Journal of
Early Childhood Health and Education

Summer 2025, Volume 6, Issue 2 (20), 221-238

DOI:10.22034/jeche.6.2.221

Comparison of the Effectiveness of Intervention based on Parent-child Relationship and Dialectical Behavior Therapy on Communication Skills and Reduction of the Symptoms of Attention Deficit Disorder in Hyperactive Children

Masoumeh Allameh[1], Nasreen Salimi[2], Shahla Malek Bostanabad[3], Narges Mirani Sargazi[4*], Shaghaig Qadiri[5]

1- *Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran*
2- *Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences of Tehran University, Tehran, Iran*
3- *Department of Educational Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran*
4- *Department of Educational Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran*
5- *Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Payam Noor University, Isfahan, Iran*

ARTICLE INFORMATION

Article type
Original Research
Pages: 221-238

Corresponding Author's Info
Email:
nargesmiranisargazi@gmail.com

Article history:

Received:	17/12/2025
Revised:	04/07/2025
Accepted:	01/09/2025
Published online:	20/09/2025

Keywords:
Attention deficit disorder, Communication skills, Dialectical behavior therapy, Hyperactive children, Parent-child relationship

ABSTRACT

Background and Aim: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a common disorder among children in recent decades, resulting in decreased communication skills, isolation, and academic problems. This study aimed to compare the effectiveness of parent-child relationship-based intervention and dialectical behavior therapy on communication skills and reducing symptoms of ADHD in hyperactive children. **Research Methods:** This work followed a quasi-experimental design. The statistical population was all hyperactive children in Tabriz and Tehran cities in Iran. Sixty children aged 5-12 were selected and assigned to two intervention groups and a control group by simple random sampling. The data collection tools were the Matson Interpersonal Communication Skills Questionnaire and the Jordan Attention Deficit Disorder Index. The data were analyzed using one-way analysis of covariance, independent t-test, and analysis of variance using SPSS (v26). **Results:** There was a significant difference between the intervention based on the parent-child relationship and dialectical behavior therapy, and the control group, in the post-test regarding communication skills and the reduction of symptoms of attention deficit disorder. Moreover, the intervention based on the parent-child relationship had a greater effect on communication skills and reduction of attention deficit in children with hyperactivity disorder than dialectical behavior therapy. **Discussions:** Parents were taught to recognize their children's needs, leading to the prevention of problems caused by hyperactivity, including attention deficit. The parents' positive attitude towards their children and effective response to behaviors created a suitable model for the individual's focus and attention, which could ultimately help them control the symptoms of attention deficit.

This work is published under CC BY-NC 4.0 licence. © 2022 The Authors.

How to Cite This Article: Allameh M, Salimi N, Malek Bostanabad Sh, Mirani Sargazi N, Qadiri Sh. Comparison of the Effectiveness of Intervention based on Parent-child Relationship and Dialectical Behavior Therapy on Communication Skills and Reduction of the Symptoms of Attention Deficit Disorder in Hyperactive Children. *JECHE*, 6(2, 20): 221-238 DOI: 10.22034/jeche.6.2.221

[Downloaded from jeche.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/jeche.6.2.221]

فصلنامه سلامت و آموزش در دوران کودکی

تابستان ۱٤۰٤، دوره ٦، شماره ۲ (پیاپی ۲۰)، صفحه‌های ۲۳۸-۲۲۱

مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مهارت‌های ارتباطی و کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه در کودکان بیش‌فعال

معصومه علامه[۱]، نسرین سلیمی[۲]، شهلا مالک بستان‌آباد[۳]، نرگس میرانی سرگزی[٤*]، شقایق قدیری[٥]

۱. گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکز، تهران، ایران

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

۳. گروه روان‌شناسی تربیتی، واحد تبریز دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

٤. گروه علوم تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

٥. گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور اصفهان، اصفهان، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: علمی- پژوهشی

صفحات: ۲۳۸-۲۲۱

اطلاعات نویسنده مسئول

ایمیل:

nargesmiranisargazi@gmail.com

سابقه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۲۷

تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۴/۰۴/۱۳

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۴/۰۶/۱۰

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۶/۲۹

واژگان کلیدی

تنظیم هیجان، والدگری ادراک‌شده، حافظه، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف مدل‌یابی معادلات ساختاری تنظیم هیجان بر اساس والدگری ادراک‌شده با نقش میانجی حافظه در کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی انجام شد. **روش پژوهش:** این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی و بر اساس مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی کودکان هفت تا ده ساله مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌پزشکی کودکان در منطقه دو تهران در سال‌های ۱۴۰۲ تا ۱۴۰۳ بود. بر اساس جدول کرجسی و مورگان، تعداد ۲۲۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش شامل تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳)، والدگری ادراک‌شده پاسکوالی (۲۰۱۲) و حافظه فعال کودکان پیکرینگ و گدرکول (۲۰۰۱) بود. داده‌های جمع‌آوری‌شده در این پژوهش، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و Smart PLS نسخه ۳/۲۰ و با روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون همبستگی پیرسون، مدل‌سازی معادلات ساختاری و الگوریتم حداقل مربعات جزئی) تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از برازش مدل کلی پژوهش با داده‌های تجربی بود. یافته‌ها نشان داد که والدگری ادراک‌شده بر حافظه و تنظیم هیجان تأثیر مثبت و معنادار داشت. همچنین تأثیر والدگری ادراک‌شده با توجه به نقش میانجی حافظه بر تنظیم هیجان مثبت و معنادار بود. **نتیجه‌گیری:** از یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که والدگری ادراک‌شده و حافظه، نقش کلیدی در پیش‌بینی تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی دارند و بر همین اساس، توجه بیشتر مراکز مشاوره به این متغیرها در جهت بهبود عملکرد کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی ضروری به نظر می‌رسد.

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

تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.

شیوه استناد به این مقاله

علامه، معصومه؛ سلیمی، نسرین؛ مالک بستان‌آباد، شهلا؛ میرانی سرگزی، نرگس (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مهارت‌های ارتباطی و کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه در کودکان بیش‌فعال. فصلنامه سلامت و آموزش در دوران کودکی، ۶ (۲): ۲۳۸-۲۲۱

[Downloaded from jeche.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/jeche.6.2.221]

مقدّمه

اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی[۱] ناتوانی عصبی‌رشدی شایعی است که به‌طور چشمگیری بر شناخت، روابط والدین و فرزند، عملکرد تحصیلی و عملکرد روانی‌اجتماعی تأثیر می‌گذارد. شکل‌گیری اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار می‌گیرد که عوامل ژنتیکی و محیطی عامل اصلی آن هستند. اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، نرخ وراثت بالایی دارد و ممکن است عواملی مانند ناملایمات خانوادگی، وضعیت اجتماعی‌اقتصادی پایین یا آسیب‌های سر سبب ایجاد آن شوند (ساپر و همکاران[۲]، ۲۰۱۲). کودکان و نوجوانان مبتلابه اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی معمولاً علائمی مانند تمرکز ضعیف، سطوح بالای فعالیت و تکانشگری را نشان می‌دهند (هالپرین[۳]، ۲۰۰۵). اگر این اختلالات درمان نشوند، اغلب تا بزرگ‌سالی ادامه می‌یابند و چالش‌های مهمی در مهارت‌های زندگی روزمره و چشم‌انداز شغلی آینده ایجاد می‌کنند. علاوه‌بر این، تحقیقات انجام‌شده توسط نوویک و همکاران[۴] (۲۰۲۰) نشان داد که افراد مبتلابه اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در مقایسه با دیگران، بیشتر با خطر ابتلا به بیماری‌های همراه روبه‌رو هستند. بیماری‌های همراه شامل اضطراب، افسردگی، اختلال دوقطبی و اختلالات شخصیتی در میان سایر مسائل مرتبط است. علاوه‌بر این، مطالعات قوش و همکاران[۵] (۲۰۱۷) یک هم‌بودی قوی بین اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای را نشان داد که با حالت‌های عصبانیت یا تحریک‌پذیری مکرر و مداوم مشخص می‌شود و با علائم اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی هم‌پوشانی دارد. چن و همکاران[۶] (۲۰۲۴) در پژوهشی نتیجه گرفتند که گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری اصلاح‌شده بر عملکردهای سازگاری اجتماعی کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و سطوح استرس والدین آن‌ها مؤثر است. اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی شایع‌ترین وضعیت سلامت روان در دوره کودکی است. کودکان مبتلابه این اختلال در مقایسه با همسالان درحال‌رشد خود، مشکلات چشمگیری را تجربه می‌کنند. این اختلال می‌تواند بر حوزه‌های مختلف زندگی ازجمله مدرسه، خانواده، اجتماع و عملکرد بین‌فردی تأثیر بگذارد (الاچا و همکاران[۷]، ۲۰۲۳). در تاکسونومی راهنمای تشخیصی و آماری-۵، کم‌توجهی و بیش‌فعالی شامل درجات نامناسب رشد و بی‌توجهی و رفتار بیش‌فعال-تکانشی است. بارکلی و همکاران[۸] (۲۰۲۴) ادعا می‌کنند که این علائم نشان‌دهنده نقص در عملکرد اجرایی[۹] یا فراشناخت است. چهارچوب عملکرد اجرایی بارکلی، دارای شش مؤلفه درگیر با عملکرد اجرایی بازتابی است. سه مؤلفه اول شامل توجه خودراهبر، خویشتن‌داری و حافظه کاری غیرکلامی، پایه‌ای را برای سه بعدی مانند حافظه کاری کلامی، هیجانی و انگیزه برای خود، و بازسازی خودبازی ایجاد می‌کند. اختلال زبانی همراه، اغلب با کم‌توجهی و بیش‌فعالی رخ می‌دهد. معلمان دانش‌آموزان را براساس انواع مهارت‌های ارتباطی ارزیابی می‌کنند که اکثر آن‌ها مهارت‌های عمل‌گرایانه در نظر گرفته می‌شوند، اما آیتم‌ها مهارت‌های واج‌شناختی، معنایی و نحوی را نیز ارزیابی می‌کنند (وستبای و واتسون[۱۰]، ۲۰۲۱).

