

اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر کاهش نشانه‌های کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / کمبود توجه ۶-۱۱ سال

نسرین محمودی^۱

رقیه موسوی^{۲*}

باقر غباری بناب^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر رابطه والد-کودک، بر کاهش نشانه‌های کودکان ۶-۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی / کمبود توجه بود. در یک مطالعه شبه تجربی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با سه گروه آزمایشی ۱- دارودرمانی، ۲- ترکیبی (دارودرمانی و آموزش) و ۳- آموزش، مادران ۳۰ کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی / کمبود توجه، به صورت روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای (انتخاب تصادفی در مناطق آموزش و پرورش تهران، مدارس و دانش‌آموزان) انتخاب و به سه گروه تقسیم شدند. گروه ترکیبی و آموزش به مدت ۱۰ جلسه تحت آموزش برنامه گروهی آموزش مبتنی بر رابطه والد-کودک قرار گرفت و گروه دارودرمانی فقط دارو دریافت کردند. آزمودنی‌ها به وسیله مقیاس کانرز قبل از مداخله و بعد از مداخله ارزیابی شدند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر رابطه والد-کودک به همراه دارودرمانی منجر به کاهش معنادار نشانه‌های اختلال بیش فعالی و نقص توجه در کودکان شده است. بنابراین، آموزش مبتنی بر رابطه والد-کودک به همراه دارودرمانی در کاهش معنادار نشانه‌های اختلال بیش فعالی و نقص توجه کودکان مؤثر است؛ لذا پیشنهاد می‌شود درمانگران از این روش برای کمک به این گروه از کودکان استفاده کنند.

کلید واژه‌ها:

آموزش مبتنی بر رابطه والد-کودک، اختلال بیش فعالی / کمبود توجه، کودکان

۱. دانشجوی دکترای تخصصی رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار و هیئت علمی گروه تربیتی دانشگاه شاهد، تهران، ایران، mousavi@shahed.ac.ir

۳. استاد گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران

مقدمه

معمولاً دست‌ها و پاهای خود را تکان می‌دهند، همیشه در حال جنب و جوش هستند، نمی‌توانند منتظر نوبت بمانند و معمولاً کارهای دیگران را متوقف می‌کنند. شباهت زیادی بین اختلال بیش‌فعالی و اختلال اضطرابی، افسردگی و سلوک وجود دارد (دلاوریان، افروز و توحیدخواه، ۱۳۹۴). موئن، هدلین و هال لورد^{۱۱} (۲۰۱۶)، سینسیا، پیتاپاتی و بریجیت^{۱۲} (۲۰۱۷)، ویلیامسون و جانستون^{۱۳} (۲۰۱۷)، شمیم آقا، زمیت و تاپار^{۱۴} (۲۰۱۳) گلووی، نیومن و میلر^{۱۵} (۲۰۱۶) و لیندا، لوری و شاتز^{۱۶} (۲۰۱۵) توافق دارند که مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی پریشانی و اضطراب بیشتری را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند. از روش‌های شناخته شده در درمان این اختلال، می‌توان دارودرمانی، درمان‌های کودک محور مانند شناختی- رفتاری، انواع بازی‌درمانی، بیوفیدبک، تمرینات ورزشی، موسیقی درمانی، درمان‌های مدرسه‌محور و معلم محور و درمان‌های خانواده‌محور را نام برد (حمیدی و خراسانی، ۱۳۹۶). شایع‌ترین داروی تجویز شده برای این اختلال، متیل‌فندیت^{۱۷} یا ریتالین^{۱۸} است. محققان نتیجه گرفته‌اند که ریتالین، رهاسازی انتقال‌دهنده عصبی دوپامین را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در نتیجه مغز را به انجام بهنجارتر کارکردهای اجرایی قادر می‌کند (کاپالکا، ۲۰۰۹، ترجمه موسوی و رنجبر، ۱۳۹۷). بازی درمانی روش درمانی است که درمانگران انجام می‌دهند و روشی است که به‌وسیله آن طبیعت کودکان به صورت بیانی معنی شده و به کودکان اجازه می‌دهد مسائلی را که نمی‌توانند در محیط روزانه‌شان مطرح کنند، در قالب بازی ارائه دهند و هیجانات مخفی خود را نمایان کنند (ناظمی، ۱۳۹۳؛ پیرنیا، ۱۳۹۶؛ چتر مینا و حسینی فرد^{۱۹}، ۲۰۱۵؛ حشمتی، اصل اناری و شکراللهی، ۱۳۹۴). یکی دیگر از مداخلات درمانی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی، آموزش‌های گروهی بهبود رابطه والد -

اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی^۱ از اختلال‌های رایج دوران کودکی است که وجه مشخصه آن الگوی پایدار و ثابت از نارسایی توجه و تکانشگری است (جانستون^۲، ۲۰۱۲). شواهد نشان می‌دهد شیوع اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه رو به تزاید است (سافر^۳، ۲۰۱۸). مطالعات اخیر شیوع این اختلال را ۱۸/۱ درصد (مهالا، گودریا و براهم^۴، ۲۰۱۸) و ۲۰/۲ درصد (لودرر، سیک و کاپلان^۵، ۲۰۱۸) گزارش کرده‌اند. در ایران مطالعات حمزه‌لو، مشهدی و صالحی^۶ (۲۰۱۲) شیوع آن را ۱۶/۲ درصد و ارجمندی، کیخاوندی و سایه میری^۷ (۱۳۹۴) ۸ درصد تخمین زده‌اند. اکثریت کودکان مبتلا به بیش‌فعالی تصمیمات مخاطره آمیز می‌گیرند (بابک، حسینیان و خیرخواه، ۱۳۹۵) و در نوجوانی دچار اختلال اضطرابی می‌شوند (لیو، کانگ و چو^۸، ۲۰۱۴) و مشکلات تحول هویت و ارتباطات اجتماعی را تجربه می‌کنند (جونز و هس^۹، ۲۰۱۷) و احتمال طرد شدن از سوی دوستان و همسالان خود بالاتر است (روکیچ و واینر^{۱۰}، ۲۰۱۷) بعلاوه احتمال رفتارهای پرخطر از جمله مصرف سیگار نوجوانان بیش‌فعال بالاتر است (بیدرمن، فیتزگرالد و اسپنسر^{۱۱}، ۲۰۱۷).

طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم^{۱۲} (۲۰۱۳)، کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی اغلب گوش نمی‌دهند، تکالیف معین شده را به اتمام نمی‌رسانند، به خیال‌پردازی می‌پردازند، وسایل خود را گم می‌کنند، بدون تمام کردن یک فعالیت به فعالیت دیگری می‌پردازند، بعضی جزئیات را نمی‌بینند از این رو بی‌دقت ارزیابی می‌شوند، اغلب بی‌نظم بوده و قادر به سازماندهی نیستند، از انجام دادن کارهایی اجتناب می‌کنند که مستلزم تلاش ذهنی مستمر است، به زودی حواسشان پرت می‌شود،

1. Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD)
2. Johnstone
3. Safer
4. Mhalla, Guedria and Brahem
5. Loderer, Sick and Kaplan-Wickel
6. Liu, Yang and Ko
7. Jones and Hesse
8. Rokeach and Wiener
9. Biederman, Fitzgerald and Spencer
10. Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5)

11. Moen, Hedelin and Hall-Lord
12. Cynthia, Paidipati and Bridgette
13. Williamson and Johnston
14. Shameem Agha, Zammit and Thapar
15. Galloway, Newman and Miller
16. Lynda, Lowry and Schatz
17. methylphenidate
18. ritalin
19. Chatremina and hosseinifard

نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با سه گروه آزمایشی است. جامعه پژوهش شامل کلیه مادران کودکان ۶ - ۱۱ ساله دارای اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه شهر تهران بوده است. حجم نمونه شامل ۳۰ مادر دارای کودک بیش‌فعال بود. روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای بوده است، بدین صورت که ابتدا از میان مناطق آموزش و پرورش تهران یک منطقه، سپس از میان مدارس آن منطقه، یک مدرسه به طور تصادفی انتخاب شد و در آخر انتخاب تصادفی دانش‌آموزان مدرسه انجام شد. پس از اخذ مجوز و رضایت والدین، پرسشنامه کانرز میان والدین دانش‌آموزان اجرا شد و ۳۰ دانش‌آموز که نمرات بالاتر از میانگین ۱/۵ به دست آورده بودند، به طور تصادفی انتخاب شدند و به سه گروه ۱۰ نفری (۱۰ نفر گروه آموزش والدین، ۱۰ نفر گروه دارودرمانی) تقسیم شده و توسط روان‌پزشک کودک مورد مصاحبه بالینی به منظور تشخیص اختلال بیش‌فعال/نقص توجه قرار گرفتند. از ملاک‌های ورود به گروه‌های آموزش و ترکیبی داشتن اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه، نداشتن اختلال روان‌شناختی دیگر و عدم مشکلات جسمی خاص کودک و داشتن تمایل والدین به شرکت در جلسات آموزشی و از ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها، عدم تمایل به شرکت در مطالعه و غیبت بیش از سه جلسه در جلسات آموزشی بوده است. گروه دارودرمانی تحت نظر روان‌پزشک تحت درمان با داروی ریتالین با دوز متناسب با هر کودک قرار گرفتند.

برنامه عملی آموزش، شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است و عمده اهداف برای والدین عبارتند از: درک و پذیرش دنیای عاطفی کودک، کسب نگرشی واقع‌بینانه و صبورانه نسبت به خود و کودک، افزایش بینش و آگاهی والدین نسبت به خود در ارتباط با کودک، یادگیری مهارت‌های بازی‌درمانی کودک‌محور و چگونگی ایجاد جوی غیرقضاوتی، پذیرنده و همراه با درک متقابل برای کودک و نهایتاً کمک به والدین برای لذت بردن از نقش والدینی است (لندرث، ۲۰۰۶).

کودک^۱ است که برگرفته از روش فیلیال‌تراپی^۲ است و بر مشارکت خانواده‌ها در درمان کودکان متمرکز است، این روش در گذشته بیشتر بر تعامل درمانگر با کودک متمرکز بوده است، درحالی‌که برخی الگوها با آموزش این شیوه به والدین و تکیه بر آن‌ها به عنوان واسطی برای ترمیم و بهبود رفتارهای کودکان نزدیک شده‌اند. از طرفی رابطه عاطفی موجود میان والد و کودک در فرایند درمان تأثیرگذار است. به‌کارگیری این مهارت‌ها توسط والدین در بازی با کودکان موجب رشد منبع کنترل درونی کودکان می‌شود. این رویکرد بر تغییر والد از طریق افزایش سودمندی و کارآمدی والدینی تمرکز می‌کند. همچنین گروهی بودن جلسات باعث تسهیل شکستن موانع دفاعی و انزوای والدین می‌شود (لندرث^۳، ۲۰۰۶). بر طبق این دستورالعمل درمانی که توسط لندرث (۲۰۰۶) مطرح شد، والدین در جلسات درمانی، شیوه‌های بازی‌درمانی کودک‌محور را یاد گرفته و یاد می‌گیرند، محیطی امن، سالم، گرم و صمیمی را برای آن‌ها فراهم کنند و رابطه‌ای غیر قضاوتی، نامشروط و اصیل با فرزند خود برقرار کرده و از این طریق باعث ایجاد احساس ایمنی در کودک خود شوند. این درمان حمایت‌های پژوهشی در رابطه با کاهش استرس والدگری (لیونگ و تسانگ^۴، ۲۰۱۷؛ مقوم، نصیریان و زارعی محمودآباد، ۱۳۹۶؛ افشار، ۱۳۹۶) و بهبود نشانه‌های کودکان بیش‌فعال (سبزیان، کلانتری و مهربانی، ۱۳۹۴؛ علی اکبری، ابوالقاسمی و عطادخت، ۱۳۹۴؛ پیرنیا، ۱۳۹۶؛ چتر مینا و حسینی فرد، ۲۰۱۵) به دست آورده است. در این پژوهش‌ها این نوع درمان با درمان‌های دارویی مقایسه نشده است. لذا با توجه به این اطلاعات، هدف پژوهش حاضر این است که روش آموزش گروهی مبتنی بر ارتباط والد-کودک را با روش دارودرمانی و ترکیبی در بهبود نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه را مقایسه کند.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی و طرح به کار رفته از

