

**Effect of child-parent relationship therapy on parenting stress and empowerment of parents with children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder**

Received: 2018- 05- 13

Accepted: 2018- 09- 20

<b>Arman Azizi</b>	PhD student in family counseling, University of Isfahan
<b>Maryam Fatehizade</b> <a href="mailto:m.fatehizade@edu.ui.ac.ir">m.fatehizade@edu.ui.ac.ir</a>	PhD in Family counseling, Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran ( <b>Corresponding Author</b> )
<b>Ahmad Ahmadi</b>	PhD in Family counseling, Department of Counseling, University of Isfahan
<b>Rezvan Jazayeri</b>	PhD in Family counseling, Department of Counseling, University of Isfahan

**Abstract**

Parents' violent punishment and lack of appropriate warm and emotional relationship between parent and child are a predictor of many problems for them and reduce their ability. The purpose of this study was to investigate the effect of child-parent relationship therapy on parenting stress and empowerment of families with children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. This research is a single-subject experimental design with multiple base lines. Among all families with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder children referred to counseling centers in Sanandaj, four parents selected through available sampling method. Participants examined 12 times including four baselines, five lines of therapy and three follow-up lines and responded to standard perceived stress (Cohen, Kamarak & Mermelstein, 1983) and family empowerment scales (Koren, De Chillo & Friesen, 1992). Then, for the interpretation and conclusion, visual analysis, trend and stability indexes, and percentage of overlapping data and percentage of non-overlapping data used. The results showed that the child-parent relationship therapy significantly ( $PND = \%100$ ) reduced parental stress and increased the empowerment of families with children with attention deficit / hyperactivity disorder. By using child-parent relationship therapy in Attention Deficit / Hyperactivity Disorder families, can enhance family members' empower and also reduce the stress of parents and also types of degrees and education, and occupation does not affect the effectiveness of this intervention.

**Key words:** *ADHD, child –parent relationship therapy, stress, family empowerment*

**citation**

Azizi, A., Fatehizade, M., Ahmadi, A & Jazayeri, R. (2018). Effect of child-parent relationship therapy on parenting stress and empowerment of parents with children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. *Family Counseling and Psychotherapy*, 1, 27- 46.

### تأثیر درمان رابطه والد- فرزند بر تنیدگی و توانمندی والدین دارای فرزند دچار اختلال کاستی توجه / فزون کنشی

پذیرش: ۱۳۹۷-۰۶-۲۹

دریافت: ۱۳۹۷-۰۲-۲۳

آرمان عزیزی	دانشجوی دکتری مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان
مریم فاتحی زاده	دکتری مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)
<a href="mailto:m.fatehizade@edu.ui.ac.ir">m.fatehizade@edu.ui.ac.ir</a>	
سید احمد احمدی	دکتری مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان
رضوان السادات جزایری	دکتری مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

#### چکیده

بهره‌برداری والدین از مجازات خشن و نبود رابطه گرم و عاطفی مناسب میان والدین و کودک پیش‌بینی کننده بسیاری از مشکلات کودکان و والدین و کاهش توانمندی آن‌ها است. هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان رابطه والد- فرزند بر تنیدگی و توانمندسازی خانواده‌های دارای فرزند دچار اختلال کاستی توجه / فزون کنشی است. این پژوهش جزء طرح‌های آزمایشی تک آزمودنی با خطوط پایه چندگانه است. از میان همه خانواده‌های دارای فرزند دچار اختلال کاستی توجه / فزون کنشی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر سنندج چهار نفر از والدین به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آزمودنی‌ها در طی ۱۲ مرتبه شامل چهار خط پایه، پنج خط درمانی و سه خط پیگیری، مورد بررسی قرار گرفتند و به دو سنج تنیدگی ادراک شده (کوهن، کاماراک و مرمستین، ۱۹۸۳) و توانمندسازی خانواده (کورن، دیچلو و فریسن، ۱۳۹۲) پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل دیداری، شاخص روند و شاخص ثبات، درصد داده‌های غیر همپوش و درصد داده‌های همپوش انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد درمان رابطه والد- فرزند به‌طور معنی‌دار (۰/۱۰۰ = PND) تنیدگی والدین را کاهش و توانمندی خانواده‌های دارای فرزند دچار اختلال کاستی توجه / فزون کنش را افزایش می‌دهد. با به‌کارگیری درمان رابطه والد- فرزند در خانواده‌های دارای فرزند دچار اختلال کاستی توجه / فزون کنشی محور می‌توان توانمندی اعضای خانواده را افزایش و تنیدگی والدین را کاهش داد؛ تحصیلات و شغل والدین خللی در تأثیر این مداخله وارد نمی‌کند.

واژگان کلیدی: اختلال کاستی توجه / فزون کنشی، درمان رابطه والد- فرزند، تنیدگی، توانمندی خانواده

عزیزی، آرمان؛ فاتحی زاده، مریم؛ احمدی، سید احمد و جزایری، رضوان. (۱۳۹۷). تأثیر درمان رابطه والد- فرزند بر تنیدگی و توانمندی والدین دارای فرزند دچار اختلال کاستی توجه / فزون کنشی. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱، ۴۶-۲۷.

ارجاع

## مقدمه

اختلال کاستی توجه / فزون کنشی<sup>۱</sup> یکی از گسترده‌ترین اختلالات عصبی-رشدی در سراسر جهان با برآورد همه‌گیری ۵/۳ درصد است (Polanczyk, Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007). این اختلال رفتاری ۳ تا ۷ درصد از کودکان سنین مدرسه‌ای را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Wong, Hawes, Clarke & Kohn, 2018). برای این اختلال سه‌طبقه در نظر گرفته شده است و دربرگیرنده نوع عمدتاً کم‌توجه، نوع عمدتاً فزون کنش و نوع آمیخته است (Coogan, Baird, Popa-Wagner & Tome, 2016). همه‌گیرترین طیف اختلالات همراه، اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای است که نزدیک نیمی از این کودکان به آن دچار هستند. همچنین اختلالات اضطرابی و افسردگی، تیک و اختلال وسواس- ناخودداری از جمله اختلالات بعدی در این گروه از کودکان است (Sadock, 2015؛ نقل از عزیزی، قاسمی، قربانی، شجاعی و محمدی، ۱۳۹۶).

