



The Effectiveness of Child-Centered Unified Transdiagnostic Therapy Intervention on the Parent-Child Interaction of Children with Attention Deficit- Hyperactivity Disorder

Shokufeh Asgari¹, Mohammad Mozafari^{2*}, Sajjad Amini Menesh³, Mohammad Reza Bardideh⁴

1- Ph.D. Student of Psychology in Psychology and Exceptional Children Education, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Firoozabad Branch, Islamic Azad University, Firoozabad, Iran.

Corresponding Author: Mohammad Mozafari, Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

Email: Mozafari937@yahoo.com

Received: 17 May 2023

Accepted: 16 Dec 2023

Abstract

Introduction: The parent-child interaction pattern of children with attention deficit hyperactivity disorder is conflicting, and there are few effective treatments for them. Therefore, this study aimed at the effectiveness of child-centered unified transdiagnostic therapy intervention on the parent-child interaction of children with attention deficit- hyperactivity disorder.

Methods: The research method was semi-experimental, pre-test, post-test, and one-month follow-up with a control group. The statistical population included all children 7 to 10 years with attention deficit- hyperactivity disorder who were referred to the Asal counseling center in Tehran in 2022. Among them, 30 children were selected based on inclusion criteria and by purposive sampling method and randomly placed into two groups (15 people). Child-centered unified transdiagnostic therapy intervention was performed for parent-child interaction in 12 sessions of 45 minutes, and the control group was on the waiting list. The research instrument included the Parent-Child Relationship Survey (Fine, Moreland & Schwebel, 1983). The data were analyzed using repeated measures of covariance analysis in SPSS23 software.

Results: The results showed that there wasn't a significant difference between gender, age, number of Brothers and sisters, and mother's education in the two groups ($P > 0.05$). Also, there was a significant difference between the parent-child interaction in the experimental and control groups; And child-centered unified transdiagnostic therapy intervention increased the parent-child interaction of children with attention deficit- hyperactivity disorder, and the effect of this therapeutic intervention was stable in the follow-up phase ($P < 0.05$).

Conclusions: Based on the results of the present study, child-centered unified transdiagnostic therapy intervention can be effective in improving the parent-child interaction of children with attention deficit- hyperactivity disorder; it is suggested that therapists and counselors use this treatment to improve the parent-child interaction of these children along with other therapeutic interventions.

Keywords: Child-Centered Unified Transdiagnostic Therapy, Parent-Child Interaction, Attention Deficit- Hyperactivity Disorder.



اثربخشی مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه کودک محور بر تعامل والد- کودک کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی

شکوفه عسگری^۱، محمد مظفری^{۲*}، سجاد امینی منش^۳، محمدرضا بردیده^۴

۱- گروه روانشناسی، پردیس علوم و تحقیقات فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران. گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد فیروزآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، فیروزآباد، ایران.

نویسنده مسئول: محمد مظفری، استادیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.
ایمیل: Mozafari937@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۹/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۲/۲۷

چکیده

مقدمه: الگوی تعامل والد- کودک کودکان با اختلال نقص توجه- بیش فعالی متعارض است؛ و درمان های اثربخش کمی برای آن وجود دارد. بنابراین، این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه کودک محور بر تعامل والد- کودک کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی انجام گرفت.

روش کار: روش مطالعه، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری یک ماه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۷ تا ۱۰ سال دارای اختلال نقص توجه- بیش فعالی مراجعه کننده به مرکز مشاوره غسل شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. از بین آنها تعداد ۳۰ کودک بر اساس ملاک های ورود و به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفری) گمارده شدند. مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه کودک محور برای تعامل مادر- کودک در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه ای اجرا شد و گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه بررسی رابطه والد- فرزند (فاین، مورلند و اسچووبل، ۱۹۸۳) بود. داده ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر در نرم افزار SPSS23 تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین جنسیت، سن، تعداد خواهران و برادران و تحصیلات مادر در دو گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$). همچنین، بین متغیر تعامل والد- کودک در گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی دار وجود داشت؛ و مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه کودک محور باعث افزایش تعامل والد- کودک کودکان با اختلال نقص توجه- بیش فعالی شده و تاثیر این مداخله درمانی در مرحله پیگیری نیز پایدار بود ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه کودک محور می تواند برای بهبود تعامل والد- کودک کودکان با اختلال نقص توجه- بیش فعالی کارآمد باشد؛ و توصیه می گردد که درمانگران و مشاوران در راستای بهبود تعامل والد- کودک این کودکان از این درمان در کنار سایر مداخلات درمانی استفاده کنند.

کلیدواژه ها: درمان فراتشخیصی یکپارچه کودک محور، تعامل والد- کودک، اختلال نقص توجه- بیش فعالی.

اختلال نقص توجه_ بیش فعالی یکی از شایع ترین اختلالات دوره کودکی است (۱). تقریباً ۲ تا ۷ درصد از کودکان و اغلب پسران با این اختلال دست و پنجه نرم می کنند (۲)؛ و ۱۰ تا ۱۵ درصد از آنان، تنها سطوحی از علائم را بروز می دهند (۳). نرخ شیوع اختلال در ایران ۸/۷۲ درصد گزارش شده است (۴). کودکان با اختلال نقص توجه- بیش فعالی از عهده توجه دقیق و دنبال نمودن تکالیف یا فعالیت ها بر نمی آیند (۵)؛ و برآورد می شود که بین ۵۰ تا ۹۰ درصد این کودکان در بزرگسالی نشانه های این اختلال را تجربه کنند (۶).

اختلال نقص توجه- بیش فعالی یک اختلال رشدی- عصبی است که با سطح رشدی نامناسب، نقص توجه، تکانشگری و بیش فعالی مشخص می شود (۷) و باعث نقص جدی در عملکرد کودک می گردد (۸). رفتارهای مخرب در کودکان مبتلا می تواند اختلال عملکرد قابل توجهی را به همراه داشته باشد (۹) و تأثیرات عمیقی بر زندگی روزمره آنان برجا بگذارد (۱۰). این اختلال با اختلالات هیجانی و رفتاری همراه است (۱۱). به طوری که تعامل والد- کودک را تحت تأثیر قرار می دهد (۱۲) و موجب کاهش کیفیت این تعاملات می شود (۱۳). بر این اساس، آنها دارای تعامل والد- کودک آسیب پذیرند (۱۴).

تعامل والد- کودک به ماهیت تعاملات بین فردی مادر و کودک اطلاق می شود و مؤلفه هایی از قبیل درجه پاسخ دهی و حساسیت مادر به نیازهای کودک، میزان تماس فیزیکی آنها با هم، سطح اعتماد، همسانی و پیش بینی پذیری رفتار مادر و متناسب بودن محدودیت-های اعمال شده را در بر می گیرد (۱۵). مطالعات گذشته نشان داده که رفتارهای کودکان با اختلال نقص توجه_ بیش فعالی به عنوان محرک تنش زا عمل می کند و به نوبه خود بر رفتار والدین و همچنین تعامل میان والدین و کودک تأثیر می گذارد (۱۶). این کودکان کمتر از والدین تبعیت می کنند. چنین شرايطی سبب می شود والدین فکر کنند نمی توانند وظیفه خود را در قبال فرزندشان به درستی انجام دهند (۱۷)؛ و در برابر رفتارهای فرزندشان، واکنش مقابله ای در پیش بگیرند (۱۸). تداوم این رویه، موجب شکل گیری چرخه ای معیوبی در تعاملات آنان می شود (۱۹). با توجه به موارد بیان شده، والدگری این کودکان فرایندی پیچیده و بالقوه استرس زا است؛ به طوری که بیش از ۶۴ درصد از والدین کودکان مبتلا دچار اختلالات استرسی هستند (۲۰). لذا این اختلال نه تنها کودک، بلکه نظام خانواده آنان را

نیز تحت تأثیر قرار می دهد (۲۱). از این رو آموزش برخی مهارتها به والدین می تواند نقش پیشگیری و درمانی داشته باشد (۲۲).

