



Comparison of the effectiveness of group training to modify the parent-child interaction pattern and the stress reduction program based on mindfulness on the symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and defiant disorder in children with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder

Sahar. Dehghani¹, Abdul Hassan. Farhangji*², Mohammad Ali. Rahmani³

1. PhD Student of General Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

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

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

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research

Pages: 239-254

Corresponding Author's Info
Email:

ahassanfarhangji41@yahoo.com

Article history:

Received: 2022/07/12

Revised: 2022/09/27

Accepted: 2022/10/13

Published online: 2022/12/02

Keywords:

Hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, mindfulness-based stress reduction program, modification of parent-child interaction pattern.

ABSTRACT

Background and Aim: The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of group training to modify the parent-child interaction pattern and the stress reduction program based on mindfulness of hyperactivity and defiant disorder symptoms in children with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. **Method:** The present study is a semi-experimental type in which a pre-test-post-test design was carried out with a control group with measurement at the baseline after the intervention and a 3-month follow-up with the control group. A number of 36 elementary school boys were studying in 10 boys' public elementary schools in the 3rd district of Tehran province in the school year of 2011-2014 and were randomly selected to the experimental group (mindfulness-based stress reduction program) n=12. Modification of parent-child interaction model (n=12) and control (n=12) were assigned. Due to the spread of Corona, all the participants completed the demographic questionnaire (created by the researcher), the questionnaire of symptoms of disobedience disorder, the behavioral list (Achenbach and Rescular 2017) and the hyperactivity questionnaire (Swanson, Nolan and Pelham. 1981) by sending a link in three stages. The intervention sessions were conducted face-to-face in compliance with health protocols. Hypotheses related to the effectiveness of the research intervention were analyzed using multivariate covariance analysis (MANCOVA) as well as LSD follow-up tests. **Results:** The results of the present study showed that there is no significant difference between the variable mean of disobedience disorder symptoms and hyperactivity symptoms in the pre-test stage between the three groups, which indicates the homogeneity of the three research groups in the pre-test stage, the comparison of the two test groups also showed that There is a significant difference between the two test groups in the components, and the comparison of the averages indicated that the test group of the mindfulness-based stress reduction program was more effective. **Conclusion:** The results of this research showed that the two mentioned treatments can be used as psychological interventions in reducing the symptoms of disobedience disorder and hyperactivity symptoms in children aged 9-13 years, considering the greater effectiveness of the stress reduction program based on mindfulness, this treatment should be prioritized. Treatment should be given.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence.

© 2022 The Authors.

How to Cite This Article:

Dehghani, S., Farhangji, A., & Rahmani, M. (2022). Comparison of the effectiveness of group training to modify the parent-child interaction pattern and the stress reduction program based on mindfulness on the symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and defiant disorder in children with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. *jayps*, 3(2): 239-254



مقایسه اثر بخشی آموزش گروهی اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های نارسایی توجه/فزون کنشی و اختلال نافرمانی در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و کمبود توجه همراه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای

سحر دهقانی^۱، عبدالحسین فرهنگی*^۲ و محمدعلی رحمانی^۳

۱. دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر، با هدف مقایسه اثر بخشی آموزش گروهی اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های بیش فعالی و اختلال نافرمانی در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و کمبود توجه همراه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شده است. **روش پژوهش:** مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی که در آن از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل با سنجش در خط پایه پس از مداخله و پیگیری ۳ ماهه با گروه کنترل انجام گرفت. تعداد نفر از دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی در سال تحصیل ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در ۱۰ دبستان دولتی پسرانه منطقه ۳ استان تهران مشغول به تحصیل بودند انتخاب و به طور تصادفی به گروه آزمایش (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی) $n=12$ ، (اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند) $n=12$ و کنترل ($n=12$) گماشته شدند. به دلیل شیوع کرونا کلیه شرکت کنندگان پرسشنامه دموگرافیک (محقق ساخته)، پرسشنامه نشانه‌های اختلال نافرمانی، سیاهه رفتاری (آخنباخ و رسکولار ۲۰۱۷) و پرسشنامه بیش فعالی (سوانسون، نولان و پلهام، ۱۹۸۱) را به صورت ارسال لینک در سه مرحله تکمیل کردند. جلسات مداخلات با رعایت پروتکل‌های بهداشتی به صورت حضوری انجام شد. فرضیه‌های مربوط به اثربخشی مداخله پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) و همچنین آزمونهای تعقیبی آزمون تعقیبی LSD تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد میانگین متغیر نشانه‌های اختلال نافرمانی و علائم بیش فعالی در مرحله پیش آزمون بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد که نشانگر همگن بودن سه گروه پژوهش در مرحله پیش آزمون است، مقایسه دو گروه آزمایش نیز نشان داد که بین دو گروه آزمایش در مولفه‌های تفاوت معنی داری وجود دارد و مقایسه میانگین‌ها حاکی از اثربخشی بیشتر گروه آزمایش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بود. **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد که دو درمان مذکور می‌تواند در کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی و علائم بیش فعالی در کودکان ۹ تا ۱۳ سال به عنوان مداخلات روانشناسی استفاده شود با توجه به اثر بخشی بیشتر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی این درمان در اولویت درمانی قرار داده شود.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: علمی-پژوهشی

صفحات: ۲۳۹-۲۵۴

اطلاعات نویسنده مسئول

ایمیل:

ahassanfarhangi41@yahoo.com

سابقه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۲۱

تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۰۵

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۷/۲۱

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۹/۱۱

واژگان کلیدی

اختلال بیش فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

مافی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

دهقانی، س.، فرهنگی، ع. و رحمانی، م. (۱۴۰۱). مقایسه اثر بخشی آموزش گروهی اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های نارسایی توجه/فزون کنشی و اختلال نافرمانی در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و کمبود توجه همراه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *دوفصلنامه مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۳(۲): ۲۳۹-۲۵۴

روان‌شناختی نوجوان و جوان، ۳(۲): ۲۳۹-۲۵۴

مقدمه

ویژگی اصلی اختلال نارسایی توجه تکانشگری است که در عملکرد یا رشد فرد اختلال ایجاد می‌کند. بی‌توجهی در فزون‌کنشی از لحاظ رفتاری به صورت پرت‌شدن حواس از تکلیف، نداشتن پشتکار، مشکل متمرکز ماندن و نامنظم بودن آشکار می‌شود و نشانه‌ی لجبازی یا فقدان درک نیست (رگان، ویلیامز و وورهیس، ۲۰۲۲)؛ رفتارهای فزون‌کنشی می‌تواند به شکل دخالت‌های اجتماعی (قطع زبانه از حد کلام دیگران) و یا تصمیم‌گیری‌های مهم بدون اندیشیدن به پیامدهای درازمدت آن (مانند پذیرش شغل بدون کسب اطلاعات کافی راجع به آن) بروز نماید (بارتولی، کارولینی، کوالری، سیونی، باچیف کالابرسی و همکاران، ۲۰۲۲). افراد مبتلا به اختلال نارسایی-توجه/فزون‌کنشی اغلب فراموشی^۱، بی‌قراری^۲ و بی‌ثباتی خلق و خوی^۳ را تجربه و در درک زمان با مشکل مواجه می‌شوند (هوگمن، وان رویج، کلاین، بودهوئی، ایلیوسکا و همکاران، ۲۰۲۲). البته در اکثر افراد مبتلا به این اختلال، علائم تکانشگری حرکتی در نوجوانی و بزرگسالی کاهش می‌یابد ولی علائم بی‌قراری، بی‌توجهی، برنامه‌ریزی ضعیف و فزون‌کنشی ادامه می‌یابد. درصد قابل توجهی از کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در بزرگسالی نیز تا حدودی با مشکل روبرو هستند (پن، وانگ، گین، لی، چن، ژانگ و همکاران، ۲۰۲۲). اختلال نافرمانی مقابله‌ای، بی‌شترین شیوع را در خانواده‌هایی دارد که والدین یا مراقبین آنها، پاسخ دهنده نبوده یا در مراقبت از کودک اهمال می‌کنند (بورک، جانستون و باتلر، ۲۰۲۱). این اختلال اگر با اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی همبودی داشته باشد به احتمال بیشتری تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و تبدیل به اختلال شخصیت ضداجتماعی می‌شود. متخصصان معتقدند شناسایی عوامل بالقوه در ایجاد و بروز اختلالات رفتاری به ویژه اختلال نافرمانی مقابله‌ای، نقش غیرقابل انکاری در ابداع و بکارگیری مداخلاتی دارد که در بهبود این اختلال موثر است (بلترن، سسیت و گینزبورگ، ۲۰۲۱).