ویژگی‌های اصلی اختلال فزون کنشی، ناتوانی در رفتار، نارسایی توجه، ناتوانی یادگیری، پرخاشگری، مشکلات آموزشی، بی‌قراری حرکتی و برانگیختگی است که رویارویی با این علائم برای والدین، معلمان و همسالان دشوار است (Dineen & Fitzgerald, 2010). این کودکان در روابط میان فردی، اشتباهات و مسئولیت‌های رفتار خود را نمی‌پذیرند و به همین دلیل است که سرزنش می‌شوند (Matza, Mary, Deal, Kimberly & Erder, 2017). به دلیل اینکه کودکان فزون کنش، دارای مشکلات تحرکی، بی‌توجهی و تحصیلی هستند، برخورد والدین با آن‌ها خشن است. حتی گاهی آن‌ها را کتک زده و به شدت تحقیر می‌کنند (El-Nagger, Abo-Elmagd & Ahmed, 2017). اختلال کاستی توجه/ فزون کنشی یکی از مشکلات رایج و در حال رشد بسیاری از کودکان ارجاع داده شده به مراکز خدمات روان‌شناختی است (Fibert, Relton, Peasgood & Daley, 2018). این اختلال، اغلب با مشکلات رفتاری و اجتماعی در کودکی همراه است و در نوجوانی ادامه می‌یابد و در صورت عدم درمان اختلال، در بزرگسالی نیز مشاهده می‌شود (Kofler, Larsen, Sarver & Tolan, 2015). به دلیل کاستی دانش، نزدیکان می‌کوشند با تنبیه کودک توجه و رفتار او را مهار کنند و روی یک موضوع خاص متمرکز سازند، ولی این کار نه تنها کارساز نیست بلکه کودک را پر از اضطراب و نگرانی می‌سازد و او را برای کنار آمدن با خواسته‌های اطرافیان بیش‌ازپیش ناسازگار می‌کند؛ بنابراین نه فقط اختلال رفتاری کودک تخفیف نمی‌یابد، لجاجزی و نافرمانی او نیز افزایش می‌یابد (Wiener & Duclan, 2004). وجوه رفتاری متعدد اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی می‌تواند به افسردگی مادران، اضطراب و محدود شدن نقش والدینی، احساس ناشایستگی و کفایت در پرورش فرزند، دل‌بستگی ضعیف عاطفی میان کودک و والد، بالا رفتن سطح تنیدگی در خانواده، بالا رفتن طلاق و ازهم گسیختگی روابط خانوادگی منجر شود (هوش ور، خوشابی، میرزایی و رهگذر، ۱۳۸۸). این اختلال

---

1. attention deficit hyperactivity disorder

عملکرد خانواده را دچار مشکل می‌کند، زیرا والدین دچار مشکلات روان‌شناختی بیشتری شده و در مهارت‌های فرزندپروری دچار احساس بی‌کفایتی می‌شوند (Johnston, 2012). عدم آشنایی خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی، آثار و پیامدهای آن، چگونگی مدیریت آن و توسل به روش‌های ناکارآمد و غیراصولی، موجب وخیم‌تر شدن شرایط و دوچندان شدن مشکلات خانواده می‌شود که همین امر سبب کاهش توانمندی خانواده و تنیدگی برای والدین می‌شود. در همین راستا داشتن فرزند دچار اختلال کاستی توجه / فزون کنشی می‌تواند توانمندی خانواده را تحت تأثیر قرار دهد (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۶).

بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند که توانمندی فرایندی پویا، مثبت، تعاملی و اجتماعی است. فرایندی که در ارتباط با دیگران شکل گرفته و به بهبود کیفیت زندگی افراد بیمار و اعضای خانواده آن‌ها منجر می‌شود (Wahlin&Idvall, 2006). Koren, De Chillo & Friesen (1992) توانمندی والدین دارای کودکان دچار ناتوانی‌های پیشرفته را با ترکیب دو بعد نظری، مفهوم‌سازی کرده‌اند. بعد اول سطوح توانمندسازی است که شامل سه حوزه خانواده (احساس اثربخشی در حل مشکلات در خانه)؛ ارتباط با نظام خدمات (اقدام برای به دست آوردن خدمات مناسب برای فرزند خود) و جامعه (فعالیت‌های پدر و مادر که باعث بهبود خدمات برای کل خانواده و کودکان می‌شود) است. بعد دوم اشاره به راه‌هایی که توانمندسازی ظاهر می‌شود، دارد و شامل حوزه‌های نگرش (آنچه والدین در مورد مدیریت بیماری احساس می‌کند و به آن اعتقاد دارد)؛ دانش (آنچه والدین در مورد بیماری و درمان آن می‌داند و آنچه آن‌ها به‌طور بالقوه می‌توانند با خواسته‌های خود انجام دهند) و رفتار (آنچه والدین در زمانی که به مدیریت بیماری می‌پردازند، انجام می‌دهند) است (خلوتی، نافع و سلطانی، ۱۳۹۳). توانمندی و کارکرد خانواده، از عواملی است که می‌تواند بر مشکلات رفتاری کودکان تأثیر بگذارد (Lindahl, Bregman & Malik, 2012). مشکلات رفتاری شامل اشکال در کنترل رفتار، رفتار ضداجتماعی، اضطراب، افسردگی، فزون کنشی و سوء‌مصرف مواد است (Magai, Malik & Koot, 2018) و نتایج مخرب متعددی را در بزرگسالی در پی خواهد داشت و کارکرد خانواده، سلامت روانی، یادگیری و اشتغال افراد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند (Trentacosta, Hyde, Goodlett & Shaw, 2013).

والدینی که فرزندان دچار اختلال دارند، سطوح بالایی از تنیدگی و مشکلات هیجانی را آزموده و با کاستی در ایفای نقش والدینی، در پرورش کودکان با دشواری‌هایی رویارو می‌شوند که افزایش نابسامانی‌های رفتاری در کودکان را به دنبال خواهد داشت (Waters, Virmani, Thompson & Meyer, 2009). نبود یک رابطه گرم، حمایتی و مثبت حداقل با یکی از والدین، وجود انضباط متناقض و غیر حساس و میانجیگری ناکافی باعث افزایش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان می‌شود (Santer & Neece, 2018). هرچند، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که همبستگی میان تنیدگی والدین و مشکلات رفتاری کودک دوطرفه

است (Neece, Green & Baker, 2012). رفتارهای والدین، به ویژه تنیدگی والدگری توسط عوامل متعدد مانند اثر تعامل کنش‌وری و خصوصیات اصلی و آشکار والدین (مانند افسردگی، دل‌بستگی، احساس شایستگی در نقش والدگری) با ویژگی‌های کودک (سازش‌پذیری، فزون‌طلبی، خلق و فزون‌کنشی)؛ همچنین با عوامل دیگر شامل رابطه زناشویی، حمایت اجتماعی، سلامت والدین و محدودیت‌های ناشی از نقش والدین تعیین می‌شود (Moreira & Canavarro, 2018).