یکی از روش های آموزش مهارت ها به والدین، مداخلات مبتنی بر رابطه والد- کودک می باشد (۲۳). این شیوه درمانی به دلیل فنون کودک محوری و مهارتهای قابل تعلیمی که دارند، به بهبود تعاملات فرزندان و والدین درون بافت خانواده کمک می کند (۲۴). درمان مذکور عامل اصلی برای تغییر ارتباط است (۲۵). در این راستا، سخا، مظفری، سامانی و امینی منش نشان دادند که مداخلات کودک محور بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال نقص توجه- بیش فعالی مؤثر است (۲۴). نتایج پژوهش کاملی، محمدی و آخوندزاده (۲۶) نیز نشان داد که آموزش ارتباط والد- کودک روی کاهش پرخاشگری، تکانش گری و افزایش مهارت خودکنترلی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی مؤثر است. درمان فراتشخیصی یکپارچه روش مؤثر برای کاهش علائم نقص توجه- بیش فعالی هست که می تواند بر اساس اصول تعاملات والد- کودک آموزش داده شود.

درمان فراتشخیصی یکپارچه با توجه به محدودیت درمان های شناختی- رفتاری اختصاصی موجود طراحی شده است (۲۲). پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه، یک درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر رویارویی می باشد که روی تغییر دادن پاسخ های غیرانطباقی به تجارب هیجانی تأکید می کند. این روش درمانی با ادغام مؤلفه های مشترک درمان شناختی- رفتاری برای اختلال های هیجانی و شناختی و با استفاده از آخرین پیشرفتهای در حوزه علم هیجان و درمان های موج سوم، تلاش می کند تا فرآیندهای اصلی سبب ساز اختلال های هیجانی را مورد آماج قرار دهد (۲۷). با وجود اینکه زمان نسبتاً کمی از معرفی این درمان می گذرد، توجه ویژه ای را به خود جلب کرده و پژوهش های رو به رشدی اثربخشی آن را نشان می دهند (۲۸). به عنوان نمونه گروسمن و اهرنریش- می اثر درمان فراتشخیصی را بر اضطراب بررسی کرده و پی بردند که این برنامه برای کاهش احساسات شدید در بین جوانان سودمند و مؤثر است (۲۹). نتایج پژوهش اسکالرا ، والیتنه، سندین، اهرنریش- می و همکاران حاکی از آن بود که ۹ جلسه آموزشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر کاهش سطح اضطراب و افسردگی ۱۵۱ دانش آموز اثربخش بوده است (۳۰). بر اساس نتایج مطالعه محمدی، نهنگ و حسینی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر با بهره گیری

بر اساس مصاحبه تشخیصی روان پزشکی یا روانشناس مرکز، قرار داشتن کودک در محدوده سنی ۷ تا ۱۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم برای مادر و اعلام رضایت کتبی والدین جهت شرکت در پژوهش بود. از جمله معیارهای عدم ورود و خروج نیز قرار داشتن کودک به طور همزمان تحت درمان دارویی (به استثناء درمان دارویی ریتالین) و مداخلات روانی، داشتن اختلالات همایند مانند اختلال سلوک یا بی نظمی خلقی ایذایی، غیبت بیش از دو جلسه در مداخله درمانی و عدم تمایل به انجام تکالیف جلسات مداخله بود. به منظور گردآوری داده ها ابزار زیر مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه ارزیابی رابطه والد - فرزند (Parent-Child Relationship Survey «PCRS»): این پرسشنامه توسط فاین، مورلند و اسچووبل (۱۹۸۳) ساخته شد. آزمون از ۲۴ گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش کیفیت ارتباط والدین و فرزندان بکار می رود. این ابزار دو فرم دارد؛ نسخه پدر شامل ۴ خرده مقیاس احساسات مثبت با ۴ گویه (۳، ۱۴، ۱۸ و ۲۴)، درگیری و آمیختگی پدر با ۵ گویه (۱، ۲، ۹، ۱۰ و ۱۶)، ارتباطات با ۴ گویه (۷، ۸، ۱۵ و ۱۷) و خشم با یک گویه (۱۳) می باشد. نسخه مادر نیز شامل ۴ خرده مقیاس احساسات مثبت با ۶ گویه (۱، ۳، ۶، ۷، ۱۵ و ۲۳)، تنفر/ گم گشتگی نقش با ۲ گویه (۹ و ۱۴)، تعیین هویت با ۴ گویه (۱۳، ۳، ۲۱ و ۲۴) و ارتباطات با ۶ گویه (۴، ۵، ۷، ۸، ۱۵ و ۱۷) می باشد. آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۷ درجه ای از خفیف (۱) تا شدید (۷) پاسخ می دهد. نمره خرده مقیاس ها با مجموع نمره گویه های آن خرده مقیاس به دست می آید. دامنه نمره پرسشنامه به صورت حدپایین نمره ۲۴، حدمتوسط نمرات ۹۶ و حدبالای آن ۱۶۸ مشخص می شود. کسب نمره بالاتر بیانگر بالاتر بودن کیفیت تعامل والد- فرزند است. فاین و همکاران روایی سازه پرسشنامه را به روش تحلیل عاملی ارزیابی و تایید کردند؛ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای خرده مقیاس نسخه پدر در دامنه ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ محاسبه شد و برای خرده مقیاس نسخه مادر در دامنه ۰/۶۱ تا ۰/۹۴ به دست آمد. در ایران، پرسشنامه توسط عراقی (۱۳۸۷) اعتباریابی شد. ضرایب استاندارد (بارهای عاملی) در تحلیل عامل تاییدی، برای خرده مقیاس نسخه پدر بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس نسخه مادر بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۸ متغیر بود. همچنین، پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نسخه پدر ۰/۸۹ و برای نسخه مادر ۰/۹۲ محاسبه شد (۳۴).

مداخله فراتشخیصی یکپارچه الگویی برگرفته از کتاب درمان

از فتونی مانند آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی، بازناسی هیجان ها، شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، و ارزیابی مجدد شناختی می تواند به بهبود خودپنداشت دانش آموزان دارای علائم افسردگی منجر شود (۳۱). نتایج تحقیق مظفری، قربان شیرودی و شفیق آبادی نشان می دهد درمان فراتشخیصی یکپارچه می تواند به عنوان یک درمان کارآمد برای بهبود نظم جویی شناختی هیجان و تاب آوری روانشناختی افراد مورد استفاده قرار گیرد (۳۲).