مداخلات متنوع و مختلفی برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای وجود دارد و رویکردهای درمانی متفاوتی برای این اختلال ارائه شده است که در میان آنها، آموزش والدین، به دلیل تمرکز بر محوری‌ترین عامل به وجود آمدن اختلالات رفتاری یعنی والدین، بر سایر روشهای مداخله‌ای ارجحیت و برتری دارد (لووت، کولان، وایدا، هسلینک، لوین، اوینگ-کوبس و همکاران، ۲۰۲۲). تنبیه مداوم و مقررات ناپایدار در خانواده احتمالاً با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در ارتباط است که منجر به تداوم چرخه معیوب تعامل والد-کودک می‌شود. در واقع، کودکان در پاسخ به تنبیه نرخ بالایی از نافرمانی و پرخاشگری را نشان می‌دهند. والدین نیز برای اجتناب از این رفتار کودکان، راهبردهای مقررراتی ناموثری را به کار می‌گیرند که باعث تداوم چرخه معیوب والد-کودک می‌شود (هارپو لد، با یدرمن، گیگناک، هامرنس، سارمن و همکاران، ۲۰۰۷). در میان مداخلات مبتنی بر والدین، مداخلاتی که بر اصول رفتاری آموزش تعامل والد-کودک تاکید دارند، یکی از پرطرفدارترین و موفقترین رویکرد مداخله‌ای در ارتباط با رفتارهای ایذایی و مخل کودکان محسوب می‌گردند (کورتین، دایرکس، کروایس، هرمن، نیومن و همکاران، ۲۰۲۱). در همین راستا، شواهد نشان می‌دهند که برنامه‌های آموزش رفتاری والدین، به عنوان اولین راهبرد پیشگیرانه برای درمان کودکان دارای مشکلات رفتاری معرفی می‌شوند و استفاده از این راهبرد در حال افزایش است. در این نوع مداخله، برنامه اصلاح رفتار کودک در محیط طبیعی منزل و توسط والدین که بیشترین تعامل را با او دارند، اجرا می‌شود (والرو، رودریگوئر-بوگانگرا، فیروگاریا و اسکانیو-ولاسکو، ۲۰۲۱). تعامل والد-کودک یک پدیده پیچیده و چند بعدی است و در اثر تعامل عوامل کلیدی متعددی از قبیل نگرش و میزان پذیرش والدین، نحوه‌ی مدیریت و کنترل رفتار، حس شایستگی اجتماعی و خویشتنداری، میزان دانش و مهارت والدگری، اعتماد به نفس و خوش فکری والدین در تربیت کودک و ایجاد محیطی با حداقل

3. mood instability

1. forgetfulness
2. restlessness

در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و کمبود توجه همراه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش، پژوهشی نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان مقطع ابتدایی در حال تحصیل در منطقه ۳ تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در حال تحصیل بودند و در پرسشنامه غربالگری پژوهش نمره بالاتر از نقطه برش را در پرسشنامه‌های سنجش بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی احراز کردند تشکیل دادند. ملاک‌های ورود و خروج این مطالعه عبارت بودند از: داشتن سن بین ۹ تا ۱۳ سال، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی، دریافت تشخیص سنجش بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مطابق معیارهای DSM-5، توانایی شرکت در جلسه‌های گروه درمانی و تمایل به همکاری. ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش: عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله بود.

در این طرح R بیانگر گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل بود. در مرحله بعدی اعضای دو گروه بوسیله پیش‌آزمون (T1) قبل از اجرای مداخلات درمانی، ارزیابی شدند. سپس بر روی گروه‌های آزمایش مداخلات درمانی (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی گروه آزمایش اول؛ اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند بر روی گروه آزمایش دوم به شکل جداگانه اعمال شد، در حالی که گروه کنترل این مداخلات را دریافت نکرد. سپس اعضای دو گروه با استفاده از پس‌آزمون (T2) مورد ارزیابی قرار گرفته تا میزان تأثیر متغیرهای مستقل (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، الگوی تعامل والد-فرزند) بر متغیرهای وابسته (نافرمانی مقابله‌ای و علائم بیش‌فعالی) سنجیده و مورد مقایسه قرار گیرد. پس از سه ماه هر سه گروه مورد ارزیابی آزمون پیگیری نیز قرار گرفتند تا مشخص شود تأثیر مداخلات درمانی در طول زمان پایدار بوده است یا خیر.

تعارض، مشکلات کلی روابط والد-کودک و مراقبت عاطفی مادر از کودک، شکل می‌گیرد (اتول، لایونس و هوگتون، ۲۰۲۱). در رویکرد اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند، از رویه‌های خاصی برای درمان اختلالات رفتاری کودکان دارای نافرمانی مقابله‌ای استفاده می‌گردد؛ رویه‌هایی مانند ارتقای مهارت‌های توجه انتخابی والدین، اصلاح فرمان‌دادن‌های والدین، اصلاح رفتار بازی کودکان، استفاده والدین از محروم کردن، طرح ریزی والدین و برنامه ریزی فعالیت به منظور پیشگیری از بروز مشکل، به ویژه قبل از ورود به مکان‌های عمومی (رابی، ملیر، شائو، موریس، گیل، بوگن و همکاران، ۲۰۲۱).

در روش اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند، روش‌های ارتباط و مدیریت رفتار والدین اصلاح می‌گردد. همچنین رویه‌های ارتقای مهارت‌های توجه انتخابی والدین، اصلاح فرمان‌دادن‌های والدین، اصلاح رفتار بازی کودکان، ارزیابی و بازسازی خواهد شد (الن، هارینگتون، گوئتنسچ و همکاران، ۲۰۲۲). مداخله‌ی روان‌شناسی که می‌تواند به دانش‌آموزان مبتلا به بیش‌فعالی و نافرمانی مقابله‌ای کمک کند در مان‌براساس ذهن آگاهی است. پیشاب (۲۰۱۸) معتقد است که ذهن آگاهی در روان‌شناسی معاصر به عنوان رویکردی برای افزایش آگاهی در پاسخ دادن به فرایندهای ذهنی شامل اختلالات هیجانی و بسیار جدید است. و در جهت کاهش علائم اضطراب و ناراحتی‌های خلقی دیگر موثر است و پیشنهاد می‌شود که مداخلات ذهن آگاهی ممکن است موجب فرایندهایی شود که زیربنای بهزیستی روانی است (دان و همکاران، ۲۰۲۲). درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به واسطه اینکه به هر دو بعد جسمانی و ذهنی می‌پردازد دارای اثربخشی بالایی برای درمان برخی اختلالات بالینی و بیماری‌های جسمانی گزارش شده است (دان و همکاران، ۲۰۲۲). با توجه به مطالب عنوان شده سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین میزان تأثیر آموزش گروهی اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر در نشانه‌های بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی

ابزار پژوهش

۱. سیاهه رفتاری کودک آخنباخ (CBCL) - نسخه والدین: سیاهه رفتاری کودک آخنباخ برای اولین بار توسط آخنباخ و رسکولار در سال (۲۰۱۷) طراحی شده است. برای اولین بار در ایران توسط تهرانی دوست و همکاران (۱۳۸۱) ترجمه و هنجاریابی شده است. سیاهه رفتاری کودک آخنباخ از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ ASEBA بوده و مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل اضطراب/افسردگی، انزوا/افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. دو عامل نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه عامل مرتبه دوم مشکلات برون سازی شده را تشکیل می‌دهند (ابراهامز و همکاران، ۲۰۲۱). سیاهه رفتاری کودک آخنباخ مشکلات عاطفی- رفتاری و همچنین توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۶-۱۸ سال را از دیدگاه والدین مورد سنجش قرار می‌دهد و نوعاً در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شود (ریلی و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاس‌ها با استفاده از روش آزمون- بازآزمون با یک فاصله زمانی ۸-۵ هفته بررسی شده که دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است. همچنین توافق بین پاسخ دهندگان نیز مورد بررسی قرار گرفته است که دامنه این ضرایب از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است. یزدخواستی و عریضی (۱۳۹۰) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه در سه فرم والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ به دست آوردند (گروت و همکاران، ۲۰۰۵).

