزمودنی باید به محاسبه نقطه برشی که حدفاصل معناداری بالینی و عدم معناداری بالینی است، اقدام کرد. شاخص تغییر پایدار، بر پایه انحراف معیار<sup>۳</sup> نمره بیمار در متغیر برآیند درمان (که قبل و پس از درمان اندازه‌گیری شده است) و نیز بر مبنای ضریب بازآزمایی<sup>۴</sup> متغیر مذکور، استوار است. اگر تفاوت نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیماری برابر یا بالاتر از نقطه برشی قرار گیرد که شاخص تغییر پایدار آن را تعیین کرده است، می‌توان گفت وی به حدی از تغییر که از نظر بالینی می‌توان آن را معنادار تلقی کرد، دست یافته است.

۱- محاسبه خطای استاندارد میانگین متغیر برآیند درمان، قبل از شروع درمان:

$$SEM_1 = SD_1 \sqrt{1 - r_{12}}$$

در فرمول فوق  $SD_1$  انحراف معیار متغیر برآیند درمان قبل از شروع درمان و  $r_{12}$  ضریب بازآزمایی متغیر مذکور است. در این مطالعه برای محاسبه معناداری بالینی تغییرات هر آزمودنی از گروهی از ضرایب بازآزمایی (اجرا و اجرای مجدد پرسشنامه کانرز در فاصله ۴ هفته و محاسبه ضریب همبستگی پیرسون) استفاده شده است (مشکلات عمومی ۰/۵۸، توجه و یادگیری ۰/۶۳ و تکانشگری/بیش‌فعالی ۰/۷).

۲- محاسبه خطای استاندارد میانگین متغیر برآیند درمان، پس از پایان درمان:

$$SEM_2 = SD_2 \sqrt{1 - r_{12}}$$

در فرمول فوق  $SD_2$  انحراف معیار متغیر برآیند درمان در پایان درمان و  $r_{12}$  ضریب بازآزمایی متغیر مذکور است.

۳- محاسبه خطای استاندارد تفاوت دو میانگین: جذر مجموع مجذورات خطای استاندارد میانگین متغیر برآیند درمان قبل و بعد از درمان.

$$S_{diff} = \sqrt{SEM_1^2 + SEM_2^2}$$

بازبینی می‌شد تا بدین صورت درمانگر و سایر اعضای گروه بازخوردهای اصلاحی خود را ارائه دادند. ۲ هفته پس از پایان دوره مجدداً پرسشنامه مذکور، در اختیار مادران گروه آزمایش و همچنین گروه مداخله نما که در طی زمان ۱۰ هفته اجرا مداخلات گروه آزمایش، تحت ۴ جلسه آموزش با محتوای غیر مربوط (مباحث تغذیه) قرار گرفته بودند، قرار گرفت. پس از جمع‌آوری پرسشنامه اقدام به تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش شد. از گروه آزمایش ۳ عضو که بیش از یک جلسه غیبت داشتند، حذف شدند. همچنین از گروه مداخله نما نیز ۲ نفر در زمان اجرای پس‌آزمون در انتهای طرح حاضر نشدند در نتیجه از نمونه حذف شدند. در پایان دوره از دو گروه، پس‌آزمون اخذ گردید.

### شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از این پژوهش از نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس.» نسخه ۱۶ استفاده شد. از میانگین و انحراف معیار در سطح توصیفی و از تحلیل واریانس چند متغیری به منظور مقایسه نمرات گروه‌ها در پس‌آزمون استفاده شد. تفاوت نمرات اکتسابی دو گروه در پیش و پس‌آزمون توسط آزمون آماری پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیره مورد بررسی قرار گرفت. همچنین در بررسی تکمیلی وضعیت گروه‌ها بر اساس شیوه محاسبه اندازه اثر<sup>۲</sup> و درصد تغییر دو گروه در هر یک از متغیرهای مورد پژوهش مورد واکاوی قرار گرفتند. برای محاسبه اندازه اثر مداخلات در هر یک از دو گروه آزمایش و مداخله نما، از شیوه جامبلز و گیلیس، ۱۹۹۳ استفاده گردید که در این فرمول،  $M_1$  میانگین قبل از درمان،  $M_2$  میانگین پس از درمان و  $SD$  انحراف معیار قبل از شروع درمان است. کوهن نقاط برش زیر را برای ارزیابی اندازه اثر پیشنهاد کرده است: اندازه‌های اثر ۰/۲۰ تا ۰/۵۰ ضعیف، ۰/۵۰ تا ۰/۸۰ متوسط و بالاتر از ۰/۸۰ قوی [۴۹]. در این مطالعه از همین نقاط برش استفاده شده است.

$$\text{اندازه اثر} = \frac{M_1 - M_2}{SD}$$

همچنین برای هر یک از متغیرهای مورد پژوهش در دو گروه آزمایش و مداخله نما، درصد تغییر محاسبه شد [۴۹]. برای محاسبه درصد تغییر مجموع نمرات در پس‌آزمون در هر متغیر از مجموع نمرات در پیش‌آزمون در همان متغیر کسر و نتیجه حاصل شده بر مجموع نمرات در پیش‌آزمون در همان متغیر تقسیم شده و عدد نهایی به منظور تعیین درصد، در ۱۰۰ ضرب می‌گردد. در روش معناداری آماری و نیز روش‌های محاسبه اندازه اثر و درصد تغییر، تغییرات ایجاد شده در بیماران به عنوان یک کل مورد قضاوت قرار می‌گیرد، تفسیر دستاوردهای درمانی در سطح فردی میسر نیست.