مداخلات اولیه برای کودکان دچار اختلال کاستی توجه/ فزون‌کنشی در دوران پیش‌دستانی بسیار مهم است. دستورالعمل‌های درمان برای این کودکان، توصیه‌های زیست‌محیطی، مداخلات روانی- اجتماعی و روان‌پزشکی را با توجه به شدت اختلال توصیه می‌کنند (Wolraich, Brown, Paul, Earls & Feldman, 2011). داروهای روان‌پزشکی که به‌عنوان خط اول درمان در روان‌پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرند، برای کودکان زیر ۶ سال توصیه نمی‌شود، زیرا کمبود پژوهش‌ها درباره اثربخشی و ایمنی در این گروه سنی وجود دارد (Hosogane, Kodaira, Kihara, Saito & Kamo, 2018). از طرفی بررسی سامانمند درباره دلایل مشترک قطع مصرف دارو در میان بیماران دچار اختلال کاستی توجه/ فزون‌کنشی از جمله کودکان و نوجوانان نشان داد که آن‌ها (و والدینشان) به دلیل درک اثرات زیان‌بار دارو، اثربخشی ناکافی و انگیزه اجتماعی مرتبط با دارو، از ادامه مصرف داروها خودداری می‌کنند (Gajria, 2014). به‌تازگی گرایش زیادی به سمت درمان مشکلات رفتاری کودکان از طریق مشارکت والدین و به‌کارگیری درمان‌های خانواده‌مدار ایجاد شده است. پژوهشگران بازی‌درمانی را به‌عنوان شکلی از درمان متناسب با رشد و تحول کودک می‌دانند. بر پایه دیدگاه پیازه تا پیش از سن ۱۱ سالگی توانایی شناختی برای تفکر انتزاعی را ندارند و تفکرات خود را در بازی نشان می‌دهند (رجب پور، مکوند حسینی و رافعی‌نیا، ۲۰۱۲). مداخلات مبتنی بر روابط والد- کودک متمرکز بر بهبود رابطه والد و کودک از طریق بازی بوده و بر این فرض استوار است که بهبود این رابطه موجب بهبود مشکلات رفتاری و عاطفی کودک گردیده و سلامت روان والد و کودک را تضمین می‌کند (Landreth, 2002). یک از این درمان‌ها، درمان رابطه والد- فرزند<sup>۱</sup> است. این درمان در واقع نوعی از درمان تباری<sup>۲</sup> و خانواده‌درمانی با محوریت والدین توأم با بازی‌درمانی است. این روش از مبانی دیدگاه کارل راجرز گرفته شده است (Landreth & Bratton, 2006). در این برنامه دودسته از مهارت‌ها در دو مرحله متوالی درمان مورد توجه قرار می‌گیرد. در مرحله تعامل کودک محور، والدین استفاده از مهارت‌های معمول بازی‌درمانی را به‌منظور ارتقاء ارتباط والد- کودک می‌آموزند. در مرحله تعامل والد‌محور، والدین برای افزایش فرمان‌پذیری و کاهش مشکلات رفتاری فرزندشان، مهارت‌های لازم را فرامی‌گیرند (Greco, Sorrell & McNeil, 2001). استفاده از این مهارت‌ها توسط والدین موجب ایجاد

1. child-parent relationship therapy

2. filial therapy

احساس ایمنی و رشد منبع کنترل درونی کودکان می شود (Landreth & Bratton, 2006)؛ همچنین سبب افزایش مهارت‌های والدینی و کاهش تنیدگی والدگری می شود (Brinkmeyer & Eyberg, 2003). مهارت‌های فرزند پروری و روابط خانوادگی مانند رابطه والد- کودک تأثیر بسزایی بر بهزیستی کودکان دارند (عظیمی فر، جزایری، فاتحی زاده و عابدی، ۱۳۹۶). از میان عوامل متعدد روابط انسانی مؤثر در رشد و تکامل کودک، نحوه تعامل والدین بخصوص مادر با کودک اهمیت اساسی دارد (امیر، حسن آبادی، اصغری نکاح و طیبی، ۱۳۹۱). در پژوهش Bussing (2012) درمان رابطه والد- فرزند موجب کاهش نشانگان اختلال فزون کنشی/کاستی توجه شد که با یافته‌های مطالعه ویسانی و همکاران (۱۳۹۴) و ایزدی فرد و همکاران (۱۳۹۶) همسو است. همچنین پژوهش موسوی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد که درمان مذکور، مهارت‌های کلی فرزندپروری مادران را افزایش می دهد. همچنین عزیزی و همکاران (۱۳۹۵) به این نتیجه رسیدند که این درمان بر کارکرد خانواده اثر معنی داری دارد که با نتایج پژوهش Cornett & Bratton (2014) همسو است؛ بنابراین، با توجه اهمیت موضوع، مرور پیشینه پژوهشی و عدم وجود پژوهشی یکپارچه و منسجم در زمینه اثربخشی درمان رابطه والد- فرزند بر متغیرهای مذکور به صورت تحلیل مورد منفرد، همچنین در معرض خطر قرار گرفتن خانواده‌های دارای فرزند دچار اختلال کاستی توجه/ فزون کنشی و نیاز ضروری این خانواده‌ها به درمان‌های غیر دارویی، این پژوهش درصدد پاسخگویی به سؤالات زیر است:

۱. آیا درمان رابطه والد- فرزند بر تنیدگی والدین دارای فرزند دچار اختلال کاستی توجه/ فزون کنشی اثربخش است؟
۲. آیا درمان رابطه والد- فرزند بر توانمندی والدین دارای فرزند دچار اختلال کاستی توجه/ فزون کنشی اثربخش است؟

### روش پژوهش

این پژوهش جزء طرح‌های تجربی تک آزمودنی با خطوط پایه چندگانه است. جامعه آماری پژوهش شامل همه خانواده‌های دارای فرزند دچار اختلال کاستی توجه/ فزون کنشی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر سنج در سال ۹۶ بود که از میان آن‌ها ۴ نفر از والدین (دو زوج) به روش نمونه گیری در دسترس بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود: خانواده‌ها دارای حداقل یک فرزند دچار اختلال کاستی توجه/ فزون کنشی با سن بالاتر از ۶ سال باشند؛ داشتن رضایت آگاهانه از روش درمانی و فرایند پژوهش و عدم ابتلای والدین به اختلال روانی شدید؛ ملاک‌های خروج: خانواده‌ها تک والدی باشند و یا سابقه طلاق داشته باشند؛ ابتلا به سوء مصرف مواد والدین؛ شرکت خانواده‌ها در دوره‌های مشاوره خانواده به صورت هم‌زمان و ابتلا کودک دچار اختلال کاستی توجه/ فزون کنشی به اختلال‌های هم‌زمان دیگر. سپس به مدت ده نشست ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان رابطه والد- فرزند قرار گرفتند که از پروتکل درمانی

(Bratton, 2006) اقتباس شده است. تعداد افراد نمونه در این پژوهش ۴ نفر بودند که شامل دو پدر با میانگین سنی ۳۵/۵ و دو مادر با میانگین سنی ۳۱/۵، همچنین از لحاظ تحصیلات پدران فوق لیسانس و سیکل و مادران دیپلم و لیسانس بودند. شغل پدران کارمند و آزاد و شغل مادران نیز کارمند و خانه دار بود یعنی در میان این چهار نفر از لحاظ سن، تحصیلات و شغل به صورت هدفمند تنوع و ناهمگنی اعمال گردید.

