Journal of Research in Psychological Health

2022, Volume , Issue

Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy on Reducing Verbal and Non-verbal Violence of Mothers and Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Preschool Children

Hannaneh Panahipour [1*], Nahid Hoseininezhad [2], Mahsima Pourshahriari [3]

1. (Corresponding Author): PhD Student, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran. h.panahipour@alzahra.ac.ir

2. PhD Student, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.
3. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

Citation: Panahipour H, Hoseininezhad N, Pourshahriari M. Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy on Reducing Verbal and Non-verbal Violence of Mothers and Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Preschool Children. Journal of Research in Psychological Health. 2022; 16 (١), 1-١٤. [Persian].

Key words:
ADHD, verbal and non-verbal Violence, children, mothers, attention deficit hyperactivity disorder

Highlights

- Parent-Child InteractionTherapy (PCIT) has a significant effect on reducing mothers' verbal and non-verbal violence and children's symptoms of ADHD.

Abstract

One of the most common childhood disorders is attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and its interaction with parental behaviors. This study aimed to determine the effectiveness of parent-child interaction therapy (PCIT) on reducing verbal and non-verbal violence of mothers and symptoms of ADHD in preschool children. The method of the study was a quasi-experimental pretest-posttest with a control group. The statistical population included preschool children with ADHD symptoms and their mothers in Tehran. Twenty of these children and their mothers were selected using convenience sampling method and were matched and randomly assigned in experimental (n = 10) and control (n = 10) groups. The experimental group participated in 8 sessions of 90 minutes in PCIT sessions. The instruments included the Connors' Parent Rating Scale and the Parent Behavior Screening. Data analysis using MANCOVA in SPSS version 22 showed that the scores of verbal and non-verbal violence of mothers, also the symptoms of ADHD decreased in the post-test compared to the pre-test (p <0.001) and treatment has a significant effect on reducing mothers' verbal and non-verbal violence and symptoms of ADHD. It can be concluded PCIT could decrease the severity of ADHD symptoms in children and mothers' verbal and non-verbal violence.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد – کودک بر کاهش خشونت کلامی و غیر کلامی مادران و علائم نقص توجه و بیش‌فعالی در کودکان پیش‌دبستانی

حنانه پناهی‌پور[۱*]، ناهید حسینی‌نژاد[۲]، مه‌سیما پورشهریاری[۳]

۱*. (نویسنده مسئول) دانشجوی دکترای تخصصی، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.
h.panahipour@alzahra.ac.ir

۲. دانشجوی دکترای تخصصی، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

۳. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

تاریخ دریافت
۱۳۹۹/۰۷/۱۹

تاریخ پذیرش
۱۴۰۱/۰۴/۲۹

واژگان کلیدی
ADHD، خشونت کلامی و غیر کلامی، کودکان، مادران، اختلال نقص توجه و بیش فعالی

یافته‌های اصلی

- درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک (PCIT) تاثیر معناداری در کاهش خشونت کلامی و غیرکلامی مادران و علائم ADHD کودکان دارد.

چکیده

یکی از اختلالات شایع در دوران کودکی، نقص توجه و بیش فعالی و تاثیرات متقابل آن با رفتارهای والدین است. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک بر کاهش خشونت کلامی و غیر کلامی مادران و علائم نقص توجه و بیش فعالی در کودکان پیش‌دبستانی انجام شد. روش پژوهش حاضر، شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کودکان پیش‌دبستانی با علائم نقص توجه و بیش فعالی و مادران آنها در شهر تهران در سال ۹۸ بود. تعداد ۲۰ نفر از این کودکان و مادران با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) همتاسازی و به صورتی تصادفی جایگذاری شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در جلسات درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک شرکت کردند. ابزار پژوهش شامل مقیاس کانرز والدین و پرسشنامه غربال رفتارهای والد بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل MANCOVA در نسخه SPSS ۲۲ نشان داد که نمرات خشونت کلامی و غیر کلامی مادران و نیز علائم نقص توجه و بیش فعالی کودکان در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافت (p <۰/۰۰۱) درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک اثر معناداری بر کاهش خشونت کلامی و غیر کلامی مادران و علائم نقص توجه و بیش فعالی داشت و می توان نتیجه گرفت که این درمان می تواند شدت علائم نقص توجه و بیش فعالی کودکان و خشونت کلامی و غیر کلامی مادران این کودکان را کاهش دهد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

مقدمه

نقص توجه و بیش فعالی[1]یک اختلال بسیار شایع در دوران کودکی است که در سنین پیش‌دبستانی مشاهده می‌شود و علائم آن از این دوران تا سنین مدرسه به میزان بالایی تداوم پیدا می‌کند که اغلب با اختلالات طولانی مدت در عملکرد اجتماعی، هیجانی و شناختی همراه است (۱،۲). برآوردهای اخیر حاکی از آن است که ۶/۴ میلیون نفر در گروه سنی ۱۷-۴ سال مبتلا به ADHD هستند (۳). نرخ شیوع این اختلال در ایران حدود ۸/۷۲٪ برآورد شده است (۴).

تبسام و گرینگر (۵) به طور گسترده‌ای اختلال عملکرد هیجانی را در کودکان دارای ADHD توصیف کرده‌اند که با تغییرات هیجانی ناگهانی، ملالت، تحریک‌پذیری، تحمل کم در برابر ناکامی، واکنش بیش از حد هیجانی، و نقص در شناخت هیجانات مشخص می‌شود و تأثیر همزمان قضاوت انتقادی خانواده‌ها، معلمان و همسالان به راحتی منجر به کاهش عزت نفس، احساس طرد اجتماعی و تنهایی می‌شود که به نوبه خود می‌تواند باعث ایجاد آسیب شناسی‌های روانی بیشتری مانند اختلالات خلقی شود (۶). اثرات این اختلال صرفا به کودکی که رنج می‌برد محدود نمی‌شود، بلکه بر خانواده، مدرسه و سایر محیط های مستقیم اجتماعی او نیز تأثیر می‌گذارد، زیرا داشتن یک کودک مبتلا ADHD، استرس خانواده، پریشانی هیجانی، خستگی و مشکلات را افزایش می‌دهد و در عین حال کارآیی آنها را کاهش می‌دهد (۷). همچنین ویژگی‌های اصلی اختلال ADHD عدم توجه، حواس پرتی، بیش فعالی و تکانشگری در انجام فعالیت‌ها به ویژه در کلاس درس است (۸). لذا پیشرفت تحصیلی کودکان، بهزیستی و تعاملات اجتماعی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹). بارکلی (۱۰) چنین بیان می‌کند که آسیب‌های زیادی در عملکردهای اجرایی[2]اکثر این کودکان دیده می‌شود که شامل توانایی انعطاف شناختی[3]، بازداری[4]، خود-کنترلی[5]، خود-تنظیمی[6]، حافظه کاری[7]، حل مسئله[8]، استدلال[9]و برنامه‌ریزی[10]است که عملکردهای اجرایی در آمادگی برای مدرسه بسیار مهم هستند. علاوه بر این نتایج مطالعه‌ای که در آن ضریب هوشی، جنسیت، طبقه اجتماعی و عوامل دیگر کنترل شده بود نشان داده است که کودکانی که در سنین ۳ تا ۱۱ سالگی خود-کنترلی ضعیف‌تری دارند، در مقایسه با کودکانی که خود-کنترلی بهتری داشتند، ۳۰ سال بعد، سلامت و درآمد کمتری داشتند و مرتکب جنایات بیشتری شده بودند (۱۱). مطالعات دیگر نیز با حمایت از این شواهد بیانگر آن هستند که اگرچه این اختلال از کودکی شروع می‌شود، ولی تخمین زده می‌شود که در ۵۰٪ تا ۸۰٪ موارد تا بزرگسالی ادامه دارد (۱۲) و مشکلات بیشتری را در بزرگسالی از جمله مشکلات در روابط، استفاده از مواد مخدر و عادت‌های نادرست از قبیل رانندگی ناایمن را به همراه دارد (۱۳) و غالباً نیز با مشکلات رفتاری، هیجانی و رشدی همراه است. حضور ADHD احتمال اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای را تا ۱۰/۷ برابر در مطالعات جمعیت عمومی افزایش می‌دهد (۱۴).