<sup>3</sup> Standard deviation

<sup>4</sup> Test-retest coefficient

<sup>1</sup> SPSS

<sup>2</sup> Treatment effect size

**نتایج**

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار گروه های آزمایش و مداخله نما را در متغیرها مقایسه ای مربوط به مقیاس درجه بندی کانرز (شامل زیر مؤلفه های مشکلات عمومی، توجه و یادگیری، تکانشگری/بیش فعالی) را نشان می دهد. همان طوری که مشاهده می شود گروه آزمایش و مداخله نما در زیرمقیاس های درجه بندی کانرز دارای تفاوت با یکدیگر هستند. در هر حال استنتاج تفاوت های معنی دار در این متغیر مستلزم به کارگیری آزمون های مناسبی است.

قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری<sup>۱</sup> احراز شدن پیش فرض های این روش توسط باکس و لوین مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ از متغیرهای معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است ( $F=1/438, p=0/196$ ).  $F=10/68$  = باکس<sup>۲</sup>.

نتایج آزمون لوین حاکی از عدم معناداری آن برای متغیرهای مشکلات عمومی ( $F=0/522, P=0/465$ ) و میانگین یادگیری و توجه ( $F=0/91, P=0/765$ ) و معناداری آن برای متغیر تکانشگری/بیش فعالی ( $F=3/655, P=0/068$ ) بود. به عبارت دیگر از مفروضه یکسانی واریانس تخطی نشده است.

جدول ۱. آماره های توصیفی گروه های نمونه زیر مؤلفه های آزمون کانرز

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مشکلات عمومی	آزمایش	۶۵/۴۱	۶/۲۴	۵۴/۱۵	۴/۴۱
	مداخله نما	۶۵/۳۰	۵/۳۱	۵۹/۵۳	۷/۵۶
توجه و یادگیری	آزمایش	۷/۱۶	۲/۸۸	۴/۰۰	۲/۲۵
	مداخله نما	۷/۱۵	۲/۵۳	۵/۶۹	۱/۴۳
تکانشگری/بیش فعالی	آزمایش	۱۰/۸۶	۲/۳۲	۱۰/۰۰	۲/۴۸
	مداخله نما	۱۰/۶۱	۱/۹۳	۱۰/۱۵	۲/۱۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری جهت معنادار اثر متغیر مستقل (گروه) در مدل را نشان می دهد. همان طور که مشاهده می شود  $F$  به دست آمده در هر چهار آزمون معنادار است (در سطح  $P<0/05$ ). ضریب اتا نیز نشان می دهد متغیرهای وابسته به طور کلی ۰/۵۴ واریانس را تبیین می کنند. به عبارت دیگر گروه آزمایش در ترکیب خطی خرده آزمون های کانرز عملکرد متفاوتی دارند.

از آنجاکه نتایج تحلیل واریانس چند متغیری معنادار به دست آمد، با استفاده از آزمون تحلیل واریانس تک متغیری در متن مانوا به پیگیری این نتایج پرداخته شد. بر اساس آزمون تحلیل واریانس تک متغیره جدول (۳)، در متغیرهای مشکلات عمومی (۵/۲۸۰ در سطح معناداری ۰/۰۴) و توجه و یادگیری (۱۱/۹۶۸ در سطح معناداری ۰/۰۳۹) حکایت از معناداری آماری داشته این در حالی است که در متغیر تکانشگری/بیش فعالی،  $F$  مشاهده شده برابر ۰/۳۶۶ (در سطح ۰/۵۶۱) بوده و نشان از عدم تفاوت آماری دو گروه در این متغیر است و به سخن دیگر مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک، توانسته است به طور معنی داری شدت مشکلات عمومی و نشانه های مرضی توجه و یادگیری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/کمبود توجه را با توجه به گزارش مادرانشان نسبت به پیش از شروع مداخلات در مقایسه با گروه مداخله نما، کاهش دهد. در عین حال از نظر شدت تکانشگری/بیش فعالی نتوانسته تغییرات آماری معناداری ایجاد نماید.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری گروه های نمونه برای آزمون کانرز

متغیر وابسته	مجموع مجذورات آزادی	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب اتا
مشکلات عمومی پس آزمون	۱۵۵/۴۷۶	۱	۱۵۵/۴۷۶	۵/۲۸۰	۰/۰۳۲	۰/۲۰۹
توجه و یادگیری پس آزمون	۱۹/۷۱۲	۱	۱۹/۷۱۲	۱۱/۹۶۸	۰/۰۰۲	۰/۳۷۴
تکانشگری/پس فعالی پس آزمون	۰/۳۶۶	۱	۰/۳۶۶	۰/۳۵۰	۰/۵۶۱	۰/۰۱۷

جدول (۴) اندازه های اثر درمانی را برای متغیرهای پژوهش در دو گروه مورد مطالعه، نشان می دهد همان گونه که مشاهده می شود، در گروه آزمایش، همه متغیرها به استثناء تکانشگری/بیش فعالی با اندازه اثر ضعیف، دارای اندازه های اثر قوی هستند.

در مورد اعضا گروه مداخله نما اندازه های اثر محاسبه شده شاخص مشکلات عمومی با اندازه اثر قوی، متغیر توجه و یادگیری با اندازه اثر متوسط، و متغیر تکانشگری/بیش فعالی ضعیف هستند. نگاهی دقیق تر به جدول (۴) نشان می دهد که علی رغم اینکه شدت نشانه های مرضی اعضا گروه مداخله نما نیز در تمام متغیرها در پس آزمون، در مقایسه با پیش آزمون کاهش یافته است، ولی این کاهش ها به اندازه گروه آزمایش نیست.

