

## اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک با روش آموزش حضوری بر کارکردهای اجرایی دانش‌آموزان دارای بیش‌فعالی و نقص توجه

سحر بیات<sup>۱</sup>، منصوره شهریاری احمدی<sup>۲\*</sup>، مهناز استکی<sup>۳</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک با روش آموزش حضوری بر کارکردهای اجرایی دانش‌آموزان دارای بیش‌فعالی و نقص توجه انجام شد. روش پژوهش شبه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال منطقه ۱۹ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ که مبتلا به بیش‌فعالی و نقص توجه بود. حجم نمونه تعداد ۳۰ نفر تعیین شد به روش نمونه‌گیری هدفدار، این تعداد افراد به روش همتاسازی در دو گروه تقسیم شدند که تعداد هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد که یک گروه آزمایش به شیوه آموزش حضوری درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ برنامه درمانی را دریافت نکردند. ابزار پژوهش پرسشنامه کارکردهای اجرایی جرارد و همکاران (۲۰۰۰) بود. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک با روش آموزش حضوری بر کارکردهای اجرایی (حافظه فعال، تنظیم هیجانی) دانش‌آموزان دارای بیش‌فعالی و نقص توجه موثر است ( $p < 0.05$ ). می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک با روش آموزش حضوری می‌تواند در بهبود کارکردهای اجرایی دانش‌آموزان دارای بیش‌فعالی و نقص توجه موثر واقع شود.

### کلید واژگان

درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک، آموزش حضوری، کارکردهای اجرایی، بیش‌فعالی و نقص توجه

۱. دانشجوی گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران. sahar.bayat62@gmail.com

۲. نویسنده مسئول: استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران. mansure\_shahriari@yahoo.com

۳. استادیار دانشگاه آزاد واحد تهران مرکزی، تهران، ایران. p.esteki@gmail.com

## مقدمه

اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات سلامت روان در دوران کودکی است، با تخمین‌های فعلی نشان می‌دهد که ۹ درصد از کودکان ۵ تا ۱۷ ساله در ایالات متحده در مقطعی تشخیص داده شده‌اند (آکین بامی، لیو، پاستور، و روبن، ۲۰۲۱). از جمله حوزه‌هایی که در این مطالعات به آن توجه شده است، نقص در کارکردهای اجرایی می‌باشد (ستین<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). کارکرد اجرایی<sup>۳</sup> یک کارکرد عالی شناختی و فراشناختی<sup>۴</sup> است که مجموعه‌ای از تواناییهای عالی، بازداری<sup>۵</sup>، خودآغازگری<sup>۶</sup>، برنامه‌ریزی راهبردی، انعطاف شناختی و کنترل تکانه را در بر می‌گیرد (علیزاده، ۱۳۹۵) و همچنین کارکرد اجرایی به توانایی فرد در استفاده از مهارت‌های تفکر برای دستیابی به اهداف، توسعه روش‌های حل مسئله و نظارت و تنظیم رفتارهای خود اشاره دارد. این یک فعالیت پردازشی سطح بالاتر در مغز است. علاوه بر این، کارکرد اجرایی فرآیندی است که از طریق آن افراد کنترل آگاهانه‌ای بر افکار و اعمال خود اعمال می‌کنند (بک و همکاران، ۲۰۲۱). در واقع کارکردهایی همچون سازماندهی، تصمیم‌گیری، حافظه‌ی فعال<sup>۷</sup>، حفظ و تبدیل<sup>۸</sup>، کنترل حرکتی، احساس و ادراک زمان<sup>۹</sup>، پیش‌بینی آینده، بازسازی<sup>۱۰</sup>، زبان درونی و حل مسئله را می‌توان از جمله مهم‌ترین کارکردهای اجرایی عصب شناختی دانست که در زندگی و انجام تکالیف یادگیری و کنش‌های هوشی به انسان کمک می‌کنند (بوریس<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). اگرچه کارکردهای اجرایی در درجه‌ی اول از چشم انداز عصب شناختی مطالعه شده‌اند ولی در سالهای اخیر تحول و آسیب‌شناسی آن‌ها موضوع مورد علاقه‌ی صاحب‌نظران بسیاری بوده است (قمری گیوی، ۱۳۹۸). بر اساس تحقیقات سوتو<sup>۱۲</sup> و همکاران (۲۰۲۰) با ثبات‌ترین و قویترین نقیصه‌ی کارکرد اجرایی در مبتلایان به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی، در اندازه‌گیری‌های بازداری پاسخ، حافظه‌ی فعال و برنامه‌ریزی و گوش به زنگی است. بر اساس نتایج پژوهش فوق، گروه آزمون نمراتی را که در حافظه‌ی فعال و توجه بینایی و آزمون برج لندن کسب کردند، کمتر از حد انتظار بود. از سویی زمانی که مولفه‌ی هوش کنترل شد، هیچ ارتباط معنی‌داری بین گزارشها و سنجش‌های معلمان و والدین درباره‌ی نشانه‌های اختلال نقص توجه بیش‌فعالی و ناتوانی در انجام تکالیف کارکرد اجرایی به دست نیامد. در عین حال کودکان دچار ناتوانی در یادگیری نیز از اختلال در کارکردهای اجرایی رنج می‌برند (وفا<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات مختلف در حیطه‌ی ارتباط کارکردهای اجرایی با مهارت‌های کودکان نشان می‌دهند که کارکردهای اجرایی پیش‌بینی‌کننده خوبی برای عملکرد است (شکرکن و نیکولادیس<sup>۱۴</sup>، ۲۰۲۲). پژوهشها نشان داده‌اند که عملکرد تحصیلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه – بیش‌فعالی به طور کلی نسبت به کودکان عادی پایینتر است و محققان میزان شیوع آسیب‌های تحصیلی و یادگیری در گروه کودکان با اختلال نارسایی توجه –

1. Akinbami, Liu, Pastor, Reuben

2. Cetin

3. executive function

4. metacognitive

5. inhibition

6. self- initiation

7. working memory

8. maintenance and shift

9. time sensation and perception

10. reconstruction

11. Boris

12. Soto

13. Wafa

14. Shokrkon & Nicoladis

بیش فعالی را تقریباً برای آن‌هایی که در سن قبل از تشخیص بالینی اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی نیز هستند مشاهده کرده اند (رابینسون و تریپ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). با این وجود در هیچ یک از مطالعات گذشته، چگونگی ارتباط بین کارکردهای شناختی با توجه به نظریه شناختی پاس<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) و عملکرد تحصیلی کودکان مبتلا به بیش فعالی و کم توجهی به طور دقیقی مورد مطالعه قرار نگرفته است و عمدتاً در پژوهشها ارتباط بین برخی کارکردهای شناختی از جمله نقص توجه، مهار پاسخ، حافظه کاری و تغییر مجموعه با عملکرد تحصیلی مورد توجه است (اندرویس<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). از جمله مشکلاتی که خانواده های کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی با آن مواجه هستند، نحوه ارتباط و کنترل کردن این کودکان است و وقتی والدین کودکان معمولی در برابر خواسته ها و نیازهای کودکان خود استرس و فشار روانی زیادی را تحمل می کنند، مسلماً والدینی که کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی دارند به مراتب با چالشهای فرزندپروری بیشتری مواجه هستند. این خانواده ها مجبور به کاربرد مداخلات بیشتر در ارتباط با رفتارهای کودکان در محیط خانه و مدرسه هستند (فاون<sup>۴</sup>، ۲۰۲۱).