علت اختلال ADHD اگرچه هنوز به طور کامل شناخته نشده است، اما احتمالاً عوامل متعددی در بروز آن دخیل هستند که شامل عوامل بیولوژیک از جمله وزن کم هنگام تولد، مصرف سیگار، قرار گرفتن در معرض مواد مخدر و الکل در دوران بارداری (۱۵) و عوامل میانجی محیطی مانند اختلالات روانپزشکی مادر، اختلال در عملکرد خانواده و وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین است (۱۶). نقش وراثت (۱۷) نیز نشان داده است که ابتلا یکی از بستگان درجه اول به این اختلال احتمال ابتلا کودک را ۴ برابر بیشتر می‌کند (۱۸). علاوه بر این، همراهی عوامل زمینه ساز این اختلال با فرزندپروری مستبدانه و ناکارآمد باعث گسترش علائم می‌شود (۱۹). در واقع از آنجایی که والدین و فرزندان به طور مداوم بر رفتار یکدیگر تأثیر می‌گذارند غالباً بین والدین و فرزندان مبتلا به اختلال ADHD، تعامل‌های منفی مکرر در جریان است که این

[1] Attention-Deficit Hyperactivity Disorders
[2] executive functions
[3] cognitive flexibility
[4] inhibition
[5] self-control
[6] self-regulation
[7] Working memory
[8] problem-solving
[9] reasoning
[10] planning

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

امر منجر به پریشانی بسیار زیاد والدین (یا مراقبین) گردیده و برقراری رابطه خشن بین والدین و فرزند را به دنبال دارد (۲۰،۲۱) به عنوان مثال، علائم مقطعی، مانند بی‌توجهی و بی‌نظمی هیجانی، ممکن است توانایی والدین را برای انجام مداوم مهارت‌های توجه متمایز (مانند توجه به رفتارهای مثبت و نادیده گرفتن فعالانه رفتار نادرست جزئی)، حفظ مشارکت مثبت، و محدود کردن خصومت یا انضباط واکنشی مختل کند (۲۲). همچنین والدین این کودکان نسبت به کودکان بدون تشخیص بالینی، استرس بیشتری را در فرزندپروری تجربه می کنند (۲۳) چرا که این کودکان بسیار پر حرف، منفی گرا و بی اعتنا هستند و مشارکت و همکاری کمتری دارند و ممکن است از اجرای قواعد و قوانین سرباز زنند، رفتار های بیرونی همچون پرخاشگری و قانون شکنی از خود نشان دهند، در انجام کارهای محوله اهمالکار هستند و همچنین در اجرای فعالیت‌های خواسته شده و نظم در امور زندگی روزمره نیز با مشکل مواجه می‌شوند (۲،۲۴) تاثیر این مشکلات بر روابط والدین و فرزند (۲۵) منجر به افزایش استرس والدین می‌گردد (۲۶) که به نوبه خود، خطر فرزندپروری خشن را در والدین افزایش می‌دهد (۲۷).

عدم کنترل استرس و تنظیم هیجانات از سوی والدین پیش‌بینی‌کننده اصلی رفتارهای هیجانی و اجتماعی کودک است به گونه‌ای که تنظیم رفتارهای کلامی و غیر کلامی والدین، مهارکننده مشکلات خلقی و رفتاری فرزندان است (۲۸). از طرفی رفتارهای پرخاشگرانه و تکانشگری کودک بزرگترین پیش‌بینی‌کننده استرس والدین است (۲۹) و این موضوع نشان می‌دهد که مشکلات رفتاری در کودکان خردسال، شاخصی از مشکلات احتمالی والدین و سطح بالای استرس خانواده است (۳۰) و این رابطه دو طرفه حاکی از آن است که خصومت و طرد والدین زمینه ظهور سازگاری هیجانی و رفتاری ضعیف در کودکان می‌شود (۳۱،۳۲) به گونه‌ای که خصومت والدین پیش‌بینی‌کننده مشکلات رفتاری در دوران مدرسه است و سطح قابل توجهی از علائم مشکلات و اختلالات رفتاری را به همراه دارد (۳۱). خشونت و بدرفتاری جسمی، هیجانی و جنسی پیامدهای منفی قابل توجهی در رشد کودکان دارد (۳۳). عوامل خطر بدرفتاری با کودک شامل الگوهای منفی و قهرآمیز تعامل والد-فرزند (۳۴) و عدم آگاهی والدین یا استفاده نادرست شیوه‌های انضباطی (۳۵) است. والدین بدرفتار در تعامل با فرزندان خود حساسیت کمتری دارند (۳۶)، تعاملات مثبت کمتری بین والدین و فرزندان در جریان است (۳۷) و از شیوه های ارتباطی تهاجمی‌تر نسبت به دیگر والدین استفاده می‌کنند (۲۹). کودکانی که مورد خشونت کلامی و غیر کلامی والدین قرار می‌گیرند در مقابل کودکانی که مورد بدرفتاری قرار نمی‌گیرند، مشکلات هیجانی و اختلالات رفتاری بیشتری را از خود نشان می‌دهند (۳۸) چرا که کودکان تنظیمات هیجانی و خلقی را با مشاهده و تقلید از بیان هیجانی والدین یاد می‌گیرند و ظرفیت‌های تنظیم هیجان را از طریق مکانیسم‌های الگوسازی، مشاهده و درونی‌سازی می‌کنند (۳۹) .