## ابزارها

### سنجه توانمندسازی خانواده<sup>۱</sup>

سنجه توانمندسازی خانواده توسط Koren, DeChillo & Friesen در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است. این ابزار از ۳۴ گویه و ۳ مولفه خانواده (۱۲ گویه شامل ۲-۴-۷-۹-۱۶-۲۱-۲۶-۲۷-۲۹-۳۱-۳۳-۳۴)، نظام‌های خدماتی (۱۲ گویه شامل ۱-۵-۶-۱۱-۱۲-۱۳-۱۸-۱۹-۲۳-۲۸-۳۰-۳۲) و اجتماعی/سیاسی (۱۰ گویه شامل ۳-۸-۱۰-۱۴-۱۵-۱۷-۲۰-۲۲-۲۴-۲۵) تشکیل شده است. نمره گذاری سنجه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که برای گزینه‌های «کاملاً غلط»، «بسیار غلط»، «تا اندازه‌ای درست»، «بسیار درست» و «کاملاً درست» به ترتیب نمره‌های ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. ثبات درونی این سنجه برای مولفه‌های اجتماعی/سیاسی، نظام‌های خدماتی و خانواده به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۸۷ و ۰/۸۸ به دست آمده است. پایایی این ابزار برای مولفه‌های خانواده، نظام خدمات و اجتماعی/سیاسی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۷ و ۰/۸۵ گزارش شده است (کورن، دیچیلو و فریسن، ۱۹۹۲). در پژوهش خلوتی و همکاران (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ کل سنجه برابر با ۰/۹۱ و آلفای کرونباخ مولفه‌های خانواده، نظام‌های خدماتی و جامعه/سیاست به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۸۸ و ۰/۶۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ برای کل سنجه ۰/۸۸ به دست آمد.

### سنجه تنیدگی ادراک شده<sup>۲</sup>

سنجه تنیدگی ادراک شده، توسط Cohen, Kamarak & Mermelstein، در سال ۱۹۸۳ ساخته شده است. این سنجه دارای ۱۴ گویه است با یک سنجه لیکرت چهاردرجه‌ای (هرگز تا خیلی زیاد) و هر ماده دارای ارزشی میان ۰ تا ۴ است. با سؤالاتی مانند: (در طول ماه گذشته تا چه اندازه به دلیل پیش آمدن مسئله‌ای که انتظارش را نداشته‌اید، ناراحت شده‌اید؟ در طول ماه گذشته تا چه اندازه احساس کرده‌اید که مشکلات آن قدر روی هم جمع شده‌اند که نمی‌توانید از عهده آن‌ها برآید؟) تنیدگی ادراک شده را می‌سنجد. این پرسشنامه تک مؤلفه‌ای است که نمرات پایین‌تر از ۱۸ تنیدگی ادراک شده پایین، نمرات میان ۱۸ تا ۳۶ تنیدگی ادراک شده متوسط و نمرات بالاتر از ۳۶ تنیدگی ادراک شده در حد بالایی را نشان می‌دهد. در پژوهش

1. family empowerment scale (FES)

2. perceived stress scale

(سعادت و همکاران، ۱۳۹۴) روایی پرسشنامه توسط اساتید و متخصصان این حوزه تأیید شده است. همچنین آن‌ها پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۴ گزارش دادند که در پژوهش حاضر نیز مقدار آن برابر با ۰/۸۱ بود.

### مداخله

محتوای خلاصه نشست‌های درمان رابطه والد-فرزند<sup>۱</sup> شامل ایجاد همدلی و پذیرش از جانب والدین برای کودک است (Bratton, 2006). برنامه عملی در این روش بازی‌درمانی شامل، ده نشست آموزشی است. نشست نخست. اجرای آزمون «خط پایه» برای هر ۴ نفر از آزمودنی‌ها و شروع مداخله، بیان اهمیت بازی.

نشست دوم. قوانین و نحوه اجرای نشست‌های بازی والدین با کودک در منزل، بایدونبایدهای نشست-های بازی و معرفی نوع اسباب‌بازی‌های موردنیاز در نشست‌ها، مکان و زمان بازی با کودک. نشست سوم و چهارم. شامل آموزش شیوه پاسخگویی انعکاسی والدین نسبت به احساسات و عواطف کودک.

نشست پنجم. مرور مهارت‌های آموخته‌شده به والدین در ارتباط با بازی کودک. نشست ششم و هفتم. آموزش مهارت محدودیت‌گذاری برای رفتارهای نامناسب کودکان یا سرپیچی از قوانین بازی و آموزش دادن حق انتخاب به کودک در قبال اطاعت یا سرپیچی از قوانین. نشست هشتم. مرور تمرین مربوط به اجرای مهارت‌های آموخته‌شده در نشست‌های قبل و تعمیم آن‌ها به موقعیت‌هایی خارج از نشست‌های بازی، پاسخ‌های عزت‌نفس‌ساز در قبال رفتارها و تلاش‌های کودک. نشست نهم. رفع مشکلات عمده والدین در برخی مهارت‌ها و تأکید بر ادامه جلسات بازی به صورت هفتگی و تعمیم بیشتر مهارت‌ها. عروسک بازی و قصه‌گویی. نشست نهم. بیان نقاط قوت والدین نسبت به نشست اول، مرور مشکلات اولیه والدین و بهبودهایی که پیدا کرده‌اند. نظرسنجی در باب اثربخشی روش مذکور برای والدین و تنظیم برنامه‌ای برای پیگیری ادامه نشست‌های گروهی والدین و ارتباط با درمانگر در صورت نیاز.

### شیوه اجرای پژوهش

در این پژوهش در شرایط همسان و به‌طور هم‌زمان، ۴ نفر از اعضای جامعه به‌صورت هدفمند انتخاب شدند و در سه مرحله خط پایه (۴ مرتبه)، خط مداخله (۵ مرتبه) و پیگیری (۳ مرتبه) به پرسشنامه‌های توانمندسازی خانواده کورن و همکاران (۱۹۹۲) و تنیدگی ادراک‌شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) پاسخ دادند.