اخیراً درمان هایی برای کودکان دارای مشکلات رفتاری ابداع شده که هم تغییرات فوری داشته و هم اهداف درمان در دراز مدت نیز حفظ می شوند (ایگر و انگولد<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶). یکی از عواملی که منجر به ابداع این درمان ها شده ماهیت متداوم این اختلال هاست، همچنین لمبرت<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۰) دریافته اند که رفتارهای مخرب اولیه در طول مراحل تحول پایدار می ماند که این مسئله پیش بین قدرتمندی برای بزهکاری و رفتارهای جنایی بعدی است. این دو عامل نیاز به درمانهایی را ایجاب می کنند که هم مفید و هم با دوام باشند. درمان تعامل والد-کودک بوسیله آیرگ<sup>۷</sup> (۱۹۷۰) ابداع شد. این درمان از نظر مفهومی از تحقیقات طولی بامرید در مورد سبک والدینی مقتدرانه و رویکردهایی همچون رفتار درمانی، بازی درمانی، نظریه یادگیری اجتماعی و نظریه دلبستگی ترسیم شده است که به والدین آموزش می دهد با کودکانشان با گرمی، توجه و به شیوه پاسخ رایانه ای تعامل داشته باشند. این درمان برای مشکلات رفتاری جدی در کودکان ۲ تا ۷ ساله طراحی شده است (چافین<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). این روش نشان می دهد که الگوهای تعامل منفی والد-کودک، ممکن است در رفتارهای آسیب رسان کودکان نقش بسزایی داشته باشد. درمانگران، والدین را در حالی که با فرزندشان در تعامل هستند، در طول درمان هدایت کرده و به والدین راهبردهایی را آموزش می دهند که رفتارهای مثبت فرزندشان را تقویت کنند (اکبر زاده و حسن زاده، ۱۳۹۹). درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک را می توان به شیوه های مختلفی اجرا کرد. اغلب پژوهشگران بین شیوه ارتباطی والدین و کودکان و سطوح رشدی شناختی و هیجانی و تحصیلی فرزندان روابط معناداری را گزارش کرده اند و مشخص شده که برنامه های مداخله ای در بهبود شیوه تعامل روابط والد-کودک بسیار مؤثر است (هوسگان<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸). با توجه به این تفاسیر آموزش و انتشار گسترده مطالعات مبتنی بر برنامه تعامل والد-کودک میتواند برای بسیاری از خانواده ها مفید واقع شود. بدین ترتیب تعامل والد-کودک زمینه اصلی اجتماعی شدن است، به ویژه در اوایل دوران کودکی که کودکان از نظر جسمی و روانی به والدین وابسته هستند. مجموعه ای قوی از تحقیقات، ارتباط بین رفتار والدین و پیامدهای متنوع کودک، از جمله

1. Robinson & Tripp

2. PASS

3. Andrews

4. Fawns

5. Egger & Angold

6. Lambert

7. Eyberg

8. Chaffin

9. Hosogane

کیفیت روابط با همسالان را بررسی کرده است (دوپائول<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس هر دو دیدگاه دل‌بستگی و یادگیری اجتماعی، تعامل والد-کودک ممکن است به عنوان زمینه‌ای عمل کند که در آن کودکان رفتار اجتماعی مناسبی کسب می‌کنند و مدل‌های کاری درونی ایجاد می‌کنند که بر تعامل با دیگران تأثیر می‌گذارد. علاوه بر این، والدین ممکن است با ارائه توصیه‌های صریح در مورد تعامل با همسالان و فراهم کردن فرصت‌هایی برای تماس اجتماعی، بر عملکرد همسالان تأثیر بگذارند و نقش منحصر به فرد هر عامل به طور تجربی مورد حمایت قرار گیرد (مینن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۲).

نتایج پژوهش السهی<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که با استفاده از روش درمان تعاملی والدین و کودک در کودکان مبتلا به مشکلات توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری می‌توان میزان نشانگان مشکلات رفتاری را در کودکان کاهش داد و همچنین نتایج پژوهش میکامی و لرنر<sup>۴</sup> (۲۰۱۵) نشان داد آموزش ارتباط کودک-والد می‌تواند باعث کاهش نشانگان اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی کودکان و افزایش خودکارآمدی والدینی در والدین این کودکان شود. نتایج پژوهش رحمتی قاجاری و همکاران (۱۴۰۱) نشان داد که درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک بر مهارت سازگاری و تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثربخش می‌باشد. نتایج پژوهش قاسمی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که درمان مبتنی بر تعامل والد کودک، سبب کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی کودکان و اضطراب و بیش‌حمایتگری مادران آن‌ها می‌شود. همچنین نتایج پژوهش اکبری‌زاده و حسن‌زاده (۱۳۹۹) نشان داد که برنامه حضوری درمان تعامل والد-کودک بر اساس رویکرد آیرگ به طور معناداری در مولفه‌های وابستگی، تعارض، نزدیکی و رابطه بین والد و کودک موثر بوده است. در هر حال روشهای آموزش متعدد از جمله آموزش حضوری برنامه تعامل والد-کودک بر آموزش و انتشار بر زمان متمرکز بوده و آنگونه که مشاهده شده است به اثرات یکسانی در اجتماع منجر نمی‌شود (شیرزادی و همکاران، ۱۳۹۹)؛ در پژوهش حاضر روش آموزش حضوری برای درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک انتخاب شده که این شیوه می‌تواند تأثیر موثری بر بهبود کارکردهای اجرایی داشته باشد. علت انتخاب کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه با این گروه سنی از آن جهت بود که کودکان در اواخر سنین کودکی و اوایل نوجوانی در برابر محیط خانواده و بی‌توجهی والدین بسیار آسیب‌پذیر می‌شوند و سنین پایه، دوران مناسبی برای تشخیص مشکلات کودکان و مداخله بهنگام برای کاهش و پیشگیری از مشکلات عاطفی، رفتاری، تحصیلی، شخصیتی و اجتماعی آنان است. از طرفی نرخ شیوع معضلات کارکردهای شناختی و فراشناختی و اثرات زیانبار آن فراوان است و کودکان و دانش‌آموزان دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی برای جامعه اهمیت دارند. تحقیقات انجام گرفته در ایران در زمینه بهبود کارکردهای اجرایی کودکان با نیازهای خاص بسیار محدود بوده و تاکنون اثربخشی این برنامه‌های درمانی بر کارکردهای اجرایی در جامعه آماری کودکان دارای بیش‌فعالی و نقص توجه به خصوص بعد از همه‌گیری کرونا که شیوه‌های آموزشی را در جهان دگرگون ساخته بررسی نشده است. همچنین اطلاعات حاصل از انجام چنین پژوهش‌هایی می‌تواند در دانش‌آموزان خودارزیابی و شناخت بهتر موقعیت شخصی و اجتماعی و درک بهتر از توانمندیهای فردی و تحصیلی را به وجود آورد و موقعیت را برای عملی کردن روشهای درمانی در رفتارهای فردی - اجتماعی کودکان فراهم کند؛ از اینرو با توجه به مطالب مذکور پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک با روش آموزش حضوری بر کارکردهای اجرایی دانش‌آموزان دارای بیش‌فعالی و نقص توجه انجام شد.