در خصوص تفاوت یا عدم تفاوت کلی گروه های مورد مطالعه در متغیرهای ترکیبی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. داده های حاصل در جدول (۲) درج شده است:

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری گروه های نمونه در زیر مؤلفه های آزمون کانرز

اثر	ارزش F	درجه آزادی	سطح معنی داری	ضریب اتا
اثر پیلایی	۷/۱۰۰	۱۸	۰/۰۰۲	۰/۵۴۲
لامبدای ویلکس	۷/۱۰۰	۱۸	۰/۰۰۲	۰/۵۴۲
اثر هتلینگ	۷/۱۰۰	۱۸	۰/۰۰۲	۰/۵۴۲
بزرگ ترین ریشه روی	۷/۱۰۰	۱۸	۰/۰۰۲	۰/۵۴۲

<sup>۱</sup> MANOVA

<sup>۲</sup> BAX

جدول ۴. نتایج مربوط به اندازه اثر دو گروه در متغیرهای مطالعه

شاخص متغیر	آزمایش				مداخله نما			
	میزان تأثیر	اندازه اثر	میانگین (انحراف معیار)		میزان تأثیر	اندازه اثر	میانگین (انحراف معیار)	
			پیش‌آزمون	پس‌آزمون			پیش‌آزمون	پس‌آزمون
مشکلات عمومی	قوی	۱/۷	۵۴/۷۵ (۴/۴۱)	۶۵/۴۱ (۶/۲۴)	قوی	۱/۰۸	۵۹/۵۳ (۷/۵۶)	۶۵/۳ (۵/۳۱)
توجه و یادگیری	قوی	۱/۰۹	۴ (۲/۲۵)	۷/۱۶ (۲/۸۸)	قوی	۰/۵۷	۵/۶۹ (۱/۴۳)	۷/۱۵ (۲/۵۴)
تکانشگری/بیش‌فعالی	ضعیف	۰/۳۷	۱۰ (۲/۴۸)	۱۰/۸۶ (۲/۳۲)	ضعیف	۰/۲۳	۱۰/۱۵ (۲/۱۱)	۱۰/۶۱ (۱/۹۳)

جدول ۵. میزان تغییر هر یک از آزمودنی‌ها در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون (۱۲ عضو گروه آزمایش و ۱۳ عضو گروه مداخله نما)

شماره شناسایی آزمودنی	پیش‌آزمون			پس‌آزمون			شماره شناسایی آزمودنی	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	نمره کل کلرز	توجه و یادگیری	تکانشگری/بیش‌فعالی	نمره کل کلرز	توجه و یادگیری	تکانشگری/بیش‌فعالی		نمره کل کلرز	توجه و یادگیری	تکانشگری/بیش‌فعالی	نمره کل کلرز	توجه و یادگیری	تکانشگری/بیش‌فعالی
۱	۶۱	۵	۱۲	۶۱	۵	۱۲	۱۶	۰	۱	۹	۸	۴	
۲	۶۲	۷	۴	۶۳	۵	۱۱	۱۷	۱	۱	۶	۳	۶	
۳	۵۸	۵	۱۰	۵۹	۷	۱۲	۱۸	۰	۳	۸	۱۰	۲	
۴	۶۸	۱۱	۱۲	۵۹	۶	۱۰	۲۰	۰	۳	۱۷	۱۲	۸	
۵	۶۵	۱۱	۱۱	۶۳	۵	۵۰	۲۱	۰	۴	۱۳	۱۱	۶	
۷	۷۲	۴	۱۰	۶۴	۱۱	۱۱	۲۲	-۱	۲	۱۱	۱۱	۲	
۸	۶۸	۸	۱۱	۶۳	۶	۱۲	۲۳	۰	۵	۱۵	۱۱	۳	
۹	۷۹	۷	۱۲	۶۵	۵	۱۱	۲۴	۰	۵	۲۰	۱۲	۲	
۱۰	۵۸	۵	۹	۷۰	۷	۱۱	۲۵	۰	۲	-۶	۹	۳	
۱۲	۶۱	۱۲	۱۲	۶۸	۱۲	۱۲	۲۶	۱	۵	۷	۱۱	۷	
۱۳	۶۳	۳	۱۲	۶۵	۹	۱۰	۲۷	۱	۲	۹	۱۱	۱	
۱۴	۷۰	۹	۱۱	۷۱	۳	۹	۲۹	۰	۵	۱۹	۱۱	۴	
				۷۸	۸	۱۲	۳۰						

شاخص درصد تغییر در دو گروه مورد مطالعه در متغیرهای پژوهش با توجه به شیوه پیش‌گفته محاسبه گردید که در گروه آزمایش در متغیرهای مشکلات عمومی، توجه و یادگیری و تکانشگری/بیش‌فعالی به ترتیب برابر با ۱۶/۳ درصد، ۴۳/۱ درصد و ۱/۶۳ درصد و در گروه مداخله نما به ترتیب در همین متغیرها برابر با ۸/۸۳ درصد، ۲۰/۴ درصد و ۴/۳۴ درصد شد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، تمام درصدهای تغییر محاسبه‌شده برای گروه آزمایش حاکی از بهبود وضعیت کودکان در مرحله پس از

مداخلات نسبت به قبل از آن است. درحالی‌که کوچک‌ترین درصد تغییر متعلق به متغیر تکانشگری/بیش‌فعالی است (۱/۶۳ درصد)، متغیر توجه و یادگیری، بیشترین درصد تغییر (۴۳/۱ درصد) را به خود اختصاص داده است. در نقطه مقابل، در گروه مداخله نما، میزان تغییر ایجادشده به پای میزان تغییر گروه آزمایش نمی‌رسد (به‌استثنای متغیر تکانشگری/بیش‌فعالی). با استفاده از فرمول‌های از پیش‌گفته شده نقاط برش (S<sub>diff</sub>) در گروه آزمایش در متغیرهای مشکلات عمومی، توجه و یادگیری و