1. Children Parent Relation Training (CPRT)
2. Filial Therapy
3. Landreth
4. Leung and Tsang

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد و کودک

جلسه اول	هدف: معارفه و بیان نکات آموزشی محتوا: معارفه گروهی، توضیح در مورد اهداف آموزش بازی درمانی و مفاهیم ضروری آن، آموزش شیوه پاسخگویی انعکاسی. رفتار مورد انتظار و تکالیف: تمرین پاسخگویی انعکاسی
جلسه دوم	هدف: تسهیل ارتباط بین اعضا و افزایش مشارکت، بیان اصول اساسی جلسات بازی. محتوا: بیان اصول اساسی جلسات بازی (معرفی مجموعه اسباب بازی‌های مورد نیاز، انتخاب زمان و مکان مناسب برای جلسات)، نگرش همراهی با کودک. رفتار مورد انتظار و تکالیف: تهیه اسباب‌بازی‌های مورد نیاز، انتخاب زمان و مکان مناسب، یک دقیقه در آغوش گرفتن کودک.
جلسه سوم	هدف: بیان باید و نبایدهای جلسات بازی. محتوا: بیان باید و نبایدهای جلسات بازی، بیان و تمرین مراحل جلسه بازی، ایفای نقش توسط والدین به صورت دو به دو. رفتار مورد انتظار و تکالیف: ۳۰ دقیقه بازی، اجرای باید و نبایدهای جلسات بازی، کارت تعیین وقت جلسه بازی والدین و کودک
جلسه چهارم و پنجم	هدف: بیان دستورالعمل‌های شیوه تعیین محدودیت محتوا: بیان اصول تعیین محدودیت و مراحل آن (پذیرش احساسات، صحبت در مورد تعیین حدود، تعیین انتخاب‌های تعیین حدود) رفتار مورد انتظار و تکالیف: ۳۰ دقیقه بازی، تمرین روش محدودیت‌گذاری، یادداشت‌های والدین از جلسه بازی.
جلسه ششم	هدف: ارائه حق انتخاب، بیان مشکلات رایج در جلسات بازی. محتوا: ارائه حق انتخاب، آموزش مسئولیت‌پذیری، شرح مشکلاتی که ممکن است در طی جلسات بازی اتفاق بیافتد. رفتار مورد انتظار و تکالیف: ۳۰ دقیقه بازی، تمرین ارائه حق انتخاب و مسئولیت‌پذیری، تکمیل فهرست مربوط به مهارت‌های بازی منزل.
جلسه هفتم	هدف: ایجاد و تقویت عزت نفس. محتوا: مرور تکالیف جلسه قبل، بیان پاسخ‌های ایجادکننده عزت نفس در کودک، ایجاد و بهبود احساس شایستگی در کودک. رفتار مورد انتظار و تکالیف: ۳۰ دقیقه بازی، پر کردن جدول ویژگی‌های شخصیتی کودک، تمرین مهارت‌های بازی در منزل
جلسه هشتم	هدف: تشویق به جای تعریف و تمجید محتوا: مرور تکالیف جلسه قبل، پاسخ به سؤالات والدین، بیان تفاوت تشویق با تعریف و تمجید، تمرین عبارات تشویقی رفتار مورد انتظار و تکالیف: ۳۰ دقیقه بازی، تکمیل برگه‌های تمرین مهارت تشویق در مقابل تمجید.
جلسه نهم	هدف: استفاده از مهارت‌ها در خارج از جلسات بازی، تعیین محدودیت‌های پیشرفته محتوا: تعمیم مهارت‌ها و تعیین محدودیت‌ها به خارج از جلسه، تعیین محدودیت پیشرفته، حق انتخاب دادن به عنوان نتیجه نافرمانی و سرپیچی. رفتار مورد انتظار و تکالیف: ۳۰ دقیقه بازی، یادداشت‌های والدین از جلسات بازی، فهرست مهارت‌های به‌کار گرفته شده در جلسه بازی.
جلسه دهم	هدف: فرایند اتمام دوره آموزشی محتوا: مرور مطالب و نکات کلیدی در ۹ جلسه گذشته، منابع پیشنهادی برای والدین برای مطالعه بیشتر، تصمیم‌گیری در مورد زمان مناسب جلسات پیگیری، بیان اهمیت ادامه دادن جلسات بازی. رفتار مورد انتظار: تهیه فهرست نکات مهم و سایر موارد و تصمیم‌گیری درباره ادامه جلسات در صورت نیاز.