شرکت کنندگان با بهره‌گیری از درمان رابطه والد- فرزند (CPRT) در ۱۰ نشست ۹۰ دقیقه‌ای (خط مداخله) تحت آموزش قرار گرفتند. دوره پیگیری یک ماه پس از مداخله انجام گرفت. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری‌شده، ابتدا موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری هر آزمودنی روی نمودار رسم شد. خطوط پایه در طول دو هفته، خطوط مداخله تا پایان درمان و خطوط پیگیری یک ماه پس از مداخله از آزمودنی‌ها به دست آمد. سپس جهت تفسیر و نتیجه‌گیری از این نمودارها، از تحلیل دیداری، شاخص روند و شاخص ثبات، درصد داده‌های غیر همپوش<sup>۱</sup> و درصد داده‌های همپوش<sup>۲</sup> استفاده شد. برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر آزمودنی، در مرحله اول با استفاده از میانه داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه داده‌ها موازی با محور X کشیده شد و یک محفظه ثبات روی خط میانه قرار گرفت. محفظه ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم می‌شود. فاصله و دامنه میان دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییرپذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۸۰-۲۰ درصدی، اگر ۸۰٪ نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرند، گفته می‌شود داده‌ها ثبات دارند. پس از آن برای بررسی روند داده‌ها، از روش دونیم کردن استفاده شد و محفظه ثبات خط روند بر اساس معیار ۸۰-۲۰ درصدی رسم شد. پس از رسم خط میانه و خط روند و محفظه ثبات آن‌ها، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانه و میانگین و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و میان موقعیتی مانند تغییر سطح و روند و داده‌های غیر همپوش محاسبه شد. داده‌های غیر همپوش نشان‌دهنده درصد غیر همپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد منفرد، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیر همپوش (داده‌های غیر همپوش) بستگی دارد. همچنین هرچه داده‌های غیر همپوش میان دو موقعیت مجاور بالاتر باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست. لازم به ذکر است که کلیه مراحل تحلیل دیداری این پژوهش، بر اساس کتاب طرح‌های مورد منفرد در علوم رفتاری نوشته Gast (2010) اقتباس شده است.

### اخلاق در پژوهش

حق گمنامی اعضای شرکت‌کننده مطابق خواسته آن‌ها در پژوهش به‌طور کامل رعایت شده است. لازم به ذکر است که با توجه به اهمیت موضوع و اثربخش بودن درمان گروه آزمایش، پس از انجام آزمون پیگیری، کار درمان از دید اخلاقی بر روی سایر افراد متقاضی و نیازمند نیز انجام شد که نتایج بود.

1. percentage of non-overlapping data (PND)

2. percentage of overlapping data (POD)

## یافته‌ها

همان‌گونه که از ویژگی‌های شرکت‌کننده‌ها در بخش روش مشخص شد، آزمودنی‌ها شامل پدر و مادر در دامنه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال و تقریباً تمام سطوح تحصیلات شامل سیکل، دیپلم، لیسانس و فوق‌لیسانس را شامل می‌شدند. همچنین هر چهار نفر شرکت‌کننده تنیدگی اولیه، توانمندی پایین خانوادگی و مشکلات رفتاری کودکان را ابراز کرده بودند.

به‌منظور خلاصه نمودن نتایج به‌دست‌آمده در هر یک از نشست‌ها، خط پایه، درمان و پیگیری برای شرکت‌کنندگان در جداول و نمودارها به شرح ذیل آمده است: در جدول ۱ نمرات آغازگری - پاسخ‌دهی در موقعیت خط پایه، نشست‌های درمان و پیگیری برای هر ۴ شرکت‌کننده در هر دو متغیر توانمندی خانواده و تنیدگی والدگری مشخص شده است که نشان می‌دهد نمرات هر ۴ آزمودنی با گذشت نشست‌های رو به بهبود بوده است.

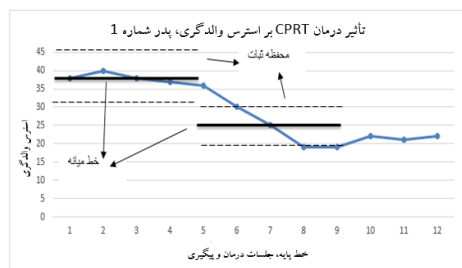
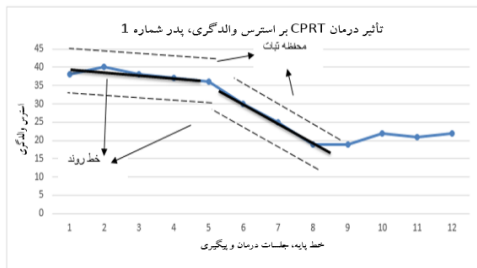
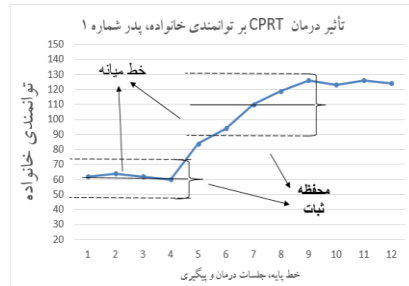
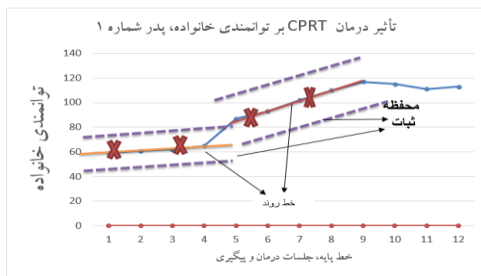
جدول ۱. نمرات آغازین - تراز توانمندی خانواده و تنیدگی در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری آزمودنی‌ها

متغیر	آزمودنی	خط پایه (A)			خط مداخله (B)				پیگیری
		۱	۲	۳	۴	۱	۲	۳	۴
توانمندی خانواده	پدر ۱	۵۹	۶۱	۶۲	۶۵	۸۷	۹۳	۱۰۲	۱۱۰
	مادر ۱	۵۲	۵۵	۵۳	۵۰	۷۶	۸۳	۹۴	۱۰۹
	پدر ۲	۶۲	۶۴	۶۰	۵۹	۷۴	۸۴	۹۵	۱۱۱
تنیدگی	مادر ۲	۵۶	۶۲	۵۴	۵۵	۸۱	۹۱	۱۰۴	۱۱۵
	پدر ۱	۴۳	۴۴	۴۲	۴۶	۳۹	۳۲	۲۸	۲۳
	مادر ۱	۴۹	۴۹	۴۷	۴۸	۴۰	۳۸	۳۴	۳۳
	پدر ۲	۴۵	۴۴	۴۷	۴۶	۴۲	۳۶	۳۲	۳۰
	مادر ۲	۴۹	۴۸	۴۸	۵۱	۴۴	۴۱	۳۵	۳۰
		۲۸	۲۹	۲۹	۲۹	۲۸	۲۸	۲۸	۲۸