۲. پرسشنامه استاندارد اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی: پرسشنامه اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی (SNAP-IV) توسط سوانسون، نولان و پلهام در سال (۱۹۸۱) برای سنجش اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی در کودکی و نوجوانان طراحی و تدوین شده است این

پرسشنامه دارای ۱۸ سوال و ۲ مولفه می‌باشد و بر اساس طیف سه گزینه‌ای لیکرت با سوالاتی مانند (اغلب به جزئیات توجه نمی‌کنم یا در تکالیف درسی، وظایف روزمره و سایر کارها بی‌دقتی می‌کنم). به سنجش اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی در کودکان می‌پردازد. مقیاس درجه‌بندی سوال‌های پرسشنامه پژوهش مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت بوده است. امتیازات آزمودنی را از عبارت فوق با یکدیگر جمع نمایید. حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۵۴ خواهد بود. نمره بین ۰ تا ۱۸: میزان اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی در حد پایینی می‌باشد. نمره بین ۱۸ تا ۳۶: میزان اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی در حد متوسطی می‌باشد. نمره بالاتر از ۳۶: میزان اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی حد بالایی می‌باشد. در پژوهش (شیخ طاهری و همکاران، ۲۰۲۲). روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است (زرگری و همکاران، ۲۰۲۱).

روش اجرای پژوهش

در این تحقیق، پس از تایید پروپوزال و دریافت مجوز از طرف دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن از بین دانش آموزان پسر منطقه ۳ تهران، دانش آموزان پسر با نارسایی توجه و فزون کنشی، افراد نمونه براساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند و سپس توضیحاتی در مورد تحقیق به آن‌ها داده شد. پس از اخذ موافقت کتبی از آن‌ها مبنی بر شرکت در پژوهش، افراد بصورت تصادفی در گروه‌های مورد مطالعه قرار گرفتند. کلیه‌ی شرکت کنندگان پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک، مقیاس فزون کنشی و پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک آخنباخ را تکمیل کردند. مداخله‌های یاد شده براساس پروتکل آموزش ذهن آگاهی از کابات زین (۲۰۱۳) برگزار شد. شرکت کنندگان در سه نوبت، قبل از مداخله (بیش‌آزمون)، بعد از انجام مداخله (پس‌آزمون) و ۳ ماه بعد از انجام مداخله (مرحله پیگیری) پرسشنامه را تکمیل کردند. درمان به صورت گروهی طی ۸ جلسه یکبار در هفته به مدت دو ساعت برای شرکت کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. افراد گروه کنترل، هیچ مداخله درمانی دریافت نکردند. به دلیل ملاحظات اخلاقی در پایان

پژوهش، افراد گروه کنترل نیز وارد درمان شدند. آگاهی و خلاصه جلسات آموزش الگوهای تعامل والد- خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات درمان ذهن فرزند در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ساختار پروتکل برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (الکساندر و همکاران، ۲۰۱۲).	
جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون، بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان، مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان‌پذیر است. معرفی خود و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر (۳۰ دقیقه). مشخص کردن قوانین گروه (وقت شناسی، رازداری، احترام به نظرات یکدیگر، شرکت در بحث‌ها و گفتگوها و عدم درگیری و توهین، رعایت نوبت دیگران در حرف زدن)، (۲۰ دقیقه). مشخص کردن اهداف و برنامه‌های گروه (چارچوب آموزش ذهن آگاهی با تمرین خوردن کشمش)، (۱۵ دقیقه). انتظارات و اهداف شخصی اعضا از شرکت در جلسات (۱۰ دقیقه). آموزش: (فواید و کاربرد ذهن آگاهی در زندگی بیان شد. مفهوم ذهن آگاهی به مراجعان معرفی شد.
دوم	خوشامدگویی به اعضای گروه و ایجاد رابطه (۱۰ دقیقه) آموزش (آموزش تمرینات واریسی بدنی همراه با ضبط شنیداری: در واریسی بدنی، به سادگی از شرکت‌کنندگان خواستیم که چند دقیقه بر عمل تنفس که در داخل و خارج بدن جریان دارد تمرکز کنند. پس از آن دستور واریسی بدنی را دادیم. از شرکت‌کنندگان خواستیم که ذهن خود را به قسمت‌های مختلف بدن معطوف کنند. شرکت اعضا در گفتگو پیرامون موضوع جلسه (۱۰ دقیقه) بازخورد درباره مطالب مطرح شده در این جلسه و احساس خود از این جلسه (۱۰ دقیقه).
سوم	خوشامدگویی به اعضای گروه و ایجاد رابطه (۱۰ دقیقه). آموزش (مرور جلسات گذشته و آموزش انعطاف‌پذیری رویارویی با موانع: به شرکت‌کنندگان توصیه شد. شرکت اعضا در گفتگو پیرامون موضوع جلسه (۳۰ دقیقه). بازخورد درباره مطالب مطرح شده در این جلسه و احساس خود از این جلسه (۱۰ دقیقه)
چهارم	خوشامدگویی به اعضای گروه و ایجاد رابطه (۱۰ دقیقه). آموزش و هدف این جلسه (مرور جلسات گذشته و آموزش تمرینات شنیداری: اینجا تمرین می‌کنیم که از صداهای دور و نزدیک در محیطمان آگاه باشیم. شرکت اعضا در گفتگو پیرامون موضوع جلسه (۳۰ دقیقه). بازخورد درباره مطالب مطرح شده در این جلسه و احساس خود از این جلسه (۱۰ دقیقه).
پنجم	خوشامدگویی به اعضای گروه و ایجاد رابطه (۱۰ دقیقه) تعیین هدف این جلسه (مرور جلسات گذشته و آموزش مراجعان به مراقبه نشسته: با معطوف کردن توجه به طرز نشستن شروع کنیم. شرکت اعضا در گفتگو پیرامون موضوع جلسه (۲۰ دقیقه). بازخورد درباره مطالب مطرح شده در این جلسه و احساس خود از این جلسه (۱۰ دقیقه)
ششم	خوشامدگویی به اعضای گروه و ایجاد رابطه (۱۰ دقیقه). آموزش این جلسه (مراجعات به مراقبه دریاچه یا کوه یا مراقبه ذهن آگاهی، با استفاده از ضبط شنیداری: برای تمرین از شرکت‌کنندگان خواستیم به خاطرات ناخوشایند، مشکلات با خاطرات خوب خود توجه کنند و افکار همراه با آن‌ها را به خاطر آوردند. برخی ذهن خود را مثل آسمان می‌بینند با ابرهایی که با سرعت زیاد در آن حرکت می‌کند، گاهی ابرها کوچک هستند گاهی تیره و گاهی کل آسمان را می‌پوشانند اما آسمان باقی است. در انتهای این جلسه نوارهای تمرین مراقبه حضور ذهن که شامل مراقبه کوه و دریاچه است به شرکت‌کنندگان ارائه شد. در این مراقبه‌های گام‌به‌گام تصاویر زیبایی وجود دارد که روش‌هایی برای ارتباط با افکار محسوب می‌شوند مثل کوهی که با وجود طوفان محکم می‌ایستد یا دریاچه‌ای که با وجود آشفتگی سطح آب آن آرام می‌ماند. (۵۰ دقیقه). شرکت اعضا در گفتگو پیرامون موضوع جلسه (۲۰ دقیقه) بازخورد درباره مطالب مطرح شده در این جلسه و احساس خود از این جلسه (۱۰ دقیقه).
هفتم	خوشامدگویی به اعضای گروه و ایجاد رابطه (۱۰ دقیقه). در جلسه هفتم، مراجعان تشویق شدند تا اختیار ذهن آگاهی خودشان را بدست گیرند. به آن‌ها پیشنهاد شد که ذهن آگاهی را بدون ضبط شنیداری تمرین کنند. به مراجعان پیشنهاد داده شد تا تمرین‌های مختلف را امتحان کنند و یک برنامه زمان‌بندی شده تمرینی که برایشان موثر است تدوین کنند. به آن‌ها آموزش داده شد تا برخی از تمرین‌ها را ترکیب کنند: روش‌هایی که می‌توانید با استفاده از آن‌ها، افکار خود را به نحو متفاوتی ببینی: در این جا برخی از کارهایی که می‌توانید با افکار خود انجام دهید وجود دارد: تنها تماشا کنید که آن‌ها