---

۱. Attention deficit hyperactivity disorder
۲. Thapar, A., et al.
۳. Halperin, J. M.
۴. Novik, T. S., et al.
۵. Ghosh, A., et al.
۶. Chen, M., et al.
۷. Alacha, H. F., et al.
۸. Barkley, R. A., et al.
۹. Impaired executive function
۱۰. Westby, C., & Watson S. M.

[Downloaded from jeche.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/jeche.6.2.221]

در سال‌های اخیر، بسیاری از مطالعات (ازجمله: دسمیتا و همکاران[۱]، ۲۰۲۳، تقی‌زاده و همکاران، ۲۰۲۲، بیات و همکاران، ۲۰۲۳، شاه و همکاران، ۲۰۲۱، عدل‌خواه و همکاران، ۲۰۲۱، اولادیان، ۲۰۲۳، نصری و همکاران، ۲۰۲۰، سیرائی و همکاران، ۲۰۲۳، نریمانی و همکاران، ۲۰۱۴، کیمبرلی و همکاران[۲]، ۲۰۱۰، نجاتی و همکاران، ۲۰۲۱) روی درمان کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی متمرکز شده‌اند؛ زیرا عملکرد کلی بیشتر تحت تأثیر مشکلات عاطفی است (آناستوپولوس و همکاران[۳]، ۲۰۱۱). پژوهش‌ها (سیفی و همکاران، ۲۰۲۴) نشان داده‌اند که اضطراب مادران درباره آموزش روش‌های تغییر و اصلاح رفتار به مادران و پرخاشگری کودکان بیش‌فعال، نقش تعدیل‌کنندگی داشته است.

در اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، داروها (مانند متیل فنیدات و لیسدگزامفتامین دیمسیلات[۴]) برای بهبود هیجان و تأثیر بر عملکرد کلی کودکان کافی نیستند (باوجا و همکاران[۵]، ۲۰۱۶). همچنین، ممکن است برای کنترل بهتر هیجان‌ها به استراتژی‌های غیردارویی[۶] نیز نیاز باشد. اهداف و مکانیسم‌های اساسی مداخلات روانی‌اجتماعی و دارودرمانی متفاوت است. داروها علائم را از طریق آثار عصبی‌زیستی خود کاهش می‌دهند؛ درحالی‌که مداخلات روانی‌اجتماعی به توسعه راهبردهای شناختی و رفتاری کمک می‌کنند که قرار است با بهبود مدیریت هیجان و حل تعارض و با توسعه مهارت‌های اجتماعی‌عاطفی، بیش‌فعالی و نقص توجه و اختلال در هیجان‌ها را محدود کنند. این مهارت‌ها در کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، که مشکلات اجتماعی با همسالان خود را تجربه می‌کنند و فاقد استراتژی‌هایی برای تنظیم احساسات خود و سازگاری با محیطشان هستند (بریت و همکاران[۷]، ۲۰۱۴)، بسیار لازم و ضروری است (واچر و همکاران[۸]، ۲۰۲۰). با وجود این، مداخلات غیردارویی ازجمله مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک و رفتاردرمانی دیالکتیکی کمتر مورد توجه محققان بوده است.

ازنظر فنگ و همکاران[۹] (۲۰۲۳) آموزش والدین ممکن است علائم اصلی بیش‌فعالی و نقص توجه را با تقویت مهارت‌های مدیریت رفتار والدین[۱۰]، تنظیم الگوهای تعامل والد-کودک، کمک به والدین در ایجاد محیطی حمایتی و ارتقای خودتنظیمی احساسات و رفتار در کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی بهبود بخشد. والدین تأثیر متقابل رفتار والد-کودک را از طریق تجزیه‌وتحلیل عملکرد رفتار مبتنی بر تعامل والد-کودک بهتر درک می‌کنند. بنابراین، بهتر با رفتار کودک مقابله می‌کنند. وانگ و همکاران[۱۱] (۲۰۲۴) در پژوهشی دریافتند که ذهن‌آگاهی و درمان شناختی‌رفتاری گروهی در بهبود توجه و کاهش مشکلات رفتاری در بین کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و والدین آن‌ها اثرگذار است. همچنین، براساس یافته‌های پژوهش تقی‌زاده و همکاران (۲۰۲۲)، بین رابطه والد-کودک و میزان استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای رابطه علّی و معناداری وجود دارد. بنابراین، توصیه می‌شود برنامه‌های آموزشی برای تقویت

---

۱. Desmita, D., et al.
۲. Kimberly, A., et al.
۳. Anastopoulos, A. D., et al.
۴. Smethylphenidate and lisdexamfetamine dimesylate
۵. Baweja, R., et al.
۶. Non-pharmacological strategies
۷. Braet, C., et al.
۸. Vacher, C., et al.
۹. Feng, M., et al.
۱۰. Parental behavior management
۱۱. Wong, S. Y., et al.

[Downloaded from jeche.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/jeche.6.2.221]

مهارت‌های ارتباطی، پاسخ‌های مقابله‌ای و تکنیک‌های حل مسئله در والدین تدوین شود. همچنین، پژوهش‌های دیگر (رضایی‌فرد و همکاران، ۲۰۲۵، بیات و همکاران، ۲۰۲۳) نشان دادند که آموزش مدیریت والدین به مادران می‌تواند بر تکانشگری و همدلی و درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک و بهبود کارکردهای اجرایی دانش‌آموزان بیش‌فعال مؤثر واقع شود. از طرفی، عدل‌خواه و همکاران (۲۰۲۱) نتیجه گرفتند که کنترل بیشتر خشم باعث می‌شود رفتارهای پرخاشگرانه مادران کاهش یابد. همچنین، عبادی و همکاران (۲۰۲۳) دریافتند که آموزشی مبتنی بر تعاملات والد-کودک بر بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی والدینی مادران دارای کودک مبتلابه کم‌توجهی و بیش‌فعالی تأثیرگذار است. ازنظر رجبی و همکاران (۲۰۲۵) والدگری ادراک‌شده بر حافظه در کودکان مبتلابه کم‌توجهی و بیش‌فعالی اثر دارد.