بر اساس آنچه گفته شد، پژوهش های مختلفی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه را مورد بررسی قرار داده اند، ولی نوآوری مطالعه حاضر بر جنبه کودک-محوری این درمان و اثربخشی آن بر متغیر تعامل والد- کودک است. لذا با توجه به اهمیت نقش والدین و شیوه تعاملی آنها در کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی، و با عنایت بر پژوهش های محدود در این زمینه، انجام پژوهش حاضر ضرورت دارد. در صورت اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه کودک محور می توان زمینه ایی مساعد جهت بهبود تعامل والد- کودک کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی به عمل آورد. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تعامل والدین کودکان دارای اختلال نقص توجه- بیش فعالی انجام گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر در قالب یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری (یک ماهه) با گروه کنترل بود. جامعه آماری مشتمل بر تمامی کودکان ۷ تا ۱۰ سال مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی مراجعه کننده به مرکز مشاوره عسل شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. تعداد حجم نمونه در تحقیقات آزمایشی در هر گروه پانزده نفر مناسب است (۳۳). از فرمول کوکران برای جوامع نامعین جهت تعیین تعداد نمونه استفاده شد. در این فرمول $Z_{\frac{\alpha}{2}}$ در سطح خطای $\alpha = 0.05$ و برابر با $1/96$ بود؛ میزان d^2 به صورت پیش فرض 0.05 در نظر گرفته شد؛ و همچنین مطالعات قبلی انحراف معیار را $S = 0.14$ برآورد نموده بودند. بدین ترتیب، از جامعه مذکور ۳۰ کودک با اختلال نقص توجه - بیش فعالی بر اساس ملاکهای ورود و به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شده؛ سپس به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره گمارده شدند. شرایط ورود به پژوهش شامل تشخیص ابتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی

توسط سازندگان آن به تأیید رسیده است. محتوای مداخله فراتشخیصی یکپارچه در پژوهش علوی، قاسم زاده، ارجمندینا، غلامعلی لواسانی و وکیلی (۲۸) استفاده و تأیید شده است. در ادامه، شرح مختصری از مداخله فراتشخیصی یکپارچه کودک محور در (جدول ۱) آمده است:

فراتشخیصی اختلالات هیجانی: راهنمای درمانگر (۳۵) و کتاب بهبود رابطه والد-کودک از طریق بازی: کتابچه راهنمای درمانگران/ نویسندگان (۳۶) بود که در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه ای اجرا گردید. این طرح آموزشی با توجه به رویکرد بارلو، اهرنیش - می، کندی، شرمن و بیلک (۳۵) و لندرت و براتون (۳۶) تهیه شد. دستورالعمل برنامه ها

جدول ۱: خلاصه جلسات مداخله فراتشخیصی یکپارچه کودک محور

عنوان جلسه	محتوا و اهداف والد	محتوا و اهداف کودک
۱. آشنایی	معرفی اعضا و برقراری ارتباط، شرح قواعد گروه مانند عدم مزاحمت و ایجاد وقفه در جلسات و مکان انتخابی، قرار دادن زمان جلسات هنگام استراحت و آرامش والد و انتخاب مکان و زمانی خاص برای جلسات در منزل، صحبت‌های مقدماتی درباره اختلال نقص توجه- بیشفعالی، آشنایی با فرایند و برنامه درمان، بررسی انگیزه و بینش مادران نسبت به هیجانات کودک و نقش آن در تعامل آنها، تشویق مادران به گفتگو درباره شیوه رفتار با فرزندشان، تعمیم و عادیسازی مسائل مطرح شده، تعیین تمرینهای منزل با ارجاع والدین به تمرینات مربوط به جلسه در کتابچه مخصوص والدین، اجرای پیش آزمون	ایجاد جو ایمن و صمیمی، نوشتن قرارداد درمانی مانند وضع محدودیت زمانی، آسیب نرساندن به وسایل موجود در محیط، آسیب نرساندن به خود یا والد، اعمال محدودیتها در مواقع نیاز با دادن حق انتخاب به کودک وضع میشود، مصاحبه انگیزشی برای افزایش انگیزه کودکان، آشنایی کودکان با هیجانها و شروع آگاهی هیجانی
۲. شناسایی و درک مشکل و آموزش روانی	ایجاد اوقاتی شاد و صمیمانه با کودک، یافتن کلید ورود به دنیای کودک، درک واقعی کودک، تاکید بر تمرکز والد به کودک به جای مشکلات، حفظ ارتباط چشمی هنگام تمرکز بر مشکل، کمک به والدین برای فهماندن احساسشان به کودک، انعکاس دادن احساسات به کودک به جای واکنش سریع، حمایت والد از احساسات، نیازها و خواستههای کودک، صبوری در یادگیری ارتباط جدید با کودک، تعیین تمرینهای منزل با ارجاع والدین به تمرینات مربوط به جلسه در کتابچه مخصوص والدین	تبادل غیررسمی و دوستانه اطلاعات به همراه مرور تکالیف منزل، بازشناسی هیجانها، ردیابی تجارب هیجانی، عادیسازی تجارب هیجانی، آموزش اجزای تجارب هیجانی (سابقه، پاسخها، نتایج)، آموزش درک و تشخیص شدت هیجان های تجربه شده
۳. آموزش آگاهی هیجانی	پاسخ گویی انعکاسی (انعکاس و برگرداندن رفتارها، افکار، نیازها، آرزوها و احساسات کودک بدون سوال پرسیدن)، عدم تلقین مطلب توسط والد به کودک، عدم طرح سوال از کودک توسط والد، جلوگیری از احساسات منفی مثل سرزنش و ملامت برای رشد و بهبود رفتار کودک، اجرای محدودیتها بر اساس اصول سه گانه، تعیین تمرینهای منزل با ارجاع والدین به تمرینات مربوط به جلسه در کتابچه مخصوص والدین	تبادل غیررسمی و دوستانه اطلاعات به همراه مرور تکالیف منزل، آموزش یادگیری هیجانها و نحوه واکنش به آنها، آموزش آگاهی از تجارب هیجانی به شیوه غیرقضاوتی و در زمان حال، آموزش مفهوم پاسخهای آموخته شده شناسایی پاداشها برای رفتارهای جدید
۴. ارزیابی مجدد شناختی	نگاه به چشمان کودک برای فهم دقیق احساس او، تشویق والدین به توجه به ویژگی کودک که تاکنون به آن توجه نکرده بودند، تمرین ۳۰ ثانیه توجه مداوم به کودک، قائل شدن مسئولیت برای رفتارهای کودک، اجرای محدودیتها بر اساس اصول سه گانه، تعیین تمرین های منزل با ارجاع والدین به تمرینات مربوط به جلسه در کتابچه مخصوص والدین	تبادل غیررسمی و دوستانه اطلاعات به همراه مرور تکالیف منزل، آگاهی از ارتباط متقابل تفکر منفی و احساسات منفی، شناسایی افکار و باورهای غیرواقع بینانه کودک، آموزش نحوه شناسایی تله های فکری شایع به کودک، افزایش انعطاف پذیری در تفکر و اصلاح تفکر ناسازگارانه
۵. آشنایی با چرخه اجتناب از هیجان	ابراز علاقه والد با مشاهده کودک از نزدیک، تصمیم گیری برای نامگذاری احساسات تشخیص داده شده، همدلی با کودک از طریق بیان احساس به کودک با زبان کلامی و غیرکلامی، اثرگذاری بیشتر همدلی با هماهنگی بین زبان کلامی و غیرکلامی، اجرای محدودیتها بر اساس اصول سه گانه، تعیین تمرین های منزل با ارجاع والدین به تمرینات مربوط به جلسه در کتابچه مخصوص والدین	تبادل غیررسمی و دوستانه اطلاعات به همراه مرور تکالیف منزل، شناسایی راهبردهای اجتناب از هیجان و رفتارهای ناسازگارانه، یادگیری مفهوم عمل متضاد، آگاهی از اثرات متناقض اجتناب از هیجان، تمرین استفاده از آزمایش های علمی برای کمک به رفتار متضاد
۶. نشانه های بدنی و هیجان	پذیرش احساسات و عواطف کودک، ایجاد احساس راحتی برای کودک هنگام ابراز ترس ها، نفرت ها، شکستها و ...، کمک به کودک برای تخلیه و برونریزی تنشها، عواطف و موانع خود، اجرای محدودیتها بر اساس اصول سه گانه، تعیین تمرین های منزل با ارجاع والدین به تمرینات مربوط به جلسه در کتابچه مخصوص والدین	تبادل غیررسمی و دوستانه اطلاعات به همراه مرور تکالیف منزل، توصیف مفهوم نشانه های بدنی و ارتباط آنها با هیجانهای شدید، آگاهی از اثرگذاری نشانه های بدنی در افکار و رفتارها، یادگیری شناسایی نشانه های بدنی هیجانهای مختلف، آموزش مهارت اسکن بدنی برای آگاهی از نشانه های بدنی
۷. آگاهی و تحمل احساس های جسمانی	شرکت فعالانه والد در فعالیتهای کودک، تبعیت بی چون و چرا از کودک، درک نیازها، احساسات، افکار ابراز شده کودک توسط والد در طول جلسه، انتقال این نیازها، احساسات و عواطف به کودک، اجرای محدودیتها بر اساس اصول سه گانه، تعیین تمرین های منزل با ارجاع والدین به تمرینات مربوط به جلسه در کتابچه مخصوص والدین	تبادل غیررسمی و دوستانه اطلاعات به همراه مرور تکالیف منزل، افزایش آگاهی از نقش احساس های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین های مواجهه با رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس های جسمانی و افزایش تحمل این علائم، برنامه ریزی برای آزمایش های علمی در آینده برای مقابله با هیجان های شدید