1. DuPaul

2. Meynen

3. Al Sehli

4. Mikami & Lerner

## روش

روش پژوهش شبه آزمایشی، با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال منطقه ۱۹ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ که مبتلا به بیش‌فعالی و نقص توجه بود. حجم نمونه تعداد ۳۰ نفر تعیین شد به روش نمونه‌گیری هدفدار، این تعداد افراد به روش همتاسازی در دو گروه تقسیم شدند که تعداد هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد که گروه آزمایش به شیوه آموزش حضوری درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ برنامه درمانی را دریافت نکردند. معیار ورود به این پژوهش برای گروه‌های نمونه عبارت بود از داشتن سن حداقل ۱۰ الی ۱۲ سال، عدم ابتلا به اختلالات یادگیری و عقب ماندگی ذهنی، همچنین معیارهای خروج نیز عبارت بود از این که در صورتی که گروه‌های آزمایش در حین اجرای پژوهش برنامه درمانی بیس از یک جلسه غیبت داشته باشند واجد خروج از ادامه پژوهش بودند. ابزار پژوهش پرسشنامه کارکردهای اجرایی جرارد و همکاران (۲۰۱۰) بود که توسط جرارد<sup>۱</sup> و همکاران در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۸۶ سؤال می‌باشد. در که با توجه به شرایط حادث شدن وضعیت برای کودک به عنوان "هیچ وقت" و "گاهی اوقات" و "همیشه" به ترتیب از ۱ تا ۳ توسط والدین نمره گذاری می‌شود و رفتارهای کودک را در مدرسه و یا منزل مورد بررسی قرار می‌دهد و به منظور تفسیر رفتاری عملکرد اجرایی کودکان ۵ تا ۱۸ ساله طراحی شده است. ابعاد این پرسشنامه عبارتند: از: بازداری، انتقال توجه، تنظیم هیجانی، حافظه فعال، برنامه ریزی، کنترل، آغازگری و سازماندهی. در پژوهش حاضر از فرم والدین استفاده شد. این آزمون ثبات درونی زیادی دارد از ۸۰ تا ۹۸ آلفای کرونباخ که در سال ۱۹۵۱ برای هر دو فرم والدین و معلمین صورت گرفته است. ارزیابی همسانی درونی فرم والدین این پرسشنامه ۰/۸۲ تا ۰/۹۸ و پایایی آزمون- باز آزمون این فرم ۰/۷۲ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. اعتبار هر کدام از خرده مقیاس‌ها در فرم والدین، کنترل (۰/۷۶) سازماندهی (۰/۷۹)، برنامه ریزی (۰/۸۵)، حافظه فعال (۰/۸۵)، آغازگری (۰/۸۰)، کنترل هیجانی (۰/۷۹) انتقال توجه (۰/۷۹) و بازداری (۰/۸۴) می‌باشد (نوده ئی و همکاران، ۱۳۹۵). برای بررسی سازگاری درونی نسخه فارسی پرسشنامه کارکردهای اجرایی از ضریب آلفای کرونباخ توسط مجیدی در سال ۱۳۹۰ استفاده شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۶ تعیین شد.

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از هماهنگی با مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و شناسایی افراد واجد شرایط و جلب رضایت والدین کودکان افراد بعد از همتاسازی از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی و از نظر سطح اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه در دو گروه پژوهش تقسیم شد و در مرحله پیش آزمون پرسشنامه کارکردهای اجرایی جرارد و همکاران (۲۰۱۰) توسط دانش‌آموزان تکمیل شد. سپس برنامه مداخله درمان تعامل والد-کودک به روش حضوری اجرا شد. در برنامه درمان تعامل والد-کودک دو دسته از مهارت‌ها جهت درمان مورد توجه قرار گرفت. در مرحله تعامل کودک محور، والدین استفاده از مهارت‌های انجام دانی معمول بازی درمانی را به منظور ارتقا ارتباط والد-کودک توسط درمانگر در قالب آموزش گروهی و انفرادی دریافت کردند. کلیه برنامه‌های مداخله‌ای این مرحله، در قالب جلسات حضوری، که شامل استفاده از بروشورهای اطلاعاتی، فایل‌های تصویری، مشاوره بوده است. در مرحله تعامل والد محور، والدین برای افزایش فرمان‌پذیری و کاهش رفتارهای مخل کودک مهارت‌های لازم را آموزش دیدند. از جمله خوب دستور یا فرمان دادن، تحسین کردن، فرمان‌پذیری، استفاده از فن محرومیت برای نافرمانی و برقراری قوانین خانگی از مهارت‌های این مرحله هستند. تمامی این مهارت‌ها از طریق ابزارهای دیداری، نوشتاری، شنیداری

1. Gerard

و گفتاری که سطور بالا ذکر شد، انجام گرفت. در روش حضوری نیز درمان تعامل والد-کودک معمولاً به ۱۴ جلسه یک ساعته هفتگی برای هدایت تعامل والد-کودک ارائه شد.

### پروتکل درمان تعامل والد-کودک ایبرگ (۲۰۰۵)

**جلسه اول:** ارزیابی اولیه و تعیین جهتگیری درمان در قالب مصاحبه‌های ایجاد شد. عناصر ورودی در طرح، حین بازی بررسی گردید.

**جلسه دوم:** در این جلسه به والدین گفته شد، قانون اساسیتر تعامل کودک-مدار اجازه دادن به کودک جهت هدایت کردن فعالیت است و باتوجه به اینکه یکی از اصول مهم این مرحله پیروی والدین از کودک بوده، از والدین خواسته شد از پرسیدن سؤال، دستور دادن، انتقاد و سرزنش خودداری کنند.

**جلسه سوم:** تقویت رابطه درمانی از اهداف این جلسه است و به هدایتگری مهارتهای کودک-محور در قالب بازی اختصاص دارد.

**جلسه چهارم:** تقویت رابطه درمانی و ارائه حمایت از اهداف این جلسه است. در انتهای کار بیشتر بر نقاط قوت والدین تأکید میگردد و از آنها خواسته می‌شود در تکلیف خانگی بیشتر برای کاهش تعداد سؤالات و افزایش بازخوردها تلاش کنند.

**جلسه پنجم:** این جلسه با هدف تقویت رابطه درمانی و افزایش استقلال کودکان انجام شد و به هدایتگری مهارتهای کودک-محور در قالب بازیهای متناسب با سطح رشدی اختصاص دارد.