محققان و پزشکان علاقه بسیاری به گنجاندن رفتاردرمانی دیالکتیکی[۱] برای بهبود تنظیم هیجان در مداخلات والدینی، با هدف بهبود رفاه والدین و تأثیر مثبت بر روابط اجتماعی کودکان دارند. نتایج عاطفی ادغام رفتاردرمانی دیالکتیکی و مداخلات والدین به‌طور چشمگیری متفاوت بوده است؛ زیرا تنوع گسترده‌ای در بین مطالعات در انتخاب مداخلات والدین و میزان گنجاندن مفاهیم رفتاردرمانی دیالکتیکی اصلاح محتوا، یا به‌اختصار دوز، وجود دارد (زوالسکی و همکاران[۲]، ۲۰۲۳). از طرفی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، پذیرش و همدلی را با مهارت‌های شناختی‌رفتاری و مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند و به‌عنوان برنامه درمانی جامعی برای کنترل افکار و رفتارهای ناکارآمد کاربرد دارد (صادقی، ۲۰۲۴). به دیگر سخن، فرض اساسی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر برقراری تعادل بین اصل تغییر، پذیرش واقعیت، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به‌واسطه دیدن و پذیرش هیجان‌ها و افکار، به افزایش خودتنظیمی رفتاری، حالات هیجانی مثبت و بهزیستی روانی افراد منجر می‌شود (ترخان، ۲۰۱۸). صادقی و همکاران (۲۰۲۴) دریافتند که رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند نقش مؤثری در مؤلفه‌های هیجان تحصیلی و خودکنترلی دانش‌آموزان مبتلابه نارسایی توجه و بیش‌فعالی داشته باشد. همچنین، سیرائی و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی نتیجه گرفتند که رفتاردرمانی دیالکتیکی علائم نقص توجه را کاهش می‌دهد.

براساس آنچه بیان شد، عوامل مرتبط با مشکلات رفتاری در کودکان بیش‌فعال متعدد است که برخی از آن‌ها شامل سن، وراثت و خانواده است. بااین‌حال، در پژوهش‌های اخیر به‌ندرت روابط بین این عوامل، روابط والدین-کودک و پاسخ‌های مقابله‌ای والدین به مشکلات رفتاری در کودکان مورد توجه قرار گرفته است. باتوجه‌به شیوع روزافزون اختلال بیش‌فعالی در کودکان و اهمیت توجه به این گروه سنی، فرضیات این پژوهش به این شرح است: ۱. بین مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک و رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل در پس‌آزمون متغیر مهارت‌های ارتباطی و کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه تفاوت معناداری وجود دارد؛ ۲. بین مهارت‌های ارتباطی گروه مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد؛ ۳. بین مهارت‌های ارتباطی دو گروه مداخله اول و دوم در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد؛ ۴. بین مهارت‌های ارتباطی گروه پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

---

۱. Dialectical behavior therapy
۲. Zalewski, M. et al.

[Downloaded from jeche.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/jeche.6.2.221]

روش پژوهش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

این تحقیق از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و از شاخه مطالعات نیمه‌تجربی، و به لحاظ رویکرد تحقیق، پژوهشی کمّی است. جامعه آماری این پژوهش را کودکان بیش‌فعال شهر تبریز و تهران در سال میلادی ۲۰۲۴ تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند[۱] و با بهره‌گیری از نرم‌افزار جی‌پاور[۲] (اندازه اثر=۰/۱۵) و حجم مناسب نمونه برای مطالعات نیمه‌تجربی، حجم نمونه این مطالعه، ۶۰ کودک تعیین شد که به‌صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) جای‌گزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش ابتلا به بیش‌فعالی، اعلام آمادگی، توانایی حضور در تمام جلسات، رضایت سرپرست به شرکت در پژوهش و دریافت نکردن برنامه مداخله‌ای هم‌زمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان و انجام ندادن تکالیف بود. ملاک‌های اخلاقی پژوهش عبارت‌اند از: رعایت اصول انسانی، محرمانه نگه داشتن راز افراد، توضیح کامل نحوه اجرای آزمون، پر کردن فرم رضایت‌نامه آگاهانه و اطلاع‌رسانی درباره تعداد و مدت جلسات. ابزار سنجش در این پژوهش، پرسش‌نامه بود.

ب) ابزار پژوهش

۱. پرسش‌نامه مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی ماتسون[۳] (۱۹۸۳)

ماتسون در سال ۱۹۸۳ پرسش‌نامه مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی را ساخت. این پرسش‌نامه دارای ۱۹ سؤال است که براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه، مجموع امتیازات همه سؤالات با هم جمع می‌شوند. این امتیاز، دامنه‌ای از ۱۹ تا ۹۵ خواهد بود. نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده مهارت ارتباطی بین‌فردی بالاتر در شخص پاسخ‌دهنده خواهد بود و برعکس. به‌منظور تعیین پایایی پرسش‌نامه مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی در پژوهش محسنی (۲۰۱۳)، میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه شد. منجمی‌زاده (۲۰۱۲) نشان داد که این پرسش‌نامه از روایی هم‌زمان برخوردار است؛ به‌طوری‌که هم‌بستگی قوی بین آن و پرسش‌نامه توانایی برقراری ارتباط مؤثر به دست آمد (r=0/69) و درنتیجه، روایی هم‌زمان آن مورد تأیید قرار گرفت. در این پژوهش، روایی صوری این پرسش‌نامه را یازده نفر از اعضای هیئت‌علمی دانشگاه فرهنگیان تهران تأیید کردند و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

۲. شاخص اختلال نقص توجه جردن[۴] (۱۹۹۲)

در سال ۱۹۹۲، جردن شاخص اختلال نقص توجه را به وجود آورد. فرم ویژه والدین شامل دو بخش است: بخش نخست ۱۹ پرسش درباره تشخیص اختلال نقص توجه و بخش دوم ۲۰ پرسش درباره سازمان‌دهی دارد. این دو بخش با هم ترکیب شد و آزمونی شامل ۳۹ پرسش در اختیار والدین قرار گرفت. در این آزمون، از یک مقیاس چهارگزینه‌ای استفاده شد (هرگز ۱، گاهی ۲، بیشتر وقت‌ها ۳ و همیشه ۴). در پژوهش سهرابی و همکاران (۲۰۱۰) پایایی پرسش‌نامه از طریق تنصیف

---

۱. Purposeful sampling method
۲. G*Power (0/05=α)
۳. Matson Interpersonal Communication Skills Questionnaire
۴. Jordan Attention Deficit Disorder Index

[Downloaded from jeche.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/jeche.6.2.221]

۰/۹۵ و آلفای کرونباخ ۰/۹۸ به دست آمد. همچنین، روایی هم‌گرا در پژوهش سهرابی از طریق ضریب هم‌بستگی ۰/۲۵ بود. در این پژوهش، روایی صوری این پرسش‌نامه را یازده نفر از اعضای هیئت‌علمی دانشگاه فرهنگیان تهران تأیید کردند و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

ج) برنامه مداخله‌ای

در این پژوهش، برای گروه مداخله این پروتکل درمانی استفاده شد:

۱. پروتکل مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک[۱]

در این تحقیق، از پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی (دبیر و همکاران، ۲۰۲۰) استفاده شد که روایی صوری و محتوایی این پروتکل را سازندگان آن تأیید کرده‌اند. چهارچوب نظری این پروتکل بر مبنای مطالعه دبیر و همکاران (۲۰۲۰) تنظیم شده است. جلسات مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک برای گروه مداخله اول در قالب ۱۰ جلسه، هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه به‌صورت گروهی برگزار شد. خلاصه محتوای جلسات این پروتکل در جدول (۱)آمده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش رابطه والد-کودک

