

مقایسه اثربخشی آموزش والدین مبتنی بر مدل اطلاعات کلامی فیلد با بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد- کودک بر افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای نقص توجه / بیش‌فعالی: کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده

هاله درمیانی طباطبائی^۱، سالار فرامرزی^۲، فرح نادری^۳، امیر قمرانی^۴، زهرا افتخار صعدی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مشکلات اجتماعی، یکی از بارزترین ویژگی‌های کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی (Attention deficit/hyperactivity disorder) یا ADHD می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش والدین مبتنی بر مدل اطلاعات کلامی فیلد و بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد- کودک بر افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای ADHD شهر اصفهان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده و جامعه آماری شامل ۴۵ کودک ۵ تا ۶ ساله دارای ADHD و مادرانشان در سال ۱۳۹۷-۹۸ بود. نمونه‌ها به روش هدفمند و در دسترس از مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی انتخاب شدند و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه شاهد قرار گرفتند. به منظور غربالگری کودکان، از پرسش‌نامه علایم مرضی کودکان (۴-Child Symptom Inventory-۴) و برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی Elliott و Gresham (Social skills rating system یا SSRS) استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون ANCOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای ADHD، بین گروه مداخلات مبتنی بر اطلاعات کلامی فیلد و بازی‌های تعاملی والد- کودک با گروه شاهد ($P = ۰/۰۰۰۱$) و همچنین، بین گروه مداخلات مبتنی بر اطلاعات کلامی فیلد و بازی‌های تعاملی ($P = ۰/۰۰۰۱$) تفاوت معنی‌داری وجود داشت. با توجه به میانگین نمرات مهارت‌های اجتماعی، تأثیر بازی‌های تعاملی از مداخلات مبتنی بر اطلاعات کلامی فیلد بیشتر ($M = ۶۰/۲۳$) و معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده از تحقیق حاضر، آموزش والدین مبتنی بر مدل اطلاعات کلامی فیلد با بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد- کودک، می‌تواند منجر به افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای ADHD شود و مشکلات اجتماعی کودک را به حداقل رساند.

کلید واژه‌ها: مدل اطلاعات کلامی فیلد؛ تعامل والد- کودک؛ مهارت‌های اجتماعی؛ نقص توجه/ بیش‌فعالی

ارجاع: درمیانی طباطبائی هاله، فرامرزی سالار، نادری فرح، قمرانی امیر، افتخار صعدی زهرا. مقایسه اثربخشی آموزش والدین مبتنی بر مدل اطلاعات کلامی فیلد با بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد- کودک بر افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای نقص توجه/ بیش‌فعالی: کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده. پژوهش در علوم توانبخشی ۱۳۹۹؛ ۱۶: ۳۳۰-۳۲۱.

تاریخ چاپ: ۱۳۹۹/۱۰/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۹/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۲۴

مهم‌ترین نشانه‌های آن شامل نقص توجه، تحرک بسیار زیاد و تکانشگری است. بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) یا این (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition)، این

مقدمه

اختلال اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی (Attention deficit/hyperactivity disorder) یا ADHD)، یک اختلال عصبی- تحولی (Neuro-developmental disorder) و

- ۱- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
 - ۲- دانشیار مدعو، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز و گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، اهواز، ایران
 - ۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، اهواز، ایران
 - ۴- استادیار مدعو، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز و گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، اهواز، ایران
 - ۵- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، اهواز، ایران
- نویسنده مسؤل:** سالار فرامرزی؛ دانشیار مدعو، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز و گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، اهواز، اهواز، ایران

Email: s.faramarzi@edu.ui.ac.ir

طراحی تحقیقات و مداخلات، کمتر به این موضوع توجه شده است. مدل اطلاعات کلامی Lawson و Field، برای اطلاعات کلامی اهمیت ویژه‌ای قابل است (۳۲). بر اساس این مدل، اطلاعات کلامی که بین والد و کودک رد و بدل می‌شود، در ایجاد ترس‌ها، اضطراب و بیماری‌های کودک نقش اساسی دارد (۳۳). این مدل بر اساس نظریه Reichmann بنا شده است که معتقد بود اضطراب و ترس از سه طریق شرایط مستقیم، الگوسازی و اطلاعات کلامی غلط ایجاد می‌شوند (۳۴). این اضطراب‌ها ممکن است جنبه اجتماعی (کودک از ایجاد ارتباط اجتناب کند) یا جنبه فراگیر داشته باشد (۳۵). چنین مشکلاتی در کودکانی که به ADHD مبتلا هستند، شکل پیچیده‌تری به خود می‌گیرد.

الگوی اطلاعات کلامی می‌تواند منجر به افزایش ترس کودک شود (۳۶) و اطلاعات کلامی نادرست در بین کودکان دبستانی، سبب القای باورهای غلط می‌گردد (۳۷). همچنین، مشخص شده است که اطلاعات کلامی والدین، در اضطراب کودکان نقش دارد (۳۸). از سوی دیگر، همان‌طور که اطلاعات کلامی غلط از سوی والدین می‌تواند منجر به استرس، ترس و اضطراب در کودکان شود، این مشکلات را از طریق ارائه اطلاعات درست و اصلاح شناختی می‌توان رفع کرد (۳۹). به عبارت دیگر، ارائه اطلاعات کلامی مثبت، موجب اصلاح باورها و رفتارهای مقبول در کودکان می‌شود (۴۰). بر اساس بررسی‌های انجام شده، پژوهشی در خصوص ارتباط ارائه اطلاعات غلط کلامی و مشکلات کودکان مبتلا به ADHD انجام نشده است. انتظار می‌رود به دلیل تعامل مثبت صورت گرفته بین والد و کودک در مدل اطلاعات کلامی Field، مداخله‌ای که بر اساس این الگو فراهم شود، بر کودکان مبتلا به ADHD در ابعاد مختلف به ویژه در ارتقای مهارت‌های اجتماعی اثربخش باشد. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای بسته آموزشی والدین مبتنی بر مدل اطلاعات کلامی Field با مداخله بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک در مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای ADHD انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این تحقیق از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده شبه آزمایشی، همراه با مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه کودکان پیش‌دبستانی ۵ تا ۶ ساله و والدین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل داد که کودکان مورد نظر توسط روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی تشخیص ADHD دریافت کرده بودند. از بین مناطق شهر اصفهان، مناطق ۳ و ۷ به عنوان منطقه میانی از لحاظ اقتصادی-اجتماعی انتخاب شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس صورت گرفت؛ بدین صورت که از بین مراکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره شهر اصفهان که دارای مجوز از سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره کشور بودند، به مراکز مذکور مراجعه گردید و از میان مراکزی که حاضر به همکاری بودند، ۵۶ کودک و والدین آن‌ها به روش هدفمند انتخاب شدند. ابتدا پرونده‌های کودکان دارای ADHD مورد بررسی قرار گرفت و کودکانی که شرایط لازم برای ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب می‌شدند و والدین آن‌ها در برنامه آموزش قرار می‌گرفتند. پس از این که ۵۶ نفر از والدین به صورت هدفمند انتخاب شدند، جایگزینی آن‌ها در گروه‌های آزمایش و شاهد به صورت تصادفی ساده و به روش قرعه‌کشی در سه گروه آموزش اطلاعات کلامی (۱۵ نفر)، آموزش بازی درمانی تعاملی (۱۵ نفر) و گروه شاهد (۱۵ نفر) صورت گرفت. حجم نمونه بر

اختلال قبل از سنین مدرسه قابل تشخیص می‌باشد (۱) و شیوع آن در کودکان کمتر از ۷ سال، ۲ تا ۸ درصد تخمین زده شده است (۲). عدم درمان این اختلال می‌تواند عواقب ناگواری در حیطه‌های اجتماعی، تحصیلی و شغلی برای کودکان به همراه داشته باشد (۳). با توجه به این عواقب، درمان این اختلال هرچه در سنین پایین‌تر انجام شود، مشکلات کمتر و موفقیت بیشتری را برای آینده کودک به همراه خواهد داشت (۴).