برای شروع بهبود و کاهش خشونت‌های والدین نسبت به فرزندان، از آن جایی که تعامل والدین و فرزندان تاثیر دو سویه دارد انجام درمان‌های هدفمند به منظور تاثیر دوجانبه بر والدین و فرزندان ضروری است (۳۲). با آموزش والدین می‌توان عملکرد بدرفتاری آنان و روش‌های فرزندپروری منفی را کاهش و تعداد تعاملات مثبت را افزایش داد (۲۵،۴۰). علاوه بر این، آموزش والدین در کاهش مشکلات رفتاری در طولانی مدت (۴۱) و کاهش استرس و افزایش شایستگی والدین و کاهش علائم ADHD در کودکان پیش دبستانی موثر است (۴۲). مطالعه ایوانز و همکاران (۴۳) نیز در بررسی ۲۸ پژوهش نشان می‌دهد که آموزش والدین منجر به کاهش خصومت کلامی و غیر کلامی والدین، بهبود تعامل متقابل والدین و فرزند در خانواده‌های دارای فرزندان بیش‌فعال گردیده است. بیشتر برنامه‌های آموزش رفتاری والدین با آموزش مهارت‌های مشارکت مثبت به والدین برای بهبود روابط والد-کودک و ایجاد جو مثبت خانواده، و همچنین پیامدهای مثبت احتمالی (مانند تحسین، پاداش، توکن‌های اقتصادی/ سیستم‌های امتیازی) برای تشویق رفتار مناسب کودک آغاز می‌شوند. در ابتدا راهبردهای مثبت آموزش داده می‌شود زیرا این راهبردها می‌توانند چرخه قهرآمیزی را که اغلب در خانواده‌های این کودکان وجود دارد، قطع کنند (۴۴،۴۵). از بین رویکردهای مختلف رفتاری که به آموزش والدین می‌پردازد در درمان

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

مبتنی بر تعامل والد-کودک[1]هم والدین و هم کودک با هم در درمان شرکت می‌کنند. PCIT مبتنی بر سه نظریه است؛ نظریه دلبستگی که تمرکز آن بر ایجاد روابط والدین و فرزند از طریق شیوه‌های مثبت از جمله گذراندن وقت با فرزند است، نظریه یادگیری اجتماعی که شامل الگوسازی رفتارهای اجتماعی از سوی والدین برای فرزند خود است مثلاً بازی به آرامی با اسباب‌بازی‌ها و افراد دیگر و شرطی‌سازی عامل که شامل تقویت رفتار مطلوب به جای مجازات رفتار نامطلوب است (۴۶). این درمان به والدین امکان می‌دهد تا به سرعت برخی از مهارت‌های آموخته‌شده را استفاده کنند. این مداخله در ابتدا برای درمان اختلالات رفتاری در کودکان بین ۲ تا ۷ سال ایجاد شده است و به نظر می‌رسد مداخله‌ای مؤثر برای بسیاری از مسائل رفتاری و هیجانی است (۴۷).

مؤلفه اصلی PCIT مربیگری والدین در طول تعامل با فرزندشان است، بنابراین به والدین این امکان را می‌دهد که راهکارهای مناسب را تمرین کنند و فوراً بازخورد خود را از عملکردشان دریافت کنند (۴۸) پرورش روابط مؤثر والدین و فرزند می‌تواند به طور بالقوه سلامت روان کودکان را بهبود بخشد. بنابراین، مداخلات طراحی شده برای تقویت روابط والدین و فرزند و روابط مثبت والدین، می‌تواند در رشد مهارت‌های اجتماعی و عاطفی کودکان در طی زمان کمک‌کننده باشد (۴۹) و میزان اختلالات روانی، رفتاری و رشدی در دوران کودکی را کاهش دهد (۵۰). PCIT رفتارهای مختل‌کننده کودکان را با راهنمایی والدین و مراقبان برای استفاده از مهارت‌های بازی درمانی و راهبردهای نظم و انضباط با فرزندان‌شان در دو مرحله (تعامل با هدایت کودک[2]، CDI؛ تعامل با هدایت والدین[3]، PDI) درمان می‌کند. یورکویزا و تیمر (۵۱) سه هدف اصلی PCIT را کاهش مشکلات رفتاری کودک، بهبود مهارت‌های فرزندپروری و افزایش کیفیت روابط والد-فرزند می‌دانند. این درمان که از چارچوب یادگیری اجتماعی استفاده می‌کند برای ویژگی‌های ناسازگار و پرخاشگری والدین با کودک نیز موثر می‌باشد و باعث بهبود رفتارهای مخرب، کاهش مشکلات رفتاری کودک (هم در کوتاه مدت و هم در بلند مدت) و سطح استرس و بدرفتاری مادران و بهبود حساسیت آنها، کاهش مشکلات توجه کودک، افزایش شیوه‌ها و مهارت‌های مثبت فرزندپروری والدین، کاهش استرس والدین و خشونت‌های کلامی و غیر کلامی آنان می‌شود (۱،۳۲،۵۲–۵۶). پژوهش‌های جدید نیز نشان می‌دهد که مداخلات متمرکز بر بهبود رابطه بین والدین و کودک مانند درمان PCIT ممکن است تا حدودی علائم ADHD را بهبود بخشد (۵۷،۵۸).

علیرغم اهمیت این نوع مداخله در بهبود شیوه‌های فرزندپروری و کاهش اختلالات رفتاری کودکان به طور همزمان، در کشور ما تحقیقات بسیار اندکی در مورد اثربخشی آن صورت گرفته است. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی PCIT بر کودکان مبتلا به ADHD و خشونت کلامی و غیر کلامی مادران است.

روش

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه پژوهش کودکان پیش‌دبستانی دارای نشانه‌های ADHD و مادران آنها در شهر تهران در سال ۹۸ بودند که از میان خانواده‌های تحت سرپرستی دو خیریه به شیوه در دسترس انتخاب شدند. ۲۳ نفر از کودکانی که قبلا توسط روانشناس خیریه‌ها غربال و تشخیص نشانه‌های ADHD گرفته بودند برای مطالعه معرفی شدند. برای غربال اختلالات مادران آزمون GHQ گرفته شد و یک نفر از مادران به دلیل علائم افسردگی و ۲ نفر دیگر به دلیل عدم تمایل به شرکت در جلسات آموزشی کنار گذاشته شدند. بنابراین تعداد کودکان و مادران به ۲۰ نفر کاهش یافت. از ۲۰ نفر اعضای نمونه، ۱۰ نفر در گروه آزمایشی و ۱۰ نفر در گروه کنترل به صورت تصادفی جایگذاری شدند. در گروه آزمایش ۴ نفر دختر، ۶ نفر پسر و در گروه کنترل ۳ نفر دختر و ۷ نفر پسر بودند که میانگین سنی کودکان در گروه آزمایش ۴/۶ و در گروه کنترل ۴/۳ سال بود. میانگین سنی مادران در گروه آزمایش ۲۹/۳ و در گروه کنترل ۲۸/۷ سال بود که همگی دیپلم بودند و هیچ کدام از مادران شاغل نبودند. معیارهای ورود شامل موارد زیر بود: کودکان دارای نشانه‌های ADHD بوده و دارای ناتوانی

[1] Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)
[2] Child Directed Interaction
[3] Parent directed Interaction

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

ذهنی نباشند، کودکان و مادران آنها همزمان از خدمات روانشناختی دیگری استفاده نکنند، مادران کودکان دارای اختلالات روانشناختی نباشند. معیارهای خروج نیز شامل موارد زیر بود: بیش از ۲ جلسه غیبت داشته باشند، تمایل به انصراف از شرکت در جلسات داشته باشند.