سؤالات: ۲۵، ۱۱، ۷، ۶، ۴، ۲، ۱ و ۲۶) آزمودنی را از سوی والدین می‌سنجد. در هر خرده‌مقیاس داشتن نمره بالاتر از میانگین ۱/۵ نشانه داشتن بیش‌فعالی است. کانرز (۲۰۰۱) ضریب پایایی این مقیاس را با استفاده از روش دو نیمه کردن برابر ۰/۷۱ گزارش کرده است. شهبان، شهیم و بشاش (۱۳۸۶) روایی و پایایی این مقیاس را احراز کرده و همبستگی درونی این مقیاس را بین ۰/۴۱ - ۰/۵۷ گزارش کردند. در این پژوهش روایی صوری مقیاس کانرز توسط متخصصان روان پزشکی تأیید و همبستگی درونی آن بین

ابزارهای گردآوری داده‌ها به شرح زیر بود:

۱. مصاحبه بالینی: در این پژوهش ابتدا روان‌پزشک با آزمودنی‌ها مصاحبه بالینی انجام داد.
۲. پرسشنامه کانرز فرم والدین^۱: این پرسشنامه شامل ۲۶ سؤال و روش نمره‌گذاری، روش لیکرت است که از ۰ - ۳ نمره‌گذاری می‌شود و مواردی چون بیش‌فعالی (مجموع سؤالات: ۲۳، ۲۴، ۱۰، ۹، ۵، ۸، ۳) و عدم تمرکز (مجموع

1. The revised canners' parent rating scale

۰/۶۰ - ۰/۷۱ به دست آمد.

است.

بخش اول: یافته‌های توصیفی: داده‌های جمعیت شناختی حاصل از گروه نمونه نشان داد که ۳۰ نفر از کودکان مادران شرکت‌کننده در این پژوهش در رده‌های سنی ۶ - ۱۱ سال بودند. میانگین سنی فرزندان شرکت‌کنندگان ۸/۵۳ با انحراف استاندارد ۱/۵۲ است. بیشترین فراوانی سن کودکان شرکت‌کنندگان در پژوهش ۸ سال بوده است.

در تحلیل داده‌ها، در قسمت آمار توصیفی از میانگین، انحراف استاندارد و در قسمت آمار استنباطی از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) و آزمون مقایسه‌های چندگانه بنفرونی استفاده شد. و از نرم افزار ورژن ۲۳ SPSS برای تحلیل استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از این پژوهش در دو بخش ارائه شده

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای بیش‌فعالی، نقص توجه و بیش‌فعال/نقص توجه

گروه‌ها	متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
دارودرمانی	بیش‌فعال	۳۲/۹	۶/۲۸	۲۲/۸	۴/۸۴
ترکیبی	بیش‌فعال	۲۸/۹	۲/۸	۱۵/۶	۱/۷۷
آموزش	بیش‌فعال	۳۰/۹	۳/۶۹	۲۱/۲۰	۵/۴۹
دارودرمانی	نقص توجه	۲۹/۳	۶/۵۶	۱۵/۹	۴/۷
ترکیبی	نقص توجه	۳۵/۵	۴/۸	۱۸	۶/۷
آموزش	نقص توجه	۲۷/۷	۲/۰۵	۲۲	۴/۴۷
دارودرمانی	بیش‌فعال/نقص توجه	۶۲/۲	۷/۵۸	۳۸/۷	۷/۹۴
ترکیبی	بیش‌فعال/نقص توجه	۵۹/۴	۶/۲۲	۳۳/۶	۷/۳۶
آموزش	بیش‌فعال/نقص توجه	۵۸/۶	۲/۷۹	۴۳/۲	۶/۸

بیش‌فعال/نقص توجه به ترتیب برابر ۲/۲، ۰/۲۸ و ۰/۷۴ بوده و در سطح ۰/۰۱ معنادار نیست. لذا بین متغیرهای پژوهش همگنی واریانس‌ها برقرار است. تحلیل کواریانس بر این فرض است که باید ضریب رگرسیون بین متغیر مستقل و پیش‌آزمون معنادار نباشد. نتایج نشان داده است که مقدار F برای هر یک از متغیرهای بیش‌فعالی، نقص توجه و بیش‌فعال/نقص توجه به ترتیب برابر ۱/۳، ۳ و ۱/۳ بوده و در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. لذا می‌توان از تحلیل کواریانس برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

در جدول بالا ملاحظه می‌شود نمره میانگین در مرحله پیش‌آزمون در گروه‌ها بیشتر از میانگین در مرحله پس‌آزمون است. این تفاوت‌ها در گروه ترکیبی آشکارتر است.

بخش دوم: یافته‌های استنباطی: استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت برخی از مفروضه‌های اساسی است که عبارتند از: همگنی واریانس و همگنی شیب رگرسیون. در پژوهش حاضر به‌منظور آزمون همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد مقدار F در هر یک از متغیرهای بیش‌فعالی، نقص توجه و

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس نمره‌های پس‌آزمون در سه گروه آزمایشی

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	همبستگی بین متغیرها
بیش فعال	پیش‌آزمون	۱۲۸/۵۶	۱	۱۲۸/۵۶	۸/۷۲**	۰/۲۵
	گروه	۱۴۷/۵۷	۲	۷۳/۷۸	۵/۰۹**	۰/۱۷۸
	خطا	۳۸۶/۰۳	۲۶	۱۴/۷۳		
نقص توجه	پیش‌آزمون	۱۰۱/۷۲	۱	۱۰۱/۷۲	۳/۸۱	۰/۱۲۸
	گروه	۲۳۸/۵۵۸	۲	۱۱۹/۲۷	۴/۴۷**	۰/۲۵۶
	خطا	۶۹۳/۱۷	۲۶	۲۶/۶		
بیش فعال / نقص توجه	پیش‌آزمون	۳۷۸/۰۷	۱	۳۷۸/۰۷	۸/۹۵**	۰/۲۵
	گروه	۵۲۴/۹	۲	۲۶۲/۴۸	۶/۲۱**	۰/۳۲۳
	خطا	۱۰۹۸/۰۳	۲۶	۴۲/۲۳		