ADHD با علایمی از جمله ضعف در مهارت‌های اجتماعی (مانند ضعف در تعاملات اجتماعی و ناتوانی در ایجاد و نگهداری روابط دوستانه) همراه است (۵). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که وجود این علایم می‌تواند پیامدهای زاینباری در طول زندگی متوجه فرد سازد (۸-۶). کودکان مبتلا به ADHD، پایین‌ترین سطح تعامل اجتماعی را از خود نشان می‌دهند (۹). حدود نیمی از کودکان و نوجوانان دارای این اختلال، به دلیل نقص در مهارت‌های اجتماعی، از همان زمان آغازین ارتباط با همسالان به عنوان افراد غیر محبوب ارزیابی و اغلب توسط گروه همسالان طرد می‌شوند و در مقایسه با سایر کودکان و نوجوانان، دوستان کمتری دارند (۱۲، ۱۱). این کودکان علاوه بر مشکل با همسالان، در ادامه و در کلاس درس نیز به دلیل رفتارهای تخریبی، با معلمان و سایر اطرافیان از جمله والدین نیز روابط مطلوبی ندارند (۱۳).

تعارض والد-کودک، استرس والدینی، سرزنش و تنبیه یا بی‌اعتنایی مکرر والدین و سایر اطرافیان، موجب می‌شود فرایند اجتماعی شدن کودکان مبتلا به ADHD در معرض خطر قرار گیرد (۱۴). همچنین، وجود ویژگی‌هایی مانند نقص در بازداری پاسخ، مشکل در درک احساسات دیگران و نقص در کارکردهای اجرایی، منجر به دشواری بیش از پیش در ایجاد و حفظ روابط دوستانه برای این کودکان می‌گردد (۱۵). علایم و عواقب متعدد ADHD، موجب شده است انواع گسترده‌ای از درمان‌ها شامل درمان‌های دارویی (۱۵)، روانی-اجتماعی (۱۶)، کنترل رژیم برای بهبود اختلال غذایی (۱۷)، درمان‌های گیاهی و هومئوپاتی (Homeopathy) (۱۸، ۱۹)، بازخورد زیستی (۲۰) و مراقبه (۲۱) برای این افراد مورد استفاده قرار گیرد؛ هرچند مداخلات فقط به این درمان‌ها محدود نشده است. از بین این راهبردهای درمانی، مداخلات روانی-اجتماعی مانند فرزندپروری و دارودرمانی بیشتر مورد استفاده قرار گرفته است (۲۲). به دلیل نقش اساسی والدین در تربیت کودکان و افزایش احتمال موفقیت درمان با درگیر کردن والدین، این نوع مداخلات مورد توجه بیشتری قرار گرفته است (۱۱). بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (Play Therapy Based on Parent-child Interaction)، از جمله مداخلاتی می‌باشد که در زمینه درمان کودکان موفقیت‌هایی نشان داده است (۲۳). این مداخلات متمرکز بر بهبود رابطه والد و کودک از طریق بازی می‌باشد و بر این فرض استوار است که بهبود این رابطه از طریق بازی، موجب بهبود مشکلات عاطفی و رفتاری کودک می‌شود و سلامت روان والد و کودک را تضمین می‌کند (۲۴). نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که آموزش بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک، بر میزان اختلالات رفتاری (۲۵)، اضطراب (۲۶)، افزایش مهارت اجتماعی (۲۷)، بهبود رابطه والد-فرزند (۲۸) و استرس والدینی (۲۹) مؤثر است.

در رویکردهای مختلف بازی درمانی، افزایش مهارت‌ها و تعاملات بین فردی، همواره یکی از اهداف درمانی است (۳۰)؛ در حالی که بدون توجه به تأثیر و اهمیت کلماتی که در تعاملات والد-کودک به کار می‌رود، این امر به طور شایسته محقق نمی‌شود (۲۳). اثر تعاملات کلامی بر تربیت کودکان بدیهی است (۳۱)؛ هرچند در

CSI-4 به عنوان پس‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و شاهد توزیع و اجرا شد و اثربخشی مداخلات در دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه شاهد مورد سنجش قرار گرفت. لازم به ذکر است که گروه شاهد نیز پس از انجام پژوهش، به دلیل رعایت اخلاق پژوهشی بر اساس بسته تدوین شده، مورد مداخله قرار گرفت.

معرفی و اجرای بسته آموزش اطلاعات کلامی بر اساس الگوی Field

بسته آموزش اطلاعات کلامی Field با استفاده از روش کیفی تحلیل مضمون از نوع قیاسی تدوین شد. فرایند تحلیل قیاسی به شکل سه مرحله اساسی «آماده‌سازی، سازماندهی و گزارشگری» ارایه می‌شود. واحد تحلیل در پژوهش حاضر، مقالات و کتاب‌های منتشر شده در ارتباط با الگوی کلامی Field بود. با بررسی دقیق منابع، مفاهیم اولیه الگوی کلامی Field و مؤلفه‌هایی که مبنای اساسی این الگو را تشکیل می‌دهد، تعریف مفهومی شد. شناسایی متغیرها یا مفاهیم اصلی برای طبقه‌بندی رمزهای اولیه در ابتدا انجام گرفت. در مرحله بعد، تعاریف مفهومی برای هر مقوله با استفاده از الگوی Field مشخص گردید. در نتیجه، ۷۶ مقاله به عنوان جامعه تحقیق شناسایی و انتخاب گردید. معیار انتخاب مقالات برای تحلیل از نظر بازه زمانی، سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۸ و از نظر بستر به صورت الکترونیکی و فیزیک (کتاب) بود که در نهایت، ۲۸ مقاله برای تحلیل انتخاب شد و مورد بررسی قرار گرفت. سپس با ارایه و مفروض گرفتن تعاریف مشخصی قبل از شروع پژوهش، متون تعیین شده بررسی و با مقایسه تعاریف از پیش تعیین شده و متون مورد تحلیل، وجود یا عدم وجود مصادیق آن تعاریف در متن‌های مورد نظر داوری شد. در این نوع تحلیل محتوا (Content analysis)، با به کارگیری یک طبقه‌بندی از قبل مشخص شده که بر اساس مباحث نظری به دست آمد، تحلیل شروع و در نهایت، بسته طراحی گردید. مراحل تدوین و تعیین روایی و پایایی بسته آموزش والدین مبتنی بر مدل اطلاعات کلامی Field در جای دیگری به صورت اختصاصی بحث شده است (۳۳).

قبل از شروع جلسات درمانی، اعضای گروه (والدین) با درمانگر آشنا شدند. سپس بسته آموزشی معرفی گردید و انتظارات والدین مورد بحث و بررسی قرار گرفت. جلسات به صورت گروهی و هفته‌ای یک جلسه دو ساعته و در طول دو ماه در یکی از کلینیک‌ها (که اجازه اجرای جلسات را دادند) برگزار شد. هر جلسه با مروری بر مطالب و تکالیف جلسه قبل آغاز می‌شد. همچنین، تمرینات اجرا گردید و در پایان جلسه به والدین تمریناتی در رابطه با آن جلسه ارایه شد که در منزل آن‌ها را تکمیل نمایند. در جلسه بعدی انجام تکالیف مورد ارزیابی و بررسی قرار می‌گرفت (جدول ۱).

بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک برگرفته از پژوهش Landreth و Bratton بود که بر اصول نظری و فنون درمانی موجود در شیوه بازی درمانی مادر-کودک استوار است (۳۲). در ادامه، محتوای جلسات روش مذکور ارایه شده است که در ده جلسه دو ساعته و به صورت هفتگی انجام شد (جدول ۲). محتوای این جلسات آموزشی، مبتنی بر بهبود روابط والد-کودک و ایجاد همدلی و پذیرش از جانب والدین برای کودک است. برنامه عملی در این روش بازی درمانی شامل ده جلسه آموزشی و محتوای دو جلسه ابتدایی آن شامل بیان اهمیت بازی، قوانین و نحوه اجرای جلسات بازی والدین در منزل بود. باید و نبایدهای جلسه بازی آموزش داده می‌شود و نوع اسباب بازی‌های مورد نیاز در جلسات، مکان و زمان بازی با کودک معرفی می‌گردد. جلسه سوم و چهارم شامل آموزش شیوه پاسخگویی انعکاسی والدین نسبت به احساسات و عواطف کودک است.

اساس تحقیقات مشابه (۲۷، ۲۶، ۲۴) و همچنین، توصیه کتاب آمار و روش تحقیق (۴۱) مشخص گردید. معیارهای ورود به پژوهش شامل محدوده سنی ۵ تا ۶ سال برای کودکان (به دلیل محدودیت سنی پرسش‌نامه)، محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال برای مادران با تحصیلات حداقل دیپلم (به دلیل اطمینان از برخورداری مادران از سواد کافی جهت همکاری)، موافقت کتبی مادران برای شرکت آگاهانه و متعهدانه در مطالعه، زندگی مشترک پدر و مادر واقعی کنار هم‌دیگر و عدم شرکت در دوره آموزشی و درمانی دیگر بود. غیبت از جلسات آموزشی، عدم رضایت والدین برای ادامه همکاری در طرح، ابتلا به بیماری خاصی، مصرف دارو، وجود مشکلات و اختلالاتی در والدین که روند مداخله را تحت تأثیر قرار دهد، نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد.

پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی Gresham و Elliott (SSRS) یا

Social skills rating system: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۰ توسط Elliott و Gresham طراحی شد و دارای ۳ فرم والدین، معلمان و دانش‌آموز می‌باشد که برای سه دوره تحصیلی پیش‌دبستانی، دبستان و راهنمایی و دبیرستان تهیه شده است. این مقیاس، فراوانی رفتارهای مؤثر بر رشد و کفایت اجتماعی و تطابق دانش‌آموز را در خانه و مدرسه می‌سنجد و می‌تواند برای غربالگری، طبقه‌بندی کردن دانش‌آموزان و برنامه‌ریزی آموزشی مهارت اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد (۴۲). فرم معلم و والدین دارای دو مقیاس کلی «مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری» است و فرم دانش‌آموز تنها به بررسی مهارت‌های اجتماعی می‌پردازد (۴۳). این پرسش‌نامه شامل ۴۷ سؤال در دو بخش مهارت‌های اجتماعی (۳۵ سؤال) و مشکلات رفتاری (۱۲ سؤال) می‌باشد. سوالات پرسش‌نامه بر مبنای مقیاس سه درجه‌ای لیکرت به صورت هرگز = نمره صفر، بعضی اوقات = نمره ۱، اغلب اوقات = نمره ۲ و سؤال بخش مشکلات رفتاری نیز به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. پرسش‌نامه SSRS در ایران بر روی ۳۰۴ دختر و پسر ۶ تا ۱۲ ساله در شهر شیراز هنجاریابی شده است (۴۲). پایایی مقیاس مذکور توسط Elliott و Gresham با استفاده از روش ضریب Cronbach's alpha، ۰/۹۴ گزارش شده است (۴۳). ضریب Cronbach's alpha در تحقیق حاضر برای مهارت‌های اجتماعی، ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (Child Symptom Inventory-4) یا

CSI-4: از این پرسش‌نامه به منظور ارزیابی علائم ADHD استفاده می‌شود. پرسش‌نامه CSI-4 یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط Sprafkin و Gadow به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان طراحی گردید (۴۴). سوالات مربوط به اختلال ADHD شامل سوالات ۱۹ تا ۲۶ می‌باشد. اعتبار پرسش‌نامه مذکور به روش بازآزمایی، روی ۷۵ پسر سنین ۶ و ۱۰ سال تأیید شده و نتایج حاصل در مورد نمرات شدت و غربال‌کننده برای CSI در دو بار اجرا به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۹ گزارش شده است (۴۵). در ایران، حساسیت پرسش‌نامه CSI-4 بر اساس بهترین نمره برش ۵، برای ADHD، ۰/۸۹ گزارش گردید (۴۶).

روش انجام پژوهش: پس از این که ۵۶ نفر از والدین به عنوان نمونه انتخاب شدند و در گروه‌های آزمایش و شاهد قرار گرفتند، پرسش‌نامه‌های SSRS و CSI-4 به عنوان پیش‌آزمون در بین گروه‌های آزمایش و شاهد توزیع و اجرا شد. سپس بسته آموزش والدین مبتنی بر مدل اطلاعات کلامی و بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک روی دو گروه آزمایشی اجرا گردید و گروه شاهد هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از آن، مجدد پرسش‌نامه‌های SSRS و

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش والدین مبتنی بر مدل اطلاعات کلامی Field