ابزارهای پژوهش:

مقیاس اندازه‌گیری کانرز والدین[1](۵۹): که دارای ۴۸ سوال است و وضعیت رفتاری کودکان و نوجوانان ۳ تا ۱۷ ساله را از نظر شدت علائم اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی بررسی می‌کند. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۴ نقطه‌ای نمره‌گذاری می‌شود که دامنه نمرات از صفر (هرگز) تا ۳ (تقریبا همیشه) متغیر بوده و کانرز و همکاران (۶۰) ضریب پایایی درونی آن ۰/۹ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه غربال رفتارهای والد[2](۶۱): دارای ۳۲ گویه و ۳ خرده مقیاس انتظارات (۱۲ آیتم)، میزان خشونت کلامی و غیرکلامی (۱۰آیتم) و رفتارهای پرورشی (۱۰آیتم) مادر است. و با مقیاس لیکرتی ۴ نقطه‌ای (همیشه، اغلب، گاهی اوقات و هرگز) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه از ۰/۸۳ تا ۰/۹۷ گزارش شده است.

مادران گروه آزمایش در ۸ هفته در جلسات هفتگی ۱/۵ ساعته تحت آموزش قرار گرفتند. PCIT دارای ۲ مرحله تعامل کودک محور و والد محور است که در مرحله اول، مادران به صورت گروهی مهارت‌های انجام دادنی نظیر بازی‌درمانی را برای ارتقا روابط والد-کودک می‌آموزند و در مرحله والد محور، مادران مهارت‌هایی را برای افزایش فرمان‌پذیری و کاهش رفتارهای چالش برانگیز یاد می‌گیرند. این مهارت‌ها شامل خوب دستور دادن، فرمان‌پذیری و تحسین و تشویق و محروم‌سازی و قوانین خانگی است. جدول ۱ محتوای جلسات درمانی را نشان می‌دهد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها، بعد از اطمینان از رعایت مفروضه‌ها با کاربرد روش آماری MANCOVA با استفاده از نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد میانگین سنی کودکان در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۴/۶ با انحراف استاندارد ۰/۱۶ و ۴/۳ با انحراف استاندارد ۰/۱۵ و میانگین سنی مادران در گروه آزمایش ۲۹/۳ با انحراف استاندارد ۱/۲۷ و در گروه کنترل ۲۸/۷ با انحراف استاندارد ۱/۰۰ بود. در گروه آزمایش دختران ۴۰٪ و پسران ۶۰٪ شرکت کنندگان را تشکیل می دادند و در گروه کنترل ۳۰٪ دختران و ۷۰٪ پسران بودند. اطلاعات توصیفی شدت علائم نقص توجه و بیش‌فعالی کودکان و میزان خشونت کلامی و غیرکلامی مادران در جدول ۲ آمده است.

برای بررسی نرمالیتی از آزمون شاپیرو- ویلک استفاده شد و نتایج نشان‌دهنده توزیع نرمال در تمامی متغیرها و گروه‌های پژوهشی بود ($p>۰/۰۵$). بررسی همبستگی بین متغیرهای هم‌تغییر و متغیرهای وابسته (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) نشان داد که همبستگی معناداری $۰/۳<r<۰/۹$ برقرار است ($p<۰/۰۵$). استقلال متغیرهای هم‌تغییر (پیش‌آزمون ها) نیز بررسی شد که نتایج برای شدت علائم نقص توجه و بیش‌فعالی ($F=۰/۱۳۹$، $p=۰/۷۱$) و خشونت کلامی و غیر کلامی ($F=/۰۸۲$، $p=۰/۷۷$) نشان داد تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود ندارد. مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز نشان‌دهنده این بود که تعامل معناداری بین متغیر هم‌تغییر (پیش‌آزمون) و متغیر آزمایش وجود ندارد و شیب رگرسیون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل یکسان است ($p>۰/۰۵$). بررسی واریانس‌های بین گروهی از طریق آزمون لون نشان داد که واریانس‌های بین گروهی یکسان است ($p>۰/۰۵$) و همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس ($sig=۰/۷۹۴$، $F=۰/۳۴۳$، $BOX'M=۱/۱۷۲$) نیز بیانگر این بود که همبستگی بین متغیرهای وابسته بین گروه‌ها به طور معناداری متفاوت نیستند.

بررسی مفروضه‌ها نشان داد که می‌توان از تحلیل MANCOVA برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد. در جدول

[1] Conner Parent Rating Scale
[2] Parent Behavior Checklist (PBC)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

۳ آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری گزارش شده است.

نتایج مشاهده شده در جدول ۳ نشان می دهد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، اثر معناداری برای درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک به عنوان متغیر مستقل وجود دارد ($V=۰/۹۶۹$، $F_{(۲و۱۵)}=۲۳۰/۸۲$، $p<۰۰۱$).

نتایج تک‌متغیری پس از حذف اثر پیش‌آزمون ارائه شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری در متغیرهای شدت علائم نقص توجه و بیش‌فعالی و خشونت کلامی و غیر کلامی مادران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل وجود دارد. همچنین مقایسه میانگین‌های متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو متغیر علائم نقص توجه و بیش‌فعالی و خشونت کلامی و غیر کلامی مادران نشان می‌دهد که شدت علائم در کودکان و نیز خشونت کلامی و غیر کلامی مادران کاهش یافته است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک در کاهش خشونت کلامی و غیر کلامی مادران و علائم مشکلات نقص توجه و بیش‌فعالی انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده کاهش قابل توجه خشونت کلامی و غیر کلامی مادران و علائم مشکلات کمبود توجه و بیش‌فعالی است که با یافته های پژوهش‌های تیمر و همکاران (۶۲)، توماس و زیمرگمبک (۳۲)، روثنبرگ و همکاران (۶۳)، چافین و همکاران (۶۴)، توماس و زیمر-گمبک (۶۵)، یورکویزا و تیمر (۵۱) در کاهش خشونت کلامی و غیر کلامی مادران همسو است. به‌علاوه با یافته‌های مطالعات آرمسترانگ و همکاران (۶۶)، باد و همکاران (۶۷)، کرونیس و همکاران (۶۸)، آیبرگ و همکاران (۶۹)، ماتوس و همکاران (۷۰)، وتر (۱)، میکئیلی منیع (۷۱)، هوسوگان و همکاران (۹)، لانگ و همکاران (۷۲) در خصوص تاثیر PCIT در کاهش علائم مشکلات ADHD هم راستاست به گونه ای که درمان یاد شده موجب کاهش رفتارهای مخرب کودک، مشکلات توجه، استرس والدین و شیوه‌های منفی تعامل والدین و افزایش شیوه‌های مثبت فرزند پروری گردیده است.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت کودکانی که مشکلات رفتاری دارند از طریق بدرفتاری‌های والدین‌شان، توجه مورد نیاز خود را به دست می‌آورند و مراقبان را ملزم به تقویت یا اجبار می‌کنند (۷۳) و این رفتارهای هر یک بر واکنش‌های ناسازگارانه دیگری تاثیر گذاشته و باعث تداوم چرخه مداوم خصومت و قهرآمیزی می‌شود، بنابراین برای شکستن این چرخه، درمان‌های مؤثر برای این خانواده‌ها باید هم والدین و هم کودک را درگیر خود کند. آموزش والدین تأثیرات ماندگاری بر نگرش‌ها، اعمال و تعامل والدین و فرزند دارد (۷۴). مطالعه تیمر و همکاران (۶۲) نشان داده است PCIT درمان مؤثری در تغییر باورهای والدین است و با تغییر نگرش، افزایش مهارت‌ها و تقویت تعامل کودک و والدین موجب کاهش استرس مراقبان و پتانسیل کودک آزاری می‌گردد (۶۵،۷۵). لذا به نظر می‌رسد ارتقاء (یعنی تدریس، مربیگری) تأثیر مثبت استراتژی نظم و انضباط را تقویت می‌کند و تاثیر منفی و کنترل اجباری را کاهش می‌دهد و احتمالا منجر به تغییر باور والدین در خصوص روش‌های سختگیرانه با فرزندشان می‌شود. از سوی دیگر استفاده از اصول دلبستگی و یادگیری اجتماعی (۷۶) در این درمان به مراقبان کمک می‌کند تا نگرش خود را نسبت به فرزندپروری اصلاح کنند و مهارت‌های مدیریت رفتار را به کار گیرند که تعامل پدر و مادر و کودک را تغییر داده و رفتارهای کودک را شکل می‌دهد. همچنین بر اساس نظر همبری کیگن و مک نیل (۷۷) تغییرات مثبت در رفتار والدین از طریق تقویت روابط والدین و فرزند و در نتیجه احساس امنیت در کودک باعث می‌شود تا والدین خود را ملزم نمایند تا به نیازهای روانی فرزند خود با روشی قابل پیش‌بینی، سازگار و حساس پاسخ دهند. PCIT بر این فرض استوار است که می توان به والدین از طریق تکنیک‌های چگونگی تعامل با فرزند آموزش داد تا ساختار و پیش‌بینی را فراهم نمایند این تکنیک‌ها به والدین امکان می‌دهد محدودیت‌ها، انتظارات، دستورات و ارزیابی انتقادی از فرزندشان را کاهش دهند که در پی آن احتمالا خشونت والدین با فرزند کاهش می‌یابد.