شکوفه عسگری و همکاران

<p>تبادل غیررسمی و دوستانه اطلاعات به همراه مرور تکالیف منزل، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی و ایجاد رفتارهای برخاسته از هیجان ناسازگارانه و جایگزینی عملی از طریق رویارویی با رفتارها</p>	<p>شرح و توضیح آنچه که کودک در طی جلسه انجام میدهد، انعکاس گفته ها و احساسات کودک، عدم انجام رفتارهایی چون تحقیر، توبیخ، ارزشگذاری و قضاوت کردن، اجرای محدودیت ها بر اساس اصول سه گانه، عدم گوشزد قوانین هنگامی که کودک گمگین یا خارج کنترل است، تعیین تمرینهای منزل با ارجاع والدین به تمرینات مربوط به جلسه در کتابچه مخصوص والدین</p>	<p>۸. بررسی رفتارهای ناشی از هیجان</p>
<p>تبادل غیررسمی و دوستانه اطلاعات به همراه مرور تکالیف منزل، ارائه منطقی مواجهه‌های هیجانی، مواجهه احساسی و رویارویی با هیجان موقعیتی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و خودداری از اجتناب</p>	<p>ابتدا پذیرنده بودن مهارت نسبت به خود و بعد نشان دادن به کودک، تطبیق آهنگ و لحن صدای والد با شدت احساسات و حالت کودک، حالات چهره‌های متناسب با عواطف و هیجانات کودک، ارائه پاسخهای کوتاه و تاملی توسط والد، اجتناب از پیشنهاد و راهنمایی، اجتناب از تغییر یک باره همه چیز توسط والد، اجرای محدودیت ها بر اساس اصول سه گانه، تعیین تمرین های منزل با ارجاع والدین به تمرینات مربوط به جلسه در کتابچه مخصوص والدین</p>	<p>۹. مواجهه احساسی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت</p>
<p>تبادل غیررسمی و دوستانه اطلاعات به همراه مرور تکالیف منزل، معرفی تفکر کارآگاهی، فراخواندن افکار کودک، استفاده از تفکر کارآگاهی برای شناسایی افکار و باورهای غیر واقعیت‌ناهنه توسط کودک، فراهم کردن مهارتهای کارآگاه هیجان</p>	<p>فراهم کردن شرایط ارتباطی مطلوب و پذیرنده برای کودک، پیروی و تبعیت از کودک به جای هدایت او، کمک به کودک برای کشف نقاط قوت خود، بیان منظور با ۱۰ کلمه، تجربه عواطف مثبت توسط کودک، فراهم آوردن احساس مسئولیت‌پذیری در کودک، اجرای محدودیتها بر اساس اصول سه گانه، تعیین تمرین های منزل با ارجاع والدین به تمرینات مربوط به جلسه در کتابچه مخصوص والدین</p>	<p>۱۰. تفکر کارآگاهی</p>
<p>تبادل غیررسمی و دوستانه اطلاعات به همراه مرور تکالیف منزل، معرفی تکنیک حل مسئله و فنون مورد استفاده از آن مانند روش بارش فکری، استفاده از مهارت حل مسئله مانند یافتن یک مشکل و یافتن راه حل با تکنیک حل مسئله</p>	<p>درک و قبول کودک همانطور که هست، تشویق تلاش های کودک، انتقال مفهوم شایستگی و توانایی به کودک توسط والد، سپردن حق انتخاب به کودک، اعطای قدرت تصمیم گیری به کودک، فراهم آوردن شرایط رهبری جلسات توسط کودک، ارتقای اطمینان و اعتماد به نفس، اجرای محدودیتها بر اساس اصول سه گانه، تعیین تمرینهای منزل با ارجاع والدین به تمرینات مربوط به جلسه در کتابچه مخصوص والدین</p>	<p>۱۱. حل مسئله</p>
<p>پیشگیری از عود، مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفتهای درمانی و روش های اصلاح تخلیه هیجانی در هنگام ناکامی</p>	<p>مروری اجمالی بر اهداف و دستورالعملهای جلسه، خاتمه جلسات با ذکر نکات مهم مربوط به هر جلسه، درخواست از والدین جهت تداوم تمرین مهارتهای آموخته شده برای جلوگیری از سرخوردگی احتمالی کودک</p>	<p>۱۲. ختم جلسات</p>

گروه کنترل اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی ۲ جلسه توجیهی جهت شرح مداخلات را دریافت خواهند نمود. این پژوهش دارای مصوبه اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز با کد اخلاق شماره (IR.IAU.SHIRAZ.REC.1401.023) می باشد. داده های به دست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر در نرم افزار SPSS23 تحلیل شدند.

یافته ها

شاخص های آزمودنی ها بر حسب ویژگیهای جمعیت-شناختی بیانگر آن بود که بیشتر کودکان پسر بودند (۱۸ نفر)، میانگین سن کودکان ۸/۷۹ سال و میانگین سن مادران ۳۸/۳۷ بود. همچنین توزیع آزمودنی ها بر حسب تعداد خواهر و برادر نشان داد که بیشتر آنها دارای ۲ خواهر و برادر بودند (۱۱ نفر) و تحصیلات مادر غالب آزمودنی ها کارشناسی بود (۱۴ نفر). نتایج در (جدول ۲) ارائه شده است. مطابق با نتایج آزمون کای اسکور بین جنسیت، سن، تعداد خواهران و برادران و تحصیلات مادر در گروه های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$).