جلسه	محتوای جلسات
۱	معارفه و آشنایی / اهداف و انتظارات، بحث درباره ویژگی‌ها و مشکلات کودکان، توضیح مشکلات در چارچوب مدل اطلاعات کلامی، توضیح درباره اثر اطلاعات کلامی منفی و مثبت، بحث و جمع‌بندی و پاسخ به ابهامات و سوالات، تعیین تکالیف منزل (ثبت نمونه‌های تعاملات روزمره)
۲	بررسی تکالیف و مشکلات در انجام تکالیف، ارزیابی دقیق الگوی کلامی با استفاده از برگه تکالیف، مشخص نمودن الگوی کلامی غالب والدین در رابطه با کودک، تشریح الگوی کلامی و طبقه‌بندی اطلاعات کلامی والدین به صورت تهدیدکننده، تنبیه‌کننده، تحقیرکننده، پرخاشگرانه، معرفی مدل اطلاعات مثبت، تعیین تکالیف منزل (ادامه ثبت تعاملات و هشیاری نسبت به اطلاعات منفی و جایگزینی اطلاعات مثبت)
۳	بررسی تکالیف و مشکلات آن، ارزیابی اطلاعات منفی، اضطراب، نگرانی و سوگیری‌های منفی خود والدین، ارائه راهبردهای کاهش اضطراب و نگرانی و اصلاح اطلاعات منفی، بحث و بارش ذهنی درباره جایگزین‌های مثبت برای اطلاعات منفی بر اساس مثال‌های والدین، بررسی جایگزین‌های مثبت و انتخاب آن، تکالیف منزل و تأکید بر استفاده از الگوهای کلامی مثبت
۴	بررسی تکالیف و مشکلات، تشریح تأثیر اطلاعات کلامی بر اساس تأثیر آن‌ها بر ابعاد شناخت، هیجان و رفتار، بررسی باورها، ترس‌ها و رفتارهای اجتنابی و توأم با ترس و تهدید در ابعاد ذکر شده، تکلیف منزل با تأکید بر ارزیابی جنبه‌های شناخت، رفتار و هیجان در کودک
۵	شناسایی مشکلات کودکان در رابطه با الگوی کلامی، بررسی خطاهای و سوگیری‌های شناختی کودکان از جمله سوگیری خطر و تهدید یا تأیید خطر، شناسایی رفتارهای اجتنابی و ترس‌ها و نگرانی‌ها، تعیین اهداف مداخله، معرفی روش‌های مناسب ارائه بازخوردهای کلامی (درباره نحوه عملکرد و ویژگی‌های کودک با تأکید بر توانمندی‌ها)، تعیین تکالیف بحث درباره مشکلات کودکان در ابعاد مختلف شناخت، هیجان و رفتار، بررسی راهبردهای اطلاعات‌دهی در خصوص رفع این مشکلات و معرفی روش‌های اصلاح اطلاعات در چارچوب تعاملات کلامی مثبت، معرفی سایر منابع اطلاعاتی تأثیرگذار (تلویزیون، کتاب، دوستان و...)، جمع‌بندی و تکالیف منزل
۵	ارزیابی تکالیف، شناسایی سایر منابع اطلاعاتی منفی و نحوه تأثیر آن‌ها از طریق ارائه اطلاعات منفی بر باورها، ترس‌ها و نگرانی‌ها و رفتارهای کودک، روش‌های حذف آثار سایر منابع اطلاعاتی، تکالیف منزل
۷	بحث درباره شیوه‌های مؤثر اصلاح مشکلات ناشی از سایر منابع اطلاعات دهنده، معرفی و تمرین حل مسأله کلامی، تقویت مهارت کلامی مثبت در والدین، تکالیف منزل
۸	بحث و جمع‌بندی درباره مشکلات موجود در الگوی ارتباط کلامی، پیش‌بینی موقعیت‌های تعاملی و تمرین روش‌های تقویت کلامی، اطلاعات‌دهی کلامی مثبت، ارائه بازخوردهای مثبت، بحث درباره راه‌های تقویت مهارت‌های ارتباط کلامی و کسب اطلاعات مثبت و واقع‌گرایانه جهت برخورد با موقعیت‌ها و مشکلات بعدی (تأکید بر جنبه‌های پیشگیرانه)

جدول ۲. خلاصه جلسات بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک

جلسه	محتوای جلسات
۱	ارزیابی اولیه، معرفی و آشنایی با اهداف و انتظارات گروه و محقق و تعیین جهت‌گیری درمان
۲	آموزش مهارت‌های تعامل کودک محور (بدون حضور کودک)
۳	هدایت و تمرین مهارت‌های تعامل کودک محور با (حضور کودک)
۴	هدایت‌گری همراه با توضیح موضوع الگوگیری کودکان از والدین (با حضور کودک)
۵	هدایت‌گری همراه با تأکید بر موضوع دریافت حمایت و استرس (با حضور کودک)
۶	هدایت‌گری همراه با آموزش مدیریت رفتار در امکان عمومی (با حضور کودک)
۷	هدایت‌گری همراه با آغاز تعمیم‌دهی مهارت‌ها به خارج از اتاق بازی (با حضور کودک)
۸	هدایت‌گری همراه با آموزش تنظیم قوانین خانگی با (حضور کودک)
۹	هدایت‌گری و حل مسایلی که مانع اتمام درمان هستند (با حضور کودک)
۱۰	فارغ‌التحصیلی (با حضور کودک)

بهبودهایی که پیدا کرده‌اند، پرداخته شد.

به منظور بررسی توزیع نمرات مهارت اجتماعی از آزمون Shapiro-Wilk و جهت همسانی واریانس گروه‌های مورد تحلیل از آزمون Levene استفاده شد. فرضیه‌های پژوهش نیز با استفاده از آزمون ANCOVA مورد بررسی قرار گرفت. به منظور مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیر مهارت‌های اجتماعی در مرحله پس‌آزمون، از آزمون تعقیبی Least significant difference (LSD) استفاده گردید. پایایی پرسش‌نامه‌ها با استفاده از ضریب Cronbach's alpha تعیین گردید. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ (version 23, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P > 0.05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد. با توجه به عدم ریزش شرکت‌کنندگان دو گروه، تحلیل Intention-to-treat (ITT) انجام نگرفت.

یافته‌ها

روایی صوری و محتوایی آزمون‌ها بر اساس نظر تیم تحقیق بررسی گردید؛ بدین ترتیب، متخصصان تیم در مورد مربوط بودن، واضح بودن، قابل فهم بودن و قابل استفاده بودن این آزمون‌ها برای سنجش متغیر مطالعه حاضر، روایی صوری و محتوایی این مقیاس‌ها را تأیید کردند. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آزمون Cronbach's alpha، ۰/۷۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر، ۴۵ کودک پیش‌دستانی حضور داشتند که در هر گروه ۱۵ کودک قرار گرفت. اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج نشان داد که بین سه گروه در متغیر سن کودک، سن مادر، جنسیت کودک و تحصیلات مادر تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0.05$). توزیع نمرات مهارت‌های اجتماعی در هر یک از سه گروه مورد بررسی از توزیع نرمال پیروی کرد ($P > 0.05$) و نتایج آزمون Levene حاکی از همسان بودن واریانس نمرات در گروه‌های مورد بررسی بود ($P > 0.05$).

جلسه پنجم به طور عمده به مرور مهارت‌های آموخته شده به والدین در ارتباط با بازی کودک می‌پردازد. آموزش مهارت محدودیت‌گذاری برای رفتارهای نامناسب کودکان یا سرپیچی از قوانین بازی و آموزش دادن حق انتخاب به کودک در قبال اطاعت یا سرپیچی از قوانین از جمله موارد آموزشی در جلسه ششم و هفتم هستند. جلسه هشتم مجدد به مرور تمرینات مربوط به مهارت‌های آموخته شده در جلسات قبل و تعمیم آن‌ها به موقعیت‌های خارج از جلسات بازی می‌پردازد. پاسخ‌های عزت نفس‌ساز در قبال رفتارها و تلاش‌هایی که کودک انجام می‌دهد، از جمله مسایلی دیگر مورد بحث در این جلسه است. در جلسه نهم به رفع مشکلات عمده والدین در برخی مهارت‌ها و تأکید بر ادامه جلسات بازی به صورت هفتگی و تعمیم بیشتر مهارت‌ها پرداخته شد. در جلسه نهم نیز به بیان نقاط قوت والدین نسبت به جلسه اول، مرور مشکلات اولیه والدین و

جدول ۳. مشخصات دموگرافیک گروه‌های مورد بررسی

متغیرها	گروه اطلاعات کلامی Field	گروه بازی درمانی	گروه شاهد	مقایسه بین گروهی
سن کودک (سال) (میانگین \pm انحراف معیار)	5/00 \pm 0/76	4/86 \pm 0/83	5/00 \pm 0/76	F = 0/145, P = 0/865
سن مادر (سال) (میانگین \pm انحراف معیار)	32/13 \pm 4/32	31/93 \pm 4/32	33/20 \pm 4/78	F = 0/335, P = 0/718
جنسیت [تعداد (درصد)]	7 (46/66)	7 (46/66)	7 (46/66)	$\chi^2 = 7/578, P = 0/870$
	دختر	8 (53/33)	8 (53/33)	
تحصیلات مادر [تعداد (درصد)]	8 (53/33)	8 (53/33)	9 (6/00)	$\chi^2 = 2/291, P = 0/51$
	دیپلم	2 (13/30)	1 (6/70)	
	کارشناسی	4 (26/70)	1 (6/70)	
	کارشناسی ارشد	2 (13/30)	4 (26/70)	
	دکتری	1 (6/70)	1 (6/70)	

گروه بازی‌های تعاملی و گروه شاهد حاکی از آن بود که تأثیر بازی‌های تعاملی بر مهارت‌های اجتماعی بیش از 84 درصد می‌باشد. اگرچه به لحاظ آماری بین اثربخشی بازی‌های تعاملی و مداخلات مبتنی بر اطلاعات کلامی Field تفاوت وجود داشت، اما مقایسه میانگین‌ها نشان داد که توجه به این مقدار، تفاوت به لحاظ بالینی باید با احتیاط همراه باشد.