جلسه	اهداف و محتوا
اول	بیان موضوعات پایه مانند تشویق و تقویت والدین، همدلی با والدین، عادی جلوه دادن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندانشان، مرور اجمالی موضوعات آموزشی جلسات CPRT، معرفی اعضای گروه به یکدیگر، پیش‌آزمون از کودکان.
دوم	تبادل غیررسمی و دوستانه اطلاعات و مرور تکالیف خانگی جلسه اول، یادآوری اصول اساسی جلسات بازی والدین با کودک، معرفی و ارائه اسباب‌بازی‌های موردنیاز، معرفی و ایفای نقش مهارت‌های اساسی، جلسه بازی به‌صورت زنده و با نوار ویدئویی.
سوم	مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، معرفی بایدها و نبایدهای جلسه، تکمیل فهرست اسباب‌بازی‌ها، تهیه کارت‌های تعیین وقت برای هر جلسه، ارائه تکالیف منزل.
چهارم	مرور تکالیف جلسه قبل، مرور جلسات بازی ضبط‌شده با نظارت درمانگر، اعمال سه گام محدودیت‌گذاری در بازی، ایفای نقش و نشان دادن فیلم درباره مهارت‌های موردنیاز در جلسه
پنجم	تمرکز عمده این جلسه بر حمایت و تشویق والدین هنگام یادگیری و تمرین مهارت‌های جلسه بازی برای کاستن از احساس ناتوانی و درماندگی والدین، گزارش والدین از جلسات در منزل و مرور مبحث محدودیت‌گذاری در سه گام است.
ششم	برنامه کار در جلسات ششم تا نهم بدین ترتیب بود که هدف اصلی درمانگر در برخورد با والدین، ایجاد احساس کارآمدی و تقویت آن از طریق ایجاد احساس عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس است.
هفتم	هدف اصلی این جلسه، حمایت و تشویق مهارت‌های والدین و پیشرفت‌های آنان است تا اعتمادبه‌نفس آن‌ها با حمایت و راهنمایی گروه افزایش یابد. همچنین، مهارت جدید پاسخ‌های تقویت‌کننده و سازنده عزت‌نفس آموزش داده شد.
هشتم	تمرکز عمده این جلسه بر حمایت و تشویق مهارت‌های والدین و نیز گزارش والدین از کاربرد مهارت‌های پاسخ‌دهی عزت‌نفس‌ساز در شرایط خارج از جلسه ایفای نقش و نمایش فیلم مهارت‌های جلسه و پاسخ‌های تشویقی والدین بود.
نهم	تلخیص آموزه‌های والدین از جلسات بازی و تمرکز بر تغییرات رفتاری آن‌ها، تأکید بر بایدهای جلسه بازی، بهره‌گیری از مثال‌های والدین برای تقویت بایدهای جلسه بازی، و استفاده از مهارت‌ها در موقعیت‌های خارج از جلسه.
دهم	هدایت ارزیابی و پیگیری جلسات بازی و مهارت‌های والدین در این زمینه، ارزیابی والدین از تجارب و ادراکاتشان از تغییرات حاصله در رفتار خود و فرزندانشان و طرح آن در گروه، مرور مطالب گفته‌شده در جلسات قبل، تأکید بر تداوم جلسات بازی در منزل و اهمیت آن. ابتدای هر جلسه درباره چگونگی کار توضیحاتی به مادران ارائه شد و تکالیف خانگی آن جلسه و جلسه قبل مورد بررسی قرار گرفت تا مشکلات احتمالی والدین برطرف شود. سرانجام، رفتار کودکان این والدین مورد ارزیابی قرار گرفت. پس‌آزمون از کودکان.

[۱]. Intervention protocol based on the parent-child relationship

[Downloaded from jeche.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/jeche.6.2.221]

۲. پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی[۱]

رفتاردرمانی دیالکتیکی عمدتاً روانی‌آموزشی است و بر اکتساب مهارت‌های رفتاری تأکید دارد. راهبردهای دیالکتیکی در کل درمان جاری است. سه نوع راهبرد دیالکتیکی وجود دارد: راهبرد اول درباره این است که درمانگر چگونه تعاملات درون روابط درمان را پی‌ریزی می‌کند؛ دومی شامل این است که چگونه درمانگر رفتارهای ماهرانه را معیّن می‌کند؛ و سومی شامل راهبردهای معیّنی است که در طول درمان استفاده می‌شود. بنابراین، در این تحقیق از پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی (نریمانی و همکاران، ۲۰۱۴) استفاده شد که روایی صوری و محتوایی این پروتکل را سازندگان آن تأیید کرده‌اند. چهارچوب نظری این پروتکل بر مبنای کار لینهان و دکستر–ماز[۲] (۲۰۰۸) و توسط سالباچ–آندره و همکاران[۳] (۲۰۰۸) تنظیم شد. جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی برای گروه مداخله دوم در قالب ۸ جلسه، هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه برگزار شد. خلاصه محتوای جلسات این پروتکل در جدول (۲) آمده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسه	اهداف و محتوا
اول	توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی کودکان و اجرای پیش‌آزمون و آموزش مهارت‌های پرت کردن حواس، بستن قرارداد برای کاهش رفتارهای خودتخریبی و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی.
دوم	آموزش ذهن‌آگاهی، آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه، آموزش به کودکان درباره اینکه چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند، چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و چطور کار می‌کنند.
سوم	بررسی افکار و احساسات و توضیح و شناساندن پاسخ‌های مقابله‌ای که درونی یا بیرونی هستند، با همکاری کودکان افکار و احساساتی که منجر به خودتخریبی یا رفتارهای تکانشی ناسازگار می‌شود بررسی می‌شود، در تکالیف خانگی از کودکان خواسته می‌شود تمام افکار و احساساتی را که منجر به ناسازگاری در آن‌ها می‌شوند یادداشت کنند.
چهارم	آموزش ارتباط بین‌فردی و تمرکز در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده حواس شش‌گانه و تمرین ذهن‌آگاهی.
پنجم	به کودکان کمک می‌شود رفتارهای تکانه‌ای خود را کنترل کنند و بازخوردهایی را تهیه کنند تا به سطحی منطقی از تسلط و کنترل بر خود برسند؛ مثلاً به کودکان یاد داده می‌شود پاسخ‌های درونی، افکاری هستند که با تکانه‌ها ناسازگارند. تمرین و بازخورد نیز در این جلسه وجود داشت.
ششم	شناسایی رفتارهای خودتخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، کاهش آسیب‌پذیری شناختی و افزایش هیجان‌های مثبت.
هفتم	آموزش تنظیم هیجان، اهداف آموزش تنظیم هیجان دانستن این است که چرا هیجان‌ها مهم‌اند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر.
هشتم	افزایش کارآمدی بین‌فردی، حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی علاقه‌مندی و غیره، آموزش مهارت‌های فردی، توصیف و بیان کردن ابراز وجود و جرأت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت‌نفس.
نهم	جمع‌بندی تمرین و مرور جلسات قبل و سپس اجرای پس‌آزمون.

د) شیوه اجرا

این پژوهش با دریافت تأییدیه علمی از دانشگاه فرهنگیان با کد اخلاق ۲۷۳/۴/۱۴۰۳/۰۹/۰۵ انجام گرفت. روند اجرای پژوهش به این صورت بود که به‌منظور گردآوری اطلاعات لازم، پس از اعلام عمومی در مراکز بهداشت شهر تبریز و

---

۱. Dialectical Behavior Therapy Protocol
۲. Linehan, M., & Dexter-Mazze, E.
۳. Salbach-Andrae, H., et al.

[Downloaded from jeche.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/jeche.6.2.221]

تهران، از مادران دارای کودک مبتلابه اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی طی فراخوانی دعوت شد و از داوطلبان ثبت‌نام به عمل آمد. سپس باتوجه‌به معیارهای ورود و خروج، ۶۰ مادر و کودک از داوطلبان انتخاب شدند و به‌صورت جای‌گزینی یا گمارش تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل قرار گرفتند. برای اجرای پیش‌آزمون، هر دو گروه مداخله (هر گروه ۲۰ نفر)، پرسش‌نامه مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی و شاخص اختلال نقص توجه را تکمیل کردند. جلسات مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک (گروه مداخله اول) در قالب ۱۰ جلسه، هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه به‌صورت گروهی، و جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی (گروه مداخله دوم) در قالب ۸ جلسه، هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه برگزار شد. جلسات درمانی را متخصص روان‌شناسی با درجه دکتری و یک دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی در مرکز سلامت در شهر تبریز و تهران برگزار کرد. برای جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با والدین کودکان بیش‌فعال، از آن‌ها خواسته شد تعهد خود را به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات نیز رصد می‌شد و هم‌بستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد. بعد از اتمام جلسات، آزمودنی‌ها پس‌آزمون پرسش‌نامه مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی و شاخص اختلال نقص توجه را تکمیل کردند. در این پژوهش، تمام اصول اخلاقی رعایت شد.