ابتدا مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز جهت معرفی به مرکز مشاوره عسل شهر تهران گرفته شد. پس از اعلام آمادگی مسئولین مرکز، تعداد ۳۰ کودک با اختلال نقص توجه- بیش فعالی بر اساس ملاک های ورود انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. در مرحله بعد، جلسه توجیهی برای والدین کودکان برگزار شد؛ اطلاعات مورد نیاز در مورد هدف پژوهش به آنها ارائه و رضایت نامه کتبی از والدین اخذ شد. در ادامه، پرسشنامه ارزیابی رابطه والد- فرزند توسط والدین تکمیل و نمرات آن جهت پیش آزمون ثبت گردید. سپس برای گروه آزمایش متغیر مستقل یعنی مداخله فراتشخیصی یکپارچه کودک محور طی دو ماه در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه ای انجام شد. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات مداخله، مطابق روش پیش آزمون مجددا نمره تعامل والد- کودک به عنوان پس آزمون اندازه-گیری شد. به منظور رعایت کردن ملاحظات اخلاقی آزمودنی ها، پرسشنامه های آنها کدگذاری شد و اصول اخلاقی مانند محرمانه ماندن اطلاعات و رازداری کاملاً رعایت شد. همچنین به افراد

جدول ۲: ویژگی های جمعیت شناختی افراد گروه نمونه پژوهش

متغیر	سطوح	فراوانی (درصد)
سن مادران	۳۵ تا ۳۷ سال	۱۲ (۴۰)
	۳۸ تا ۴۰ سال	۱۲ (۴۰)
	بیشتر از ۴۰ سال	۶ (۲۰)
میزان تحصیلات مادران	دیپلم و پایینتر	۱۰ (۳۳/۳)
	کارشناسی	۱۴ (۴۴/۷)
	کارشناسی ارشد	۶ (۲۰)
تعداد خواهر و برادر	یک نفر و کمتر	۹ (۳۰)
	دو نفر	۱۱ (۳۶/۶۷)
	۳ نفر و بیشتر	۱۰ (۳۳/۳۳)
سن کودک	۷ سال	۳ (۱۰)
	۸ سال	۶ (۲۰)
	۹ سال	۱۵ (۵۰)
	۱۰ سال	۶ (۲۰)
جنسیت	دختر	۱۲ (۴۰)
	پسر	۱۸ (۶۰)

در مرحله پس آزمون افزایش داشته است. برای تعیین معناداری تغییرات حاصل شده و بررسی این تفاوت از آزمون تحلیل کواریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید.

در بخش کمی ابتدا، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش محاسبه شد. نتایج در (جدول ۳) ارائه شده است. با توجه به اطلاعات مندرج در (جدول ۳) میانگین نمرات تعامل والدین و خرده مقیاس های آن در گروه آزمایش

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل
		میانگین	انحراف استاندارد	
احساسات مثبت	پیش آزمون	۲۲/۱۳	۶/۳۶	۵/۲۴
	پس آزمون	۲۶/۸۶	۶/۹۸	۴/۹۶
	پیگیری	۲۵/۲۶	۵/۰۳	۴/۹۵
تفر/ گم گشتگی نقش	پیش آزمون	۷/۲۶	۱/۴۳	۱/۵۴
	پس آزمون	۱۱/۰۰	۲/۴۴	۱/۷۰
	پیگیری	۱۰/۷۳	۲/۶۰	۱/۵۷
تعیین هویت	پیش آزمون	۱۴/۸۰	۴/۲۴	۳/۷۷
	پس آزمون	۲۰/۶۶	۵/۲۳	۴/۰۶
	پیگیری	۱۹/۶۰	۵/۵۲	۴/۲۹
ارتباطات	پیش آزمون	۲۱/۰۰	۵/۱۸	۴/۹۴
	پس آزمون	۲۴/۴۰	۳/۸۱	۵/۳۵
	پیگیری	۲۴/۳۳	۳/۷۱	۵/۳۲
نمره کل تعامل والدین	پیش آزمون	۶۵/۲۰	۱۵/۱۹	۱۴/۸۱
	پس آزمون	۸۳/۰۰	۱۶/۶۴	۱۴/۹۶
	پیگیری	۸۰/۰۰	۱۴/۶۷	۱۵/۰۱

شکوفه عسگری و همکاران

پیگیری برقرار است ($P > 0.05$). در نهایت، آزمون کرویت موچلی در مورد متغیرهای پژوهش اعمال گردید. بررسی نتیجه آزمون کرویت موچلی حاکی از عدم رعایت این مفروضه در متغیرهای تنفر/ گم گشتگی نقش، تعیین هویت و ارتباطات بود ($P < 0.05$). لذا، از آزمون تحلیل کوواریانس تعدیل یافته با به کارگیری تصحیح گرین هاوس- گیسر (مقدار اپسیلون کوچکتر از 0.75 بود) برای این متغیرها استفاده شد. نتایج در (جدول 4) ارائه شده است.

استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه می باشد. نخست پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون کلموگروف- اسمیرنوف بررسی شد. نتایج آزمون نشان داد که مقادیر به دست آمده از 0.05 بزرگتر بوده و توزیع نمرات نرمال تایید گردید ($P > 0.05$). به منظور ارزیابی مفروضه یکسانی واریانس خطا از آزمون لویین استفاده شد. نتایج آزمون حاکی از آن بود که مفروضه همگنی واریانس های خطای متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و

جدول 4: نتیجه آزمون نرمال بودن، همگنی واریانس ها، کرویت موچلی متغیرهای پژوهش در سه مرحله

متغیر	مراحل	کلموگروف- اسمیرنوف	معناداری	F لویین	معناداری	کرویت موچلی	معناداری	گرین هاوس- گیسر
احساسات مثبت	پیش آزمون	0.085	0.200	0.856	0.363			
	پس آزمون	0.154	0.069	2.803	0.105	0.951	0.511	0.954
	پیگیری	0.123	0.200	0.171	0.682			
تنفر/ گم گشتگی نقش	پیش آزمون	0.150	0.082	0.070	0.793			
	پس آزمون	0.123	0.200	2.189	0.150	0.257	0.001	0.574
	پیگیری	0.141	0.132	3.837	0.060			
تعیین هویت	پیش آزمون	0.135	0.169	0.299	0.589			
	پس آزمون	0.124	0.200	3.004	0.094	0.453	0.001	0.647
	پیگیری	0.118	0.200	3.777	0.062			
ارتباطات	پیش آزمون	0.111	0.200	0.009	0.925			
	پس آزمون	0.074	0.200	1.950	0.174	0.227	0.001	0.564
	پیگیری	0.091	0.200	1.898	0.179			
نمره کل تعامل والدین	پیش آزمون	0.098	0.200	0.006	0.940			
	پس آزمون	0.109	0.200	0.244	0.625	0.807	0.056	0.838
	پیگیری	0.082	0.200	0.001	0.984			

در ادامه، آزمون های چهارگانه تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی تفاوت بین گروه مداخله و کنترل استفاده گردید. مندرجات در (جدول 5) نتایج آزمون لاندای ویلکز از آزمون های چهارگانه است. یافته ها نشان داد که تمامی نمرات متغیرهای پژوهش در سه زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)، تفاوت معناداری با هم دارند

همچنین بین نمرات عامل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و گروه ها در متغیرها تفاوت معناداری مشاهده شد ($P < 0.05$). بنابراین نمرات متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون، به طور معناداری تغییر کرده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر تفاوت گروه ها در پس آزمون و پیگیری نمرات متغیرهای پژوهش (لامبدای و بلکز)