به منظور مقایسه سه گروه در مهارت‌های اجتماعی در مرحله پس‌آزمون، از آزمون ANCOVA استفاده شد (جدول ۴). نتایج نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و شاهد به لحاظ مهارت‌های اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات متغیرها بر حسب عضویت گروهی با استفاده از آزمون ANCOVA

منبع	عضویت گروهی
مجموع مجذورات	160/332
درجه آزادی	3
میانگین مجذورات	80/166
آماره F	85/847
مقدار P	0/001
ضریب اتا	0/807
توان آزمون	1/00

مشکلات متعدد رفتاری در کودکان در سال‌های مختلف مورد توجه والدین و متخصصان بوده و درمان‌های مختلفی برای آن طراحی شده است. ADHD نوعی اختلال عصبی-تحوالی است که عدم درمان آن می‌تواند عواقب ناگواری در حیطه‌های اجتماعی، تحصیلی و شغلی برای کودکان به همراه داشته باشد (۳). پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش والدین مبتنی بر مدل اطلاعات کلامی Field با بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک بر افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای ADHD انجام شد. از مجموع نتایج به دست آمده چنین می‌توان استنباط کرد که بسته آموزش والدین مبتنی بر اطلاعات کلامی Field و بازی‌های تعاملی، تأثیر معنی‌داری بر مهارت‌های اجتماعی کودکان داشت. بررسی‌های زوجی نیز نشان داد که اثر بازی‌های تعاملی بیشتر از اطلاعات کلامی Field بود. از آنجایی که در بخش اثربخشی اطلاعات کلامی Field در بیشتر پژوهش‌ها، نمره اضطراب و ترس کودکان بررسی شده است (۳۱) و بر اساس مرور صورت گرفته، بررسی مهارت‌های اجتماعی کودک در مطالعات پیشین موجود نبود، امکان مقایسه این یافته با تحقیقات قبلی وجود نداشت. هرچند آموزش والدین مبتنی بر اطلاعات کلامی Field، در کاهش ترس و اضطراب (۲۶، ۲۵، ۲۳، ۲۱، ۲۰) و اصلاح باورها و رفتارها به صورت مورد قبول جامعه (۲۸) مؤثر بود که از منظر اثربخشی، اطلاعات کلامی والدین بر بهبود و افزایش رفتارهای مورد پسند والدین و جامعه در کودکان می‌تواند با نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر همسو باشد.

به عبارت دیگر، مداخلات مبتنی بر اطلاعات کلامی Field و بازی‌های تعاملی، بر مهارت‌های اجتماعی در مرحله پس‌آزمون بیش از 80 درصد مؤثر بود (جدول ۵). به منظور مقایسه زوجی سه گروه در مهارت‌های اجتماعی، از آزمون تعقیبی LSD استفاده گردید (جدول ۶).

بر اساس نتایج جدول ۶ در مهارت‌های اجتماعی، بین گروه‌های مداخلات مبتنی بر اطلاعات کلامی Field و بازی‌های تعاملی با گروه شاهد تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P = 0/001$). همچنین، بین مداخلات مبتنی بر اطلاعات کلامی Field و بازی‌های تعاملی تفاوت معنی‌داری مشاهده گردید ($P = 0/050$). مقایسه گروه مداخلات کلامی Field با گروه بازی‌های تعاملی حاکی از تأثیر 58 درصدی بازی‌های تعاملی بود. همچنین، مقایسه گروه اطلاعات کلامی Field و گروه شاهد نشان داد که تأثیر مداخلات مبتنی بر اطلاعات کلامی Field بر مهارت‌های اجتماعی بیش از 69 درصد بود. مقایسه

جدول ۵. نمرات مهارت‌های اجتماعی به تفکیک سه گروه

متغیر	مرحله	گروه اطلاعات کلامی Field	گروه بازی درمانی	گروه شاهد	مقدار P (بین گروهی)
مهارت‌های اجتماعی	پیش‌آزمون	56/13 \pm 8/36	55/20 \pm 7/62	57/26 \pm 6/97	0/763
	پس‌آزمون	58/86 \pm 8/48	60/33 \pm 7/59	57/73 \pm 6/89	0/001
مقدار P (درون گروهی)		0/001	0/001	0/1720	

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی (LSD) Least significant difference به منظور مقایسه‌های زوجی گروه‌ها در متغیر مهارت‌های اجتماعی

متغیرها	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها	خطای اندازه‌گیری	مقدار P	ضریب اتا
مهارت‌های اجتماعی	مداخلات مبتنی بر اطلاعات کلامی Field	بازی‌های تعاملی	-۲/۳۹۴	۰/۳۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۴
		شاهد	۲/۲۵۹	۰/۳۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹۷
	بازی‌های تعاملی	شاهد	۴/۶۵۳	۰/۳۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۴

یکی از رفتارهای که کودک مبتلا به ADHD را نزد همسالانش منفور می‌سازد، پرخاشگری اوست (۴۹). بنا بر نظریه الگوی ترکیبی، این رفتار و سایر رفتارهای غیر اجتماعی که مسبب مشکلات اجتماعی و تهدید سلامت روان کودکان هستند، در زنجیره تعاملات خصمانه والدین آموخته می‌شوند (۳۸). بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک با فرض اولیه تحول ناکارآمدی کشمکش‌های والد-فرزندی (۳۹) و رفتارهای کلامی مثبت والدین نسبت به کودکان که منجر به اصلاح خودبنداره کودک می‌شود (۴۰)، آموزش مهارت‌های ویژه ارتباط و مدیریت رفتار با کودک و مهم‌تر از همه پذیرش محدودیت‌های رفتاری فرزند، چرخه معیوب تعامل منفی والد-کودک را می‌شکند (۳۸). والدین، مهارت‌های ایجاد روابط امن را در جهت رشد کودکان فرامی‌گیرند و به این ترتیب رفتارهای مورد پسند اجتماعی را در کودک افزایش و رفتارهای منفی را در وی کاهش می‌دهند. زمانی که والدین یاد می‌گیرند به کودکانشان نزدیک شوند، کودکان اولین تجربه رابطه عاطفی نزدیک را به دست می‌آورند که مقدمه‌ای برای تشکیل روابط صمیمانه در محیط آموزشی و دوست‌یابی می‌باشد (۴۰).

با توجه به آنچه بیان شد، بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک نسبت به بسته آموزش والدین مبتنی بر مدل اطلاعات کلامی Field، اثربخشی بالاتری داشت. در تبیین این بخش می‌توان گفت که بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک نسبت به درمان اطلاعات کلامی Field، بیشتر به تجزیه و تحلیل اجزای رفتار می‌پردازد و بیش از این که متمرکز بر یک بعد رفتاری باشد، نظریه‌ای گسترده است که به اقتضای نوع رفتار ناهنجاری که مورد درمان واقع می‌شود، آن را از جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار می‌دهد (۵۰). تأکید بر بعد تعامل یک امتیاز ویژه این درمان است (۵۱) که تحولات بیشتری را در ارتباط درمانجویان ایجاد می‌کند.