می‌آیند و می‌روند، بدون آن که احساس کنید ناچارید آن‌ها را دنبال کنید. افکار خود را به جای یک حقیقت به عنوان یک واقعۀ ذهنی ببینید. شاید درست باشد که این واقعۀ اغلب با احساسات دیگری رخ می‌دهد. وسوسه‌انگیز است که این افکار واقعی بدانید. اما هنوز تصمیم با شما است که آن‌ها را واقعی بدانید و یا این که بخواهید با آن‌ها به گونه دیگری رویایی داشته باشید. افکار خود را روی کاغذ بنویسید. با این روش می‌توانید افکار خود را کمتر هیجانی و مغلوب‌کننده ببینید. فاصله زمانی بین حضور این افکار تا وقتی که به رشته تحریر در می‌آیند فرصتی را فراهم می‌آورد تا به معنی آن‌ها فکر کنید برای افکار به‌ویژه افکار مشکل‌زا، شاید بتوان به طور ارادی جایگزین دیگری یافت. انجام این کار به عنوان بخشی از تمرین مفید است: «ذهن منطقی» خود را آزادبگذارید و به آن فرصت دیگری بدهید، (۵۰ دقیقه) شرکت اعضا در گفتگو پیرامون موضوع جلسه (۲۰ دقیقه)

در آخرین جلسه، تمرینات گذشته مرور شدند. درمانگر با مراجعان در مورد اینکه کدام تمرین برایشان موثرتر بوده است سخن گفت و توصیه‌هایی در مورد کاهش استرس برایشان انجام شد: آنچه که ما واقعاً هر لحظه انجام می‌دهیم، می‌تواند برای رویارویی ماهرانه و بهتر ما با استرس موثر باشد. شاید دوست داشته باشید که از خود این سؤال‌ها را بپرسید: ۱. از بین کارهایی که انجام می‌دهم، کدام یک مرا تقویت می‌کند و کدامیک به جای اینکه فقط مرا تهییج کند زنده بودن و حضور داشتن را افزایش می‌دهد (فعالیت‌های ارتقاءدهنده)؟ ۲. از بین کارهایی که انجام می‌دهم، چه کارهایی فرسوده‌ام می‌کنند، چه کارهایی احساس زنده بودن و خوشحالی واقعی مرا کاهش می‌دهند، کدامیک باعث می‌شوند که احساس کنم فقط تهییج شده‌ام، یا بدتر شده‌ام (فعالیت‌های تنزل‌دهنده)؟ شرکت اعضا در گفتگو پیرامون موضوع جلسه (۳۰ دقیقه). بازخورد درباره مطالب مطرح‌شده در این جلسه و احساس خود از این جلسه (۱۰ دقیقه).

جلسه هشتم

خلاصه جلسات آموزش الگوهای تعامل والد-فرزند: الگوهای تعامل والد-فرزند آبرگ (۲۰۱۸) هر جلسه ۹۰ این برنامه طی ۸ جلسه ۲ ساعته تنظیم شده است. دقیقه پیگیری شده و به شرح زیر ذیل می‌باشد. جلسات ۸ گانه مداخله‌ای این پژوهش براساس پروتکل

جدول ۲. شرح خلاصه جلسات آموزش الگوهای تعامل والد-فرزند آبرگ (همبری کیگن و همکاران، ۲۰۱۳).

جلسه	محتوا
اول	در این جلسه ابتدا اعضای گروه با یکدیگر و مشاور آشنا خواهند شد و نسبت به شرایط حضور توافق بعمل خواهد آمد. همچنین در این جلسه پیرامون مفهوم نافرمانی مقابله‌ای کودکان و عوامل آن، امنیت عاطفی کودک و زبان‌های ناشی از کنترل شدید تکانه‌های طبیعی در کودک و تاثیر محرومیت‌های سنین پایین بر رفتارهای بعدی کودک تاکید خواهد شد. در این جلسه پیش‌آزمون اجرا خواهد شد. هدف: آشنایی اعضا گروه با هم، شکل‌گیری رابطه بین درمانگر و آزمودنی‌ها، انجام پیش‌آزمون، توضیح مفهوم نافرمانی تکلیف: پایش کودک در موقعیت‌های مختلف و نوشتن علائم نافرمانی در آن‌ها
دوم	در این جلسه توصیه‌هایی به مادران برای شکل دادن به رفتار کودک مبنی بر اینکه کمی سخت‌گیرتر ولی فعال‌تر باشند، ارائه خواهد شد. کنترل در حد اعتدال، انضباط محکم و حتی توسل به تنبیه در صورت لزوم تبیین خواهد شد. هدف: انتقال نکاتی در مورد تعامل والد و کودک، نکاتی در مورد استرس والدینی و راه کارهای مدیریت آن تکلیف: جمع‌آوری اطلاعات در مورد افکاری که فرزندشان هنگام نافرمانی مقابله‌ای دارد. شناسایی کنند (مانند: ممکن است اتفاق بدی برای مادرم پیش بیاید یا شاید دیگر هیچ‌گاه والدینم را نبینم من را دوست ندارد) والدین در مورد احساسات و نگرانی‌هایی که نتیجه این افکار هستند به گفتگو پرداخته شود (مانند گریه کردن، عصبانیت، ایجاد قشقرق و...) در مورد پاسخهای رفتاری که کودک در قبال این نافرمانیهای

مقابله‌ای دارد بحث شود / در خواست از والدین برای شنا سایی و مشخص نمودن افکار، احساسات و رفتارهای مضطربانه در کودک به عنوان تکلیف خانگی و گزارش آن‌ها در جلسه آینده	سوم
در این جلسه برخی از مشکلات رفتاری کودکان (رفتار غیر انطباقی مانند شب ادراری یا حملات قشقرق) و نقش تعامل والدین در رفع آن‌ها پرداخته خواهد شد. مهارت‌های والدگری معتدل، موثر و انعطاف پذیر با تاکید بر گفتگوی سازنده با فرزند آموزش داده خواهد شد. هدف: سبک‌های فرزندپروری و پیامدهای مثبت و منفی آنها تکلیف: شنا سایی پا سخ‌های هیجانی کودک مانند گریه کردن، قشقرق راه انداختن /در مورد سؤالات و نگرانی‌های کودک اطمینان بخشی فراوان می‌کنند - آموزش والدین در مورد اینکه اصلاح این رفتارها می‌تواند بر چرخه کلی نافرمانی مقابله‌ای تأثیر بگذارد.	
از این جلسه توانایی در پاسخ‌گویی به نیازها و خواسته‌های کودک، ایجاد و حفظ روابط اجتماعی مناسب کودک به مادران آموزش داده خواهد شد. پرهیز از تعامل غیر مؤثر، انتقال یا درک غیر واضح محتوا آموزش داده خواهد شد. هدف: بیان عوامل موثر بر رشد روانی - اجتماعی کودک و روشن کردن مفهوم ترتیب تولد /آموزش اصول تغییر رفتار (با تأکید بر تقویت و نادیده گرفتن) /آموزش اصول تقویت می‌تواند مادی یا غیر مادی باشد /بهتر است متنوع باشد /بهتر است بلافاصله پس از رفتار مطلوب ارائه شود /پاداش دهنده، فرد مورد علاقه کودک باشد بهتر است تقویت توسط چند نفر ارائه شود /آموزش اصول نادیده گرفتن /نادیده گرفتن در مورد رفتارهایی به کار می‌رود که آسیبی برای کودک نداشته باشد /استقامت و ثبات در به کار گرفتن این روش نادیده گرفتن ابتدا باعث افزایش رفتار نامطلوب شده و سپس موجب کاهش آن می‌شود /نادیده گرفتن باید از طرف همه اطرافیان کودک و هر زمان که کودک رفتار نامطلوب را انجام می‌دهد، صورت گیرد. تکلیف: تقویت رفتار مناسب در طول هفته	چهارم
در این جلسه به شناخت تأثیر تعامل با دوستان و اعضای خانواده و تماس با افراد مهم زندگی پرداخته خواهد شد. بررسی برخورد تربیتی منفی اعم از اجتناب از تقویت تعامل مثبت با اعضای خانواده و دوستان، بی‌اعتنایی و برخورد قهرآلود و سختگیرانه با کودک صورت می‌گیرد. در مقابل سعی شود اوقات بیشتری را صرف بازی با کودک کنند و در جریان بازی با کودک مشارکت کنند. هدف: آشنایی با اهداف نادرست رفتار کودکان /نادیده گرفتن تا زمان کاهش رفتار نامطلوب ادامه یابد /بهتر است همزمان که رفتارهای مضطربانه نادیده گرفته شود، رفتارهای مستقلانه تقویت شود جلسه چهارم - بحث و تبادل نظر با والدین در مورد به کارگیری اصول تغییر رفتار و نتایج آن - آموزش اصول تغییر رفتار (با تأکید بر اقتصاد ژتونی، شکل دهی و تقویت متمایز) - آموزش تقویت به شیوه اقتصاد ژتونی برای کم کردن وابستگی تدریجی کودک به تقویت مستقیم - آموزش شکل دهی: رفتارهایی که شبیه و نزدیک به رفتار مطلوب است تقویت شود - تقویت رفتارهای مغایر با رفتارهای مضطربانه و حاکی از ترس تکلیف: آموزش راههای صحیح گوش دادن به حرفها و نگرانی کودکان (بدون داوری و قضاوت در طول هفته	پنجم
در این جلسه تعامل کلامی و غیر کلامی قاعده مند، پیام‌های غیر کلامی در زندگی اجتماعی، ابلاغ ارزش‌ها، نگرش‌ها، دوستی با دیگران در روابط اجتماعی آموزش داده خواهد شد. ضمناً در این جلسه رعایت ملاحظات اخلاقی در تعاملات خویش تاکید می‌شوند. هدف: آشنایی والدین با رفتارهای منفی خود و راه‌های مقابله با آنها تکلیف: شکل دهی رفتار کودک با استفاده از تکنیک‌های تنبه و پاداش	ششم