متغیر	عامل	مقدار	F	سطح معناداری	مجذور اتا
احساسات مثبت	زمان	۰/۵۸۱	۹/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱۹
	تعامل زمان و گروه	۰/۴۴۰	۱۹/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶۰
تنفر/ گم گشتگی نقش	زمان	۰/۱۵۸	۷۱/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۸۴۲
	تعامل زمان و گروه	۰/۲۴۷	۴۱/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۷۵۳
تعیین هویت	زمان	۰/۱۲۸	۹۱/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۷۲
	تعامل زمان و گروه	۰/۱۹۴	۵۶/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰۶
ارتباطات	زمان	۰/۰۹۴	۱۳۰/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰۶
	تعامل زمان و گروه	۰/۱۴۰	۸۲/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶۰
نمره کل تعامل والدین	زمان	۰/۱۳۴	۸۷/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۸۶۶
	تعامل زمان و گروه	۰/۰۷۱	۱۷۶/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۹۲۹

در مرحله بعد، تفاوت متغیر تعامل والدین و خرده مقیاس های آن در گروه آزمایش و کنترل بررسی شد. نتایج حاصله در (جدول ۶) آمده است. نتایج مندرج در جدول نشان می دهد که اثرات اصلی عضویت گروهی (مداخله فراتشخیصی یکپارچه) در گروه های نمونه در مجموع، از نظر نمرات متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری را نشان می دهند ($P < 0/05$). به عبارت دیگر مداخله درمانی به طور معناداری موجب افزایش نمرات متغیرهای پژوهش گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده بود.

در مرحله بعد، تفاوت متغیر تعامل والدین و خرده مقیاس های آن در گروه آزمایش و کنترل بررسی شد. نتایج حاصله در (جدول ۶) آمده است. نتایج مندرج در جدول نشان می دهد که اثرات اصلی عضویت گروهی (مداخله فراتشخیصی یکپارچه) در گروه های نمونه در مجموع، از نظر

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری جهت بررسی تأثیر مداخله درمانی بر میزان نمرات متغیر پژوهش

متغیر	عامل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا
احساسات مثبت	زمان	۶۳/۶۰	۱	۶۳/۶۰	۲۰/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱۹
	زمان*گروه	۳۸/۲۷	۱	۳۸/۲۷	۱۲/۱۳	۰/۰۰۲	۰/۳۰۲
	خطا	۸۸/۲۸	۲۸	۳/۱۵			
تنفر/ گم گشتگی نقش	گروه	۳۷۶/۱۷	۱	۳۷۶/۱۷	۴/۲۳	۰/۰۴۹	۰/۱۳۱
	زمان	۵۰/۶۸	۱/۱۴	۴۴/۱۸	۳۳/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴
	زمان*گروه	۹۸/۱۵	۱/۱۴	۸۵/۵۵	۶۴/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۹۸
تعیین هویت	خطا	۴۲/۴۸	۳۲/۱۲	۱/۳۲			
	گروه	۱۷۹/۲۱	۱	۱۷۹/۲۱	۱۸/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۹۵
	زمان	۱۳۵/۲۰	۱/۲۹	۱۰۴/۵۶	۷۱/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱۸
ارتباطات	زمان*گروه	۱۸۵/۶۸	۱/۲۹	۱۴۳/۶۰	۹۷/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷۸
	خطا	۵۳/۱۱	۳۶/۲۰	۱/۴۶			
	گروه	۲۵۶/۷۱	۱	۲۵۶/۷۱	۴/۲۳	۰/۰۴۹	۰/۱۳۱
نمره کل تعامل والدین	زمان	۵۸/۸۲	۱/۱۲	۵۲/۱۴	۲۵/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷۲
	زمان*گروه	۱۲۳/۳۵	۱/۱۲	۱۰۹/۳۴	۵۲/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵۲
	خطا	۶۵/۸۲	۳۱/۵۸	۲/۰۸			
نمره کل تعامل والدین	گروه	۳۰۹/۸۷	۱	۳۰۹/۸۷	۴/۶۹	۰/۰۳۹	۰/۱۴۴
	زمان	۱۷۰/۰۱	۱	۱۷۰/۰۱	۳۱/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۷
	زمان*گروه	۱۹۶۰/۸۱	۱	۱۹۶۰/۸۱	۳۵۹/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۹۲۸
نمره کل تعامل والدین	خطا	۱۵۲/۶۶	۲۸	۵/۵۹			
	گروه	۴۲۱۶/۱۷	۱	۴۲۱۶/۱۷	۶/۱۵	۰/۰۱۹	۰/۱۸۰

این کودکان متمرکز بوده و به عنوان رویکردی چندوجهی بر محکم کردن ارتباط بین والد و کودک، و اصلاح نحوه تجربه و پاسخ دهی به هیجان های ناکارآمد آنان متمرکز بود. مادران بعد از آموزش رابطه والد-کودک و استفاده از فنون کودک-محوری، ارتباطی مثبت با کودکان خود برقرار نمودند. در واقع، با افزایش آگاهی مادران از تعلیمات ارتباطی، تعارضات درونی آنها کمتر شده، و با موقعیت های دشوار و تنش آور و رفتار ناسازگار فرزند خویش، سازگاران تر برخورد کردند. آموزش این درمان باعث شد مادران همسو با فرزندان، به بازسازی هیجانات و بهبود مهارت های فرزندپروری خود بپردازند. بنابراین آنها در تمامی جلسات درمان شرکت کردند تا علاوه بر یادگیری همان مهارت هایی که فرزندشان می آموزد، رفتارهای ناسازگاران ای که ممکن است آنان باعث تداوم مشکلات فرزندشان شود را شناسایی کنند. آموزش راهبردهای درمانی در جلسات به مادران کمک کرد که با رفتارهای فرزندپروری سالم آشنا شده و یاد بگیرند چگونه به هیجانات کودک خود پاسخ دهند تا از شدت و مدت ماندگاری آنها کاسته شود [۲۸]. آنها فرا گرفتند که چگونه با اجرای محدودیت ها، کمک کنند تا او کاری خلاف آنچه که عواطفش می گوید انجام دهد. همچنین آموختند که به جای نادیده گرفتن یا سرکوب هیجانات فرزندشان، از طریق مهارت همدلی، درک کنند که کودک شان چه احساسی دارد و چرا ممکن است چنین احساسی داشته باشد. آزمودنی های گروه نمونه با استفاده از تکنیک «آگاهی از لحظه حال» آموختند که به صورت هدفمند بر احساسات، عواطف و تجربیاتی که در زمان حال اتفاق می افتد، تمرکز کنند. آنان دریافتند که توجه به آنچه که در حال حاضر رخ می دهد، مهمتر از توجه به موضوعات گذشته و آینده است؛ چرا که موضوعات گذشته و آینده یا اتفاق افتاده و قابل دسترسی و تغییر نیست؛ و یا هنوز اتفاق نیفتاده است و قابل پیش بینی نمی باشد. آزمودنی ها با یادگیری تکنیک «مواجهه موقعیتی» دریافتند که به جای سرکوب یا اجتناب از هیجانات شدید و ناخوشایند، به تدریج به آنها نزدیک شده و با آنها مقابله کنند. آزمودنی ها با استفاده از تکنیک «حل مسئله» یاد گرفتند که به توانایی خود برای انجام کارها اعتماد داشته و در برابر مشکلات شان منعطف تر عمل کنند. در واقع، درمان فراتشخیصی یکپارچه به آنان کمک کرد تا با هیجانات خود بیشتر آشنا شده و محیطی امن برای بروز این هیجانات ایجاد

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه کودک محور بر تعامل والد-کودک کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله درمانی در بهبود تعامل والد-کودک و خرده مقیاس های احساسات مثبت، تنفر/گم گشتگی نقش، تعیین هویت و ارتباطات کودکان مبتلا موثر بوده است. این یافته با نتایج مطالعات سخا و همکاران [۲۴]، کاظمی و همکاران [۲۶]، گروسمن و همکاران [۲۹] و اسکالرا و همکاران (۳۰) مبنی بر اثربخشی مداخله کودک-محور و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کودکان با اختلال نقص توجه-بیش فعالی، و کاهش احساسات شدیدی چون اضطراب و افسردگی مطابقت دارد.