** $P < 0/01$

در جدول بالا نشان داده شده است که مقدار F در همه متغیرها در سطح ۰/۰۱ معنادار است. مقدار واریانس تبیین شده متغیر وابسته قابل قبول است. همچنین آزمون F برای متغیرهای مستقل در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

جدول ۴. تفاوت میانگین و خطای انحراف از میانگین گروه‌ها

متغیر	دارودرمانی و ترکیبی		دارودرمانی و آموزش		آموزش و ترکیبی	
	میانگین	خطای میانگین	میانگین	خطای میانگین	میانگین	خطای میانگین
بیش فعال	۵/۲۶*	۱/۸۳	۰/۶۳	۱/۷۴	-۴/۶۳*	۱/۷۴
نقص توجه	-۱/۶۲	۲/۳۲	-۶/۷۴*	۲/۳۳	-۵/۱۱۶*	۲/۳۷
بیش فعال / نقص توجه	۳/۳۲	۲/۹۶	-۶/۷۸*	۳/۰۵۵	-۱۰/۱۰۸*	۲/۹۱

توجه نماد: * $P < 0/05$

اطلاعات جدول ۱ و ۴ نشان می‌دهد، در متغیر بیش‌فعالی میانگین نمرات گروه ترکیبی، پایین‌تر از میانگین گروه دارودرمانی و گروه آموزش بوده و در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بین میانگین گروه دارودرمانی و میانگین گروه آموزش از لحاظ آماری تفاوتی مشاهده نمی‌شود. به طور کلی میانگین گروه ترکیبی از دو گروه دیگر پایین‌تر است.

در متغیر نقص توجه میانگین گروه دارودرمانی و گروه ترکیبی پایین‌تر از میانگین گروه آموزش بوده و در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بین میانگین گروه دارودرمانی و گروه ترکیبی تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

در متغیر بیش‌فعال/ نقص توجه میانگین گروه دارودرمانی و گروه ترکیبی پایین‌تر از میانگین گروه آموزش بوده و در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بین میانگین گروه دارودرمانی و گروه ترکیبی تفاوت معنادار آماری مشاهده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش، آموزش گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک، روش درمانی کوتاه‌مدت و ساختاریافته‌ای را برای مراقبان شرکت‌کننده ارائه می‌دهد، تا عامل درمانی مؤثری در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی کودکان شده باشند. مداخله تعاملی والد کودک، حمایت‌های پژوهشی زیادی را به دست آورده است. نتایج مطالعات علی‌اکبری و همکاران (۲۰۱۵)، موسوی، نجاتی و جمالی (۱۳۹۵)، نجاتی، موسوی و روشن چلسی (۱۳۹۵)، خدابخشی، شاهی و نویدیان (۱۳۹۴)، لیونگ و تسانگ^۱ (۲۰۱۷)، سزبان و همکاران (۱۳۹۴) و شوشتری، عابدی و خالقیان (۱۳۹۲) نشان داد، این روش موجب کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی/نقص توجه، چتر مینا و حسینی فرد

1. Leung and Tsang

کیدرون و لندرت^۷، ۲۰۱۰؛ مصطفوی، شعیری و اصغری مقدم، ۱۳۹۱؛ امیر، حسن آبادی و اصغری، ۱۳۹۱؛ لیندو، آکای و سالیوان^۸، ۲۰۱۲؛ افشار، ۱۳۹۶). همچنین بازی درمانی مداخله‌ای مستقیم است که به دلیل ماهیت درون‌سازانه به عینی‌سازی و در نتیجه افزایش اثربخشی مداخله منجر می‌شود (استالمیکر و ری^۹، ۲۰۱۵). مداخلات متمرکز بر بهبود رابطه والد و کودک از طریق بازی، بر این فرض استوار است که بهبود این رابطه از طریق بازی موجب بهبود مشکلات رفتاری و عاطفی کودک می‌شود (لندرت، ۲۰۰۶).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، تکنیکی است که به وسیله آن طبیعت کودکان به صورت بیانی معنی می‌شود و روشی برای مقابله با استرس‌های هیجانی بوده و به کودکان اجازه می‌دهد مسائلی را که نمی‌توانند در محیط روزانه‌شان مطرح کنند، در قالب بازی ارائه دهند و با هدایت درمانگر هیجانات مخفی خود را نمایان کنند (حشمتی و همکاران، ۱۳۹۴). بازی فعالیت منحصر به فردی است که دارای هیجان و لذت، داوطلبانه بودن و بدون جهت‌گیری خاصی است و بازی می‌تواند به کودکان برای کنترل اشیاء اطراف خود کمک بیشتری کند، بازی همچنین می‌تواند به کودکان اجازه دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلات خود را فاش کند که تهدیدی برای آن‌ها است (لندرت، ۲۰۰۶). از کلیدهای مؤثر در درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک، می‌توان به آموزش مهارت هماهنگی بین زبان کلام و زبان بدن به مادران، آموزش همراه با تمرینات ویژه در طی دوره، درک کردن نیازها، عواطف و احساسات کودک، ایجاد و تجربه رابطه همدلانه، کاهش نیاز به توضیح کلامی، تمرین ایجاد محدودیت‌ها و اعمال قوانین، ایجاد اعتماد به نفس، شناخت عمیق احساسات و افکار کودک از سوی والدین و پاسخ مناسب به آن و احساس بهتر از نقش والدینی اشاره کرد. از طرفی در این پژوهش نشان داده شد که درمان دارویی و خانواده‌محور به تنهایی پاسخگوی کافی در کاهش نشانه‌ها نیست و وقتی درمان دارویی با درمان خانواده‌محور تلفیق