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل آماری، از نسخه ۲۶ نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس استفاده شد. برای بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس یک‌طرفه[۱]، آزمون تی مستقل[۲] و آنالیز واریانس[۳] استفاده شد. سطح معناداری اختلاف ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش، ۶۰ والد و کودک مبتلابه اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی از شهرهای تبریز و تهران شرکت کردند، که واریانس برای گروه مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک ۲/۲۲، میانگین سنی ۹/۶۵، انحراف معیار ۱/۴۹ و دامنه تغییرات ۱۰، واریانس برای گروه مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی ۲/۷۴، میانگین سنی آن‌ها ۹/۹۵، انحراف معیار ۱/۶۵، دامنه تغییرات ۱۰/۵، واریانس برای گروه گواه ۲/۶۶، میانگین سنی آن‌ها ۱۰/۲، انحراف معیار ۱/۶۳، دامنه تغییرات ۱۱ است. نتایج نشان دادند که بین گروه‌ها از منظر جمعیت‌شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در جدول (۳) آورده، و پس از آن، آزمون فرضیات تحقیق ارائه شده است.

جدول ۳: توزیع فراوانی برخی ویژگی‌های دموگرافیک به تفکیک گروه‌های آزمون و گروه کنترل

مؤلفه	گروه	شاخص توصیفی	مراحل	
			پیش‌آزمون	پس‌آزمون
مهارت‌های ارتباطی	مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک	میانگین±انحراف معیار	۲/۵۱۸۸۸	۶۲/۵۵۰۰ ۱۵/۰۳۸۴۶

۱. Analysis of covariance
۲. Independent t-test
۳. Analysis of variance

[Downloaded from jeche.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/jeche.6.2.221]

		کجی-کشیدگی	-۰/۲۲۱ -۱/۱۷۳	۰/۰۲۶ -۲/۰۷۸
	پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی	میانگین±انحراف معیار	۲۷/۵۰۰۰ ۲/۲۸۲۶۶	۶۰/۲۰۰۰ ۳/۵۷۷۷۱
		کجی-کشیدگی	۰/۳۶۹ -۰/۱۰۱	-۲/۶۹۵ ۱۰/۱۴۴
	کنترل	میانگین±انحراف معیار	۲۶/۶۰۰۰ ۱/۶۶۷۰۲	۲۶/۴۵۰۰ ۱/۷۶۱۴۳
		کجی-کشیدگی	-۰/۸۷۶ ۰/۲۹۴	۰/۰۶۰ -۱/۰۷۴
کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه	مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک	میانگین±انحراف معیار	۸۳/۲۵۰۰ ۳/۰۴۱۳۸	۳۹/۱۵۰۰ ۵/۰۲۹۱۳
		کجی-کشیدگی	۰/۱۹۷ -۰/۸۸۱	-۰/۲۸۶ -۱/۴۴۷
	پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی	میانگین±انحراف معیار	۸۶/۰۵۰۰ ۲/۴۱۶۵۰	۴۹/۱۰۰۰ ۲/۲۴۵۴۶
		کجی-کشیدگی	۰/۰۵۹ ۰/۶۴۴	۰/۰۷۶ ۰/۳۳۴
	کنترل	میانگین±انحراف معیار	۷۹/۳۵۰۰ ۲/۴۳۳۸۶	۸۰/۰۵۰۰ ۳/۰۵۱۷۵
		کجی-کشیدگی	-۰/۳۰۸ -۰/۸۳۳	-۰/۴۲۳ ۰/۱۸

جدول (۳) میانگین و انحراف معیار نمره‌های مربوط به مهارت‌های ارتباطی و کاهش علائم نقص توجه را برای دو گروه مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک و رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل نشان می‌دهد. میانگین نمره متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه مداخله تفاوت معناداری دارند، ولی این تفاوت در میانگین نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل معنادار نیست. در ادامه، جدول (۴) آزمون واریانس برای تحلیل تفاوت بین گروه‌ها در پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ٤: تحلیل تفاوت بین نمره‌های پس‌آزمون مهارت‌های ارتباطی و کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه در دو گروه مداخله اول و دوم و گروه کنترل

متغیر	منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
مهارت‌های ارتباطی	گروه	۸۹۳/۵۳۶	۲	۴۴۶/۷۶۸	۷/۸۶۴	۰/۰۰۱	۸۴/۵
	خطا	۳۰۶۷/۸۵۴	۵۴	۵۶/۸۱۲			
	کل	۳۹۶۱/۳۹	۵۶				
کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه	گروه	۱۰۶/۵۲۰	۲	۵۳/۲۶۰	۶/۰۲۰	۰/۰۰۴	۹۵/۲ درصد
	خطا	۴۷۷/۷۲۳	۵۴	۸/۸۴۷			
	کل	۵۸۴/۲۴۳	۵۶				

[Downloaded from jeche.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/jeche.6.2.221]

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک و رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل در پس‌آزمون متغیر مهارت‌های ارتباطی و کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه تفاوت معناداری وجود دارد (۰/۰۰۱ و ۰/۰۰۴ =P؛ ۶/۰۲ و F=۷/۸۶). همچنین، اندازه اثر برای متغیر مهارت‌های ارتباطی و کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه در دو گروه مداخله اول و دوم و گروه کنترل به‌ترتیب ۸۴/۵ و ۹۵/۲ درصد است. در ادامه، جدول (۵) نشان‌دهنده آزمون تی مستقل و کوواریانس برای سنجش تفاوت میانگین‌های دو گروه مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک و گروه کنترل است.

جدول ۵: تحلیل تفاوت بین نمره‌های پس‌آزمون مهارت‌های ارتباطی و کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه در گروه مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک و گروه کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری p	تفاوت میانگین‌ها
مهارت‌های ارتباطی	۱۱۷۷/۲۶۰	۱	۱۱۷۷/۲۶۰	۱۳/۷۰۴	۰/۰۰۱	۳۶/۱۰۰۰۰
کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه	۲۵۵/۶۱۳	۱	۲۵۵/۶۱۳	۲۳/۸۶۶	۰/۰۰۰	-۴۰/۹۰۰۰۰

نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد که بین مهارت‌های ارتباطی گروه مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (F=۱۳/۷ و p=۰/۰۰۰۱). همچنین، براساس نتایج این جدول، بین کاهش نشانه‌های نقص توجه در گروه مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (F=۲۳/۸۶ و p=۰/۰۰۰۱). همچنین، تفاوت بین میانگین دو گروه (۳۶/۱ و ۴۰/۹-) نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر درمان مبتنی رابطه والد-کودک بر کاهش نشانه‌های نقص توجه و بهبود مهارت‌های ارتباطی در مرحله پس‌آزمون است. در ادامه، جدول (۶) آزمون تی مستقل و کوواریانس برای سنجش تفاوت میانگین‌های دو گروه مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک و گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی را نشان می‌دهد.

جدول ٦. تحلیل تفاوت بین نمره‌های پس‌آزمون مهارت‌های ارتباطی و کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه در دو گروه مداخله اول و دوم

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری p	تفاوت میانگین‌ها
مهارت‌های ارتباطی	۵۵۰/۲۲۰	۱	۵۵۰/۲۲۰	۶/۵۵۶	۰/۰۱۵	۲/۳۵۰۰۰
کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه	۴۴/۶۵۷	۱	۴۴/۶۵۷	۴/۰۲۰	۰/۰۰۵	-۹/۹۵۰۰۰

نتایج جدول (۶) نشان می‌دهد که بین مهارت‌های ارتباطی دو گروه مداخله اول و دوم در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (F=۶/۵۵ و p=۰/۰۱۵). بین کاهش نشانه‌های نقص توجه گروه مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک و گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (F=۴/۰۲ و p=۰/۰۰۵). همچنین، تفاوت بین میانگین دو گروه (۲/۳۵ و۹/۹۵-) نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر درمان مبتنی رابطه والد-کودک و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های نقص توجه و بهبود مهارت‌های ارتباطی در مرحله پس‌آزمون است. در ادامه، جدول ۷ آزمون تی مستقل و کوواریانس برای سنجش تفاوت میانگین‌های دو گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل را نشان می‌دهد.