در تبیین این یافته می توان گفت که یکی از مشکلات کودکان با اختلال نقص توجه-بیش فعالی، ناتوانایی آنان در ایجاد ارتباط مناسب با اطرافیان به خصوص با والدین است. به طور قطع نمی توان مشخص کرد که در ایجاد تعارض بین والدین و فرزندان چه کسی بیشترین تأثیر را دارد؛ اما می توان گفت که عدم آگاهی کافی والدین و فرزندان از مهارت های ارتباطی و نداشتن مهارت در حل مسائل باعث بروز این تعارضات می شود (۲۴). بنابراین، مداخلات کودک محور به دلیل مهارت های قابل تعلیمی که به والدین دارند (۲۳)، می توانند برای تغییر ارتباط (۲۵) آنان کارآمد باشند. تعامل بین والد و کودک، حمایت و توجهی را برای آنان فراهم می کند و مهارت های جدیدی را به آنها می آموزد که می تواند فرایند درمان را تسریع کند. حضور والد در مداخله به کودک این بینش را می دهد که او تنها نیست که از این مسأله رنج می برد.

از طرفی، این کودکان بدلیل اینکه تعامل مطلوبی با دیگران ندارند و بعضاً در تعاملات خود بازخوردهای هیجانی منفی دریافت می کنند، نمی توانند نه هیجانات خود را خوب تشخیص داده و نه اینکه در شناخت حالات هیجانی دیگران قوی باشند. لذا، برنامه فراتشخیصی یکپارچه کودک محور می تواند برای پاسخ های هیجانی و رفتاری این کودکان کارآمد باشد. چرا که این روش درمانی برای اختلال های هیجانی تدوین شده و می توان آن را بر اساس اصول تعاملات والد-کودک آموزش داد.

در پژوهش حاضر برنامه فراتشخیصی یکپارچه کودک محور طراحی شده بر ابعاد ارتباطی، شناختی، هیجانی و رفتاری

فراهم گردد.

نتیجه گیری

در یک جمع بندی کلی باید گفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه کودک محور بر بهبود تعامل والدین کودکان دارای اختلال نقص توجه- بیش فعالی موثر بود. نتایج حاصله در مرحله پیگیری نیز نشان داد که اثربخشی این مداخله با گذشت زمان از بین نرفته و می توان به عنوان یک روش درمانی باثبات در بهبود تعامل این کودکان استفاده نمود. بنابراین، مادران می توانند با بهره گیری از این مداخله درمانی در خانه، ضمن اینکه باعث بهبود مشکلات هیجانی و شناختی کودکان شوند، به ارتقای تعاملات والد و کودک خود نیز کمک نمایند.

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری در رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز با کد اخلاق IR.IAU.SHIRAZ.REC.1401.023 می باشد. بدین وسیله از تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

بنا به اظهار نویسندگان در مقاله حاضر هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

کنند. زمانی که آنان با هیجان های مثبت و منفی، نشانه های بدنی، هشدارهای هیجانی و... آشنا شدند، ابتدا احساس بهتری نسبت به خود پیدا کرده؛ سپس، با بروز واکنش صحیح نسبت به هیجان های خود از حس اعتماد به نفس بیشتری برخوردار گشتند؛ و انعطاف پذیری آنها در مواجهه با مشکلات بیشتر شد. این تکنیک به آنان کمک کرد که هم مادران و هم کودکان در مورد حل مسائل، منعطفانه تر بیندیشند تا بتوانند مفیدترین راه را انتخاب کنند. و کلام آخر، مادران در جریان آموزش یاد گرفتند که با استفاده از تکنیک هایی چون پاسخ گویی انعکاسی، پذیرش احساسات و عواطف کودک، اجرای محدودیت ها و ... به نحو موثرتری می توانند با کودک خود ارتباط برقرار کنند؛ این امر منجر به کنترل بیشتر کودک و در نتیجه افزایش تعاملات آنان شد.

استفاده از نمونه گیری غیرتصادفی در پژوهش باعث شد تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. لذا پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از نمونه گیری تصادفی استفاده شود. محدود کردن جامعه آماری به مرکز مشاوره عسل شهر تهران از دیگر محدودیتهای این مطالعه بود. شایسته است در پژوهش های آتی جامعه ایی با حجم گسترده تر در نظر گرفته شود. پژوهش حاضر روی مادران دارای کودک اختلال نقص توجه- بیش فعالی انجام شده است و نتایج آن صرفا به جامعه مادران قابلیت تعمیم پذیری دارد؛ لذا توصیه می گردد در مطالعات آتی دسترسی به هر دو والد

References

1. Ustun B, Adler LA, Rudin C, Faraone SV, Spencer TJ, Berglund P, Gruber MJ, Kessler RC. The world health organization adult attentiondeficit/ hyperactivity disorder self-report screening scale for DSM-5. *Jama Psychiatry*. 2017; 74(5): 520-527. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0298>
2. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*. 2018; 5(2): 175-186. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0)
3. Kirova AM, Kelberman C, Storch B, DiSalvo M, Woodworth KY, Faraone SV, Biederman J. Are subsyndromal manifestations of attention deficit hyperactivity disorder morbid in children? A systematic qualitative review of the literature with meta-analysis. *Psychiatry Research*. 2019; 274: 75-90. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.003>
4. Hassanzadeh S, Amraei K, Samadzadeh S. Meta-analysis of attention deficit/hyperactivity disorder prevalence in Iran. *Emprwering Exceptional Children*. 2019; 10(2): 165-177. [Persian] <https://doi.org/10.1017/9781108593946.016>
5. Amin Nasab V, Banijamali S A, Hatami H. The effectiveness of cognitive-motor learning training on social adjustment, motor skills and ADHD symptoms reduce in preschool children aged 5 and 6 years. *Journal of Psychological Science*. 2019; 17(72): 883-892. [Persian] URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-326-fa.htm>
6. Pierre M, Cogez J, Lebain P, Loisel N, Lalevée C, Bonnet AL, De La Sayette V, Viader F.