بر اساس نتایج به دست آمده، هم بازی درمانی تعاملی مبتنی بر رابطه والد-کودک و هم بسته آموزش والدین مبتنی بر مدل اطلاعات کلامی Field، بر مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به ADHD مؤثر بود. اگرچه مقایسه میانگین‌ها نشان داد که این تغییرات در مقایسه با گروه شاهد کم بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که رفتارهای شکل گرفته والدین و ویژگی‌های کودکان مبتلا به ADHD به گونه‌ای است که اثرگذاری پایدار و عمیق مداخلات و آموزش‌ها نیاز به یک دوره طولانی دارد، این در حالی است که پژوهش‌هایی از این نوع در یک دوره کوتاه اجرا می‌شوند. از طرف دیگر، نتایج مطالعات نشان می‌دهد که تغییر تعاملات رفتاری والدین در بهبود علایم کودکان پیش‌دستانی مبتلا به ADHD مؤثر است و پدران و مادران کودکان مبتلا به ADHD نسبت به کودکان غیر مبتلا، نیاز به مهارت‌های والدینی اختصاصی‌تری دارند و آموزش والدین بیش از سایر مداخلات خانوادگی اهمیت دارد و اثرات مثبت درمانی آن در پیگیری‌های بعدی نیز مشاهده می‌شود (۵۲).

مشکلات اجتماعی یکی از بارزترین ویژگی‌های کودکان دارای ADHD می‌باشد (۳۳). رفتارهای بیش‌فعالی و تکانشگری، باعث تخریب روابط این کودکان با همسالانشان می‌گردد. این دسته رفتارها باعث می‌شود که فرد در انتظار کشیدن و رعایت نوبت مشکلاتی را تجربه کند (۴۷). همچنین، تکانشگری باعث می‌شود که این کودکان گفتگوهای دیگران را به طور مداوم قطع کنند. سوگیری‌های شناختی و هیجانی سازش نایافته کودکان دارای این اختلال، مانع از برقراری روابط با همسالان می‌گردد (۳۱). این کودکان رفتارهای خصمانه و پرخاشگرانه بیشتری را در مقایسه با کودکان بدون این اختلال دارند (۳۴) و به همین دلیل، در جمع همسالان کمتر پذیرفته می‌شوند (۴۸). بنابراین، می‌توان گفت که بسته آموزشی مبتنی بر والدین اطلاعات کلامی Field احتمالاً با تأکید بر انتقال اطلاعات مثبت به کودکان، پردازش اطلاعات آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. کودکان دارای ADHD به دلیل بازخوردهای منفی دریافت شده از محیط، دارای خودبنداره منفی مبنی بر فقدان قابلیت اجتماعی هستند. بازخوردهای دریافت شده می‌توانند در نتیجه تجربیات مکرر کودک باشند که به وی می‌آموزد از برقراری ارتباطات آینده خودداری نماید و به صورت اضطراب در کودک ماندگار می‌شود. این اضطراب‌ها ممکن است جنبه اجتماعی داشته باشد و کودک از ایجاد ارتباط اجتناب کند یا جنبه فراگیر داشته باشد و بر سایر ابعاد رفتاری کودک نیز اثر گذارد (۲۴). مشاهده شده است که آرایه اطلاعات کلامی مثبت، موجب اصلاح باورها و رفتارهای ترس در کودکان می‌شود (۲۸) بنابراین، بسته آموزشی والدین مبتنی بر اطلاعات کلامی Field شاید بتواند از طریق آرایه اطلاعات درست و اصلاح شناختی با تحت تأثیر قرار دادن پردازش اطلاعات در این کودکان، در جهت رفع این شرایط اضطرابی گام بردارد (۲۷).

می‌توان گفت که اولین نشانه نقص در مهارت‌های اجتماعی کودکان، در منزل و در ارتباط با والدین بروز می‌یابد (۲۲). بنابراین، با آموزش نکات بسته آموزشی طراحی شده به والدین از جمله شناخت هیجان‌ها و رفتارهای کودکان و مشکلات ارتباطی آن‌ها و بحث و بارش فکری در مورد آن و همچنین، تأکید بر انواع راه‌حل‌ها از طریق اطلاعات کلامی مثبت، می‌توان یکی از حلقه‌های اجتماعی این کودکان را تقویت نمود؛ پیامد مثبت رفتار بهبود یافته کودک در منزل یا ارتباط و تعامل بهتر شده می‌تواند به سایر عملکردهای اجتماعی وی در محیط‌های مختلف گسترش یابد. همچنین، کودکان در این راستا فنون کنترل خود را از طریق بازخوردهای مثبت شکل گرفته در طی مداخله بهبود می‌بخشند. این توانمندی در ارتقای مهارت‌های اجتماعی آن‌ها مؤثر می‌باشد (۳۵). اثر بازی درمانی تعاملی مبتنی بر رابطه والد-کودک، بر مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به ADHD در مطالعه حاضر، با نتایج برخی تحقیقات (۳۷، ۳۶، ۱۶) همسو بود. این رویکرد والد-کودک بستری را فراهم می‌سازد تا تعامل والد با کودک مبتلا به ADHD از موضوع صرف تنبیه و اطاعت روزانه فراتر رود و به مسایل مرتبط با بهبود سلامت روانی کودک و والد بپردازد. پیش از این گفته شد که

برای انجام مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، تنظیم دست‌نوشته، ارزیابی تخصصی دست‌نوشته از نظر مفاهیم علمی، تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به دفتر مجله، مسؤلیت حفظ یکپارچگی فرایند انجام مطالعه از آغاز تا انتشار و پاسخگویی به نظرات داوران، سالار فرامزنی، طراحی و ایده‌پردازی مطالعه، فراهم کردن تجهیزات و نمونه‌های مطالعه، تنظیم دست‌نوشته، ارزیابی تخصصی دست‌نوشته از نظر مفاهیم علمی، تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به دفتر مجله، مسؤلیت حفظ یکپارچگی فرایند انجام مطالعه از آغاز تا انتشار و پاسخگویی به نظرات داوران، فرح نادری، خدمات پشتیبانی و اجرایی و علمی مطالعه، تنظیم دست‌نوشته، ارزیابی تخصصی دست‌نوشته از نظر مفاهیم علمی، تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به دفتر مجله، مسؤلیت حفظ یکپارچگی فرایند انجام مطالعه از آغاز تا انتشار و پاسخگویی به نظرات داوران، امیر قمرانی، تحلیل و تفسیر نتایج، تنظیم دست‌نوشته، ارزیابی تخصصی دست‌نوشته از نظر مفاهیم علمی، تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به دفتر مجله، مسؤلیت حفظ یکپارچگی فرایند انجام مطالعه از آغاز تا انتشار و پاسخگویی به نظرات داوران را بر عهده داشتند.

منابع مالی

این مطالعه بر اساس تحلیل اطلاعات مستخرج از رساله دکتری تخصصی با کد اخلاق IR.IAU.AHVAVZ.REC.1399.031 و ثبت در سامانه ثبت کارآزمایی‌های بالینی ژاپن می‌باشد که با حمایت معنوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز انجام گرفت. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز در جمع‌آوری و تحلیل و گزارش نویسی اعمال نظر نداشته است.