**جلسه ششم:** در این جلسه بر اهمیت گفتگو درباره هیجان و راهبردهای تنظیم آن توسط والدین و همچنین بر نقش والدین در رهبری هیجان‌ات کودکان تأکید شد. این راهبردها به صورت روشن و مستقیم به کودکان آموزش داده شد و استفاده از آنها تقویت گردید.

**جلسه هفتم:** آموزش ماهیت اضطراب برای والدین. به والدین آموزش داده شد که آنها باید کودکانشان را تشویق کنند تا با ترسها روبه‌رو شوند و ایشان را در خلال رویارویی حمایت کرده و به موفقیتشان پاداش دهند؛ همچنین بر به کار بردن مهارتهای (پرهیزی) و (انجام دانی) در موقعیتهای اضطراب انگیز تأکید شد.

**جلسه هشتم:** در این جلسه با زبانی متناسب با سن اهمیت رویارویی برای کودک توضیح داده شد.

**جلسه نهم:** آموزش مجموعه‌های از مهارتهای اجتماعی متناسب با سطح رشد که کودک نمیتواند به طور مداوم انجام دهد به والدین صورت گرفت.

**جلسه دهم:** هدف این جلسه تقویت مهارتهایی شامل توانایی بیان نیازها و دفاع کردن از حقوق شخصی در مقابل سایر افراد و حمایت و دفاع از خود به روشی که منجر به کسب نتیجه مثبتی شود و تمرین در دنیای واقعی است.

**جلسه یازدهم:** آموزش نحوه دستور دادن به کودک برای مواجهه با عدم متابعت کودک از دستورات و تأکید بر استفاده نکردن از تعامل والد-محور در خلال موقعیتهای اضطراب انگیز، صورت گرفت.

**جلسه دوازدهم:** آموزش نحوه دستور دادن به کودک و بیان مهارتهایی برای مواجهه با عدم متابعت کودک از دستورات مانند روش محروم سازی و ادامه مواجهه با سلسله مراتب موقعیتهای برانگیزاننده اضطراب در کودک، انجام شد.

**جلسه سیزدهم:** بیان اهمیت به کارگیری و تعمیم مهارتهای یادشده در همه موقعیتهای زندگی روزمره و برطرف کردن نقاط

ضعف احتمالی در زمینه مهارت‌های آموخته شده، صورت گرفت.

**جلسه چهاردهم:** در این جلسه تکرار سنج‌های پذیرش و ارزیابی مالک‌های اتمام آموزش همراه با معرفی تکنیک‌های دیگر مدیریت رفتار انجام شد. برنامه ریزی برای جلسه حمایتی که سه ماه بعد از پایان درمان برگزار شد. در نهایت پس از نمره‌گذاری پرسشنامه، داده‌ها وارد نرم افزار آماری SPSS ۲۵ شد و با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره اهداف پژوهش ارزیابی شد.

### یافته‌ها

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیر کارکردهای اجرایی و خرده مولفه‌های آن در دو گروه

گروه	متغیر	مرحله	انحراف استاندارد	میانگین	کجی	کشیدگی	تعداد
حضور	بازداری	پیش آزمون	۲,۱۳۴	۲۷,۴۷	۰۴۹-.	۱,۰۶۶-	۱۵
		پس آزمون	۲,۵۲۶	۲۹,۶۷	۲۸۱.	۱,۱۲۳-	۱۵
	انتقال توجه	پیش آزمون	۱,۶۴۲	۲۶,۱۳	۱۳۳-.	۴۷۵-.	۱۵
		پس آزمون	۳,۳۲۷	۲۸,۹۳	۹۶۷.	۱,۰۰۳	۱۵
	تنظیم هیجانی	پیش آزمون	۲,۰۷۷	۳۴,۲۰	۵۸۳-.	۲۹۱-.	۱۵
		پس آزمون	۱,۹۰۷	۳۵,۷۳	۱۳۰-.	۴۲۸-.	۱۵
	حافظه فعال	پیش آزمون	۱,۹۸۱	۲۶,۹۳	۹۹۷.	۱,۹۳۱	۱۵
		پس آزمون	۳,۹۸۰	۳۰,۱۳	۱,۶۲۰	۱,۹۴۲	۱۵
	برنامه ریزی	پیش آزمون	۲,۰۵۹	۲۶,۶۷	۲۱۸-.	۸۱۸-.	۱۵
		پس آزمون	۲,۳۲۶	۲۹,۴۷	۱۴۸-.	۱,۳۰۰-	۱۵
	کنترل	پیش آزمون	۱,۱۸۳	۲۲,۶۰	۳۲۲.	۳۴۰-.	۱۵
		پس آزمون	۲,۳۵۰	۲۵,۳۳	۳۱۰-.	۷۵۷-.	۱۵
	آغازگری	پیش آزمون	۱,۳۸۷	۱۱,۲۷	۳۶۵-.	۱,۱۲۵-	۱۵
		پس آزمون	۱,۷۱۸	۱۳,۳۳	۰۱۴-.	۵۳۶-.	۱۵
	سازماندهی	پیش آزمون	۱,۳۰۲	۱۶,۴۷	۳۶۴-.	۹۶۰-.	۱۵
		پس آزمون	۱,۸۸۲	۱۸,۶۰	۰۸۰.	۲۸۲-.	۱۵

۱۵	۰۵۶.	۶۹۰.-	۱۹۱,۷۳	۳,۶۳۴	پیش آزمون	کارکرد اجرایی	کنترل
۱۵	۶۲۶.	۶۶۵.	۲۱۱,۲۰	۷,۹۰۳	پس آزمون		
۱۵	-۰,۵۹۲	۰,۲۳۹	۲۶,۶۷	۱,۷۹۹	پیش آزمون	بازداری	
۱۵	-۰,۲۸۸	-۰,۳۴۴	۲۶,۷۳	۱,۹۰۷	پس آزمون		
۱۵	-۰,۹۰۹	-۰,۱۶۸	۲۵,۷۳	۱,۵۳۴	پیش آزمون	انتقال توجه	
۱۵	-۰,۳۲۱	-۰,۶۶۹	۲۶,۲۰	۱,۵۲۱	پس آزمون		
۱۵	-۰,۰۹۶	-۰,۲۶۱	۳۵,۱۳	۲,۰۶۶	پیش آزمون	تنظیم هیجانی	
۱۵	-۰,۱۱۹	۰,۱۰۸	۳۵,۷۳	۱,۹۸۱	پس آزمون		
۱۵	-۰,۹۶۱	۰,۲۲۰	۲۶,۰۰	۱,۸۹۰	پیش آزمون	حافظه فعال	
۱۵	۰,۷۹۸	۱,۰۰۶	۲۳,۸۷	۲,۲۹۵	پس آزمون		
۱۵	-۰,۷۷۳	۰,۲۵۹	۲۵,۸۰	۱,۷۴۰	پیش آزمون	برنامه ریزی	
۱۵	-۰,۹۹۵	۰,۰۲۵	۲۶,۳۳	۱,۵۴۳	پس آزمون		
۱۵	-۱,۲۴۳	۰,۰۰۲	۲۲,۷۳	۲,۱۵۴	پیش آزمون	کنترل	
۱۵	-۰,۷۷۲	۰,۲۹۰	۲۲,۶۰	۱,۸۴۴	پس آزمون		
۱۵	-۱,۲۹۲	۰,۰۱۱	۱۲,۴۰	۱,۷۶۵	پیش آزمون	آغازگری	
۱۵	-۰,۷۰۴	۰,۰۵۴	۱۲,۶۰	۱,۸۴۴	پس آزمون		
۱۵	-۱,۲۹۶	-۰,۱۱۶	۱۷,۴۷	۱,۷۶۷	پیش آزمون	سازماندهی	
۱۵	-۰,۷۰۴	۰,۰۵۴	۱۷,۶۰	۱,۸۴۴	پس آزمون		
۱۵	-۰,۸۳۰	-۰,۰۵۳	۱۹۱,۹۳	۵,۶۳۷	پیش آزمون	کارکرد اجرایی	
۱۵	-۱,۱۶۴	۰,۱۴۵	۱۹۱,۶۷	۴,۵۹۳	پس آزمون		