مرضی توجه و یادگیری تفاوت بین دو گروه اندک و در شدت نشانه‌های مرضی تکانشگری/بیش‌فعالی عدم تفاوت بالینی رخ داده است جدول (۳). در تباین با این نتایج با نگاهی دقیق‌تر به جدول (۳)، مشاهده می‌شود که علی‌رغم اینکه شدت نشانه‌های مرضی اعضا گروه مداخله نما نیز در تمام متغیرها در پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافته است، ولی این کاهش‌ها به اندازه گروه آزمایش نیست و همان‌گونه که در نتایج تحلیل واریانس تک متغیری مشاهده شد، مقدار  $F$  محاسبه شده برای گروه آزمایش حاکی از بهبود وضعیت کودکان در مرحله پس از مداخلات نسبت به قبل از آن است. درحالی که کوچک‌ترین مقدار  $F$  متعلق به متغیر تکانشگری/بیش‌فعالی است، متغیر توجه و یادگیری، بیشترین اندازه اثر را به خود اختصاص داده است.

در نقطه مقابل، در گروه مداخله نما، میزان تغییر ایجادشده به پای میزان تغییر گروه آزمایش نمی‌رسد (به‌استثنای متغیر تکانشگری/بیش‌فعالی). نتایج این پژوهش مبین این موضوع است که این مداخلات بر مشکلات عمومی این کودکان بیشتر از نشانه‌های اختصاصی اختلالشان مؤثر بوده است که هم‌راستا با نتایج پژوهش‌هایی است که این مداخلات بازی گونه را در بهبود مشکلات عمومی-رفتاری کودکان مؤثر دانسته‌اند (۱۸، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵) و از طرفی با نتایج پژوهش‌هایی (۲۹، ۳۰، ۳۳، ۳۷) که بازی‌درمانی را در کاهش نشانه‌های مرضی اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه به‌ویژه نشانه‌های بیش‌فعالی و تکانشگری مؤثر دانسته‌اند و یا کاهش مشکلات برونی‌سازی شده را مدعی شده‌اند چندان هم‌راستایی ندارد. می‌توان در تبیین نتایج بیان کرد که در این روش مشابه با سایر رویکردهای آموزش والدینی، تأکید بر اصلاح رفتار کودک نیست و والد به کودک اجازه تجربه و حتی اشتباه کردن را می‌دهد و نهایتاً اینکه کودک به همان‌گونه‌ای که هست پذیرفته می‌شود و از او انتظار نمی‌رود که فرد دیگری باشد. از طرف دیگر پیشینه پژوهشی، همان‌طور که ذکر شد، سودمندی این شیوه را در کاهش مشکلات رفتاری ازجمله مشکلات برون‌سازی شده نشان داده است. هرچند به نظر می‌رسد سهم درمان‌های دارویی در بعضی از مسائل، ازجمله تکانشگری و بیش‌فعالی پررنگ‌تر بوده است. می‌توان این‌گونه استنباط کرد، با توجه به محتوای مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک و ماهیت اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه و مشابهت دو گروه در دریافت دارو؛ مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک تنها بر نشانه‌های مرضی توجه و یادگیری اثر درمانی قابل قبول گذاشته است که این اثر از دارودرمانی به‌تنهایی نیز بالاتر است.

هنگامی که سازگاری رفتاری کودکان از طریق بروز نشانه‌های اختلال رفتاری مختل می‌شود، به‌شدت تحت تأثیر فشارهای محیطی در خانواده قرار می‌گیرد. این فشار روانی، به‌طور عمده از طریق ایجاد تغییر در مقوله‌های اولیه، یعنی متأثر ساختن روابط والد-کودک اثر می‌گذارد. نمود فوری این موارد، افزایش رفتارهای آشکار نامطلوب مانند تکانشگری و فعالیت بیش‌ازاندازه است که بیش از مشکلات توجه، خانواده و فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بالطبع این موضوع، به‌کارگیری روش‌های آموزشی-