[Downloaded from jeche.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/jeche.6.2.221]

جدول ۷: تحلیل تفاوت بین نمره‌های پس‌آزمون مهارت‌های ارتباطی و کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری p	تفاوت میانگین‌ها
مهارت‌های ارتباطی	۱۵۰/۳۰۹	۱	۱۵۰/۳۰۹	۱۹/۵۰۹	۰/۰۰۰	۳۳/۷۵۰۰۰
نشانه‌های اختلال نقص توجه	۲۸/۴۷۱	۱	۲۸/۴۷۱	۶/۰۳۱	۰/۰۱۹	-۳۰/۹۵۰۰۰

نتایج جدول (۷) نشان می‌دهد که بین مهارت‌های ارتباطی گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (F=۵/۱۹ و p=۰/۰۰۰). بین کاهش نشانه‌های نقص توجه گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (F=۶/۰۳ و p=۰/۰۱۹). همچنین، تفاوت بین میانگین دو گروه (۳۳/۷۵ و ۳۰/۹۵-) نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های نقص توجه و بهبود مهارت‌های ارتباطی در مرحله پس‌آزمون است.

مقایسه نتایج تفاوت میانگین‌های جدول ۵ و ۷ نشان می‌دهد که مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیکی تأثیر بیشتری بر مهارت‌های ارتباطی و کاهش نقص توجه کودکان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مهارت‌های ارتباطی و کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه کودکان بیش‌فعال انجام شد. نتایج تجزیه‌وتحلیل داده‌ها به‌طورکلی نشان داد بین گروه‌های مداخله‌ای که تحت تأثیر درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک و رفتاردرمانی دیالکتیکی بودند و گروه کنترل که تحت هیچ آموزشی قرار نگرفتند، حداقل دو گروه در میزان واریانس متغیر مهارت‌های ارتباطی و نقص توجه در شرایط پس‌آزمون با یکدیگر تفاوت معناداری دارند.

نتایج تحلیل اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی و مهارت‌های ارتباطی کودکان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی در این پژوهش، با نتایج پژوهش بیات و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. نتایج این پژوهش حاکی از عملکرد بهتر رفتاردرمانی دیالکتیکی برای تنظیم هیجان و با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز بر روابط بین‌فردی در افراد بزرگ‌سال مبتلابه اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه بود.

در تبیین یافته‌های این بخش از پژوهش می‌توان گفت که اختلال بیش‌فعالی یکی از اختلالاتی است که علاوه‌بر فرد بر روابط وی در جامعه نیز اثرگذار است. دوره کودکی نقش اساسی در رشد همه‌جانبه انسان‌ها و شکل‌گیری هویت و شخصیت آن‌ها دارد. شرایطی که کودکان در آن به دنیا می‌آیند، قرار گرفتن آن‌ها در محیط‌هایی را تعیین می‌کند که رشد سالم را ارتقا می‌دهد یا به خطر می‌اندازد. چندین تجربه نامطلوب مستقیم ازجمله فقر مداوم، سوءاستفاده مکرر و بی‌توجهی، رفتار منفی والدین و خشونت خانوادگی ممکن است سلامت، رشد و رفاه کودکان را در طول دوره‌های قبل و پس از تولد به خطر بیندازد. علاوه‌بر این، اکثر تعارضات و اختلالات رفتاری در نوجوانان و بزرگ‌سالان ناشی از بی‌توجهی به ابعاد عاطفی‌رفتاری و ناتوانی در هدایت صحیح رشد و تکامل آن‌ها در دوره کودکی است.

از طرفی، نتایج تحلیل اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی و کاهش نشانه‌های نقص توجه کودکان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی در این

[Downloaded from jeche.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/jeche.6.2.221]

پژوهش، با پژوهش نصری و همکاران (۲۰۲۰)، سیرائی و همکاران (۲۰۲۳)همسو است. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که رفتاردرمانی دیالکتیکی علائم نقص توجه را کاهش داد. همچنین، نریمانی و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی بیان کردند که آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی را می‌توان در کنار سایر روش‌های درمانی به‌عنوان روشی اثربخش برای کاهش نشانه‌های رفتاری اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و بهبود کیفیت زندگی کودکان مبتلابه این اختلال به کار برد.

در تبیین یافته‌های این بخش از پژوهش می‌توان گفت که نقص توجه اغلب در حوزه شناختی، کارکردی و پردازش دیده می‌شود. فقدان این توانایی منجر به رفتارهای غیرمسئولانه در کودکان می‌شود که رفتاردرمانی دیالکتیکی با افزایش توجه و ارائه راه‌حل‌های جدید می‌تواند کمک‌کننده کودکان بیش‌فعال باشد. از سوی دیگر، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه را نیز می‌توان این‌گونه تبیین کرد که براساس نظر میلر، لاتوس و لینهان[۱] (۲۰۰۷) یکی از عوامل تشدید رفتارهای تکانشی و ایذایی در این کودکان، کمبود حمایت‌های عاطفی و اجتماعی، عزت‌نفس پایین، مشکلات مدرسه، رفتارهای پرخطر و اختلالات خلقی است. بنابراین، رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان درمانی حمایتگرانه ارائه می‌شود و مستلزم ارتباطی مشترک و قوی میان درمانجو و درمانگر است و درمانگر فعالانه رفتارهای سازگارانه را به درمانجو آموزش می‌دهد و تقویت می‌کند. بنابراین، براساس پژوهش کیمبرلی و همکاران (۲۰۱۰)، این درمان می‌تواند در کاهش رفتارهای خودتخریبی مؤثر باشد. به‌طورکلی، رفتاردرمانی دیالکتیکی با ایجاد تعامل و توازن بین احساسات و واقعیت‌ها منجر به تغییر رفتار در کودکان بیش‌فعال شد. بنابراین، این رویکرد درمانی می‌تواند به افراد بیش‌فعال در بهبود تمرکز و مدیریت عواطف کمک کند.

از طرف دیگر، نتایج تحلیل اثر مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک بر مهارت‌های ارتباطی کودکان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی در این پژوهش، با پژوهش دسمیتا و همکاران (۲۰۲۳)، تقی‌زاده و همکاران (۲۰۲۲)، بیات و همکاران (۲۰۲۳)، شاه و همکاران (۲۰۲۱)، عدل‌خواه و همکاران (۲۰۲۱) و اولادیان (۲۰۲۳) همسو است. در تبیین یافته‌های این بخش از پژوهش می‌توان گفت که والدین یاد می‌گیرند به‌درستی از تحسین و پاداش برای تقویت رفتار کودک استفاده کنند. به‌کارگیری این راهبردها از تعارضات غیرضروری بین والدین و فرزندان می‌کاهد و به کودکان کمک می‌کند خودتنظیمی کنند. ازنظر مدیریت هیجانی، آموزش والدین آگاهی والدین از احساسات و عواطف فرزندانشان را افزایش می‌دهد و به والدین کمک می‌کند هنگام برخورد با کودکان تفکر منطقی داشته باشند. این نه‌تنها به والدین کمک می‌کند استراتژی‌های مناسب‌تری در پیش گیرند، بلکه الگویی را در اختیار کودکان می‌گذارد تا توانایی‌های تنظیم هیجانی آن‌ها را تقویت کند. به‌طور خلاصه، آموزش والدین مهارت‌های مدیریت رفتار والدین را بهبود می‌بخشد، الگوهای تعامل والد-کودک را تنظیم می‌کند، به والدین کمک می‌کند محیطی حمایتی ایجاد کنند، و ارتقای خودتنظیمی و سازگاری را در کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی ترویج می‌کند (فنگ و همکاران، ۲۰۲۳).

فرزندان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی، مشکلات عدیده‌ای را برای والدینشان ایجاد می‌کنند. این اختلال نقش آن‌ها را به‌عنوان والد محدود کرده و باعث ایجاد احساس بی‌کفایتی در آن‌ها شده است. بنابراین، تقویت روابط والد-کودک حائز اهمیت است. مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک با آموزش مهارت‌های اجتماعی و با برقراری گفت‌وگوی مثبت و تشویق به بیان احساسات باعث تقویت مهارت‌های ارتباطی کودکان بیش‌فعال می‌شود. از طرفی، در این مداخله، والدین با ایجاد محیطی

[۱]. Miller, A. M., Rathus, J. H., & Linehan, M. M.