هفتم	در این جلسه به شناخت تاثیر حجم گفتار، نوع نگاه و لحن صدا بر واکنش‌های هیجانی پرداخته خواهد شد. مقابله با این مشکلات آموزش داده خواهد شد. راهبردهای عملی مانند ارائه پیام‌های واضح، دریافت آن‌ها به همان صورتی که منظور شده اند، گوش دادن فعال به صحبت‌های کودک و ارائه عکس العمل طبیعی برای ارضای مطلوب طرفین استفاده خواهد شد. در این جلسه پس از آزمون اجرا خواهد شد. هدف: راه‌های مواجهه موثر با اهداف تادرست رفتار کودکان، آموزش نحوه دلگرمی دادن به خود و کودکان، آموزش مهارت‌های ارتباط موثر با فرزندان تکلیف: توصیف اشتیاق اجتناب از عبارات انتقادی اجتناب از دستور دادن
جلسه هشتم	انجام پس آزمون و جمع بندی جلسات

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش دوم (الگوی تعامل والد - فرزند) $11/50 \pm 5/46$ و میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه کنترل $11/01 \pm 4/77$ می‌باشد.

یافته‌ها

با توجه به اطلاعات جمعیت شناختی میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش اول (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی) $11/90 \pm 5/09$.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی مربوط به میانگین متغیر بیش فعالی و نافرمانی مقابله‌ای شرکت کنندگان در پژوهش

مرحله گروه	متغیر	مولفه ها	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
			انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار
آزمایش (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی)	بیش فعالی	بعد بی توجهی	۳۴/۸۵	۲۳/۶۵	۲۴/۲۰
	بیش فعالی	بعد تکانش گری	۲۵/۶۵	۱۷/۱۰	۱۷/۳۰
آزمایش (الگوی تعامل والد - فرزند)	بیش فعالی	بعد بی توجهی	۳۳/۵۰	۲۲/۱۵	۲۲/۷۰
	بیش فعالی	بعد تکانش گری	۲۴/۱۰	۱۳/۴۰	۱۴/۰۵
کنترل	بیش فعالی	بعد بی توجهی	۳۴/۰۵	۳۳/۲۵	۳۳/۷۰
	بیش فعالی	بعد تکانش گری	۲۳/۶۵	۲۲/۸۵	۲۳/۰۵
آزمایش (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی)	نا فرمانی	مشکلات رفتاری درونی سازی شده	۱۲/۵۰	۲/۷۰	۴/۲۵
	مقابله ای	مشکلات رفتاری برونی سازی شده	۱۴/۸۰	۱/۷۶	۷/۰۵
آزمایش (الگوی تعامل والد - فرزند)	نا فرمانی	مشکلات رفتاری درونی سازی شده	۱۳/۱۵	۲/۷۳	۷/۲۰
	مقابله ای	مشکلات رفتاری برونی سازی شده	۱۴/۳۰	۱/۹۷	۸/۵۵
کنترل	نا فرمانی	مشکلات رفتاری درونی سازی شده	۱۳/۴۵	۲/۲۵	۷/۲۰
	مقابله ای	مشکلات رفتاری برونی سازی شده	۱۲/۶۰	۲/۷۰	۱۲/۷۵
کنترل	نا فرمانی	مشکلات رفتاری درونی سازی شده	۱۳/۸۵	۲/۰۷	۱۳/۹۵
	مقابله ای	مشکلات کلی	۱۳/۳۰	۲/۳۴	۱۳/۷۵

این وجود در گروه آزمایش دوم (الگوی تعامل والد-فرزند) در مرحله پیش‌آزمون $۱۳/۱۵ \pm ۲/۷۳$ ، در مرحله پس‌آزمون $۶/۷۰ \pm ۲/۲۷$ کاهش یافته و در مرحله پیگیری نیز $۷/۲۰ \pm ۲/۱۴$ نیز کاهش یافته است. در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون $۱۲/۶۰ \pm ۲/۷۰$ ، در مرحله پس‌آزمون $۱۲/۷۵ \pm ۲/۴۸$ و در مرحله پیگیری نیز $۱۳/۰۱ \pm ۲/۶۱$ نسبتاً ثابت مانده است. به همین ترتیب میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای مشکلات رفتاری برونی سازی شده و مشکلات کلی به تفکیک گروه‌ها و مراحل مختلف مشاهده می‌شود. آموزش اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی برنشانه‌های اختلال نافرمانی در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه همراه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر است؛ و بین اثر بخشی آن‌ها تفاوت وجود دارد. برای مقایسه اثربخشی گروه‌ها در مولفه‌های مشکلات رفتاری درونی سازی شده، مشکلات رفتاری برونی سازی شده، مشکلات کلی از آزمون تعقیبی LSD که کوچکترین اختلاف بین گروه‌ها را مورد مقایسه قرار می‌دهد، استفاده شد.