تکانشگری/بیش‌فعالی به ترتیب عبارت‌اند از ۴/۸۸، ۳/۰۰ و ۱/۸۲ و به ترتیب در همین متغیرها برای گروه مداخله نما عبارت بودند از ۵/۹۰، ۲/۰۰ و ۱/۶۸؛ که به کمک آن‌ها می‌توان معنی‌داری بالینی تغییراتی را که در هریک از آزمودنی‌های دو گروه روی داده است، تعیین کرد. میزان تغییر هر یک از آزمودنی‌ها در متغیرهای شاخص مشکلات عمومی، توجه و یادگیری و تکانشگری/بیش‌فعالی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در جدول (۵) نشان داده شده است. مقایسه میزان مذکور با استفاده از نقاط برش مطرح شده در سطور پیشین، مورد قضاوت قرار گرفت. نگاهی به ستون میزان تغییر هر آزمودنی نسبت به پیش‌آزمون در جدول (۵) نشان می‌دهد در شاخص مشکلات عمومی، میزان تغییر در ۱۱ نفر (۹۱/۶۶٪) از اعضاء گروه آزمایش و ۷ نفر (۵۳/۸۴٪) در گروه مداخله نما، به حدی بوده است که می‌توان آن را از لحاظ بالینی معنی‌دار تلقی کرد و به همین ترتیب در متغیر توجه و یادگیری میزان تغییر در ۷ نفر (۴۱/۶۶٪) از اعضاء گروه آزمایش در مقایسه با ۷ نفر (۵۳/۸۰٪) گروه مداخله نما به حدی بوده است که می‌توان آن را از لحاظ بالینی معنی‌دار تلقی کرد و در متغیر تکانشگری/بیش‌فعالی درحالی که میزان تغییر در هیچ‌یک (۰٪) از اعضاء گروه آزمایش به حد معناداری بالینی نرسیده است، در گروه مداخله نما، میزان تغییر تنها یک نفر (۱۶/۶۶٪) به حدی بوده است که می‌توان آن را از لحاظ بالینی معنی‌دار تلقی کرد. بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت درحالی که شدت مشکلات عمومی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه مداخله نما، از نظر بالینی کاهش محسوس را نشان می‌دهد در شدت نشانه‌های مرضی توجه و یادگیری تفاوت بین دو گروه اندک و در شدت نشانه‌های مرضی تکانشگری/بیش‌فعالی عدم تفاوت بالینی رخ داده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به‌منظور بررسی اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک بر شدت نشانه‌های مرضی اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه در کودکان ۸-۱۱ سال انجام گردید. از آنجاکه هر پژوهشی شرایط مکانی و زمانی خاصی را برای اجرا و کسب نتایج مطلوب دارد، تعمیم نتایج مطالعات مختلف هرچند که مشابه با همدیگر باشند کار بسیار دشواری است؛ اما از آنجاکه تلاش شده است در مطالعه حاضر با هماهنگ‌سازی روش‌های تحقیق و اجرای طرح و کنترل عوامل متعدد بر دقت نتایج افزوده شود تا حدی می‌توان با مقایسه نتایج این مطالعه، با یافته‌های پیشین در باب تأثیر مداخلات مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک بر کاهش شدت نشانه‌های مرضی کودکان اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه با احتیاط سخن به میان آورد.

علی‌رغم مشاهده تفاوت آماری معنادار در متغیرهای مشکلات عمومی و توجه و یادگیری (جدول ۳)، با بررسی دقیق‌تر و بررسی معناداری بالینی تغییرات مشاهده شده شدت مشکلات عمومی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه مداخله نما، از نظر آماری کاهش محسوس را نشان می‌دهد؛ در شدت نشانه‌های

نوبت، به کودک اجازه می‌دهد تا ضمن فهم و درونی سازی قواعد یا قوانین، خودش برای اعمال کنترل بر روی رفتارهای نامقبول خودش آماده شود. محققین این پژوهش لازم می‌دانند به نقش تکلیف «تعیین انتخاب‌های جایگزین برای رفتارهای نامتناسب با موقعیت کودک» نیز اشاره کنند. این رهنمود که ابتدا در جلسات چهارم و پنجم جهت استفاده در جلسات بازی و سپس در مرحله بعد در جلسات هفتم و هشتم جهت تعمیم به سایر موقعیت‌ها آموزش داده می‌شود، این فرصت را به کودک می‌دهد تا با تمرین خودکنترلی و تمرکز بر روی اهداف یا گزینه‌های رفتاری با پیامد مقبول به‌عنوان کانالی قابل قبول (هم از نظر کودک و هم از نظر والدین) به‌منظور تخلیه و ابراز احساسات و هیجانات (حتی هیجانات لحظه‌ای) و یا انجام رفتاری خاص، استفاده کند. در این حالت انتظار می‌رود که در کودک ضمن بهبود قدرت تمرکز و توجه، به کاهش رفتارهای تکانشی در او نیز کمک کند؛ که احتمالاً به زمان و تمرین بیشتری برای نائل شدن به این اهداف لازم بوده است. به نظر می‌رسد از آنجاکه این روش آینده‌نگر است و به توانایی بالقوه کودک جهت تغییر، به‌صورتی خود هدایتگر، توجه دارد؛ درحالی‌که اغلب روش‌های آموزش والدین، گذشته‌نگر بوده و بر اصلاح شیوه‌های رفتاری پیشین کودک تمرکز دارند و مدام به تکرار و یادآوری نکات منفی رفتاری وی می‌پردازند؛ درنتیجه محققین پژوهش حاضر عقیده دارند، ممکن است اثرات درمانی این شیوه در میان‌مدت و درازمدت برجسته شود و چون در این پژوهش پس‌آزمون بلافاصله پس از پایان دوره مداخلات آموزشی اجرا شده است، در صورت اجرای پیگیری در فواصل زمانی طولانی‌تر، می‌توانسته نتایج متفاوتی را گزارش کند؛ و آخرین نکته در زمینه عدم معناداری نشانه‌های مرضی تکانشگری/بیش‌فعالی، باید به مسئله ابزار ارزیابی اشاره کنیم. پژوهشگران در ارزیابی نتایج حاصل از آموزش بر روی کاهش علائم کودکان، از روش‌های گزارش دهی والدینی استفاده می‌کنند و این در حالی است که ممکن است واقعاً در رفتار کودکان تغییرات معناداری حاصل نشده باشد ولی از آنجاکه والدین نسبت به اختلال کودک خودآگاهی یافته و تغییر نگرش داده‌اند، مشکلات رفتاری کمتری را از کودک خود گزارش کرده باشند یا برعکس والدین بر اساس باور ناکارآمد قبلی، همچنان با فاجعه سازی نشانگان مرضی، از مشاهده واقع‌بینانه تغییرات عاجز باشند. در همین زمینه می‌توان در پژوهش حاضر به محدودیت دیگری در ابزار سنجش نشانگان مرضی اشاره کرد و آن تعداد آیتم‌های کم سنجش‌کننده مستقیم خرده مقیاس تکانشگری است (با ۴ آیتم) که می‌تواند به کاهش توان آزمون بیانجامد و درنتیجه در نشان دادن تغییرات در این خرده مقیاس کم‌توان باشد.