(۲۰۱۵) کاهش علائم پرخاشگری و تکانشگری و افزایش مهارت‌های خودکنترلی، عاقبتی و همکاران (۱۳۹۲) بهبود در رابطه والد-کودک، کاراکانس^۱ (۲۰۱۷) تجربه ارتباط بی‌خطر، قابل اعتماد و مؤثر با فرزندان، لیونگ و تسانگ^۲ (۲۰۱۷)، نجاتی و همکاران (۱۳۹۵) بهبود روش‌های فرزندپروری، تایمر^۳ (۲۰۱۲) کاهش آسیب روان‌شناختی و رفتاری در بین فرزندان و توفن، وامپلر و رولینگ^۴ (۲۰۱۱) کاهش علائم مشکلات عاطفی و هیجانی شده است. از طرفی نیز مطالعات اثربخشی درمان با داروی ریتالین را مثبت گزارش می‌دهند، به عنوان مثال طبق مطالعات فراتحلیل جمالی، عابدی و آقایی (۱۳۹۱) مصرف داروی متیل فنیدیت در کودکان دچار اختلال نقص توجه/بیش فعال بالاتر از متوسط تا نسبتاً زیاد و مطالعات عظیمی و همکاران (۱۳۹۴) نشان داده است که مصرف ریتالین موجب بهبود عملکرد شناختی در کودکان مبتلا شده است.

اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی از اختلالاتی است که با عوامل متعددی از جمله اضطراب، پرخاشگری، رفتارهای خصومت‌آمیز، عدم رعایت قوانین، عزت نفس پایین، کنترل‌گریز پایین و بی‌نظمی همراه است. افراد مبتلا به این اختلال دارای آسیب ساختاری در مغز هستند، که این آسیب‌ها در مشکلات کنترل توجه و رفتار نیز نقش دارد (سادوک و سادک، ۲۰۱۵، ترجمه رضائی، ۱۳۹۵). لذا خط اول درمان در این اختلال داروها هستند. بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک مداخله‌ای است که فرض زیربنایی آن این است که عامل تغییر در درمان که به کاهش نشانه‌ها منجر می‌شود، ارتباط کودک و مادر است. مادر نخستین شخصی است که با کودک نه تنها در دوران جنینی، بلکه در این جهان رابطه مستقیم و تنگاتنگ دارد (نیکولوف، بارانوا و پتونوا^۵، ۲۰۱۶). و یکی از بهترین روش‌های وارد شدن به دنیای کودک از طریق بازی است. بازی نه تنها می‌تواند بر جسم و روان کودک تأثیر بگذارد، بلکه می‌تواند بر نحوه ارتباط مادر با کودک نیز مؤثر واقع شود (ری، بلانکو و سالیوان^۶، ۲۰۰۹؛

1. Kara Karens
2. Leung and Tsang
3. Timmer
4. Tophen, Wampler and Rolling
5. Nikolaev, Baranova and Petunova
6. Ray, Blanco and Sullivan

7. Kidron and Landreth
8. Lindo, Akay and Sullivan
9. Stulmaker and Ray

اثربخشی تکنیک‌های بازی درمانی گروهی بر اضطراب حالت، احساسات مثبت و سطح سازگاری کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص. *مجله نساتوانی‌های یادگیری*. ۷-۴: (۲۴)۵.

حمیدی، فریده، محمدی خراسانی، فرنگیس (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوره گروهی شناختی رفتاری والدین کودکان بیش‌فعال بر اختلالات رفتاری فرزندان. *فصلنامه توانمندسازی کودکان*. ۶۰-۵۰: (۲۲)۸.

خدابخشی کولایی، آناهیتا، شاهی، عبدالستار، نویدیان، علی و مصلی نژاد، لیلی (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت به مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودک. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۷: (۳)۱۳۷-۱۴۲.

داوری، رحیم (۱۳۹۴). اثربخشی درمان یکپارچه شناختی-رفتاری و حرکتی آموزش بر نشانه‌های بالینی و کارکردهای اجرایی کودکان با اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی. *اندیشه و رفتار*. ۳۹: (۹)۲۲-۳۳.

دلاوریان، مونا، افروز، غلامعلی، توحیدخواه، فرزاد و نایی، الهه (۱۳۹۴). سامانه حمایتگر تشخیص بالینی جهت تشخیص دقیق نوع اختلال کودکان با نشانه بیش‌فعالی. *فصلنامه توانمندسازی کودکان*. ۳: (۱۵)۱-۱۲.

کاپالکا، جورج ام. (۱۳۹۷). *مشاوره با پسران و مردان مبتلا به ADHD* ترجمه موسوی، رقیه و ناصر رنجبر، هدیه، چاپ اول، ارجمند.

سادوک، بنجامین جیمز، سادوک، ویرجینیا و روئیز، پدرو (۱۳۹۵). خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک علوم رفتاری/ روان‌پزشکی بالینی، جلد اول ویراست یازدهم ۲۰۱۵. ترجمه رضائی، چاپ اول، تهران: شابک.

سبزیان، سعیده، کلانتری، مهرداد و مهربانی، حسینعلی (۱۳۹۴). اثربخشی بازی مشترک مادر-کودک بر علائم اختلال کمبودتوجه/بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی شهر اصفهان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۲۰: (۵)۲۴۶-۲۶۳.

شوشتری، مژگان، عابدی، احمد، خالدیان، محمد و کرمی باغظیفونی، زهرا (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی مداخلات آموزشی-روان‌شناختی والدین محور، کودک محور و ترکیبی بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۲: (۳)۳۸۰-۳۹۰.