[Downloaded from jeche.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/jeche.6.2.221]

ساختاریافته و قابل‌پیش‌بینی و گوش دادن به کودکان بیش‌فعال، فرصتی برای تعامل کودک با محیط و تقویت سلامت عاطفی وی می‌یابند. به‌طورکلی، به نظر می‌رسد که به تناسب افزایش آگاهی و شناخت، مادران به درک بهتری نیز از رفتار خود می‌رسند. این افزایش آگاهی موجب افزایش میزان وقوع بازخورد متناسب با رفتار کودک در محیط خانه یا بیرون از خانه می‌شود. درواقع ازنظر بارکلی (۲۰۱۳) این آموزش به مادران کمک کرد تا به ارتباط بین یک رفتار و پیامدهای احتمالی آن رفتار پی ببرند و درنتیجه، رفتارهایی را انتخاب و ارائه کنند که پیامدهای مثبتی به همراه داشته باشد. به‌این‌ترتیب، مادران توانستند با اصلاح شیوه‌های برخورد با کودک، رفتارهای او را به سمت مداومت در تمرین مهارت‌های ارتباطی و ممارست در آن‌ها سوق دهند و درنتیجه مهارت‌های ارتباطی خود را ارتقا بخشند. مادران آموختند که انتقاد و سرزنش، از رفتارهایی هستند که منجر به تشدید رفتارهای نامطلوب در موقعیت‌های اجتماعی می‌شوند و مادران باید از به کار بردن آن‌ها در موقعیت‌های بین‌فردی اجتناب کنند. ازنظر عدل‌خواه و همکاران (۲۰۲۱)، کنترل بیشتر خشم منجر شد رفتارهای پرخاشگرانه مادران کاهش یابد و در برخورد با مشکلات رفتاری کودکان خود بیشتر از تکنیک نادیده گرفتن استفاده کنند و بازخوردهای مثبت بیشتری ارائه دهند، که این موضوع منجر به کاهش و خاموش شدن رفتارهای نامطلوب در روابط بین‌فردی شد.

از طرفی، نتایج تحلیل اثر مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک و کاهش نشانه‌های نقص توجه کودکان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی در این پژوهش، با پژوهش نجاتی و همکاران (۲۰۲۱) همسو است؛ چراکه این محققان نیز دریافتند که مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک، بر شدت نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی اثرگذار است. در این راستا، کالزاد و همکاران معتقدند والدین، به‌ویژه مادران کودکان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی، اغلب نشانه‌های روشنی از حواس‌پرتی و کم‌توجهی در رفتارها و اعمال روزمره خود نشان می‌دهند و همانند الگویی برای کودکان خود عمل می‌کنند. آن‌ها عموماً بی‌توجه، بی‌نظم و فاقد سازمان‌دهی و برنامه در کار خود هستند و در اعمال رفتارهای والدینی، بی‌ثبات و متناقض عمل می‌کنند. همین امر باعث ایجاد رفتارهای بی‌توجهی در کودکانشان می‌شود.

در تبیین یافته‌های این بخش از پژوهش می‌توان گفت که در این مداخله به والدین آموزش داده شد نیازهای کودکان را بشناسند، که این امر منجر به جلوگیری از مشکلات ناشی از بیش‌فعالی ازجمله نقص توجه شد. از طرفی، وجه مثبت والد به کودک و واکنش کارآمد در برابر رفتارهای او می‌تواند الگوی مناسبی برای تمرکز و توجه فرد پدید آورد و درنهایت، به او در کنترل علائم نقص توجه یاری رساند.

این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود؛ ازجمله اینکه در این پژوهش از ابزارهای خودگزارش‌دهی استفاده شد. از دیگر محدودیت‌ها این بود که این مطالعه روی کودکان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی در شهر تهران و تبریز انجام شد. لذا، نتایج به‌دست‌آمده قابل تعمیم به نقاط دیگر کشور نیست. همچنین، متفاوت بودن طول جلسات درمان در دو گروه مداخله نیز می‌تواند بر نتایج اثرگذار باشد. بنابراین، پیشنهاد کاربردی در اینجا بیان می‌شود: برنامه‌های آموزشی برای تقویت مهارت‌های ارتباطی، افزایش توجه و تکنیک‌های حل مسئله در کودکان مبتلابه نقص توجه و بیش‌فعالی تدوین شود. نتایج این پژوهش می‌تواند به‌عنوان چشم‌اندازی برای افزایش مهارت‌های ارتباطی و کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه در کودکان بیش‌فعال مورد توجه قرار گیرد. همچنین، پیشنهاد پژوهشی در اینجا بیان می‌شود: در پژوهش‌های آینده، محققان جلسات درمانی را روی مادران و کودکان مبتلابه نقص توجه و کودکان عادی اجرا، و با هم مقایسه کنند.

[Downloaded from jeche.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/jeche.6.2.221]

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

همه نویسندگان گواهی می‌دهند که نسخه اصلی و هیچ محتوای مشابه دیگری در هیچ جا و به هیچ زبان دیگری ارسال، یا برای چاپ در نظر گرفته نشده است. همچنین، مسئول پاسخ‌گویی به صحت و سقم کل کار از ابتدا تا زمان چاپ مقاله هستند. گفتنی است این مطالعه را کمیته اخلاق تصویب کرده و فرم‌های رضایت‌نامه از افراد شرکت‌کننده گرفته شده است.

حامی مالی

منابع مالی این مطالعه را نویسندگان تأمین کرده‌اند.

سهم نویسندگان

همه نویسندگان در تهیه پیش‌نویس، بازبینی و اصلاح مقاله سهم یک‌سانی داشتند.

تضاد منافع

در این پژوهش، هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از تمام شرکت‌کنندگان در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند.

References

Adlkhah, S., faramarzi, S., & Aghaei, A. (2021). Comparison of the effectiveness of parent-child communication therapy with parent-child interaction therapy on communication skills and social adjustment in children with attention deficit / hyperactivity disorder. *Psychological Achievements, 28*(1), 25-48. [Persian]. 10.22055/psy.2021.33241.2533

Alacha, H. F., Olczyk, A. R., Flynn, M. M., & Rosen, P. J. (2023). Group parent–child ADHD treatments. In J. L. Matson (Ed.), *Clinical handbook of ADHD assessment and treatment across the lifespan* (pp. 547–568). Berlin: Springer Nature. 10.1007/978-3-031-41709-2_21

Anastopoulos, A. D., Smith, T. F., Garrett, M. E., Morrissey-Kane, E., Schatz, N. K., Sommer, J. L., et al. (2011). Self-regulation of emotion, functional impairment, and comorbidity among childrenwith ADHD. *Journal of Attention Disorders, 15*(7), 583-92. 10.1177/1087054710370567

Baweja, R., Belin, P. J., Humphrey, H. H., Babocsai, L., Pariseau, M. E., Waschbusch, D. A., et al. (2016). The effectiveness and tolerability of central nervous system stimulants in school-age children with attention-deficit/hyperactivity disorder and disruptive mood dysregulation disorder across home and school. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 26*(2), 154-63. 10.1089/cap.2015.0053

Bayat, M., Narimani, M., & Basharpor, S. (2020). Comparing The Effectiveness of dialectical behavior therapy with acceptance and commitment based therapy on emotion regulation and interpersonal relationships in adults with ADHD. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences, 62*(5.1), 1671-1683. [Persian]. 10.22038/mjms.2019.14747

Barkley, R. A., & Benton, C. M. (2024). Self-control: how to get what you want. *The ADHD Resource Hub, 2*(2), 1-5. 10.1521/adhdhub.2024.2.2.2

Bayat, S., Ahmadi, M. S., & Estaki, M. (2023). Effectiveness of treatment based on parent-child interaction with virtual education method on the executive functions of students with hyperactivity and attention deficit disorder. *Journal of Adolescent and Youth*

[Downloaded from jeche.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/jeche.6.2.221]

Psychological Studies, *4*(3), 97-108. 10.61838/kman.jayps.4.3.9

Bayat, S., Shahriari Ahmadi, M., & Eesteki, M. (2023). Comparing the effectiveness of treatment based on parent-child interaction with two methods of virtual and face-to-face training on the executive functions of students with hyperactivity and attention deficit. *Early Childhood Health And Education, 4*(2), 5. [Persian]. 10.32592/jeche.4.2.73

Braet, C., Theuwis, L., Van Durme, K., Vandewalle, J., Vandevivere, E., Wante. L., et al. (2014). Emotion regulation in children with emotional problems. *Cognitive Therapy and Research, 38*, 493-504. 10.1007/s10608-014-9616-x