چنانچه در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمرات کارکردهای اجرایی و خرده مولفه‌های آن در گروه کنترل در مرحله پس آزمون به نسبت پیش آزمون تفاوت زیادی در میانگین نمرات مشاهده نشد ولی در گروه آموزش حضوری در مرحله پس آزمون به نسبت پیش آزمون تفاوت اندکی مشاهده شد.



جدول ۲: نتایج آزمون شاپیرو و کولموگروف-اسمیرونوف در فرض نرمال بودن داده‌ها

کولموگروف-اسمیرونوف			شاپیرو					
معنی داری	درجه آزادی	آماره	معنی داری	درجه آزادی	آماره	مرحله	متغیر	گروه
*۰,۲۰۰	۱۵	۰,۱۴۳	۰,۵۷۴	۱۵	۰,۹۵۳	پیش آزمون	بازداری	حضور
*۰,۲۰۰	۱۵	۰,۱۴۵	۰,۳۸۵	۱۵	۰,۹۴۰	پس آزمون		
*۰,۲۰۰	۱۵	۰,۱۶۸	۰,۷۳۸	۱۵	۰,۹۶۳	پیش آزمون	انتقال توجه	
*۰,۲۰۰	۱۵	۰,۱۵۹	۰,۱۸۷	۱۵	۰,۹۱۹	پس آزمون		
۰,۱۸۷	۱۵	۰,۱۸۳	۰,۴۴۰	۱۵	۰,۹۴۴	پیش آزمون	تنظیم هیجانی	
*۰,۲۰۰	۱۵	۰,۱۴۱	۰,۷۲۱	۱۵	۰,۹۶۲	پس آزمون		
*۰,۲۰۰	۱۵	۰,۱۶۲	۰,۲۰۰	۱۵	۰,۹۲۱	پیش آزمون	حافظه فعال	
۰,۰۰۰	۱۵	۰,۳۱۳	۰,۰۰۲	۱۵	۰,۷۷۲	پس آزمون		
*۰,۲۰۰	۱۵	۰,۱۴۱	۰,۷۴۳	۱۵	۰,۹۶۳	پیش آزمون	برنامه ریزی	
۰,۱۴۷	۱۵	۰,۱۹۱	۰,۲۰۸	۱۵	۰,۹۲۲	پس آزمون		
*۰,۲۰۰	۱۵	۰,۱۶۸	۰,۲۱۸	۱۵	۰,۹۲۴	پیش آزمون	کنترل	
*۰,۲۰۰	۱۵	۰,۱۴۵	۰,۷۸۲	۱۵	۰,۹۶۵	پس آزمون		
۰,۰۲۶	۱۵	۰,۲۳۵	۰,۰۷۹	۱۵	۰,۸۹۵	پیش آزمون	آغازگری	
۰,۱۹۹	۱۵	۰,۱۸۱	۰,۳۱۸	۱۵	۰,۹۳۴	پس آزمون		
۰,۱۴۱	۱۵	۰,۱۹۲	۰,۱۰۷	۱۵	۰,۹۰۳	پیش آزمون	سازماندهی	
*۰,۲۰۰	۱۵	۰,۱۴۹	۰,۶۴۵	۱۵	۰,۹۵۷	پس آزمون		
*۰,۲۰۰	۱۵	۰,۱۳۴	۰,۶۰۰	۱۵	۰,۹۵۵	پیش آزمون	کارکرد اجرایی	
*۰,۲۰۰	۱۵	۰,۱۶۲	۰,۷۵۶	۱۵	۰,۹۶۴	پس آزمون		
۰,۲۰۰*	۱۵	۰,۱۴۱	۰,۲۷۳	۱۵	۰,۹۳۰	پیش آزمون	بازداری	کنترل
۰,۲۰۰*	۱۵	۰,۱۵۴	۰,۷۸۹	۱۵	۰,۹۶۶	پس آزمون		

۰,۲۰۰*	۱۵	۰,۱۷۲	۰,۲۲۲	۱۵	۰,۹۲۴	پیش آزمون	انتقال توجه
۰,۰۴۹	۱۵	۰,۲۲۰	۰,۰۶۶	۱۵	۰,۸۸۹	پس آزمون	
۰,۲۰۰*	۱۵	۰,۱۶۷	۰,۷۸۱	۱۵	۰,۹۶۵	پیش آزمون	تنظیم هیجانی
۰,۲۰۰*	۱۵	۰,۱۴۱	۰,۵۶۸	۱۵	۰,۹۵۳	پس آزمون	
۰,۲۰۰*	۱۵	۰,۱۶۷	۰,۲۶۶	۱۵	۰,۹۲۹	پیش آزمون	حافظه فعال
۰,۱۸۱	۱۵	۰,۱۸۴	۰,۰۵۱	۱۵	۰,۸۸۲	پس آزمون	
۰,۲۰۰*	۱۵	۰,۱۳۸	۰,۴۳۲	۱۵	۰,۹۴۴	پیش آزمون	برنامه ریزی
۰,۰۹۴	۱۵	۰,۲۰۴	۰,۴۲۲	۱۵	۰,۹۴۳	پس آزمون	
۰,۲۰۰*	۱۵	۰,۱۳۲	۰,۶۹۴	۱۵	۰,۹۶۰	پیش آزمون	کنترل
۰,۱۱۷	۱۵	۰,۱۹۸	۰,۵۵۰	۱۵	۰,۹۵۲	پس آزمون	
۰,۰۹۶	۱۵	۰,۲۰۳	۰,۲۹۳	۱۵	۰,۹۳۲	پیش آزمون	آغازگری
۰,۲۰۰*	۱۵	۰,۱۴۹	۰,۵۱۴	۱۵	۰,۹۴۹	پس آزمون	
۰,۲۰۰*	۱۵	۰,۱۳۲	۰,۶۹۴	۱۵	۰,۹۶۰	پیش آزمون	سازماندهی
۰,۲۰۰*	۱۵	۰,۱۴۱	۰,۵۹۸	۱۵	۰,۹۵۴	پس آزمون	
۰,۲۰۰*	۱۵	۰,۰۹۹	۰,۸۸۰	۱۵	۰,۹۷۱	پیش آزمون	کارکرد اجرایی
۰,۲۰۰*	۱۵	۰,۱۶۳	۰,۷۰۴	۱۵	۰,۹۶۱	پس آزمون	