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار متغیر بیش‌فعالی با مولفه‌های بی‌توجهی و تکانشگری شرکت‌کنندگان به ترتیب در گروه آزمایش اول (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی) در مرحله پیش‌آزمون $۳۴/۸۵ \pm ۳/۷۳$ ، در مرحله پس‌آزمون $۲۴/۲۰ \pm ۴/۵۰$ و در مرحله پیگیری نیز $۲۳/۶۵ \pm ۴/۳۹$ نسبتاً ثابت مانده است. با این وجود در گروه آزمایش دوم (الگوی تعامل والد-فرزند) در مرحله پیش‌آزمون $۳۳/۵۴ \pm ۴/۹۷$ ، در مرحله پس‌آزمون $۲۲/۱۵ \pm ۴/۷۶$ کاهش یافته و در مرحله پیگیری نیز $۲۲/۷۰ \pm ۴/۷۱$ نیز کاهش یافته است. در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون $۳۴/۰۵ \pm ۵/۰۱$ ، در مرحله پس‌آزمون $۳۳/۲۵ \pm ۵/۰۶$ و در مرحله پیگیری نیز $۳۳/۷۰ \pm ۵/۲۵$ نسبتاً ثابت مانده است. همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار متغیر مشکلات رفتاری درونی سازی شده شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش اول (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی) در مرحله پیش‌آزمون $۱۲/۵۰ \pm ۲/۷۰$ ، در مرحله پس‌آزمون $۴/۱۵ \pm ۱/۱۴$ و در مرحله پیگیری نیز $۴/۲۵ \pm ۱/۱۶$ نسبتاً ثابت مانده است. با

جدول ۴. نتایج حاصل از مقایسه زوجی گروه‌ها برای مولفه‌های مشکلات رفتاری درونی سازی، برونی سازی شده و مشکلات کلی

متغیر وابسته	گروه	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	فاصله مطمئن
					کران بالا / کران پایین
مشکلات رفتاری درونی سازی شده	درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند	$-۲/۵۵^*$	$۰/۶۶۶$	$۰/۰۰۱$	$-۱/۲۲$ / $-۳/۸۸$
	تعامل والد-فرزند کنترل	$-۸/۸۵^*$	$۰/۶۶۶$	$۰/۰۰۱$	$-۷/۱۵۲$ / $۱۰/۱۸$
مشکلات رفتاری برونی سازی شده	اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	$۲/۵۵^*$	$۰/۶۶۶$	$۰/۰۰۱$	$۱/۲۲$ / $۳/۸۸$
	تعامل والد-فرزند کنترل	$-۶/۳۰^*$	$۰/۶۶۶$	$۰/۰۰۱$	$-۴/۹۷$ / $-۷/۶۳$
مشکلات رفتاری برونی سازی شده	درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند	$۸/۸۵^*$	$۰/۶۶۶$	$۰/۰۰۱$	$۷/۵۲$ / $۱۰/۱۸$
	تعامل والد-فرزند کنترل	$۶/۳۰^*$	$۰/۶۶۶$	$۰/۰۰۱$	$۴/۹۷$ / $۷/۶۳$
مشکلات رفتاری برونی سازی شده	درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند	$-۱/۴۵^*$	$۰/۵۱۶$	$۰/۰۰۷$	$-۰/۴۲$ / $-۲/۴۸$
	تعامل والد-فرزند کنترل	$-۷/۲۵^*$	$۰/۵۱۶$	$۰/۰۰۱$	$-۶/۲۲$ / $-۸/۲۸$
مشکلات رفتاری برونی سازی شده	اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	$۱/۴۵^*$	$۰/۵۱۶$	$۰/۰۰۷$	$۰/۴۲$ / $۲/۴۸$
	تعامل والد-فرزند کنترل	$-۵/۸۰^*$	$۰/۵۱۶$	$۰/۰۰۱$	$-۴/۷۷$ / $-۶/۸۳$

سازگی	کنترل	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند	کنترل	اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند	مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل
سازگی شده	۸/۲۸	۶/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱۶	۷/۲۵*	۵/۸۰*	۰/۰۰۱	۰/۶۰۱
مشکلات کلی	۱/۲۵	-۱/۱۵	۰/۹۳۴	۰/۶۰۱	-۰/۰۵*	-۶/۴۵*	۰/۰۰۱	۰/۶۰۱
	-۵/۲۵	-۷/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰۱	۵/۲۵	۷/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰۱
	۵/۳۰	-۷/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰۱	۵/۳۰	۷/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰۱

ذهن آگاهی و اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند، می‌تواند بیان نمود که این دو درمان در کاهش مشکلات رفتاری برونی سازی شده نقش دارند. با این وجود با توجه به کاهش بیشتر میانگین مشکلات رفتاری برونی سازی شده در گروه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند و گروه کنترل می‌توان بیان نمود که این برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش مشکلات رفتاری برونی سازی شده تاثیر معنادار بیشتری داشته است. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، با توجه به اینکه سطح معناداری برای مقایسه دو گروه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند $P > 0/05$ می‌باشد، می‌توان گفت که بین دو برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند تفاوت معنادار وجود ندارد. در واقع با استناد به اینکه میانگین‌های مشکلات کلی در هر دو گروه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند تفاوت معناداری ندارند، می‌توان بیان نمود که این دو درمان در کاهش مشکلات کلی تفاوت معناداری با هم ندارند. با این وجود با توجه به کاهش بیشتر میانگین مشکلات کلی در گروه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند نسبت به گروه کنترل می‌توان بیان نمود که این برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند به طور کلی در کاهش مشکلات کلی تاثیر معناداری داشته‌اند. برنامه کاهش استرس مبتنی بر

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، با توجه به اینکه سطح معناداری برای مقایسه دو گروه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند $P < 0/05$ می‌باشد، می‌توان گفت که بین دو برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند در تغییر میانگین مشکلات رفتاری درونی سازی شده تفاوت معناداری وجود دارد. با استناد به کاهش معنادار میانگین‌های مشکلات رفتاری درونی سازی شده در هر دو گروه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند، می‌توان بیان نمود که این دو درمان در کاهش مشکلات رفتاری درونی سازی شده نقش دارند. با این وجود با توجه به کاهش بیشتر میانگین‌های مشکلات رفتاری درونی سازی شده در گروه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند و گروه کنترل می‌توان بیان نمود که این برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش مشکلات رفتاری درونی سازی شده تاثیر معنادار بیشتری داشته است. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، با توجه به اینکه سطح معناداری برای مقایسه دو گروه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند $P < 0/05$ می‌باشد، می‌توان گفت که بین دو برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند در تغییر میانگین مشکلات رفتاری برونی سازی شده تفاوت معناداری وجود دارد. با استناد به کاهش معنادار میانگین‌های مشکلات رفتاری برونی سازی شده در هر دو گروه برنامه کاهش استرس مبتنی بر

ذهن آگاهی با اصلاح الگوی تعامل والد -فرزند بر بهبود نافرمانی مقابله‌ای (مشکلات رفتاری درونی سازی شده، مشکلات رفتاری برونی سازی شده، مشکلات کلی) در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و کمبود توجه همراه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر است؛ و بین اثر بخشی آن‌ها در مرحله پیگیری تفاوت وجود دارد.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ناگویی هیجانی و تمایز یافتگی خود در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
دشواری در شناسایی احساسات	زمان*گروه	۱۵۶/۸۰۰	۲	۷۸/۴۰۰	۱۵/۱۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵۱
دشواری در توصیف احساسات	زمان*گروه	۵۹/۲۶۷	۲	۲۹/۶۳۳	۱۲/۷۶۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱۳
تفکر معطوف به بیرون	گروه	۵۶/۰۶۷	۱	۵۶/۰۶۷	۸/۱۶۲	۰/۰۰۸	۰/۲۲۶
واکنش هیجانی	زمان*گروه	۱۸۷/۲۶۷	۱	۱۸۷/۲۶۷	۱۰/۸۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰۲
جایگاه من	گروه	۸۶۱/۸۰۰	۲	۴۳۰/۹۰۰	۸۸/۵۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۶۰
بریدگی عاطفی	گروه	۵۵۲/۱۵۰	۱	۵۵۲/۱۵۰	۷۸/۳۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳۷
آمیختگی با دیگران	زمان*گروه	۱۰۸۶/۴۶۷	۲	۵۴۳/۲۳۳	۶۳/۹۶۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹۶
	گروه	۴۶۴/۸۱۷	۱	۴۶۴/۸۱۷	۶۰/۳۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۸۳
	زمان*گروه	۷۱۷/۸۰۰	۲	۳۵۸/۹۰۰	۴۱/۲۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
	گروه	۴۴۰/۳۵۶	۱	۴۴۰/۳۵۶	۳۴/۸۹۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵۵
	زمان*گروه	۱۰۸۶/۴۶۷	۲	۲۸۷/۲۳۳	۲۹/۷۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۱۵
	گروه	۹۲۸/۲۶۷	۱	۹۲۸/۲۶۷	۷۹/۶۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴۰

نتایج از جدول ۴ نشان داد نسبت F به دست آمده در عامل گروه‌ها در ابعاد ناگویی هیجانی ($p < 0/01$) و تمایز یافتگی خود ($p < 0/01$) معنادار است. این یافته بیانگر این است که آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر خوردن موجب بهبود ناگویی هیجانی در زنان دچار اضافه وزن شد؛ در این خصوص، یک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای گروه آزمایش در سه مرحله مداخله درمانی صورت گرفت که نسبت F مشاهده شده در بهبود ناگویی هیجانی ($p < 0/01$) و تمایز یافتگی خود ($p < 0/01$) بود.