از سویی، ارزیابی مجدد شناختی یکی از استراتژی‌های مهم تنظیم احساسات است که اغلب در برنامه‌های درمانی برای بهبود سلامت روان بزرگسالان گنجانده شده است

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

(۷۸). PCIT را می توان به عنوان برنامه‌ای توصیف کرد که به والدین کمک می‌کند تا با استفاده از تأمل و تمجید از فرزندان خود، از تعامل مثبت استفاده کنند، انتظارات سازگارتر و واقع‌بینانه‌تری از فرزندان داشته باشند و خصومت و اجبار و هرج و مرج را به حداقل برسانند (۵۵،۷۹). به علاوه این درمان با تنظیم هیجانات (توانایی استفاده از منابع داخلی و خارجی برای نظارت، حفظ و تعدیل وقوع، مدت و شدت پاسخ‌های هیجانی) و تغییر باورها و عملکرد والدین (۲۸) به آنان کمک می‌کند تا کنترل شخصی بیشتری نسبت به اعمال خود و توجه بیشتری به حالات روانی فرزند خود داشته باشند. ظرفیت والدین برای تنظیم هیجانات که به واسطه توانایی آنها در کنار آمدن تطبیقی با پریشانی خود و همچنین توانایی آنها در درک رفتار فرزندان‌شان در رابطه با حالات ذهنی و مقاصد به نمایش گذاشته می‌شود، مستقیماً با نمایش علائم کودکان مرتبط است. لازم به ذکر است که بین بهبود تنظیم هیجانات والدین و کنترل بر رفتارهای خشونت آمیز کلامی و غیر کلامی و گزارش‌های والدین در مورد بهبود رفتارهای بیرونی کودکان ارتباط وجود دارد (۶۳) به عبارت دیگر بهبود شیوه‌های فرزندپروری در بهبود رفتار و علائم مخرب کودکان نقش دارد و کاهش در شیوه‌های تعامل منفی والدین، از جمله کاهش عدم پذیرش، اجبار و هرج و مرج در خانه با کاهش در رفتارهای بیرونی کودکان پس از درمان مبتنی بر تعامل والد- کودک نسبت به قبل از درمان مرتبط است، بنابراین با توجه به اینکه در مرحله دوم درمان (تعامل والد محور (PDI)) از تکنیک‌های آموزشی برای کمک به والدین در ایجاد نظم و انضباط و مهارت‌های مدیریت رفتار مؤثر استفاده می‌شود این مرحله با تکیه بر تسلط بر مهارت‌های آموخته شده در مرحله تعامل کودک محور (CDI)، احتمالا فرآیندهای اجباری را به منظور از بین بردن موقعیت‌های مداوم برای رفتار کودک به حداقل می رساند و با افزایش تعامل مثبت مادر با فرزند و مهارت‌های فرزندپروری موجب کاهش علائم ADHD می شود.

مطلب دیگری که باید به آن توجه نمود نیاز به مقدار بهینه‌ای از انگیختگی برای حفظ تمرکز و کاهش در تنوع پاسخ است و بر اساس نظریه تحریک بهینه[1](OST)، مغز برای حفظ عملکرد خود به تحریک نیاز دارد و فعالیت، ابزار اصلی برای خود-تنظیمی تحریک است و افراد یاد می‌گیرند که از طریق تغییر در توجه، تفکر/ رویاپردازی، صحبت کردن یا تغییر در موضوعات گفتگو و جستجوی محرک‌ها و تجربیات اجتماعی/ هیجانی (مانند رفتارهای پرریسک، هیجان‌انگیز، غیرقانونی یا پرخاشگرانه) انگیختگی ایجاد کنند. وقتی تحریک درونی و بیرونی کافی نباشد، افراد سعی می‌کنند با تغییر فعالیت‌ها، تمرکز توجه یا تجربیات، سطح مؤثر انگیختگی خود را تنظیم کنند بر اساس این نظریه کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی نسبت به سایر کودکان نیاز به انگیختگی (از نظر تغییر و تازگی محرک ها) بیشتری در محیط بیرونی نسبت به همسالان خود دارند و اگر در محیط خود تحریک کافی دریافت نکنند، تمایل پیدا می‌کنند راه هایی از جمله صحبت کردن، رفتار پرخاشگرانه برای انگیختگی خودشان پیدا کنند (۸۰). لذا مهارت‌های تمجید، انعکاس، تقلید، توصیف و اشتیاق PRIDE[2] که در مرحله CDI این درمان آموزش داده می‌شود به والدین کمک می‌کند تا محیطی بسیار جذاب و برانگیزاننده را برای کودک فراهم کنند، که این امر احتمالا به کودکان مبتلا به ADHD کمک می‌کند تا متمرکز شده و به وظایف توجه نمایند و رفتارهای پرخاشگرانه آنها کاهش یابد. علاوه بر این، با توجه به الگوبرداری و تقویت مهارت‌های مناسب اجتماعی کودکان از طریق بازی (۸۱) به نظر می‌رسد استفاده از این مهارت‌ها در طی بازی به کاهش علائم بیش‌فعالی کمک کند.