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، با توجه به اینکه مقدار آزمون شاپیرو و کلموگروف-اسمیرونوف در نمرات کارکردهای اجرایی و خرده مولفه های آن در سه گروه بین  $+1/96$  و  $-1/96$  قرار دارد و آماره معنادار نبوده بنابراین، با ضریب  $95\%$  اطمینان می‌توان فرض نرمال بودن توزیع جامعه آماری را پذیرفت. لازم به ذکر است که یکی از مفروضه های استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس، فرض همگنی واریانس هاست. برای بررسی این مفروضه از آزمون لوین استفاده می‌شود. اگر این آزمون از لحاظ آماری معنی دار نباشد فرض همگنی واریانس‌ها محقق شده است. نتایج این آزمون در جدول ۳ درج شده است.

جدول ۳: خروجی اصلی تحلیل کوراریانس و میزان اثر برنامه مداخله بر کارکرد اجرایی در گروه‌ها

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
پیش آزمون	۳۱۹,۴۶۱	۱	۳۱۹,۴۶۱	۵,۷۲۸	۰۲۴.	۱۷۵.
گروه	۸۴۵,۳۰۶	۱	۸۴۵,۳۰۶	۱۵,۱۵۶	۰۰۱.	۳۶۰.
خطا	۱۵۰۵,۸۷۳	۲۷	۵۵,۷۷۳			

با توجه به جدول ۳ مقدار F جدول (۱۵/۱۵) مشاهده شد که با توجه به سطح معنی داری مشاهده شده ۰/۰۰۱ معنا دار است چون احتمال خطای آن از سطح معنی داری ۰/۰۱ کوچکتر است. پس از حذف اثرهای متغیر همپراش تفاوت معنی داری بین میانگین دو گروه وجود دارد و می‌توان گفت که درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک با روش آموزش حضوری بر کارکردهای اجرایی دانش آموزان دارای بیش فعالی و نقص توجه موثر است با میزان اثر ۳۶ درصد که به نسبت قابل قبول می‌باشد.

جدول ۴: نتایج آزمون لامبدای ویلکز نمرات خرده مولفه های کارکردهای اجرایی در گروه

نام آزمون	مقدار	F	سطح معناداری	مجذورات
آزمون اثر پیلایی	۰,۱۸۵	۰,۳۷۰	۰,۹۱۸	۰,۱۸۵
آزمون لامبدای ویلکز	۰,۸۱۵	۰,۳۷۰	۰,۹۱۸	۰,۱۸۵
آزمون اثر هتلینگ	۰,۲۲۸	۰,۳۷۰	۰,۹۱۸	۰,۱۸۵
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰,۲۲۸	۰,۳۷۰	۰,۹۱۸	۰,۱۸۵

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود اثر گروه بر ترکیب مولفه های مورد مطالعه معنی دار می‌باشد. بر این اساس، مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به مولفه های متغیر وابسته در مجموع معنی دار است و میزان این تفاوت، برای بازداری، انتقال توجه، تنظیم هیجانی، برنامه ریزی، کنترل، آغازگری و سازماندهی به صورت ترکیب گروهی، بر اساس آزمون لامبدای ویلکز ۰/۱۵۷ است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوراریانس نمرات پس آزمون گروه‌های کنترل و آزمایش در مولفه‌های کارکردهای اجرایی

منبع	متغیر وابسته	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	بازداری	۲۱۱.	۱	۲۱۱.	۱۱۴.	۷۴۰.	۰۰۶.

۰۱۴.	۶۰۵.	۲۷۶.	۱,۳۹۰	۱	۱,۳۹۰	انتقال توجه	
۱۴۶.	۰۸۰.	۲,۸۲۹	۳,۳۷۶	۱	۳,۳۷۶	تنظیم هیجانی	
۱۹۷.	۰۷۸.	۳,۴۴۹	۳۴,۵۱۳	۱	۳۴,۵۱۳	حافظه فعال	
۰۰۹.	۶۶۹.	۱۸۸.	۳۷۶.	۱	۳۷۶.	برنامه ریزی	
۰۰۵.	۷۵۷.	۰۹۸.	۴۰۱.	۱	۴۰۱.	کنترل	
۰۸۱.	۱۹۹.	۱,۷۶۹	۲,۸۳۷	۱	۲,۸۳۷	آغازگری	
۰۷۱.	۲۳۱.	۱,۵۲۹	۲,۸۷۴	۱	۲,۸۷۴	سازماندهی	
			۲,۱۱۸	۲۰	۴۲,۳۶۵	بازداری	خطا
			۱,۴۵۳	۲۰	۲۹,۰۶۹	انتقال توجه	
			۱,۰۱۷	۲۰	۲۰,۳۴۲	تنظیم هیجانی	
			۱,۸۴۸	۲۰	۳۶,۹۶۴	حافظه فعال	
			۱۲,۱۰۵	۲۰	۲۴۲,۱۰۷	برنامه ریزی	
			۲,۰۹۰	۲۰	۴۱,۸۰۲	کنترل	
			۱,۱۸۹	۲۰	۲۳,۷۷۲	آغازگری	
			۱,۸۲۲	۲۰	۳۶,۴۴۲	سازماندهی	

طبق نتایج جدول ۵ بین گروه آزمایش و گروه کنترل در حافظه فعال، تنظیم هیجانی تفاوت معنادار در سطح اطمینان ۰/۰۵ وجود دارد. ولی در خورده مولفه های بازداری، انتقال توجه، برنامه ریزی، کنترل، آغازگری، سازماندهی تفاوت معنادار مشاهده نشد.

### بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون در کارکردهای اجرایی تفاوت معنی داری وجود دارد در سطح خطای ۰/۰۱. بدین ترتیب می‌توان گفت درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک با روش آموزش حضوری بر کارکردهای اجرایی دانش آموزان دارای بیش‌فعالی و نقص توجه موثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های رحمتی قاجاری و همکاران (۱۴۰۰)، قاسمی و همکاران (۱۳۹۹)، اکبری زاده و حسن زاده (۱۳۹۹)، السهی و همکاران (۲۰۲۱) همسو می‌باشد. در تبیین یافته می‌توان گفت داشتن فرزند مبتلا به بیش‌فعالی و نقص توجه مشکلات خاصی را برای والدین ایجاد می‌کند. توانایی‌های آن‌ها را کاهش می‌دهد؛ نقش والدینی آن‌ها را محدود می‌کند. باعث اضطراب، احساس بی‌کفایتی در تربیت و وابستگی عاطفی ضعیف والد-کودک می‌شود و استرس و میزان نارضایتی را افزایش می‌دهد و روابط خانوادگی را مختل می‌کند. درمان مبتنی بر

تعامل والد - کودک به صورت حضوری این توانایی را دارد که میزان کارکردهای اجرایی را در کودکان دارای نقض توجه و بی‌فعالی را تقویت کند، همچنین به دلیل کاهش فشارهای روانی و تعامل درست بین والد و کودک، یک جو خانوادگی صلح آمیز را فراهم می‌کند که به طور مستقیم بر رفتار والدین نیز تأثیر می‌گذارد، همچنین پذیرش و همدلی آن‌ها را افزایش می‌دهد و مشکلات بین فردی آن‌ها را کاهش می‌دهد. به این ترتیب والدین می‌توانند نقش خود را به نحو احسن ایفا کنند و توانایی‌های خانواده در همه زمینه‌ها ارتقا یابد.