جدول ۵. نتایج حاصل از مقایسه زوجی گروه‌ها برای مولفه‌های علائم بیش فعالی و تکانشگری

مقیاس	گروه	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	فاصله مطمئن
علائم بیش فعالی	درمان	۲/۴۰*	۱/۵۰۱	۰/۳۲۲	۴/۵۱
	کنترل	۸/۹۰*	۱/۵۰۱	۰/۰۰۱	۱۲/۷۵
علائم تکانشگری	درمان	۲/۸۹*	۱/۵۰۱	۰/۳۲۲	۴/۶۴
	کنترل	۱۱/۴۰*	۱/۵۰۱	۰/۰۰۱	۱۴/۴۵
علائم بیش فعالی	درمان	۹/۸۰*	۱/۵۰۱	۰/۰۰۱	۱۲/۶۴
علائم تکانشگری	کنترل	۶/۶۴	۱/۵۰۱	۰/۰۰۱	۱۲/۶۴

اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند	۱۱/۶۰*	۱/۵۰۱	۰/۰۰۱	۱۴/۴۲	۸/۳۵
درمان مبتنی بر ذهن آگاهی اصلاح الگوی	۲/۸۶*	۰/۷۹۸	۰/۰۰۱	۵/۳۰	۲/۱۰
تعامل والد-فرزند	۵/۴۵*	۰/۷۹۸	۰/۰۰۱	-۷/۳۵	-۴/۱۵
کنترل					
اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند در مان	۳/۷۰*	۰/۷۹۸	۰/۰۰۱	-۵/۳۰	-۲/۴۲
مبتنی بر ذهن آگاهی	۹/۵۰*	۰/۷۹۸	۰/۰۰۱	-۱۱/۰۵	-۷/۸۵
کنترل					
درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۵/۹۴*	۰/۷۹۸	۰/۰۰۱	۴/۱۵	۷/۳۵
اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند	۹/۸۷*	۰/۷۹۸	۰/۰۰۱	۷/۸۵	۱۱/۰۵

کنترل و مداخله از نظر ویژگی‌های فردی، تفاوت آماری معناداری نداشته و به عبارتی دو گروه از نظر این ویژگی‌ها با هم همگن بودند؛ لذا مقایسه دو گروه با توجه به مداخله صورت گرفته، بهتر انجام شد. نتایج مقایسه جفتی نشان داد که در همه متغیرهای ذکر شده در مرحله پیش آزمون بین سه گروه در بعد متغیرهای روان شناختی (نشانه‌های بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی) تفاوت معنی داری وجود ندارد که حاکی از همگن بودن گروه‌ها می‌باشد، در مرحله پس آزمون بین گروه آموزش گروهی اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد همچنین مشخص شد که بین دو گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری نیز تفاوت معنی داری وجود دارد و مقایسه میانگین‌ها حاکی از اثربخشی گروه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در برابر اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند بود. نتایج به دست آمده در این پژوهش با یافته‌های تحقیقات لوکر و کورتنی براهler و همکاران (۲۰۱۹)؛ اشوردت و همکاران (۲۰۱۸)؛ رایس (۲۰۱۷) لیویس و بوتلی (۲۰۱۷)؛ ایمری و تروپ (۲۰۱۸)؛ نور بال (۲۰۱۸) لینکلن و همکاران (۲۰۱۷) بوئرسما و همکاران (۲۰۱۶) گالی و همکاران (۲۰۱۴) و جابج و همکاران (۲۰۱۵) مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت همسو و در تأیید آن‌ها می‌باشد.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت در مان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه همراه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای اجرا گردید. در این مطالعه مشاهده شد که نتایج مربوط به مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش، در دو گروه

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، با توجه به اینکه سطح معناداری برای مقایسه دو گروه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند $P > 0/05$ می‌باشد، می‌توان گفت که بین دو برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند در تغییر میانگین علائم بیش‌فعالی و تکانش‌گری تفاوت معناداری وجود ندارد. با این وجود با توجه به وجود تفاوت معنادار بین هر یک از گروه‌های آزمایش یعنی گروه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند نسبت به گروه کنترل می‌توان بیان نمود که این درمان‌های اجرا شده یعنی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند هر دو در کاهش علائم بیش‌فعالی و بعد تکانش‌گری تاثیر معنادار داشته است. با این وجود با توجه به کاهش بیشتر میانگین بعد تکانش‌گری در گروه اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند نسبت به گروه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل می‌توان بیان نمود که این اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند در بهبود بعد تکانش‌گری تاثیر معنادار بیشتری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی مقایسه اثر بخشی آموزش گروهی اصلاح الگوی تعامل والد-فرزند و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه همراه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای طراحی و اجرا گردید. در این مطالعه مشاهده شد که نتایج مربوط به مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش، در دو گروه

بیش فعالی و کمبود توجه همراه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای گردید، این تکنیک‌ها اجازه عبور افکار را به آن‌ها داد و در نتیجه تغییر ارزیابی اولیه و ارزیابی ثانویه را موجب گردید.

کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و کمبود توجه همراه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر مولفه‌های عاطفی و حسی بدنشان آگاه‌تر شوند و با بازگو کردن تجربیات خود، چه مثبت و چه منفی و اجازه دادن به عبور افکار بدون برچسب زدن به این نتیجه رسیدند که افکار صرفاً افکار هستند و از انتقاد و نشخوار فکری دست برداشته و به پذیرش فعالانه و آگاهانه تجارب ناخوشایند و کاهش نگرانی دست پیدا کردند. از آنجایی که این پژوهش بر روی دانش آموزان پسر منطقه ۳ تهران انجام شده، لذا در تعمیم یافته‌های پژوهش به سایر افراد باید جانب احتیاط رعایت شود. ابزار سنجش مورد استفاده در این پژوهش، داده‌های فاعلی را از نمونه‌های غیربالینی به دست آورده است و این امر لزوم استفاده از شیوه‌های بالینی را در تشخیص فزون‌کنشی و داده‌های به دست آمده مطرح می‌سازد. پیشنهاد می‌شود به منظور تعمیم بیشتر نتایج، در پژوهش‌های بعدی، ضمن انتخاب نمونه‌هایی با سن متفاوت و در نظر گرفتن متغیرهای جمعیت‌شناسی، جمعیت‌های اجتماعی دیگر مورد ارزیابی قرار گیرند. پیشنهاد می‌شود که همین پژوهش بر روی افراد بزرگسال مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی نیز به عمل بیاید.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران تنکابن و همچنین آزمودنی‌های پژوهش حاضر جهت یاری رساندن در انجام طرح، صمیمانه قدردانی نمایند.

به وسیله فعالیت‌های مراقبه بر مؤلفه‌های عاطفی و حسی بدن اثر می‌گذارد، بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت، کاهش فعالیت‌ها، مخصوصاً آن‌هایی که به لحاظ اجتماعی تقویت می‌شوند و برای کودکی که از طرف جامعه طرد شده به دلیل شیطننت دائمی که از طرف کودک در جمع دیده می‌شود دارای ارزش و اهمیت می‌باشد، می‌تواند موجب کناره‌گیری اجتماعی بیشتر، کاهش خود کارآمدی، افزایش اضطراب و افسردگی و احساس ناتوانی و همچنین کاهش کیفیت زندگی در این کودکان شود کیفیت زندگی به‌طور معناداری با استرس و افسردگی همبستگی دارد و در نتیجه، انتظار می‌رود با انجام تمرینات منظم ذهن آگاهی تغییرات مثبتی در برخی از کارکردهای روان‌شناختی مانند کاهش استرس، افزایش بهزیستی و سلامت روان ایجاد شود و در نتیجه این تغییرات در کیفیت زندگی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و کمبود توجه همراه تأثیرگذار باشد (توماس و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که کیفیت زندگی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و کمبود توجه همراه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در بعد روانی نسبت به سایر ابعاد پایین می‌باشد (ایبرگ و همکاران، ۲۰۰۱). ارتقاء سلامت روان با واژه‌های مختلفی چون تعادل بین هیجان‌های مثبت و منفی و زندگی با کیفیت مطلوب تعریف شده است؛ لذا آنچه از بطن تعاریف متعدد مشخص می‌شود این است که سلامت روان در ارتباط عوامل مختلف مانند کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای در برخورد با چالش‌های زندگی مدیریت خلق استرس می‌باشد (فاندربورک و همکاران، ۱۹۹۸). در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت از آنجایی که ذهن آگاهی یک عامل زیر بنایی مهم برای رسیدن به رهایی است روش موثر و قوی برای توقف فشارهای دنیا و فشارهای ذهنی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و کمبود توجه همراه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌باشد. در طی این پژوهش پذیرش رفتارهای انطباقی بیشتری را برای کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و کمبود توجه همراه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای فراهم کرد. تکنیک مراقبه نشسته که روی هیجان‌ها تأثیر دارد و همین‌طور مراقبه شنیدن، موجب صبور بودن در کودکان مبتلا به اختلال

Therapy to Prevent Child Maltreatment: A Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8244.