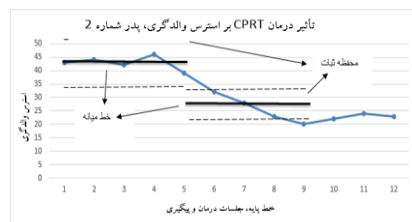
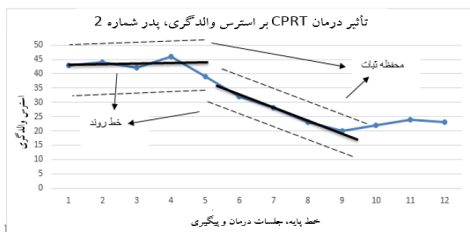
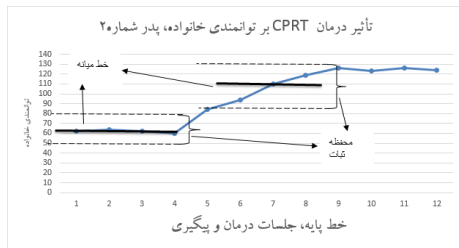
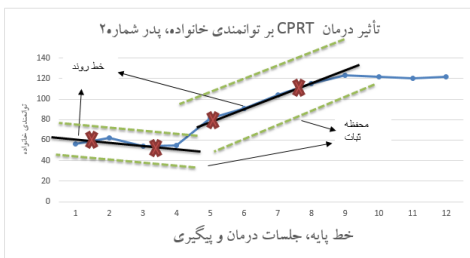
جدول ۱ نشان می‌دهد که نمرات توانمندی خانواده افراد آزمودنی با گذشت نشست‌های افزایش پیدا کرده و در نشست‌های پیگیری تقریباً به ثبات رسیده است. همچنین نمرات تنیدگی والدگری با گذشت نشست‌های درمانی به تدریج کاهش پیدا کرده است و در طی نشست‌های پیگیری تقریباً به ثبات رسیده است. بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی اول تا چهارم در متغیر توانمندی خانواده، خط میانه، محفظه ثبات و خط روند آن‌ها به‌قرار زیر آمده است. جدول ۲ نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و میان موقعیتی را برای نمودار داده‌های آزمودنی اول تا چهارم، طبق فرمول تحلیل دیداری نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین نمرات آزمودنی‌ها در خط مداخله نسبت به خط پایه افزایش پیدا کرده است که نشان‌دهنده بهبودی توانمندی برای شرکت‌کننده‌ها بوده است. این اثربخشی در مرحله

پیگیری، همچنان مشهود بوده است. همچنین شاخص داده‌های غیر همپوش آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که میزان همپوشی میان نقاط خط پایه و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان مؤثر بوده است.

در تمام نمودارهای این پژوهش این شرایط برقرار است: (\*خط میانه: میانه داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله. \*\*محفظه ثبات: یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه با استفاده از معیار ۸۰-۲۰ درصدی رسم می‌شود. \*\*\*خط روند: برای بررسی روند داده‌ها، از روش دونیم کردن استفاده شد و محفظه ثبات خط روند بر اساس معیار ۸۰-۲۰ درصدی رسم شد).



نمودار شماره ۱. تأثیر درمان رابطه والد- فرزند بر پدر شماره ۱

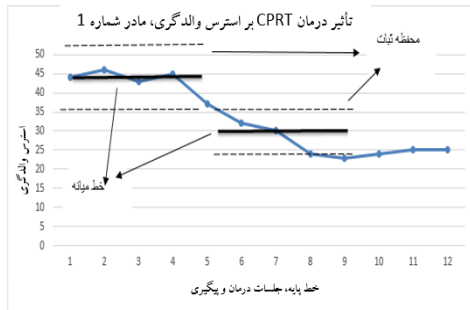
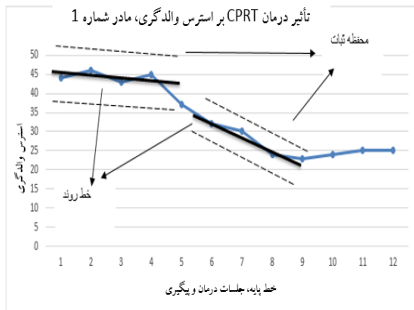
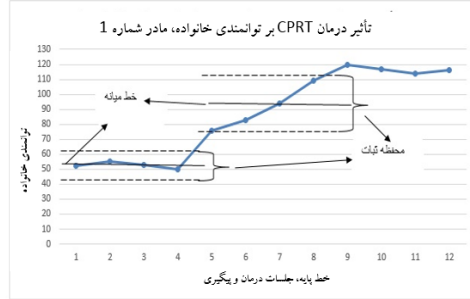
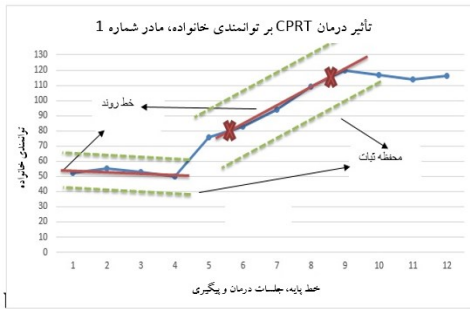


نمودار شماره ۲. تأثیر درمان رابطه والد- فرزند بر پدر شماره ۲

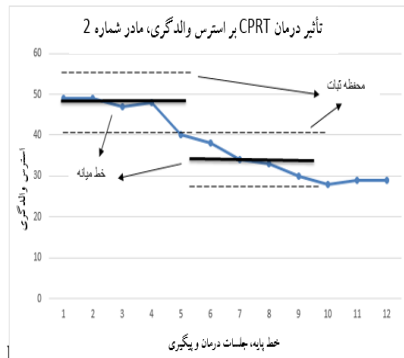
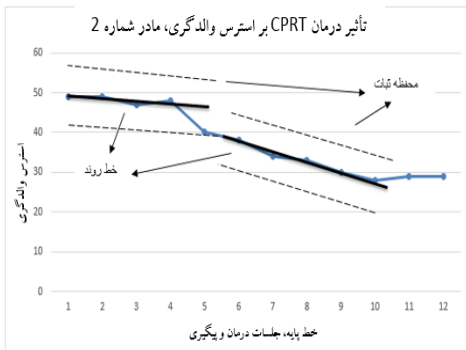
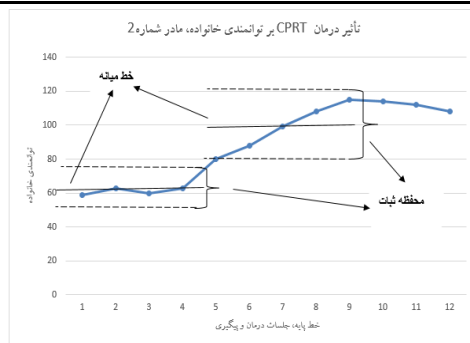
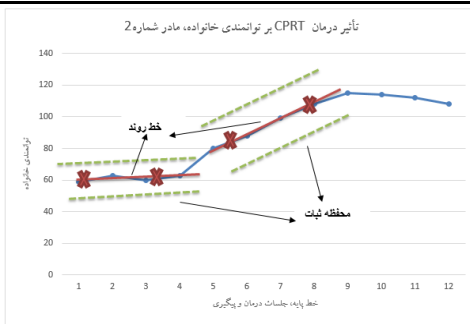
## جدول ۲. بررسی متغیرهای تحلیل دیداری برای آزمودنی اول تا چهارم در متغیر توانمندی خانواده