یک متآنالیز نشان داد که بیش‌فعالی و نقص توجه به طور مداوم با ضعف‌های متوسط در مهار پاسخ و حافظه فعال و همچنین تکانشگری، هوشیاری، سازماندهی و برخی اقدامات ریزی مرتبط است (بریتلینگ-زیگلر و همکاران، ۲۰۲۰). بهبودهای عملکردی قابل توجهی که توسط درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک با روش حضوری ایجاد شده است. در کارکردهای اجرایی، از جمله مهار و کنترل عاطفی، شاخص فراشناخت متشکل از حافظه فعال، برنامه ریزی/سازمان، نظارت و نمره کل نشان داده شده است. از سوی دیگر، نتایج نشان داد که پیشرفت‌های ناچیز در تغییر وظیفه، شروع و سازماندهی مواد، که بخشی از انعطاف‌پذیری رفتاری و برنامه‌ریزی است و نشان‌دهنده توانایی فرد برای انجام یک کار خاص به‌طور مستقل است. این ممکن است به دلایل زیر باشد: درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک شکلی از تعامل گروهی است که برای تقویت توانایی کودک در نگهداری و دستکاری چندین اطلاعات، پردازش انعطاف پذیر اطلاعات و مهارت‌های تیمی کودک طراحی شده است. وبستر و همکاران (۲۰۱۸) گزارش داد که دور دوم درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک در دانش آموزان بیش‌فعالی و نقص توجه به خوبی پذیرفته شد و در یک پیگیری ۱ ساله اثرات مثبتی داشت. این به این دلیل است که کودکان با آموزش ساختار یافته و مکرر که تا اوایل بزرگسالی یا حتی بزرگتر گسترش یافته بود، تقویت شد. به طور کلی می‌توان گفت برنامه درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک چارچوب روشنی را برای هدایت فرآیند تعدیل فرهنگی در بر می‌گیرد. هدف از این برنامه آموزشی تشویق والدین به مشارکت فعال در مداخله ای است که کارکردهای اجرایی را بهبود می‌بخشد، روش‌های صحیح برقراری ارتباط و درک درست مشکلات و نیازهای کودکان را گسترش می‌دهد، احساسات را تنظیم می‌کند و وضعیت عاطفی را توسعه می‌دهد. والدین به عنوان نزدیک‌ترین افراد به فرزندان، بیشترین سهم را در آموزش و یادگیری فرزندان دارند. بنابراین، رفتار صحیح والدین باعث بهبود روابط والدین می‌شود، به آن‌ها کمک می‌کند تا نیازهای فرزندان خود را بهتر درک کنند و به طور فعال و مؤثر مشکلات آن‌ها و فرزندان‌شان را کاهش می‌دهد. با توجه به دانش ما، این اولین گزارش موردی از یک کودک مبتلا به بیش‌فعالی و نقص توجه است که با علائم عصبی رفتاری و مشکلات بیرونی مرتبط است که درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک با روش آموزش حضوری برای آن‌ها یک درمان مؤثر بود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم برگزاری دوره پیشگیری و خودگزارشی ابزار پژوهش بود، زیرا امکان سوگیری‌های فردی در پاسخ‌دهی به پرسش‌ها با برداشت‌های نادرست افراد از آن‌ها وجود داشته است. پیشنهاد می‌شود متغیرهایی مانند ضریب هوشی کودکان را به عنوان متغیر کنترل در نظر بگیرد و در پژوهش سعی کنند کودکانی را انتخاب کنند که از نظر هوشی با یکدیگر هم سطح باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود به درمانگران در زمان اجرای برنامه درمانی از شیوه‌های بازی درمانی و عروسک درمانی و قصه‌گویی نیز استفاده کنند و روشهای صحیح آن را برای مادران به صورت کامل و دقیق بازگو نمایند تا در منزل نیز بتوانند دوره آموزشی را دنبال نمایند و فقط معطوف به زمان حضور در کلینیک‌های درمانی نباشد.

1. Breitling-Ziegler

## منابع

- اکبرزاده، ع.، حسن زاده، س. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش ترکیبی برنامه حضوری- مجازی درمان تعامل والد- کودک بر اساس رویکرد آیرگ بر رابطه مادر و کودک مبتلا به اختلال‌های رفتاری، فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۱(۱)، ۱۴-۱.
- رحمتی قاجاری، ف.، فخری، م. ک.، میرزاییان، ب. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد- کودک (PCIT) بر مهارت سازگاری و تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. مجله علوم پزشکی رازی. ۴(۲۹)، ۰-۰.
- شیرزادی، پ.، امینی شیرازی، ن.، اصغریور لشکامی، ز. (۱۳۹۹). رابطه اضطراب کرونا در مادران با تعامل والد-کودک و پرخاشگری کودکان در ایام قرنطینه. خانواده پژوهی. ۱۶(۲)، ۱۳۹-۱۵۴.
- علیزاده، ح. (۱۳۹۵). رابطه کارکردهای اجرایی عصبی- شناختی با اختلال‌های رشدی. تازه‌های علوم شناختی. ۸(۴): ۵۷-۷۰.
- غنی لو، م. ر.، شریفی، م.، کرمی، ح. (۱۳۹۵). بررسی تاثیر اختلال نقص توجه (بیش‌فعالی) بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان، اولین کنفرانس بین‌المللی مدیریت، حسابداری، علوم تربیتی و اقتصاد مقاومتی؛ اقدام و عمل، ساری.
- قاسمی، ا.، امیری، م.، الهی، ط. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک بر بیش‌حمایتگری، علائم اضطراب مادران و کاهش علائم اضطراب جدایی در فرزندان‌شان. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی. ۱۴(۳): ۳۷-۱۸.
- قمری گیوی، ح. (۱۳۹۸). مقایسه‌ی کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی، ناتوانی در یادگیری و کودکان بهنجار. مجله اصول بهداشت روانی. ۱۱(۴۴)، ۳۳-۳۲۲.
- نوده‌ئی، خدیجه. صرامی، غلام رضا. کرامتی، هادی. (۱۳۹۵). رابطه کارکردهای اجرایی و ظرفیت حافظه کاری با عملکرد خواندن دانش‌آموزان : نقش سن، جنس و هوش. فصلنامه روانشناسی شناختی. ۴(۳): ۲۰-۱۱.