Allen K, Harrington J, Quetsch LB, Masse J, Cooke C, Paulson JF. Parent-Child Interaction Therapy for Children with Disruptive Behaviors and Autism: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2022 Jan 25:1-5.

Alexandre, D., Neuman, A., Hunter, J., Morledge, T., & Roizen, M. (2012). P02. 63. Efficacy of an 8-week online mindfulness stress management program in a corporate call center. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12(1), 1-1.

Bartoli, F., Callovi, T., Cavaleri, D., Cioni, R. M., Bachi, B., Calabrese, A., Moretti, F., Canestro, A., Morreale, M., Nasti, C., & Palpella, D. (2022). Clinical correlates of comorbid attention deficit hyperactivity disorder in adults suffering from bipolar disorder: A meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 00048674221106669.

Beltrán, S., Sit, L., & Ginsburg, K. R. (2021). A Call to Revise the Diagnosis of Oppositional Defiant Disorder-Diagnoses Are for Helping, Not Harming. *JAMA psychiatry*, 78(11), 1181-1182.

Burke, J. D., Johnston, O. G., & Butler, E. J. (2021). The irritable and oppositional dimensions of oppositional defiant disorder: Integral factors in the explanation of affective and behavioral psychopathology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 30(3), 637-647.

Curtin, M., Dirks, E., Cruice, M., Herman, R., Newman, L., Rodgers, L., & Morgan, G. (2021). Assessing Parent Behaviours in Parent-Child Interactions with Deaf and Hard of Hearing Infants Aged 0-3 Years: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 10(15), 3345.

Don, B. P., Roubinov, D. S., Puterman, E., & Epel, E. S. (2022). The role of interparental relationship variability in parent-child interactions: Results from a sample of mothers of children with autism spectrum disorder and mothers with neurotypical children. *Journal of Marriage and Family*, 84(4), 982-1001.

Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Hembree-Kigin, T. L., McNeil, C. B., Querido, J. G., & Hood, K. K. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy*, 23(4), 1-20.

تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ گونه تعارض منافی در انجام و نگارش آن ندارند.

منابع

زرگری نژاد، غزاله؛ عبادی زارع، سعید؛ غرابی، بنفشه؛ عاقبتی، اسما؛ فراهانی، حجت الله؛ شیرازی، الهام. (۱۴۰۰). توافق والدین در مورد علائم هسته‌ای و مشکلات برونی سازی در کودکان دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۷(۳): ۳۳۶-۴۹.

شیخ طاهری، عباس؛ خان احمدی، ثریا؛ سورتیجی، حسین. (۱۴۰۰). ایجاد یک برنامه رژیم غذایی حسی مبتنی بر موبایل برای والدین با اختلال نقص توجه/بیش فعالی. *مدیریت سلامت*، ۲۴(۴): ۱۱-۲۲.

صیادی اصل، زینب. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم اضطراب و افسردگی و افزایش کیفیت زندگی معنادین به مواد مخدر. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل. کرمی، الهه (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دلبستگی در مردان با ارتکاب زیاد خشونت علیه همسران و مردان با درجه ارتکاب پایین خشونت علیه همسران. (پایان نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه الزهراء، ایران، تهران.

محمودی، فیروز؛ فیض اله زاده، زینب؛ و صمدی، زهرا. (۱۳۹۵). مقایسه مهارت‌های روابط میان فردی دانشجویان دانشگاه تبریز و دانشگاه علوم پزشکی تبریز. *ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۶: ۴۱۸-۴۲۹.

معراجی فر، زهره؛ و طباطبایی، سیدموسی. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روابط بین فردی و سازگاری اجتماعی نوجوانان. *پنجمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی*.

منجمی زاده، اصغر. (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین مهارت‌های ارتباطی بین فردی و میزان پذیرش اجتماعی دانشجویان. پایان نامه کارشناسی علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور خوراسگان.

هریس، راس (۲۰۰۹). *درمان پذیرش و تعهد به زبان ساده: الفبای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. ترجمه انوشه امین زاده، ۱۳۹۶. تهران: ارجمند.

Abrahamse, M. E., Tsang, V. M., & Lindauer, R. J. (2021). Home-Based Parent-Child Interaction

- disorder. *American family physician*, 93(7), 586-591.
- Roby, E., Miller, E. B., Shaw, D. S., Morris, P., Gill, A., Bogen, D. L., ... & Mendelsohn, A. L. (2021). Improving parent-child interactions in pediatric health care: A two-site randomized controlled trial. *Pediatrics*, 147(3).
- Thomas, R., Abell, B., Webb, H. J., Avdagic, E., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2017). Parent-child interaction therapy: a meta-analysis. *Pediatrics*, 140(3).
- Valero Aguayo, L., Rodríguez Bocanegra, M., Ferro García, R., & Ascanio Velasco, L. (2021). Meta-analysis of the efficacy and effectiveness of Parent Child Interaction Therapy (PCIT) for child behaviour problems. *Psicothema*.
- Funderburk, B. W., Eyberg, S. M., Newcomb, K., McNeil, C. B., Hembree-Kigin, T., & Capage, L. (1998). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: Maintenance of treatment effects in the school setting. *Child and Family Behaviour Therapy*, 20(2), 17-38.
- Grevet, E. H., Bau, C. H. D., Salgado, C. A. I., Ficher, A., Victor, M. M., Garcia, C., ... & Belmonte-de-Abreu, P. (2005). Interrater reliability for diagnosis in adults of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder using K-SADS-E. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 63, 307-310.
- Harpold, T., Biederman, J., Gignac, M., Hammerness, P., Surman, C., Potter, A., & Mick, E. (2007). Is oppositional defiant disorder a meaningful diagnosis in adults?: Results from a large sample of adults with ADHD. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(7), 601-605.
- Hembree-Kigin, T. L., & McNeil, C. B. (2013). *Parent-child interaction therapy*. Springer Science & Business Media.
- Hoogman, M., Van Rooij, D., Klein, M., Boedhoe, P., Ilioska, I., Li, T., & Franke, B. (2022). Consortium neuroscience of attention deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder: The ENIGMA adventure. *Human brain mapping*, 43(1), 37-55.
- Lowet, D. S., Kolan, A., Vaida, F., Hesselink, J. R., Levin, H. S., Ewing-Cobbs, L., ... & Max, J. E. (2022). Novel oppositional defiant disorder 6 months after traumatic brain injury in children and adolescents. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 34(1), 68-76.
- O'Toole, C., Lyons, R., & Houghton, C. (2021). A qualitative evidence synthesis of parental experiences and perceptions of Parent-Child Interaction Therapy for preschool children with communication difficulties. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 64(8), 3159-3185.
- Pan, N., Wang, S., Qin, K., Li, L., Chen, Y., Zhang, X., ... & Gong, Q. (2022). Common and distinct neural patterns of attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder: A multimodal functional and structural meta-analysis. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*.
- Regan, S. L., Williams, M. T., & Vorhees, C. V. (2022). Review of rodent models of attention deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 132:621-37.
- Riley, M., Ahmed, S., & Locke, A. B. (2016). Common questions about oppositional defiant