Chen, M., & Jiang, X. (2024). The impact of modified Cognitive-Behavioral Group Therapy in social adjustment functions of children with attention deficit hyperactivity disorder and their parents' stress levels: A nonrandomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology, 80*(9), 1969-80. 10.1002/jclp.23704

Dabir, M., Asadzadeh, H., & Hatami, H. R. (2020). The effectiveness of administering child parent relationship therapy (based on landreth model) to mothers in reducing the behavioral problems of their school children. *Quarterly Journal of Family and Research, 17* (1), 83-102. [Persian]. Link

De la Cruz, L. F., Simonoff, E., McGough, J. J., Halperin, J. M., Arnold, L. E., & Stringaris, A. (2015). Treatment of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and irritability: results from the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54*(1), 62-70. 10.1016/j.jaac.2014.10.006

Desmita, D., Rahmadani, S., Diyenti, A. K., Warmansyah, J., Silvianetri, S., & Fakaruddin, N. A. A. B. (2023). The relationship of parent-child interaction in developing effective communication in early childhood. *Indonesian Journal of Early Childhood Educational Research, 2*(2), 47-56. 10.31958/ijecer.v2i2.11524

Ebadi, T., Saberi, H., & Bagheri, N. (2023). Developing an education program based on parent-child interactions and examining its impact on psychological well-being and parental self-efficacy of mothers of children with ADHD. *Journal of Childhood Health and Education, 3*(4), 14-27. [Persian]. Link

Feng, M., Xu, J., Zhai, M., Wu, Q., Chu, K., Xie, L., et al. (2023). Behavior management training for parents of children with preschool ADHD based on parent-child interactions: a multicenter randomized controlled, follow-up study. *Behavioural Neurology, 1*, 3735634. 10.1155/2023/3735634

Ghosh, A., Ray, A., & Basu, A. (2017). Oppositional defiant disorder: Current insight. *Psychology Research and Behavior Management, 10*, 353-367. 10.2147/PRBM.S120582

Halperin, J. M., Bédard, A. C. V., & Curchack-Lichtin, J. T. (2012). Preventive interventions for ADHD: A neurodevelopmental perspective. *Neurotherapeutics, 9*(3), 531-541. 10.1007/s13311-012-0123-z

Jordan, D. R. (1998). *Attention Deficite Disorder: ADHD And ADD*. Austin: PRO-ED. Link

Kimberly, E., DiGiorgio, C. R., Glass, D. B., & Arnkoff, B. (2010). Therapists' use of DBT: a survey study of clinical practice. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(2), 213-221. 10.1016/j.cbpra.2009.06.003

Linehan, M., & Dexter-Mazze, E. (2008). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In Barlow, D. H. (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*, (pp. 365-462). New York: Guiford Press. Link

Miller, A. M., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with*

[Downloaded from jeche.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/jeche.6.2.221]

suicidal adolescents. New York: Guilford. Link

Narimani, M., Bagiyan-Kulemarez, M., Ahadi, B., & Abolghasemi, A. (2014). The study of effectiveness of group training of Dialectical Behavioral Therapy (DBT) on reducing of symptoms of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) and promoting quality of life of students. *Journal of Clinical Psychology, 6*(1), 39-51 [Persian]. 10.22075/jcp.2017.2153

Nasri, B., Castenfors, M., Fredlund, P., Ginsberg, Y., Lindefors, N., & Kaldo, V. G. (2020). Group treatment for adults with ADHD based on a novel combination of cognitive and dialectical behavior interventions: a feasibility study. *Journal of Attention Disorders, 24*(6), 904-917. 10.1177/1087054717690231

Nejati, A., Mousavi, R., Roshan Chesli, R., & Mahmoudi Qaraee, J. (2020). The effectiveness of group Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) on severity of symptoms of Attention Deficit/hyperactivity Disorder (ADHD). *Clinical Psychology and Personality, 14*(1), 19-31. [Persian]. 10.22070/14.1.19.

Nøvik, T. S., Haugan, A. L. J., Lydersen, S., Thomsen, P. H., Young, S., & Sund, A. M. (2020). Cognitive-behavioural group therapy for adolescents with ADHD: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open, 10*(3), e032839. 10.1136/bmjopen-2019-032839

Oladian, S. (2023). The effectiveness of parent-child interaction training on behavioral problems and aggression of children with ADHD symptoms. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling, 5*(2), 1-7. 10.61838/kman.jarac.5.2.1

Rezaei Fard, A., Hassani, E., & Eftekhari, H. (2025). The effectiveness of parent management training for mothers on impulsivity and empathy of elementary school students with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Early Childhood Health and Education, 6*(1), 49-63. [Persian]. 10.32592/jeche.6.1.49

Rajabi, E., Nokani, M., Jamilian, H. R., & Alavizadeh, M. R. (2025). Structural equation modeling of emotion regulation based on perceived parenting with the mediating role of memory in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Childhood Health and Education, 6*(2). [Persian]. Link

Sadeghi, E. T. (2024). The effectiveness of dialectical behavior therapy on academic emotion components and self-control of attention/ hyperactivity disorder. *Research in School and Virtual Learning, 11*(3), 85-85. [Persian]. 10.30473/etl.2024.69841.4120

Shah, R., Sharma, A., Grover, S., Sachdeva, D., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2021). Development and effectiveness of parent skills training intervention for Indian families having children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Asian Journal of Psychiatry*, *64*, 102762. 10.1016/j.ajp.2021.102762

Seifi, A., Aghajani, A., Jafarian, & Yasar, H. (2024). The effectiveness of teaching methods to change and modify behavior to mothers On the level of aggression in hyperactive children, with the moderating role of mothers' anxiety. *Early Childhood Health And Education, 5*(3), 9. [Persian]. 10.32592/jeche.5.3.104

Siraei, F., & Bigdeli, H. (2023). Evaluating the effectiveness of dialectical behavior and motor perception training on the symptoms of attention deficit, cognitive avoidance and working memory of female students with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling, 5*(4), 60-70. 10.61838/kman.jarac.5.4.8

Sohrabi, N., Beh Pajoh, A., & Ghbari Bonab, B. (2019). Psychometric adequacy of the Jordan attention deficit disorder index scale. *Psychological Methods and Models, 1*(1), 63-80. [Persian]. Link

Salbach-Andrae, H., Bohnekamp, I., Pfeiffer, E., & Lehmkuhl, U. (2008). Dialectical behavior

[Downloaded from jeche.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/jeche.6.2.221]

therapy of anorexia and bulimia nervosa among adolescents: a case series. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*(4),415-425. 10.1016/j.cbpra.2008.04.001

Taghizade, S., Mahmoodi, Z., Zandifar, A., Qorbani, M., Mohamadi, F., & Mehrafzoun, N. (2022). The relationship model among parent–child relationship, coping responses and behavioral problems in children with attention deficit hyperactivity disorder. *BMC Psychiatry, 22*(1), 596. 10.1186/s12888-022-04224-3

Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R., & Stergiakouli, E. (2012). What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Archives of Disease in Childhood, 97*(3), 260-265. 10.1136/archdischild-2011-300482

Vacher, C., Goujon, A., Romo, L., & Purper-Ouakil, D. (2020). Efficacy of psychosocial interventions for children with ADHD and emotion dysregulation: a systematic review. Psychiatry Research, *291*:113151. 10.1016/j.psychres.2020.113151

Westby, C., & Watson, S. M. (2021). ADHD and communication disorders. In J. S. Damico, N. Müller, & M. J. Ball. *The handbook of language and speech disorders* (pp. 529-70), Hoboken, New Jersey: Wiley-Blackwell. 10.1002/9781119606987.ch23

Wong, S. Y., Chan, S. K., Yip, B. H., Wang, W., Lo, H.H., Zhang, D., et al. (2024). The effects of mindfulness for youth (my mind) versus group cognitive behavioral therapy in improving attention and reducing behavioral problems among children with attention-deficit hyperactivity disorder and their parents: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 92*(6), 379-90. 10.1159/000534962

Zalewski, M., Maliken, A. C., Lengua, L. J., Martin, C. G., Roos, L. E., & Everett, Y. (2023). Integrating dialectical behavior therapy with child and parent training interventions: A narrative and theoretical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 30*(4), 365-376. 10.1111/cpsp.12363

[Downloaded from jeche.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/jeche.6.2.221]