شهبانیان، آمنه، شهیم، سیما، بشاش، لعیبا و یوسفی، فریده (۱۳۸۶). هنجاریابی تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه

می‌شود، با کاهش بیشتر نشانه‌های اختلال همراه می‌شود. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم داشتن گروه کنترل برای مقایسه و عدم انجام پیگیری در مرحله بعد اشاره کرد. و پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان از روش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به همراه دارودرمانی برای بهبود نشانه‌های اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در کلینیک‌های روان‌شناختی کودک استفاده کنند.

منابع

افشار، زکیه (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر کاهش استرس والدگری و افزایش خودآزمندی والدینی مادران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء (س).

ارجمندی، شهره، کیخاونندی، ستار و سایه میری، کوروش (۱۳۹۴). بررسی میزان شیوع اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان دبستانی از دید معلمان و والدین: مطالعه مروری سیستماتیک و فراتحلیل. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۷: (۵)۲۱۹-۲۱۳.

امیر، فاطمه، حسن‌آبادی، حسین، اصغری‌نکاح، سید محسن و طبیبی، زهرا (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سبک‌های فرزندپروری. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی*. ۱: (۴)۴۸۹-۴۷۴.

بابک، ندا، حسینیان، سیمین، خیرخواه، محمد تقی، محمدی، محمدرضا (۱۳۹۵). مقایسه زمان واکنش و عملکرد در تصمیم‌گیری پرخطر در کودکان با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی. *فصلنامه توانمندسازی کودکان*. ۱: (۷)۵۳-۶۲.

پاشا، رضا (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش اصلاح رفتار مادران بر میزان رفتارهای نامطلوب کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. ۹۸-۹۰: (۶۳)۱.

پیرنیا، بیژن (۱۳۹۶). اثربخشی درمان تعاملی والد-کودک بر پرخاشگری کودکان. *مجله مشکلات رفتاری و درمان‌های روان‌شناختی*. ۲۷: (۷)۶۹-۴۷.

جمالی پاقله، سمیه، عابدی، احمد و آقایی، الهام (۱۳۹۱). فراتحلیل اثربخشی مداخله‌های روان‌شناختی بر میزان نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. *فصلنامه ایرانی کودکان/استثنایی*. ۱۱: (۴)۳۳۴-۳۲۱.

حشمتی، رسول، اصل اناری، روح‌اله و شکرالهی، رقیه (۱۳۹۴).

نسرین محمودی، رقیه موسوی، باقر غباری بناب

قرائی، جواد (۱۳۹۵). اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر شدت نشانه های اختلال بیش فعالی/کمبود توجه. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*, ۲(۱): ۳۱-۱۶.

Agha, S. S., Zammit, S., Thapar, A. and Langley, K. (2013). Parent psychopathology and neurocognitive functioning in children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 8, 66-79.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Biederman, J., Fitzgerald, M., Spencer, T. J., Bhide, P. G., McCarthy, D. M., Woodworth, K. Y. and Faraone, S. V. (2017). Is Paternal Smoking at Conception a Risk for ADHD? A Controlled Study in Youth With and Without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 2, 74-84.

Chatremina, M. and Hosseinifard, S. M. (2015). The Influence of the Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) on Reducing Aggression and Impulsivity and Increasing the Self- Control Skill of the Children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD). *Ayer is an International Journal that Coverage Human Field Studies*, 2, 183-188.

Conners, C. K. (2001). Multimodel treatment of ADHD in MTA: An alternative outcome analysis. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 159-167.

Cynthia P. Paidipati, Bridgette Brawner, B., Eiraldi. R. and Deatrick. J. (2017). Parent and Family Processes Related to ADHD Management in Ethnically Diverse Youth. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(2): 90-112.

Galloway H., Newman E., Miller, N. and Yuill, C. (2016). Does Parent Stress Predict the Quality of Life of Children With a Diagnosis of ADHD? A Comparison of Parent and Child Perspectives. *Journal of Attention Disorders*, 20, 41-50.

Johnstone, C. (2012). Parenting in adults with attention deficit/ activity disorder and (ADHD). *Clinical Psychology Review*, 32, 215-228.

Jones. Sh. and Hesse, M. (2017). Adolescents with ADHD: Experiences of Having an ADHD Diagnosis and Negotiations of Self-Image and

والدین، مقیاس درجه بنده کانرز ۶-۱۱ ساله شیراز. *مطالعات روان شناختی*, ۳(۳): ۹۷-۱۲۰.

عساقبتی، اسما، شوشتری، حکیم و غرایسی، بنفشه (۱۳۹۲). اثربخشی رابطه والد-کودک در مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی. *کنگره بین المللی روانپزشکی کودک و نوجوان دانشگاه علوم پزشکی تبریز*. کنگره ۶(۱۱۰۸۵): ۱۱-۱۰.

علی اکبری، نوش آفرین، ابوالقاسمی، عباس، عطادخت، اکبر و نیرومند صومعه، بهنام (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی گروه درمانی رابطه والد-کودک بر افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی. *فصلنامه شخصیت و تفاوت‌های فردی*. ۴(۷): ۶۳-۴۷.

عظیمی، عظیم، مکوند حسینی، شاهرخ، عظیمی، رضوان حسن پور، مهدیه (۱۳۹۴). اثربخشی ریتالین بر کارکرد اجرایی کودکان با اختلال بیش فعالی و نقص توجه در آزمون‌های بندرگشتالت و ماتریس های ریون رنگی. *دومین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در مدیریت*.

مصطفوی، سعیده‌السادات، شعیری، محمدرضا، اصغری مقدم، محمدعلی و محمودی قزایی، جواد (۱۳۹۱). تأثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) مطابق با الگوی لندرت به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)*, ۲(۷): ۳۳-۴۲.