#### محدودیت‌ها و پیشنهادات

تحقیق حاضر روی مادران (کودکان با گروه سنی ۸-۱۱ سال معادل دوران دبستان) با گستره تحصیلات پراکنده و همچنین با عدم مشارکت فعال پدران صورت گرفته است که درنتیجه تعمیم

درمانی با محوریت روابط مادر-کودک، بیش از هر چیز بر نشانگان بارز بیش‌فعالی و تکانشگری تأثیر می‌گذارد [۵۰]. علاوه بر این، به نظر می‌رسد، آگاه شدن از نیازهای کودک، اولین رهنمودی بوده است که والدین در این دوره آموزشی آموخته‌اند تا از مشکلات ناشی از اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه کودک خود تا حدی پیشگیری کنند. در تبیین نقش بازی با ساختار مشخص در مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک، باید ذکر کنیم که تغییر احساسی که کودک نسبت به خود پیدا می‌کند، تفاوت چشمگیری در رفتار وی به وجود می‌آورد؛ چراکه در طول زمان‌های خاص بازی می‌توان نوع دیگری از رابطه را با کودک ایجاد کرد و او نیز درمی‌یابد همان‌طور که هست، توانا، مهم، قابل درک و مقبول است. درواقع تصور محققین پژوهش حاضر بر این است، زمانی که والدین می‌آموزند که بر خود کودک متمرکز شوند نه بر مشکلاتش، کودک شروع به گونه‌ای دیگر رفتار کردن می‌کند؛ زیرا همان‌طوری رفتار می‌کند که فکر می‌کند و عملکردی که در موقعیت‌های متفاوت دارد مستقیماً با احساسی که در مورد خودش دارد مرتبط است و وقتی احساس بهتری نسبت به خودش داشته باشد به‌جای سرزنش و ملامت خود، روش‌های کارآمدتری برای رشد و بهبود خویش به کار خواهد بست. مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک باعث افزایش همدلی والدین، کاهش استرس والدگری، مستحکم‌تر شدن تعاملات والد-کودک شده و مشکلات رفتاری کودکان را کاهش دهد [۳۰]. توجه مثبت والد به کودک و واکنش کارآمد در برابر رفتارها، الگوی مناسبی برای تمرکز و توجه فرد پدید آورده و درنهایت می‌تواند به او در کنترل علائم نقص توجه یاری رساند. در این راستا کالزاد و همکاران معتقدند والدین، به‌ویژه مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، اغلب نشانه‌های روشنی از حواس‌پرتی و کم‌توجهی در رفتارها و اعمال روزمره‌ی خود نشان داده و همانند الگویی برای کودکان خود عمل می‌کنند. آن‌ها عموماً بی‌توجه، بی‌نظم و فاقد سازمان‌دهی و برنامه در کار خود بوده و در اعمال رفتارهای والدینی، بی‌ثبات و متناقض عمل می‌کنند. همین امر باعث ایجاد رفتارهای بی‌توجهی در کودکانشان می‌شود. از این‌رو، آموزش روش‌های مؤثر برقراری نظم و انضباط به مادران با اصلاح رفتارها مادران، راهبردهای بسنده‌ای جهت کنترل مؤثر و بهبود علائم در اختیار وی قرار می‌دهد [۵۱]. به اعتقاد محققین پژوهش حاضر کلید تبیینی مهم دیگر این دوره که در فهم مکانیسم تغییر به‌ویژه در افزایش تمرکز کودکان مؤثر بوده است، مهارت محدودیت‌گذاری و انتخاب راه‌های جایگزین بوده است که طی جلسات دوم تا هشتم با تکالیف و نقش بازی‌های متنوع، مادران و کودکانشان به مهارت‌آموزی آن‌ها مشغول بوده‌اند. با توجه به فراخانی کوتاه‌تر توجه کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، می‌توان به نقش جملات کوتاه چه از نوع انعکاسی و چه از نوع دستوری (ایجاد محدودیت و قوانین) در کمتر از ۱۰ کلمه اشاره کرد که می‌تواند به فهم بیشتر آن‌ها و درنتیجه اثرگذاری بیشتر بر کودک اشاره کنیم. تکرار محدودیت‌ها (قوانین) به‌آرامی و در چندین

بزرگسالان. ترجمه میر محمود میرنسب. تهران: انتشارات ارجمند.

۸. جورج ج. دوپل؛ استرن، گری (۱۳۸۸). اختلال کمبود توجه بیش‌فعالی در مدرسه. ترجمه پروانه محمدخانی و سیروان اسمائی مجد. تهران: نشر دانژه. صص ۲۶.

۹. کاکاوند، علی‌رضا (۱۳۸۵). اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی (نظریه و درمان). کرج: نشر سرافراز. صص ۱۴۶.

10. Monastara, V.J. (2005). Electroencephalographic biofeedback as a treatment for attention deficit hyperactivity disorder : rational and empirical fundation. *Child and Adolescent of Clnical Psychiatric*, 14:PP.55-82.

۱۱. بخشایش، علی‌رضا؛ میرحسینی، راضیه سادات (۱۳۹۳). اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش علائم اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه (ADHD) و بهبود عملکرد تحصیلی کودکان. *مجله علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، دوره ۲۲، شماره ۶. صص ۱-۱۳.

12. Wells, K. C, Epstein, J. N, Hinshaw, S. P, et al. (2000). Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): an empirical analysis in the MTA study: *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6):PP.543-553.

13. Andries, C. Alizadeh, H. (2002). Interaction of parenting styles and family. *Journal of behavior therapy*. 24:PP.32-52.

۱۴. علیزاده، حمید (۱۳۸۳). اختلال نارسایی توجه - فزون جنبشی، ویژگی‌ها و ارزیابی و درمان. چاپ اول. تهران: انتشارات رشد.