- Akbarzadeh, A., Hassanzadeh, S. (2019). The effectiveness of the combined training of face-to-face-virtual parent-child interaction therapy based on the Ayberg approach on the relationship between mother and child with behavioral disorders, *Applied Psychological Research Quarterly*, 11(1), 1-14.
- Akinbami LJ, Liu X, Pastor PN, Reuben CA. (2021). Attention deficit hyperactivity disorder among children aged 5–17 years in the United States, 1998–2009. *NCHS Data Brief*. 70:1–8.
- Al Sehli, S., Helou, M., Sultan, M. (2021). The Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) in Children with Attention Problems, Hyperactivity, and Impulsivity in Dubai. *Case Rep Psychiatry*. 4:5588612.
- Alizadeh, H. (2015). The relationship between neuro-cognitive executive functions and developmental disorders. *Cognitive science news*. 8 (4): 57-70.
- Andrews, K., Dunn, J., Prime, H., Duku, E., Atkinson, L., Tiwari, A., Gonzalez, A. (2021). Effects of household chaos and parental responsiveness on child executive functions: a novel, multi-method approach. *BMC Psychol*. 22;9(1):147.
- Beck, D. M., Schaefer, C., Pang, K., & Carlson, S. M. (2011). Executive function in preschool children: Test-retest reliability. *Journal of Cognition and Development*, 12(2), 169–193.
- Boris, C., Bernhardt, F., Min, L., et al. (2019). Frontal Lobe Functions in Children with Newly Diagnosed Temporal Lobe Epilepsy: Functional Magnetic Resonance Imaging (P3.287). *American Academy of Neurology*, 13(5): 90-74.
- Breitling-Ziegler, C., Tegelbeckers, J., Flechtner, H. H., & Krauel, K. (2020). Economical Assessment of Working Memory and Response Inhibition in ADHD Using a Combined n-back/Nogo Paradigm: An ERP Study. *Frontiers in human neuroscience*, 14, 322.
- Çetin, F. H., Uçaryılmaz, H., Uçar, H. N., Artaç, H., Güler, H. A., Duran, S. A., Kılınc, K., & Türkoğlu, S. (2022). Regulatory T cells in children with attention deficit hyperactivity disorder: A case-control study. *Journal of neuroimmunology*, 367, 577848.
- Daucourt, M., Schatschneider, C., Connor, CM., Al Otaiba, S., Hart, S. (2018) Inhibition, Updating Working Memory, and Shifting Predict Reading Disability Symptoms in a Hybrid Model: Project KIDS. *Front. Psychol*. 9:238.
- DuPaul, G. J., Kern, L., Belk, G., Custer, B., Daffner, M., Hatfield, A., & Peek, D. (2018). Face-to-Face Versus Online Behavioral Parent Training for Young Children at Risk for ADHD: Treatment Engagement and



- Outcomes. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, 47(sup1), S369–S383.
- Egger, H., Angold, A. (2016). Common emotional and behavioral disorder in preschool children. *Child Psychol Psychiatry*. 47: 313-337.
- Fawns, T. (2021). Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. *Primary care*, 48(3), 475–491.
- Gerard, A., Gioia, D., Peter, K., Isquith, B., Kenworthy, L., Richard, M. (2010). Barton: Profile of Everyday Executive Function in Acquired and Developmental Disorder. *Journal of Child Neuropsychology*: 2010. <http://dx.doi.org/10.1076/chin.8.2.121.8727>
- Ghanilu, M.R., Sharifi, M., Karmi, H. (2015). Investigating the impact of attention deficit disorder (hyperactivity) on students' academic performance, the first international conference on management, accounting, educational sciences and resistance economics; Action and action, Sari.
- Ghasemi, A., Amiri, M., Elahi, T. (2019). The effectiveness of treatment based on parent-child interaction on overprotectiveness, anxiety symptoms of mothers and reduction of separation anxiety symptoms in their children. *Quarterly journal of research in psychological health*. 14 (3): 18-37
- Granddaughter, K. Sarami, G.R. Karamati, H. (2015). The relationship between executive functions and working memory capacity with students' reading performance: the role of age, gender and intelligence. *Cognitive Psychology Quarterly*. 4 (3), 11-20
- Hosogane, N., Kodaira, M., Kihara, N. et al. (2018). Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for young children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Japan. *Ann Gen Psychiatry* 17, (9), 101-125 .
- Lambert, E., Wahler, R., Andrade, A., Bickman, L. (2010). Looking for the disorder in conduct disorder. *J Abnorm Psychol*. 110: 110–123.
- Meynen, M., Colonesi, C., Abrahamse, M., Hein, I., Stams, G., Lindauer, R. (2022). A Cohort Study on the Effect of Parental Mind-Mindedness in Parent-Child Interaction Therapy. *Int J Environ Res Public Health*. 9;19(8):4533.
- Mikami, A., Lerner, M. (2015). Parental Influence on Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: II. Results of a Pilot Intervention Training Parents as Friendship Coaches for Children, *J Abnorm Child Psychol*. 38(6): 737–749.
- Qamuri Givi, H. (2018). Comparison of executive functions in children with attention deficit hyperactivity disorder, learning disability and normal children. *Journal of Principles of Mental Health*. 11(44), 322-33.
- Rahmati Qajari, F., Fakhri, MK, Mirzaian, B. (1401). The effectiveness of parent-child interaction therapy (PCIT) on adaptation skills and emotional regulation of children with oppositional defiant disorder. *Razi Journal of Medical Sciences*. 4(29), 0-0
- Robinson, T., Tripp, G. (2017). Neuropsychological functioning in children with ADHD: Symptom persistence is linked to poorer performance on measures of executive and nonexecutive function. *Japanese Psychological Research*, 55(2): 154- 67.
- Shirzadi, P., Amini Shirazi, N., Asgharpour Lashkani, Z. (2019). The relationship between Corona anxiety in mothers and parent-child interaction and children's aggression during quarantine. *Family research*. 16(2), 139-154.
- Shokrkon, A., & Nicoladis, E. (2022). The Directionality of the Relationship Between Executive Functions and Language Skills: A Literature Review. *Frontiers in psychology*, 13, 848696..
- Soto, E. F., Kofler, M. J., Singh, L. J., Wells, E. L., Irwin, L. N., Groves, N. B., & Miller, C. E. (2020). Executive functioning rating scales: Ecologically valid or construct invalid?. *Neuropsychology*, 34(6), 605–619.
- Urquiza, A., Timmer, S. (2012). Parent-child interaction therapy: Enhancing parent child relationships. *Psychosoc Interv*. 2012; 21(2):145-156.
- Wafa, D., Hamzam S. (2020). A comparative study of executive functions among children with attention deficit and hyperactivity disorder and those with learning disabilities, *Middle East Current Psychiatry*, 27(10): 102-125.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Beauchaine, T. P. (2018). One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, 42(2), 251–261.