موسوی، رقیه، جمالی، عبدالله، نجاتی، امین و شریفی، علی (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر فرزندپروری مادران دارای کودک ۸-۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی-کمبود توجه. *روانشناسی*, ۵(۲): ۱۴۶-۱۱۵.

ناظمی، رقیه (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر افزایش خوداثربندی فرزندپروری مادران و کاهش شدت کلی دشواری و مشکلات رفتاری کودکان ۲ تا ۵ ساله با خلق و خوی دشوار. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.

نجاتی، امین، موسوی، رقیه، روشن چلسی، رسول و محمودی قرائی، جواد (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر بهبود فرزندپروری مادران کودکان ۸ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی-نقص توجه. *مجله روان‌شناسی بالینی*, ۸(۱): ۴۹-۳۷.

نجاتی، امین، موسوی، رقیه، روشن چلسی، رسول و محمودی

- ADHD in Tunisian Adolescents: Prevalence and Associated Factors. *Journal of Attention Disorders*, 22(2): 154-162.
- Moen, Ø. L., Hedelin, B. and Hall-Lord, M. L. (2016). Family Functioning, Psychological Distress, and Well-Being in Parents with a Child Having ADHD. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 6(1): 1-12.
- Nikolaev, E. L., Baranova, E. A. and Petunova, S. A. (2016). Mental Health Problems in young Children: the role of Mothers Coping and Parenting Styles and Characteristics Of family Functioning. *Procedia Social and Behavioral Science*, 233, 94-99.
- Ray, D. C., Blanco, P. J., Sullivan, J. M. and Holliman, R. (2009). An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. *International Journal of Play Therapy*, 18(3): 162.
- Rokeach, A. and Wiener, W. (2017). Friendship Quality in Adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 13, 111-123.
- Safer, D. J. (2018). Is ADHD really increasing in youth?. *Journal of attention disorders*, 22(2): 107-115.
- Timer, S. (2012). Parent-Child Interaction Therapy: Enhancing Parent-Child Relationships Un programa Para La Mejora de las Relaciones Paders-Hijos. La terapia de Inreraction Paders-Hijos. *Psychosocial Intrevention*. 21(2): 145-156.
- Tophen, G. L., Wampler, G. and Rolling, E. (2011). Predicting parent and child outcomes of a Filial Therapy program. *Interactional Journal of play therapy*, 20(2): 79-93.
- Williamson, D., & Johnston, Ch. (2017). Maternal ADHD Symptoms and Parenting Stress The Roles of Parenting Self-Efficacy Beliefs and Neuroticism. *Journal of Attention Disorders*. 15, 32-45.
- Identity. *Journal of Attention Disorders*, 22(1), 92-102.
- Kara Carens. (2017). Child – Parent relationship therapy for adoptive families. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 20 (4): 419-426.
- Kidron, M. and Landreth, G. (2010). Intensive Child Parent Relationship Therapy. *International journal op play therapy*, 19(2): 64-78.
- Landreth, G. L. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A ten session filial therapy model*. New York: Routledge.
- Leung, C., Tsang, S. and Gene, S. H. (2017). Efficacy of Parent–Child Interaction Therapy With Chinese ADHD Children: Randomized Controlled Trial. *Research on Social Work Practice*, 27(1): 36-47.
- Lindo, N. A., Akay, S., Sullivan, J. M. and 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): 51-61.
- Liu, T. L., Yang, P., Ko, Ch. H., Yen, J. Y. and Yen, Ch. F. (2014). Association between ADHD Symptoms and Anxiety Symptoms in Taiwanese Adolescents. *Journal of Attention Disorders*, 18(5): 447-455.
- Lowry, L. S., Schatz, N. K. and Fabiano, G. A. (2015). Exploring Parent Beliefs and Behavior the Contribution of ADHD Symptomology within Mothers and Father. *Journal of Attention Disorders*, 2, 17-29.
- Luderer, M., Sick, C., Kaplan-Wickel, N., Reinhard, I., Richter, A., Kiefer, F. and Weber, T. (2018). Prevalence Estimates of ADHD in a Sample of Inpatients with Alcohol Dependence. *Journal of Attention Disorders*. 7, 99-111.
- Mhalla, A., Guedria, A., Brahem, T., Amamou, B., Sboui, W., Gaddour, N. and Gaha, L. (2018).

Effectiveness of parent-child relationship-oriented group interventions on symptoms reduction among 6-11 years old children with attention-deficit/hyperactivity disorder

Nasrin Mahmoudi¹

Roghaye Mousavi^{*2}

Bagher Ghobari-Bonab³

Abstract

The present study was conducted in order to investigate the effectiveness of parent-child relationship-oriented group interventions on symptoms reduction in 6-11 years old children with attention-deficit/hyperactivity disorder. In a quasi-experimental study using pre-test and post-test design with three experimental groups of 1. drug therapy, 2. combined (drug therapy and family-oriented intervention) and 3. family-oriented intervention, mothers of 30 children with ADHD disorder were randomly selected from the educational districts, schools and students of Tehran using multi-stage cluster sampling method, and were placed in three groups. The combined and family-oriented groups were trained in a parent-child relationship group for 10 sessions and the drug therapy group received only medication. Subjects were assessed by Canners' Parenting Scale in two stages (before intervention and after intervention). Data were analyzed using covariance analysis. The results of the present study showed that the implementation of a parent-child-based educational program resulted in a significant reduction in symptoms of ADHD among children in both the combined and family-oriented group. Parent-child relationship education is effective in symptoms reduction among children with ADHD. Therefore, it is suggested that therapists use this method to help children of this particular group.

Keywords

group-oriented parent-child relationship training, ADHD, children.

1. Ph.D. student in Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Educational Sciences Department, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. mousavi@shahed.ac.ir

³ Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, University of Tehran, Tehran, Iran.