15. Less, D.G, Ronan, K.R. (2007). Parent management training for solo mothers of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. An effectiveness and multiple baseline evaluation. *Massey University Journal of Attention Disorder*, 51:PP.25-32.

16. Dopheide, J.A, Pliszka, S.R. (2009). Attention-deficit-hyperactivity disorder: an update *Pharmacotherapy*. 29(6):PP.656-679.

۱۷. کاظمی، محمدرضا؛ محمدی، محمدرضا و آخوندزاده، شاهین (۱۳۹۰). مقایسه اثر دارویی آمانتادین و متیل فنیدیت در کودکان و نوجوانان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی: یک مطالعه کار آزمایی بالینی دوسوکور. *فصلنامه پزشکی ابن‌سینا*، سال ۱۴ شماره ۳، مسلسل ۴۱. صص ۱۰-۱۶.

نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. عدم هم‌تاسازی جنسی در طرح پژوهشی، بررسی تأثیر جنسیت و تغییرات احتمالی درمانی را مقذور نساخت. عدم غربالگری سلامت روان شناختی والدین (به‌ویژه از نظر ابتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه) و عدم پیگیری نتایج درمان در فواصل متفاوت جهت رصد ثبات و یا تغییرات نتایج درمانی از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بوده است؛ کنترل این متغیرها در مطالعات آتی مفید فایده خواهد بود. لحاظ کردن ارتباط بین نوع اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه و پاسخ به درمان و زمان تشخیص (تمایز بین افراد مبتلا با تشخیص و درمان زود و یا دیر) و سابقه ابتلا در خانواده به‌ویژه در والدین، توجه بیشتر به آموزش و استفاده از جلسات انفرادی در فواصل جلسات هفتگی جهت تقویت و تثبیت آموزش‌های گروهی و فراهم ساختن بهره‌گیری هر چه بهتر والدین، افزایش تعداد جلسات گروهی در مطالعات بعدی واجد دوره‌های پیگیری کوتاه‌مدت و بلندمدت نتایج درمان در فواصل متفاوت جهت رصد ثبات نتایج درمانی می‌تواند راهگشا باشد.

#### منابع

1. Kilic, B. G, Sener A. (2005). Family functioning and psychosocial characteristics in children with attention deficit hyperactivity disorder with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder. *Turk Psikiyatri Derg*, 16 (1):PP.21-28.
2. Matthew, J, Miller, R.B., Polson, D.M. (2005). Toward a standard of care child ADHD. *Journal of Abnormal Child*, 2:PP.9-11.
3. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (2013). 5th edition. Arlington, VA., American Psychiatric Association.
۴. کنگرلو، مهناز؛ لطفی کاشانی، فرح و وزیر، شهرام (۱۳۹۱). تأثیر آموزش خانواده در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی (ADHD). *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران*، جلد ۲۲، شماره ۳، صص ۲۱۶-۲۲۰.
5. Young, S., Gudjonsson, G.H. 2005 Neuropsychological correlates of the YAQ-S and YAQ-I self-and informant. ADHD symptomatology emotional and social Problems and delinquent behavior. *British Journal of Clinical Psychology*, 44:PP.47-57.
6. Kaplan, H. I., Shaddocks, B. J. (2005). *Comprehensive text book of psychiatry*. 8th ed. Baltimore: William & Wilkins.
۷. کیت کانر، س. ل؛ جت، ج. ا. (۱۳۹۱). راهنمای تشخیص و درمان اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی در کودکان و