تعارض منافع

نویسندگان دارای تعارض منافع نمی‌باشند.

محدودیت‌ها

از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس و محدود اشاره کرد. همچنین، پژوهش در شهر اصفهان اجرا شد و در تعمیم نتایج آن باید دقت لازم را به عمل آورد. نویسندگان سایر آموزش‌های انجام گرفته در مراکز آموزشی در خصوص مسایل کودکان دارای ADHD که به مادران داده شده است را مورد ارزیابی و بررسی قرار نداده است.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود مطالعه در شهرستان‌های دیگر و سایر مناطق آموزش و پرورش شهر اصفهان با توجه به تفاوت‌های اقتصادی-اجتماعی ساکنان این مناطق انجام شود. همچنین، با توجه به نقش محیط در ایجاد یا تشدید و تداوم برخی اختلالات دوران کودکی و اهمیت این دوره، سایر روش‌های درمانی مبتنی بر والدین و خانواده برای اختلالات این دوره مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک و آموزش والدین مبتنی بر مدل Field، بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای ADHD تأثیر معنی‌داری داشت. این دو روش می‌توانند با تعدیل هیجانات منفی و اصلاح رابطه والد و کودک، به عنوان مداخله مؤثر به تنهایی یا در کنار سایر رویکردها مورد استفاده قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری تخصصی با کد اخلاق IR.IAU.AHVAVZ.REC.1399.031 و ثبت در سامانه ثبت کارآزمایی‌های بالینی ژاپن، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان از کلیه کسانی که در انجام این طرح مشارکت داشتند، به ویژه مدیریت مراکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره و همچنین، والدینی که با رضایت آگاهانه در جلسات همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

نقش نویسندگان

هاله درمیانی طباطبائی، طراحی و ایده‌پردازی مطالعه، جذب منابع مالی

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: APA; 2013
2. Egger HL, Kondo D, Angold A. The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A review. *Infants Young Child* 2006; 19(2): 109-22.
3. Smith BH, Barkley RA, Shapiro CJ. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Treatment of childhood disorders*. 3rd ed. New York, NY: The Guilford Press; 2006. p. 65-136.
4. Maghsudloo M, Nejati V, Fathabadi J. Effectiveness of Aram cognitive rehabilitation package on improvement of executive function based on behavioral rating in preschool children with ADHD symptoms. *Psychology of Exceptional Individuals* 2019; 9(33): 23-43. [In Persian].
5. Parhizkar N. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy based on executive functioning on symptoms in students with attention deficient hyperactivity disorder. *International Journal of Behavioral Sciences* 2014; 8(2): 115-22.
6. Efron D, Wijaya M, Hazell P, Sciberras E. Peer Victimization in Children with ADHD: A Community-Based Longitudinal Study. *J Atten Disord* 2021; 25(3): 291-9.

7. Jones S, Hesse M. Adolescents with ADHD: Experiences of Having an ADHD Diagnosis and Negotiations of Self-Image and Identity. *J Atten Disord* 2018; 22(1): 92-102.
8. Rokeach A, Wiener J. Friendship quality in adolescents with ADHD. *J Atten Disord* 2020; 24(8): 1156-68.
9. Nijmeijer JS, Minderaa RB, Buitelaar JK, Mulligan A, Hartman CA, Hoekstra PJ. Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clin Psychol Rev* 2008; 28(4): 692-708.
10. Segrin C, Taylor M. Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Pers Individ Dif* 2007; 43(4): 637-46.
11. Meftagh S, Mohammadi N, Ghanizadeh A, Rahimi C, Najimi A. Comparison of the effectiveness of different Treatment Methods in Children's Attention Deficit-Hyperactivity Disorders. *J Isfahan Med Sch* 2011; 29(148): 965-76. [In Persian].
12. Gholami Vnovel N, Fallahi Khoshkonab M, Rah Gouy A, Hosseini MA, Khodaei Ardakani MR, Soltani Pour R. The effect of psychodrama on social skills of school children suffering from Attention-Deficit/hyperactivity Disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2018; 6(4): 57-63. [In Persian].
13. Ghobari ÇôBonab B, Beh-Pajooch A, Afrooz GA, Hakimi Rad E, Arjmandnia AA. The effects of response inhibition and working memory training programs on improving social skills in children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. *Journal of Psychological Studies* 2013; 9(4): 9-30. [In Persian].
14. Pozzi M, Bertella S, Gatti E, Peeters GGAM, Carnovale C, Zambrano S, et al. Emerging drugs for the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Expert Opin Emerg Drugs* 2020; 25(4): 395-407.
15. Chaudhari VS. Social functioning, interpersonal difficulties, social deficits, and social skills training in ADHD. In: Gopalan RG, editor. *Diagnosing, assessing, and treating ADHD*. India: IGI Global published. 2021. p.196-210.
16. Bosch A, Bierens M, de Wit AG, Ly V, van d, V, de BH, et al. A two arm randomized controlled trial comparing the short and long term effects of an elimination diet and a healthy diet in children with ADHD (TRACE study). Rationale, study design and methods. *BMC Psychiatry* 2020; 20(1): 262.
17. Mazhar H, Foster BC, Necyk C, Gardiner PM, Harris CS, Robaey P. Natural health product-drug interaction causality assessment in pediatric adverse event reports associated with attention-deficit/hyperactivity disorder medication. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2020; 30(1): 38-47.
18. Frei H, Everts R, von AK, Kaufmann F, Walther D, Schmitz SF, et al. Randomised controlled trials of homeopathy in hyperactive children: treatment procedure leads to an unconventional study design. Experience with open-label homeopathic treatment preceding the Swiss ADHD placebo controlled, randomised, double-blind, cross-over trial. *Homeopathy* 2007; 96(1): 35-41.
19. Lee GJ, Suhr JA. Expectancy effects of placebo neurofeedback in ADHD treatment seekers: A neuropsychological investigation. *Neuropsychology* 2020.
20. Santonastaso O, Zaccari V, Crescentini C, Fabbro F, Capurso V, Vicari S, et al. Clinical Application of Mindfulness-Oriented Meditation: A Preliminary Study in Children with ADHD. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(18): 6916.
21. Waters AM, Zimmer-Gembeck MJ, Farrell LJ. The relationships of child and parent factors with children's anxiety symptoms: parental anxious rearing as a mediator. *J Anxiety Disord* 2012; 26(7): 737-45.
22. Siu AF, Lo JW. Promising effect of a family rugby programme for children with ADHD: Promoting parent-child relationship and perceptual change on child's behaviors. *Complement Ther Clin Pract* 2020; 39: 101135.
23. Nejati A, Mosavi R, Roshan R, Mahmodigharaei J. Effectiveness of Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) on the Improvement of Mothers' Parenting of children 8-11 years with ADHD. *Journal of Clinical Psychology* 2016; 8(1): 37-49.
24. Abbaslo F. The effect of Parent-Child Relationship Therapy (CPRT) training on mothers on reducing behavioral problems in children with ADHD. *Pajouhan Scientific Journal* 2020; 18(4): 31-8. [In Persian].
25. Alizadeh S, Abu Talib M, Abdullah R, Mansor M. An exploration study of effectiveness of child parent relationship therapy (CPRT) on children internalizing behavior problems. *Aust J Basic Appl Sci* 2011; 5(12): 1905-8.
26. Atefeh T, Farshid K. The effectiveness of parent-child relationship management (CPRT) on social skills and emotional regulation of children under the age of 12 with ADHD. *Rooyesh-e-Ravanshenasi* 2019; 8(6): 113-22. [In Persian].
27. Amanelahi A, Shadfar A, Aslani KH. Effects of child-parent relationship therapy on maternal parenting stress and parental acceptance of primary school children. *Journal of Family and Research* 2018; 15(4): 103-20. [In Persian].
28. Varasteh Marz, Aslani Khal, Amanelahi Abba. Effectiveness of Positive Parenting Program Training On Parent-Child Interaction Quality. *Counseling Culture and Psychotherapy* 2017; 7(28): 183-201. [In Persian].