آزمودنی	میان موقعیتی				درون موقعیتی				آزمودنی			
	۴	۳	۲	۱	۴	۳	۲	۱				
توالی موقعیت	$\frac{B}{A}$	$\frac{B}{A}$	$\frac{B}{A}$	$\frac{B}{A}$	B	A	B	A	B	A	B	A
طول موقعیت‌ها	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	۵	۴	۵	۴	۵	۴	۵	۴
میله	$\frac{B}{A}$	$\frac{B}{A}$	$\frac{B}{A}$	$\frac{B}{A}$	۱۰۴	۵۵۵	۹۵	۶۲	۹۴	۵۲/۵	۱۰۲	۶۱/۵
میلگین	۸۶	۷۹	۷۹/۵	۹۰	۱۰۲/۸	۵۶/۷۵	۹۷/۲	۶۱/۲۵	۹۶/۴	۵۲/۵	۱۰۱/۸	۶۵/۷۵
دلته تغییرات	۵۴/۵	۵۹/۵	۵۱/۵	۶۳/۵	۸۱-۱۲۳	۵۴-۶۲	۷۴-۱۲۲	۵۹-۶۴	۷۶-۱۲۰	۵۰-۵۵	۸۷-۱۱۷	۵۹-۶۵
تغییرات محفظه ثابت ۱۲۰٪ از میله	۱۰۴	۹۵	۹۴	۱۰۲	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت
تغییر سطح نسبی	۱۰۲/۸	۹۷/۲	۹۶/۴	۱۰۱/۸	۸۶-۱۱۹	-۵۹	-۱۱۶/۵	۵۹/۵-۶۳	-۱۱۴/۵	-۵۳/۵	-۹۰	۶۳/۵-۶۰
همپوشی	۵۶/۷۵	۶۱/۲۵	۵۲/۵	۶۱/۷۵	همپوشی	همپوشی	همپوشی	همپوشی	همپوشی	همپوشی	همپوشی	همپوشی
تغییر سطح مطلق	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۸۱-۱۲۳	۵۵-۵۶	۷۴-۱۲۲	۵۹-۶۲	۷۶-۱۲۰	۵۰-۵۲	۱۱۷-۸۷	۶۵-۵۹
روند و جهت	٪۰	٪۰	٪۰	٪۰	صعودی	نزولی	صعودی	نزولی	صعودی	نزولی	صعودی	صعودی

بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی اول تا چهارم در متغیر تنیدگی والدگری، خط میانه، محفظه ثابت و خط روند آن‌ها به‌قرار زیر آمده است. جدول ۳ نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و میان موقعیتی را برای نمودار داده‌های آزمودنی اول تا چهارم، طبق فرمول تحلیل دیداری نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین نمرات آزمودنی‌ها در خط مداخله نسبت به خط پایه افزایش پیدا کرده است که نشان‌دهنده کاهش تنیدگی والدگری برای شرکت‌کننده‌ها بوده است. این اثربخشی در مرحله پیگیری، همچنان مشهود بوده است. همچنین شاخص همپوشی داده‌ها آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که میزان همپوشی میان نقاط خط پایه و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان مؤثر بوده است.



نمودار شماره ۳. تأثیر درمان رابطه والد- فرزند بر مادر شماره ۱



نمودار شماره ۴. تأثیر درمان رابطه والد- فرزند بر مادر شماره ۲

جدول ۳. بررسی متغیرهای تحلیل دیداری برای آزمودنی اول تا چهارم در متغیر تنیدگی والدگری

میان موقعیتی				درون موقعیتی											
۴	۳	۲	۱	آزمودنی	۴	۳	۲	۱	آزمودنی	۴	۳	۲	۱		
$\frac{B}{A}$	$\frac{B}{A}$	$\frac{B}{A}$	$\frac{B}{A}$	مقایسه موقعیت	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	توالی موقعیت
$\frac{B}{A}$	$\frac{B}{A}$	$\frac{B}{A}$	$\frac{B}{A}$	اثر وابسته به هدف	۵	۴	۵	۴	۵	۴	۵	۴	۵	۴	طول موقعیت‌ها
مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	تغییرات مثبت	۳۴	۴۸/۵	۲۸	۴۲/۵	۳۰	۴۴/۵	۲۵	۲۸	۲۵	۲۸	میان
$\frac{B}{A}$	$\frac{B}{A}$	$\frac{B}{A}$	$\frac{B}{A}$	تغییرات مثبت	۳۹	۲۵/۵	۳۳/۵	۲۲/۵	۲۹/۲	۴۴/۵	۲۵/۸	۲۸/۲۵	۲۵/۸	۲۸/۲۵	میانگین
۳۹	۲۵/۵	۳۳/۵	۲۲	تغییر نسبی	۳۵	۴۸/۲۵	۲۸/۴	۴۲/۷۵	۲۹/۲	۴۴/۵	۲۵/۸	۲۸/۲۵	۲۵/۸	۲۸/۲۵	میانگین
۴۷/۵	۴۴	۴۴	۳۷/۵	تغییر مطلق	۳۰-۴۰	۴۷-۴۹	۲۰-۳۹	۴۲-۴۶	۲۳-۲۷	۴۲-۴۶	۱۹-۳۶	۳۷-۴۰	۱۹-۳۶	۳۷-۴۰	دامنه تغییرات
۴۰	۳۹	۳۷	۳۶	تغییر مطلق	۳۰-۴۰	۴۷-۴۹	۲۰-۳۹	۴۲-۴۶	۲۳-۲۷	۴۲-۴۶	۱۹-۳۶	۳۷-۴۰	۱۹-۳۶	۳۷-۴۰	دامنه تغییرات
۴۸	۴۶	۴۵	۳۷	تغییر میانه	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	تغییرات محفظه ثبات ۲۰٪ از میانه
۳۴	۲۸	۳۰	۲۵	تغییر میانه	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	تغییرات محفظه ثبات ۲۰٪ از میانه
۴۸/۵	۴۲/۵	۴۴/۵	۳۸	تغییر	-۳۹	۴۷/۵-۴۹	-۲۵/۵	۴۲/۵-۴۴	-۳۴/۵	۴۴-۴۵	۱۹-۳۳	-۳۹	-۳۹	-۳۹	تغییر سطح نسبی
۲۵	۲۸/۴	۲۹/۲	۲۵/۸	میانگین	۳۱/۵	۴۷/۵-۴۹	۲۱/۵	۴۲/۵-۴۴	۲۳/۵	۴۴-۴۵	۱۹-۳۳	۳۷/۵	۳۷/۵	۳۷/۵	تغییر سطح نسبی
۴۸/۲	۴۳/۷۵	۴۴/۵	۳۸/۲۵	همپوشی	۳۰-۴۰	۴۸-۴۹	۲۰-۳۹	۴۲-۴۶	۲۳-۲۷	۴۴-۴۵	۱۹-۳۶	۳۷-۴۰	۱۹-۳۶	۳۷-۴۰	تغییر سطح مطلق
٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	دلخواه (PND)	۳۰-۴۰	۴۸-۴۹	۲۰-۳۹	۴۲-۴۶	۲۳-۲۷	۴۴-۴۵	۱۹-۳۶	۳۷-۴۰	۱۹-۳۶	۳۷-۴۰	تغییر سطح مطلق
				همپوشی											همپوشی
٪	٪	٪	٪	دلخواه (POD)	نزولی	نزولی	نزولی	صعودی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	روند و جهت