لذا می‌توان گفت که ترکیبی از استرس والدین در ارتباط با آسیب کودک و علائم مشکل‌ساز کودک می‌تواند توانایی والدین در حمایت، گرمی و درک را از بین ببرد. با آموزش والدین مهارت‌های بازی کودک‌محور، گرمی و وابستگی مثبت افزایش می‌یابد و بدین ترتیب رابطه والد و کودک تقویت می‌شود. کاهش مشکلات رفتاری کودک ممکن است ظرفیت والدین را افزایش دهد. برای اینکه مداخلات مبتنی بر رابطه مؤثر باشد، مراقب باید بتواند مهارت‌های آموخته شده یا ایده‌های مورد بحث در طول جلسات درمانی را مشارکت و پیاده سازی کند. با توجه به تاکید

[1] optimal stimulation theory

[2] Praise, Reflect, Imitate, Describe, Enjoy

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

درمان PCIT بر مهارت‌های مثبت در فرزندپروری و اصلاح رفتار والدین، به نظر می‌رسد که احتمالا این درمان در کاهش خشونت کلامی و غیر کلامی مادران و علائم مشکلات نقص توجه و بیش‌فعالی کودکان موثر باشد. بدین ترتیب، نتایج این پژوهش شناخت ما را از اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک بر مادران دارای رفتار خشونت کلامی و غیر کلامی و کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی گسترش می‌دهد.

منابع

1. Vetter JA. Parent-child interaction therapy for autism spectrum and attention-deficit/hyperactivity disorders: A review of the literature. Child Fam Behav Ther. 2018;40(3):204–32.

2. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. Guilford Publications; 2014.

3. Center for Deseas Control and Prevention. (2016). Percent of youth aged 4–17 with current Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder by state: National survey of children's health. [Internet]. Available from: http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html

4. Hassanzadeh S, Amraei K, Samadzadeh S. A meta-analysis of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder prevalence in Iran. Empower Except Child. 2019;10(2):165–77.

5. Tabassam W, Grainger J. Self-concept, attributional style and self-efficacy beliefs of students with learning disabilities with and without attention deficit hyperactivity disorder. Learn Disabil Q. 2002;25(2):141–51.

6. Wiel LC, Rispoli F, Peccolo G, Rosolen V, Barbi E, Skabar A. ADHD Symptoms and School Impairment History in Parents of ADHD Children are a Fundamental Diagnostic and Therapeutic Clue. 2020;

7. Ahmed MGAE, Felemban EM, El-slamoni MAEA. A comparative study: quality of life, self-competence, and self-liking among the caregivers of children with attention deficit hyperactivity disorder and other non-ADHD children. Middle East Curr Psychiatry. 2022;29(1):1–11.

8. Abikoff H, Gallagher R, Wells KC, Murray DW, Huang L, Lu F, et al. Remediating organizational functioning in children with ADHD: immediate and long-term effects from a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2013;81(1):113.

9. Hosogane N, Kodaira M, Kihara N, Saito K, Kamo T. Parent–child interaction therapy (PCIT) for young children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Japan. Ann Gen Psychiatry. 2018;17(1):1–7.

10. Barkley R. Executive functioning and self-regulation viewed as a n extended phenotype: Implications of the theory for ADHD and its treatment. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and …; 2015.

11. Moffitt TE, Arseneault L, Belsky D, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, et al. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. Proc Natl Acad Sci. 2011;108(7):2693–8.

12. Kaur S, Singh S, Arun P, Kaur D, Bajaj M. Phase space reconstruction of EEG signals for classification of ADHD and control adults. Clin EEG Neurosci. 2020;51(2):102–13.

13. He Y, Chen J, Zhu L-H, Hua L-L, Ke F-F. Maternal smoking during pregnancy and ADHD: results from a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. J Atten Disord. 2020;24(12):1637–47.

14. Bayat F, Rezaee AM, Behnam B. Comparison of the Effectiveness of Play Therapy and Storytelling on the Improvement of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Students. Qom Univ Med Sci J. 2018;12(8):59–68.

15. Biederman J, Mick E, Faraone S V. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. Am J Psychiatry. 2000;157(5):816–8.

16. Scahill L, Schwab-Stone M, Merikangas KR, Leckman JF, Zhang H, Kasl S. Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38(8):976–84.

17. Gizer IR, Ficks C, Waldman ID. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. Hum Genet. 2009;126(1):51–90.

18. Bidwell L, Willcutt EG, McQueen MB, DeFries JC, Olson RK, Smith SD, et al. A family based association study of DRD4, DAT1, and 5HTT and continuous traits of attention-deficit hyperactivity disorder. Behav Genet. 2011;41(1):165–74.

19. Kring AM, Davison GC, Neale JM, Johnson SL. Abnormal psychology. John Wiley & Sons Inc; 2007.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

20. Bayrami M, Abdollahi E, Hashemi nosrat abad T. The Effectiveness of Parent Management Training on Improvement of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children with Epilepsy: single subject study. Razi J Med Sci. 2017;24(157):90–8.

21. Perez Algorta G, Kragh CA, Arnold LE, Molina BSG, Hinshaw SP, Swanson JM, et al. Maternal ADHD symptoms, personality, and parenting stress: Differences between mothers of children with ADHD and mothers of comparison children. J Atten Disord. 2018;22(13):1266–77.

22. Chronis-Tuscano A, Clarke TL, O'Brien KA, Raggi VL, Diaz Y, Mintz AD, et al. Development and preliminary evaluation of an integrated treatment targeting parenting and depressive symptoms in mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Consult Clin Psychol. 2013;81(5):918.

23. Theule J, Wiener J, Tannock R, Jenkins JM. Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. J Emot Behav Disord. 2013;21(1):3–17.

24. Bussing R, Zima BT, Mason DM, Meyer JM, White K, Garvan CW. ADHD knowledge, perceptions, and information sources: perspectives from a community sample of adolescents and their parents. J Adolesc Heal. 2012;51(6):593–600.

25. Amiri M. Effectiveness of Parent Behavioral Training on Hyperactivity/ Impulsivity and Rule-Breaking Behaviors in Children with ADHD (Hyperactivity-Impulsivity Domain Type). J Res Psychol Heal. 2016;9(4):90–101.

26. Quittner AL, Barker DH, Cruz I, Snell C, Grimley ME, Botteri M, et al. Parenting stress among parents of deaf and hearing children: associations with language delays and behavior problems. Parent Sci Pract. 2010;10(2):136–55.

27. Williford AP, Calkins SD, Keane SP. Predicting change in parenting stress across early childhood: Child and maternal factors. J Abnorm Child Psychol. 2007;35(2):251–63.

28. Zimmer-Gembeck MJ, Kerin JL, Webb HJ, Gardner AA, Campbell SM, Swan K, et al. Improved perceptions of emotion regulation and reflective functioning in parents: two additional positive outcomes of parent-child interaction therapy. Behav Ther. 2019;50(2):340–52.

29. Sattari M, Hosseini SA, Rassafiani M, Mahmoudi Gharaei MJ, Biglarian A, Tarkesh Esfahani N. Prevalence of Comorbidity Behavioral Disorders in Children With Attention Deficit Hyperactivity. Arch Rehabil. 2017;18(1):25–32.

30. Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR, Zoccolillo M, Zelazo PD, Boivin M, et al. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. Can child Adolesc psychiatry Rev. 2005;14(1):3.

31. Crespo LM, Trentacosta CJ, Aikins D, Wargo-Aikins J. Maternal emotion regulation and children's behavior problems: The mediating role of child emotion regulation. J Child Fam Stud. 2017;26(10):2797–809.

32. Thomas R, Zimmer-Gembeck MJ. Accumulating evidence for parent–child interaction therapy in the prevention of child maltreatment. Child Dev. 2011;82(1):177–92.