- Detection of adult attention deficit hyperactivity disorder with cognitive complaint: Experience of a French memory center. *Revue Neurologique*. 2019; 175(6): 358-366. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2018.09.021>
7. Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, Evans SW, Flinn SK, Froehlich T, Frost J, Holbrook JR, Lehmann CU, Lessin HR, Okechukwu K, Pierce KL, Winner JD, Zurhellen W. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2019; 144(4): e20192528. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>
 8. Luo Y, Weibman D, Halperin JM, Li X. A review of heterogeneity in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Frontal Human Neuroscience*. 2019; 11(13): 42-48. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2019.00042>
 9. Al Sehli SA, Helou M, Sultan MA. The efficacy of parent-child interaction therapy (PCIT) in children with attention problems, hyperactivity, and impulsivity in Dubai. *Case Reports in Psychiatry*. 2021; 2021 (5588612): 1-4. <https://doi.org/10.1155/2021/5588612>
 10. Cadenas M, Hartman C, Faraone S, Antshel K, Borges A, Hoogeveen L, Rommelse N. Cognitive correlates of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents with high intellectual ability. *Journal of neurodevelopmental disorders*. 2020; 12(1): 1-9. <https://doi.org/10.1186/s11689-020-9307-8>
 11. Perugi G, Pallucchini A, Rizzato S, Pinzone V, De-Rossi P. Current and emerging pharmacotherapy for the treatment of adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Expert opinion on pharmacotherapy*. 2019; 20(12): 1457-1470. <https://doi.org/10.1080/14656566.2019.1618270>
 12. Walerius DM, Reyes RA, Rosen PJ, Factor PI. Functional impairment variability in children with ADHD due to emotional impulsivity. *Journal of Attention Disorders*. 2018; 22(8): 724-737. <https://doi.org/10.1177/1087054714561859>
 13. Castagna PJ, Calamia M, Davis TE. Childhood ADHD and negative self-statements: Important differences associated with subtype and anxiety symptoms. *Behavior Therapy*. 2017; 48(6): 793-807. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.05.002>
 14. Chronis-Tuscano A, Lewis-Morrarty E, Woods KE, O'Brien KA, Mazursky-Horowitz H, Thomas SR. Parent-Child interaction therapy with emotion coaching for preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2016; 23(1): 62-78. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.11.001>
 15. Norouzi M, Sharifidaramadi P, Rezayi S. The effect of emotional management training on mental upheaval caused by the Covid-19 crisis and the quality of mother-child interaction in mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN)*. 2023; 11(4): 44-54. URL: <http://ijpn.ir/article-1-2194-en.html>
 16. Vandermaas-Peeler M, Westerberg L, Fleishman H. Bridging known and new: inquiry and intersubjectivity in parent-child interactions. *Learn Cult Soc Interact*. 2019; 21: 124-135. <https://doi.org/10.1016/j.lcsi.2019.02.011>
 17. Ghandiani Arani Kh, Hasanzadeh S, Gholamali Lavasani M, Azizi M. The effectiveness of a knowledge, attitude, and practice promotion program with a positive approach to attention-deficit / hyperactivity disorder on parent-child interaction, parental stress, and self-efficacy. *Journal of Applied Psychological Research*. 2022; 13(3): 73-93. [Persian]
 18. Rashidi B, Yazdanipour M, Abedi A, Faramarzi S. Systematic review of the effectiveness of psychological interventions on parent-child interaction improving in children with ADHD. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2022; 9 (4): 1-15. [Persian] <https://doi.org/10.32598/shenakht.9.4.1>
 19. Maghrebi Sinaki H, Hassanzadeh S, Arjmandnia A, Khademi M. The effect of teaching communication skills to mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder on enhancement of parent-child interaction. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 2016; 13(49): 57-69. [Persian] https://jip.stb.iau.ir/article_526840_e2f4cf2cba50d98051e5c211f14b9161.pdf
 20. Heath CL, Curtis DF, Fan W, McPherson R. The association between parenting stress, parenting self-efficacy, and the clinical significance of child ADHD symptom change following behavior therapy. *Child Psychiatry & Human Development*. 2015; 46(1): 118-129. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0458-2>
 21. Azizi A, Ghasemi S, Ghorbani A, Shojai F, Mohammadi F. Comparison the effectiveness of functional family therapy and acceptance and

- commitment therapy on family empowerment and quality of life in families with attention deficit/hyperactivity disorder children. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2017; 7(26): 177-210.
22. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, Cassiello-Robbins C. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Journal of American Medical Association Psychiatry*. 2017; 74(9): 875-884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
 23. VanFleet R, Sywulak AE, Sniscak CC. *Child-centered play therapy*. New York: Guilford Press. 2011.
 24. Sakha S, Mozafari M, Samani S, Aminimanesh S. Effectiveness of the painting therapy, clay therapy and combined methods of family-centered, child-centered on emotion regulation for children with attention deficit/ hyperactivity disorder. *Empowering Exceptional Children*. 2021; 12(4): 49-67.
 25. Blanco PJ, Muro JH, Holliman R, Stickley VK, Carter K. Effect of child-centered play therapy on performance anxiety and academic achievement. *J Child Adolesc Couns*. 2015; 1(2): 66-80. <https://doi.org/10.1080/23727810.2015.1079117>
 26. Kazemi MR, Mohammadi MR, Akhondzadeh SH, Amantadine versus methylphenidate in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder: a randomized, double-blind trial. *EBNESINA*. 2011; 14 (3): 10-16. [Persian] URL: <http://ebnesina.ajaums.ac.ir/article-1-23-en.html>
 27. Ashena MS, Besharat MA, Malihialzuckerini S, Rafezi Z. The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on positive metacognitions and meta-emotions in mothers of children with cancer. *Journal of Psychological Science*. 2021; 20(97): 13-22. [Persian] URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-806-en.html>
 28. Alavi Z, Ghasemzadeh S, Arjmandnia AA, Gholamali Lavasani M, Vakili S. The effectiveness of unified protocol for transdiagnostic treatment on emotion regulation in anxious pupils and parenting methods of their mothers. *Psychological Studies*. 2022; 18(2): 21-34. [Persian] .
 29. Grossman RA, Ehrenreich-May J. Using the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*. 2020; 27(2): 184-201. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.05.004>
 30. Escalera JG, Valiente RM, Sandin B, Ehrenreich-May J, Prieto A, Chorot P. Adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: An initial cluster randomized wait-list-controlled trial. *Journal of Behavior Therapy*. 2020; 51(3): 461-473. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.08.003>
 31. Mohammadi R, Nahang AA, Hoseini MA. The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on self-concept and psychological disorder of the students with depression symptoms. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2020; 6(4): 108-118. [Persian] <http://childmentalhealth.ir/article-1-470-en.html> <https://doi.org/10.29252/jcmh.6.4.11>
 32. Mozaffari V, Ghorban Shiiroodi Sh, Shafiabadi A. Effectiveness of integ-rated meta-diagnostic therapy on cognitive emotion regulation and psychological resilience of veterans' spouses. *Iranian Journal of War & Public Health*. 2020; 12(3): 149-155. <https://doi.org/10.52547/ijwph.12.3.149>
 33. Delavar A. *No Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences*. 2nd ed. Tehran: Roshd; 2018. [Persian]
 34. Azizi M, Sadaqat M. Comparison of social responsibility, parent-child relationship and psychological well-being in knowledge. *Journal of Sociological Researches*. 2020; 14(4): 139-158. [Persian] https://soc.garmsar.iau.ir/article_680119.html
 35. Barlow DH, Ehrenreich-May J, Kennedy SM, Sherman JA, Bilek EL. *Unified protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children (therapist guide)*. Ghasemzadeh S, Salek L (translator). Tehran: Ebnesina publications; 2019. [Persian].
 36. Landreth GL, & Bratton SC. *Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual: an evidence-based 10-session filial therapy model*. New York: Pub. Location; 2019. <https://doi.org/10.4324/9781315537948>