29. Muir A. Humanistic and psychoanalytic play therapy: a child with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and oppositional defiant disorder. In: Knight C, editor. New York, NY: Springer Publishing Company; p. 73-93.
30. Barzegary L, Zamini S. The effect of play therapy on children with ADHD. *Procedia Soc Behav Sci* 2011; 30: 2216-8.
31. Sandeep C, Nuvvula S, Sunkara N. Playtherapy in pediatric dentistry. *J Pediatr Dent* 2014; 2(1): 28.
32. Field AP, Lawson J. Fear information and the development of fears during childhood: effects on implicit fear responses and behavioural avoidance. *Behav Res Ther* 2003; 41(11): 1277-93.
33. Field AP. The behavioral inhibition system and the verbal information pathway to children's fears. *J Abnorm Psychol* 2006; 115(4): 742-52.
34. Pass L, Mastroyannopoulou K, Coker S, Murray L, Dodd H. Verbal information transfer in real-life: when mothers worry about their child starting school. *Journal of Child and Family Studies* 2017; 26(8): 2324-34.
35. Rifkin LS, Schofield CA, Beard C, Armstrong T. Adaptation of a paradigm for examining the development of fear beliefs through the verbal information pathway in preschool-age children. *Behav Res Ther* 2016; 87: 34-9.
36. Muris P, Field AP. The role of verbal threat information in the development of childhood fear. "Beware the Jabberwock!". *Clin Child Fam Psychol Rev* 2010; 13(2): 129-50.
37. Lester KJ, Lisk SC, Mikita N, Mitchell S, Huijding J, Rinck M, et al. The effects of verbal information and approach-avoidance training on children's fear-related responses. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2015; 48: 40-9.
38. Mohamadi A, Hajiamini Z, Ebadi A, Fathi-Ashtiani A, Ali-Asgari M, Mohamadi A. Effect of the communication skill training of mothers using multimedia on the anxiety levels of primary school students. *Psychology* 2014; 5: 950-5.
39. Zisser A, Eyberg S. Treating oppositional behavior in children using parent-child interaction therapy. *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents* 2010; 2: 179-93.
40. Delavar A. *Research Methods in Psychology and Educational Sciences*. Tehran, Iran: Virayesh; 2013. p. 63-65.
41. Veenstra R, Lindenberg S, Oldehinkel A, Winter A, Verhulst F, Ormel J. Prosocial and antisocial behavior in preadolescence: Teachers' and parents' perceptions of the behavior of girls and boys. *Int J Behav Dev* 2008; 32(3): 243-51.
42. Shahim S. A study of the social skills in educable mentally- retarded children using the social skills rating system. *Journal of Psychology and Education* 1999; 4: 18-37.
43. Geresham FM, Elliot SN. *Social skills rating system manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service; 1990. p. 1-75.
44. Sprafkin J, Gadow KD. *Childhood inventories manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus; 1994.
45. Mohammad Esmaeil E. Adaptation and standardization of Child Symptom Inventory-4 (CSI-4). *Journal of Exceptional Children* 2007; 7(1): 79-96. [In Persian].
46. Mohamadesmaiel E, Alipour A. A preliminary study on the reliability, validity and cut off points of the disorders of Children Symptom Inventory-4 (CSI-4). *Journal of Exeptional Children* 2002; 2(3): 239-54. [In Persian].
47. Mikami AY, Smit S, Khalis A. Social skills training and ADHD-what works? *Curr Psychiatry Rep* 2017; 19(12): 93.
48. Dodangi N, Vameghi R, Habibi N. Evaluation of knowledge and attitude of parents of attention deficit/hyperactivity disorder children towards attention deficit/hyperactivity disorder in clinical samples. *Iran J Psychiatry* 2017; 12(1): 42-8.
49. Blanco P, Muro J, Holliman R, Stickley V, Carter K. Effect of child-centered play therapy on performance anxiety and academic achievement. *Journal of Child and Adolescent Counseling* 2015; 1(2): 66-80.
50. Agha SS, Zammit S, Thapar A, Langley K. Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013; 22(6): 369-77.
51. Grimm O, Kittel-Schneider S, Reif A. Recent developments in the genetics of attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2018; 72(9): 654-72.
52. Pisterman S, Firestone P, McGrath P, Goodman JT, Webster I, Mallory R, et al. The role of parent training in treatment of preschoolers with ADDH. *Am J Orthopsychiatry* 1992; 62(3): 397-408.

Comparing the Effectiveness of Parent Education Based on Field's Verbal Information Model and Play Therapy Based on Parent-Child Interaction on Increasing Social Skills of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Controlled Trial

Haleh Darmiyani-Tabtabaei¹, Salar Faramarzi², Farah Naderi³, Amir Ghamarani⁴, Zahra Eftekhari-Saadi⁵

Original Article

Abstract

Introduction: Social problems are one of the most prominent features of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). The present study aims to compare the effectiveness of parental education based on Field's Verbal Information Model and play therapy based on parent-child interaction on increasing social skills of children with ADHD in Isfahan, Iran.

Materials and Methods: This was a randomized controlled trial in which the statistical population consisted of 5 to 6-year old children with ADHD and their mothers in 2018-2019 who were selected via the purposive and convenience sampling method from counseling and psychological services centers. The subjects were randomly divided into two experimental groups and one control group. The Child Symptom Inventory-4 (CSI-4) was employed for screening children and Social Skills Rating System (SSRS; Gresham & Elliott, 1990) for data collection. Data were analyzed using the analysis of covariance (ANCOVA) test.

Results: The results showed that there was a significant difference in social skills of children with ADHD, between the group of intervention based on verbal information and parent-child interactive play and control group ($P = 0.0001$). In addition, there was a significant difference between the group of intervention based on field verbal information and interactive play ($P = 0.0001$). Given the mean scores of social skills, the effect of interactive play was higher than ($M = 60.23$) interventions based on the Field's verbal information.

Conclusion: The results indicated that both interventions were effective on increasing social skills of children with ADHD. Therefore, the abovementioned methods can be used in counseling and psychological services and parent-child training workshops to enhance the social skills of children with attention ADHD.

Keywords: Field's verbal information model; Parent-child interaction; Social skills; Attention Deficit/hyperactivity disorder

Citation: Darmiyani-Tabtabaei H, Faramarzi S, Naderi F, Ghamarani A, Eftekhari-Saadi Z. **Comparing the Effectiveness of Parent Education Based on Field's Verbal Information Model and Play Therapy Based on Parent-Child Interaction on Increasing Social Skills of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Controlled Trial.** *J Res Rehabil Sci* 2020; 16: 321-30.

Received date: 13.05.2021

Accept date: 09.12.2021

Published: 04.01.2021

1- PhD Student of Psychology and Education of Children with Special Needs, School of Education and Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, School of Education and Psychology Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz AND Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

3- Associate Professor, Department of Psychology, School of Education and Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran

4- Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, School of Education and Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz AND Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

5- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Education and Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran

Corresponding Author: Salar Faramarzi; Associate Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, School of Education and Psychology Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz AND Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran; Email: s.faramarzi@edu.ui.ac.ir