33. Behroozy N, Farzadi F, Faramarzi H. Investigating the Causal Relationship of Parents' Physical and Emotional Violence with Anger Management and Aggressive Behavior of Children with Oppositional Defiant Disorder Mediated by Parent-Child Relationship and Empathy. J Child Ment Heal. 2016;3(3):43–58.

34. Buitelaar NJL, Posthumus JA, Buitelaar JK. ADHD in childhood and/or adulthood as a risk factor for domestic violence or intimate partner violence: a systematic review. J Atten Disord. 2020;24(9):1203–14.

35. Godovich SA, Adelsberg S, Roy AK. Parental Responses to Temper Outbursts in Children With ADHD: The Role of Psychological Factors. J Atten Disord. 2017;1087054717745595.

36. Lindhiem O, Bernard K, Dozier M. Maternal sensitivity: Within-person variability and the utility of multiple assessments. Child Maltreat. 2011;16(1):41–50.

37. Montejo JE, Durán M, del Mar Martínez M, Hilari A, Roncalli N, Vilaregut A, et al. Family functioning and parental bonding during childhood in adults diagnosed with ADHD. J Atten Disord. 2019;23(1):57–64.

38. Levendosky AA, Bogat GA, Bernard N, Garcia A. The effects of intimate partner violence on the early caregiving system. In: Motherhood in the Face of Trauma. Springer; 2018. p. 39–54.

39. Boyer BE, Geurts HM, Van der Oord S. Planning skills of adolescents with ADHD. J Atten Disord. 2018;22(1):46–57.

40. Rezaei Z, Behpajooh A, Ghobari-Bonab B. The Effectiveness of Nonviolent Communication Program Training on Mother-Child Interaction in Mothers of Children With Intellectual Disability. Arch Rehabil. 2019;20(1):40–51.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

41. Carlson RG, Hock R, George M, Kumpiene G, Yell M, McCartney ED, et al. Relational Factors Influencing Parents' Engagement in Special Education for High School Youth With Emotional/Behavioral Problems. Behav Disord. 2020;45(2):103–16.

42. Franke N, Keown LJ, Sanders MR. An RCT of an online parenting program for parents of preschool-aged children with ADHD symptoms. J Atten Disord. 2020;24(12):1716–26.

43. Evans SW, Owens JS, Bunford N. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Clin Child Adolesc Psychol. 2014;43(4):527–51.

44. Pfiffner LJ, Hinshaw SP, Owens E, Zalecki C, Kaiser NM, Villodas M, et al. A two-site randomized clinical trial of integrated psychosocial treatment for ADHD-inattentive type. J Consult Clin Psychol. 2014;82(6):1115.

45. Pfiffner LJ, Haack LM. Behavior management for school-aged children with ADHD. Child Adolesc Psychiatr Clin. 2014;23(4):731–46.

46. Zisser A, Eyberg SM. Parent-child interaction therapy and the treatment of disruptive behavior disorders. 2010;

47. Lieneman CC, Brabson LA, Highlander A, Wallace NM, McNeil CB. Parent–Child Interaction Therapy: Current Perspectives. Psychol Res Behav Manag. 2017;

48. Gharibi H, Sheidai A, Rostami C. The Effectiveness of Parenting Skills Training on Attachment, Perceived Stress and Quality of Life in Mothers of Preschool Children. J Heal Care. 2017;18(4):292–305.

49. Morris AS, Robinson LR, Hays-Grudo J, Claussen AH, Hartwig SA, Treat AE. Targeting parenting in early childhood: A public health approach to improve outcomes for children living in poverty. Child Dev. 2017;88(2):388–97.

50. Ciesielski HA, Loren REA, Tamm L. Behavioral parent training for ADHD reduces situational severity of child noncompliance and related parental stress. J Atten Disord. 2020;24(5):758–67.

51. Urquiza AJ, Timmer S. Parent-child interaction therapy: Enhancing parent-child relationships. Psychosoc Interv. 2012;21(2):145–56.

52. Timmer SG, Urquiza AJ, Zebell NM, McGrath JM. Parent-child interaction therapy: Application to maltreating parent-child dyads. Child Abuse Negl. 2005;29(7):825–42.

53. Thomas R, Abell B, Webb HJ, Avdagic E, Zimmer-Gembeck MJ. Parent-child interaction therapy: a meta-analysis. Pediatrics. 2017;140(3):e20170352.

54. Tarver J, Palmer M, Webb S, Scott S, Slonims V, Simonoff E, et al. Child and parent outcomes following parent interventions for child emotional and behavioral problems in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. Autism. 2019;23(7):1630–44.

55. Cooley ME, Veldorale-Griffin A, Petren RE, Mullis AK. Parent–Child Interaction Therapy: A meta-analysis of child behavior outcomes and parent stress. J Fam Soc Work. 2014;17(3):191–208.

56. Furuzawa A, Yoshinaga N, Hattori K. Parent–Child Interaction Therapy for Japanese Working Mother and Child With Behavioral Problems: A Single Case Study. Clin Case Stud. 2020;1534650120926705.

57. Spencer AE, Oblath R, Sheldrick RC, Ng LC, Silverstein M, Garg A. Social determinants of health and ADHD symptoms in preschool-age children. J Atten Disord. 2022;26(3):447–55.

58. van der Veen-Mulders L, van den Hoofdakker BJ, Nauta MH, Emmelkamp P, Hoekstra PJ. Methylphenidate has superior efficacy over parent–child interaction therapy for preschool children with disruptive behaviors. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2018;28(1):66–73.

59. Goyette CH, Conners CK, Ulrich RF. Normative data on revised Conners parent and teacher rating scales. J Abnorm Child Psychol. 1978;6(2):221–36.

60. Conners CK, Sitarenios G, Parker JDA, Epstein JN. The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. J Abnorm Child Psychol. 1998;26(4):257–68.

61. Fox RA. Parent Behavior Checklist. Clinical Psychology Publishing Company; 1994.

62. Timmer SG, Ware LM, Urquiza AJ, Zebell NM. The effectiveness of parent–child interaction therapy for victims of interparental violence. Violence Vict. 2010;25(4):486–503.

63. Rothenberg WA, Weinstein A, Dandes EA, Jent JF. Improving child emotion regulation: effects of parent–child interaction-therapy and emotion socialization strategies. J Child Fam Stud. 2019;28(3):720–31.

64. Chaffin M, Funderburk B, Bard D, Valle LA, Gurwitch R. A combined motivation and parent–child interaction therapy package reduces

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. J Consult Clin Psychol. 2011;79(1):84.

65. Thomas R, Zimmer-Gembeck MJ. Parent–Child Interaction Therapy: An evidence-based treatment for child maltreatment. Child Maltreat. 2012;17(3):253–66.

66. Armstrong K, David A, Goldberg K. Parent–child interaction therapy with deaf parents and their hearing child: A case study. Clin Case Stud. 2014;13(2):115–27.

67. Budd KS, Hella B, Bae H, Meyerson DA, Watkin SC. Delivering parent-child interaction therapy in an urban community clinic. Cogn Behav Pract. 2011;18(4):502–14.