۱۸. کاظمی، محمدرضا؛ محمدی، محمدرضا و آخوندزاده، شاهین (۱۳۹۰). مقایسه اثر دارویی آمانتادین و متیل فنیدیت در کودکان و نوجوانان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی: یک مطالعه کار آزمایی بالینی دوسوکور. فصلنامه پزشکی ابن‌سینا، سال ۱۴ شماره ۳، مسلسل ۴۱. صص ۱۰-۱۶.
19. Landreth, G. L. (2002). *Play Therapy: The art of the relationship*, 2nd ed. New York: Routledge.
20. Landreth, G.L., Bratton, S.C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A ten session filial therapy model*. New York: Routledge.
۲۱. دادستان، پریخ؛ بیات، مریم و عسگری، علی (۱۳۸۸). تأثیر بازی درمانگری کودک محور بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان، مجله علوم رفتاری. دوره ۳، شماره ۴. صص ۲۵۷-۲۶۴.
۲۲. بیرامی، منصور (۱۳۸۸). تأثیر آموزش مهارت‌های فرزندپروری به مادران پسران دبستانی مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده بر بهداشت روانی و شیوه‌های تربیتی آن‌ها. اصول بهداشت روانی، دوره ۱۱، شماره ۲، پیاپی ۴۲. صص ۱۰۵-۱۱۴.
23. Paone, T. R., Douma, K. B. (2009). Child-centered play therapy with a seven-year-old boy diagnosed with intermittent explosive disorder. *International Journal of Play Therapy*, 18(1):PP.31-44.
24. Paone, T. R., Douma, K. B. (2009). Child-centered play therapy with a seven-year-old boy diagnosed with intermittent explosive disorder. *International Journal of Play Therapy*, 18(1):PP.31-44.
25. Kagan, S., Landreth, G. (2009). Short-term child-centered play therapy training with Israeli school counselors and teachers. *International Journal of Play Therapy*, 18(4):PP.207-216.
26. Baggerly, J., Jenkins, W. (2009). The effectiveness of child-centered play therapy on developmental and diagnostic factors in children who are homeless. *International Journal of Play Therapy*, 18(1):PP.45-55.
27. Aghaei, E., Pishghadam, E., Bayat, M., Abedi, A. (2014). Effectiveness of Child-Parent Relationship Therapy on Reducing the Children's Physical Complaints and Improving Family Functioning. *The neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 2 (S1):PP.43-43.
۲۸. جنتیان، سیما؛ نوری، ابوالقاسم؛ شفتی، سید عباس؛ مولوی، حسین و سماواتیان، حسین. (۱۳۸۷). اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری بر شدت علائم اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه در دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD. تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۶ شماره ۲. صص ۱۰۹-۱۱۸.
29. Pisterman, S., McGrath, P., Firestone, P., Goodman, J. T., Webster, I., Mallory, R. (1989). Outcome of parent-mediated treatment of preschoolers with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5):PP.628-635.
30. Moor, S. A. (2014) Impact of two-session model of child parent relationship training on parents of children diagnosed with ADHD. [Dissertation].The university of North Carolina: Charlotte.
31. Lindo, N. A., Akay, S., Sullivan, J. M., Meany-Walen, K. K. (2012). Child Parent Relationship Therapy: Exploring Parents' Perceptions of Intervention, Process, and Effectiveness. *International Journal of Humanities and Social Science*, 2(1):PP.51-61.
32. Ray, C., Schottelkorb, A. (2007). Play therapy with children exhibition symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Play Therapy*, 16(2):PP.95-111.
33. Sullivan, J. M. (2015). Parents of Children with High-Functioning Autism: Experiences in Child-Parent Relationship Therapy (CPRT). Ph.D of counseling [dissertation].University of Denton: Texas.
۳۴. مصطفوی، سعیده سادات؛ شعیری، محمدرضا؛ اصغری مقدم، محمدعلی و محمودی قرایی، جواد (۱۳۹۱). تأثیر آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک (CPRT) مطابق با الگوی لندرت به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)، دوره جدید، جلد ۲، شماره ۷. صص ۳۳-۴۲.
35. Tew, K., Landreth, G., Joiner, K. D., Solt, M. D. (2002). Filial therapy with parents of chronically ill children. *International Journal of Play Therapy*, 11(1):PP.79-100.
36. Kagan, S., Landreth, G. (2009). Short-term child - centered play therapy training with Israeli school counselors and teachers. *Journal of Play Therapy*, 18(4):PP.207-216.
37. Green, E. J., Crenshaw, D. A., Kolos, A. C. (2009). Conducting filial therapy with homeless

کانرز-فرم معلم. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز. دوره ۳، شماره ۱ و ۲. صص ۱-۲۶.

۴۸. اصغری مقدم، محمدعلی و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۳). روش معنادار بالینی تغییرات درمانی: ویژگی‌ها، شیوه محاسبه، تصمیم‌گیری و محدودیت‌ها. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق). دوره جدید، جلد ۷، شماره ۱۰. صص ۱۹۱-۲۰۰.

۴۹. میکائیلی منبع، فرزانه و حقی، راشا (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی برنامه‌ی اصلاح الگوهای تعامل والد - کودک بر بهبود نشانگان کودکان مبتلا به بیش‌فعالی - نقص توجه. پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، جلد ۱۸ شماره ۵. صص ۲۱۳-۲۲۱.

50. Calzada E, Amiry A, Eyberg SM. (2005). Principles of psychotherapy with behavior problem children. In: Koocher GP, Norcross JC, Hill SS, editors. Psychologist's Desk Reference. 2nd Ed. New York: Oxford University Press. PP. 61-97.

parents. American Journal of Orthopsychiatry, 79(3):PP.366-374.

38. Grskovic, J. A, Goetze, H. (2008). Short-term filial therapy with German mothers: Findings from a controlled study. International Journal of Play Therapy, 17(1) PP. 39-51.

39. Edwards, N. A., Ladner, J., White, J. A. (2007). Perceived effectiveness of filial therapy for a Jamaican mother: A qualitative case study. International Journal of Play Therapy, 16(1):PP. 36-53.

۴۰. تکلوی سمیه (۱۳۹۰). تأثیر آموزش بازی‌درمانی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری، مجله ناتوانی‌های یادگیری. دوره ۱، شماره ۱. صص ۴۴-۵۹.

41. Amiri, R., Alizadeh, S., Barkhi, M., DortajSani, S., Parvizian, F., Dehyadegary, E., Divsalar, P., Divsalar, K. (2015). Child parent relationship therapy (CPRT) on children's externalizing behaviour problems. Indian Journal of Fundamental and Applied Life Science, Vol.5 (1), pp. 2877-2882.

42. Achenbach, T.M, Rescolar, L.A. (2003) Manual for the ASEBA school age: Form and profiles. Burlington,VT: University of Vermont, College of psychiatry, PP.20-60.

۴۳. مینایی اصغر (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، دوره ۶. شماره ۱ پایایی ۱۹. ۵۲۹-۵۵۸.

44. Achenbach, T., Edelbrock, C. (1991). Manual for the child behavior checklist. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

۴۵. شهبان، آمنه؛ شهیم، سیما؛ یوسفی فریده و بشاش، لعیا (۱۳۸۶). هنجاریابی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز برای کودکان ۶ تا ۱۱ ساله. مطالعات روان‌شناختی، دوره ۳ شماره ۳. صص ۹۷-۱۲۰.

46. Conners, C. K., Epstein, J. N., March, J. S., et al (2001). Multimodel treatment of ADHD in MTA: An alternative outcome analysis. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40:159-167.

۴۷. شهیم، سیما؛ یوسفی، فریده و شهبان، آمنه (۱۳۸۶). هنجاریابی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس درجه‌بندی