68. Chronis-Tuscano A, Lewis-Morrarty E, Woods KE, O'Brien KA, Mazursky-Horowitz H, Thomas SR. Parent–child interaction therapy with emotion coaching for preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. Cogn Behav Pract. 2016;23(1):62–78.

69. Eyberg SM, Funderburk BW, Hembree-Kigin TL, McNeil CB, Querido JG, Hood KK. Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. Child Fam Behav Ther. 2001;23(4):1–20.

70. Matos M, Bauermeister JJ, Bernal G. Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. Fam Process. 2009;48(2):232–52.

71. Michaeli Manee F, Haggi R. The study of parent-child interaction therapy effectiveness on children with symptoms of ADHD. Pajouhandeh. 2013;18(5):213–21.

72. Leung C, Tsang S, Ng GSH, Choi SY. Efficacy of parent–child interaction therapy with Chinese ADHD children: Randomized controlled trial. Res Soc Work Pract. 2017;27(1):36–47.

73. Granic I, Patterson GR. Toward a comprehensive model of antisocial development: A dynamic systems approach. Psychol Rev. 2006;113(1):101.

74. Lundahl BW, Nimer J, Parsons B. Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs. Res Soc Work Pract. 2006;16(3):251–62.

75. Thomas R, Zimmer-Gembeck MJ. Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple P—Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. J Abnorm Child Psychol. 2007;35(3):475–95.

76. Eyberg S. Parent-child interaction therapy: Integration of traditional and behavioral concerns. Child Fam Behav Ther. 1988;10(1):33–46.

77. Hembree-Kigin, T. L., & McNeil CB. Parent—child interaction therapy. Springer Science & Business Media; 2013.

78. Goldin PR, Ziv M, Jazaieri H, Hahn K, Heimberg R, Gross JJ. Impact of cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder on the neural dynamics of cognitive reappraisal of negative self-beliefs: randomized clinical trial. JAMA psychiatry. 2013;70(10):1048–56.

79. Zimmer-Gembeck MJ, Thomas R. Parents, parenting and toddler adaptation: Evidence from a national longitudinal study of Australian children. Infant Behav Dev. 2010;33(4):518–29.

80. Zentall SS. Theory-and evidence-based strategies for children with attentional problems. Psychol Sch. 2005;42(8):821–36.

81. Wagner SM, McNeil CB. Parent-child interaction therapy for ADHD: A conceptual overview and critical literature review. Child Fam Behav Ther. 2008;30(3):231–56.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

جدول۱. جلسات درمانی

اول: تاریخچه و ارزیابی	*گردآوری اطلاعات تاریخچه‌ای و مشکل کنونی در قالب یک مصاحبه درباره کودک و آشنایی با کودک و شرایط خانواده*
دوم: آموزش مهارت‌های تعامل کودک محور و تمرین مهارت‌ها در قالب نقش‌بازی کردن	*آموزش مهارت‌های کودک‌محوری به والدین، آموزش برای نادیده گرفتن رفتارهای منفی کودک، اجتناب از سوال پرسیدن، دستور دادن، انتقاد و سرزنش. فعالیتی که در این مرحله انجام می‌شود به دنبال ارتقا کیفیت ارتباط والد -کودک است. تمرکز بر توصیفات رفتاری مادر و ارائه بازخورد و در نهایت ارائه تکلیف خانگی*
سوم: هدایتگری در قالب نقش‌بازی و تاکید بر دریافت حمایت	*ارائه توضیحاتی درباره شکل گیری بسیاری از رفتارهای نامطلوب در کودکان با الگوگیری از رفتارهای بزرگترهای خود.* *آموزش مدیریت رفتار و تاکید بر عدم استفاده از سوال* *تاکید بر دریافت حمایت از افراد در مواقع ضروری*
چهارم: هدایتگری با تأکید بر استرس با استفاده از نقش‌بازی کردن	*بحث درباره اثر استرس بر کودکان و درک هیجانی آنها* *توجه ویژه به استفاده از مهارت‌ها به صورت ترکیبی*
پنجم :آموزش مهارت‌های تعامل والدمحور	*آموزش مهارت‌های تعامل والدمحور که شامل دادن فرامین مؤثر تحسین، فرمان‌پذیری کودک و اجرای صحیح فرایند محرومیت در صورت نافرمانی کودک به مادر*
ششم :هدایتگری و تعمیم	*تعمیم دهی مهارت‌ها به محیط‌هایی غیر از محیط آموزشی* *بحث با مادران درباره تأثیر برنامه درمان بر رفتار کودک*
هفتم: هدایتگری والد و تنظیم مقررات	*درخواست از مادران برای استفاده از مهارت‌های آموزش داده شده در این جلسه برای مسائلی که فرمان‌پذیری کودک در آن موارد اهمیت دارد.*
هشتم: هدایتگری و آموزش رفتار در مکان‌های عمومی	*آموزش مدیریت رفتار در مکان‌های عمومی* *تعیین مقررات جدید در خانه با همکاری والدین در صورت تثبیت مقررات قبلی خانه*

جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیرهای علائم نقص توجه و بیش‌فعالی در کودکان و خشونت های کلامی و غیر کلامی مادران به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون

متغیر	گروه	زمان	میانگین	انحراف استاندارد	٪۹۵ فاصله اطمینان	
					حد پائین	حد بالا
علائم نقص توجه و بیش‌فعالی	آزمایش	پیش‌آزمون	۸۸/۳۰	۵/۴۰	۷۶/۰۶	۱۰۰/۵۳
		پس‌آزمون	۷۳/۳۰	۵/۴۰	۶۱/۰۶	۸۵/۵۳
	کنترل	پیش‌آزمون	۹۰/۹۰	۴/۳۹	۸۰/۹۵	۱۰۰/۸۴
		پس‌آزمون	۹۰/۴۰	۴/۰۳	۸۱/۲۸	۹۹/۵۱
خشونت کلامی و غیرکلامی مادران	آزمایش	پیش‌آزمون	۶۶/۰۰	۲/۳۴	۶۰/۶۸	۷۱/۳۱
		پس‌آزمون	۴۸/۰۰	۲/۰۶	۴۳/۳۲	۵۲/۶۷
	کنترل	پیش‌آزمون	۶۵/۰۰	۲/۵۷	۵۹/۱۶	۷۰/۸۳
		پس‌آزمون	۶۳/۷۰	۲/۵۴	۵۷/۹۴	۶۹/۴۵

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات شدت علائم نقص توجه و بیش‌فعالی و خشونت کلامی و غیرکلامی مادران

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	نسبت مجذور اتا
رد پیلایی	۰/۶۹۶	۲۳۰/۸۲	۲	۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۶۹

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری علائم نقص توجه و بیش‌فعالی در کودکان و خشونت های کلامی و غیر کلامی مادران

متغیرهای وابسته	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	نسبت مجذور اتا
علائم نقص توجه و بیش‌فعالی	گروه	۷۹۴/۵۹	۱	۷۹۴/۵۹	۷۴/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۳
	خطا	۱۷۰/۶۳	۱۶	۱۰/۶۶			
تبیه کلامی و غیر کلامی	گروه	۳۷۹۸/۴۰	۱	۳۷۹۸/۴۰	۴۶۱/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۶۶
	خطا	۱۳۱/۷۶	۱۶	۸/۲۳			

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]