همان‌طور که مشاهده می‌شود درمان رابطه والد - فرزند بر افزایش توانمندی خانواده‌ها و کاهش تنیدگی والدگری مؤثر بوده است و همچنین شاخص همپوشی داده‌ها نشان می‌دهد که میزان همپوشی میان نقاط خط پایه و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان برای هر ۴ شرکت‌کننده در هر دو متغیر مؤثر بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان رابطه والد-فرزند بر تنیدگی و توانمندی خانواده‌های دارای فرزند دچار اختلال کاستی توجه / فزون‌کنشی بود. نتایج حاصل از اثربخشی درمان رابطه والد- فرزند نشان داد که این درمان توانسته است بر هر ۴ آزمودنی تأثیر مثبت داشته باشد و از یک‌طرف توانمندی خانواده این افراد را افزایش دهد و از طرف دیگر تنیدگی والدگری را کاهش دهد.

با توجه به ویژگی‌های شرکت‌کننده‌های پژوهش، درمان رابطه والد - فرزند هم بر پدر و هم بر مادر تأثیرگذار است و همچنین نداشتن مدرک و یا تحصیلات پایین هیچ خللی در نتایج اثربخشی این درمان ندارد چون افراد نمونه به‌صورت هدفمند در ۴ سطح تحصیلی انتخاب شدند و این درمان توانست بر همه آنها تأثیر مثبت بگذارد و از سطح تنیدگی آنها بکاهد و توانمندی خانوادگی آنها را افزایش دهد.

با استناد به گفته‌های خود والدین شرکت‌کننده در این پژوهش می‌توان گفت که حضور کودک اختلال کاستی توجه/ فزون‌کنشی در خانواده قطعاً در ایجاد تنیدگی والدین مؤثر است و توانمندی آنها را کاهش

می‌دهد که با نتایج پژوهش هوش ور، خوشابی، میرزایی و رهگذر (۱۳۸۸) یعنی نقش در اضطراب و محدود شدن نقش والدینی، احساس عدم لیاقت و کفایت در تربیت فرزند، دل‌بستگی ضعیف عاطفی میان کودک و والد، بالا رفتن سطح تنیدگی در خانواده، بالاتر بودن میزان طلاق و ازهم‌گسیختگی روابط خانوادگی که همگی با تنیدگی و توانمندی خانواده به‌نوعی مرتبط است، همسو است. در تبیین این اثربخشی همچنین می‌توان گفت با توجه به اینکه درمان رابطه والد - فرزند باعث تقویت ارتباط میان والدین و کودک می‌شود (Bratton et al, 2006)، این تقویت رابطه باعث می‌شود آرامش به جو خانوادگی تزریق شود و به‌صورت مستقیم بر والدین هم تأثیر بگذارد که منجر به بالا بردن و افزایش پذیرش و همدلی والدین می‌شود (Yamamoto et al, 2006) و در نتیجه مشکلات میان فردی کاهش پیدا می‌کند و تنیدگی والدین کمتر می‌شود. همچنین والدین نقش خود را به‌خوبی ایفا خواهند کرد و توانمندی خانواده در تمام حیطه‌ها افزایش پیدا می‌کند.

در تبیین اثربخشی این درمان بر متغیرهای پژوهش می‌توان گفت یکی از علت‌های کاهش تنیدگی والدگری و افزایش توانمندی خانواده، بهبود محیط تعاملی زوجین و همشیرها (ناشی از کاهش رفتار پرخاشگرانه کودک) است که با نتایج پژوهش Ray و همکاران (۲۰۰۹) همسو بوده است. همچنین این اثربخشی می‌تواند حاصل کاهش تنیدگی والدین (Kidron & Landreth, 2010)، افزایش مهارت‌های فرزند پروری (موسوی و همکاران، ۱۳۹۵) و افزایش کارکرد خانواده (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۵) از طرفی و کاهش سطح تنیدگی و مشکلات هیجانی و عاطفی کودک، افزایش نگرش واقع‌بینانه والدین، افزایش بینش و آگاهی والدین و اعضای خانواده، ایجاد جوی همراه با درک متقابل، غیر قضاوتی و پذیرنده و لذت بردن از نقش والدینی (Bratton, 2006)؛ به نقل از عزیزی و همکاران، (۱۳۹۵)، از طرف دیگر باشد که همگی از تأثیرات درمان رابطه والد- فرزند است و تنیدگی والدگری را کاهش و توانمندی خانواده در سه حیطه خانواده، خدماتی و اجتماعی / سیاسی افزایش می‌دهد.

همچنین استفاده از مهارت‌های درمان رابطه والد - فرزند توسط والدین موجب ایجاد احساس ایمنی و رشد منبع کنترل درونی کودکان (Landreth & Bratton, 2006) و کاهش مشکلات رفتاری کودکان (مصطفوی و همکاران، ۱۳۹۱) می‌شود که از میزان تنیدگی والدین می‌کاهد و تمرکز آن‌ها را برای بالا بردن توانمندی خانواده خویش افزایش می‌دهد.

بنابراین با به‌کارگیری درمان رابطه والد - فرزند توانمندی خانواده بهبود می‌یابد و چون توانمندی خانواده از عوامل مؤثر بر مشکلات رفتاری کودکان است (Lindahl, Bregman & Malik, 2012) و رابطه میان تنیدگی والدین و مشکلات رفتاری کودک نیز دوطرفه است (Neece, Green & Baker, 2012)، پس در کنترل رفتار، رفتار ضداجتماعی، اضطراب، افسردگی، فزون‌کنشی و سوء‌مصرف مواد در کودکان تأثیرگذار است

(Magai, Malik & Koot, 2018) که از این طریق نتایج مخرب متعددی را در بزرگ‌سالی این افراد و آینده خانوادگی آن‌ها کمتر شاهد خواهیم بود (Trentacosta et al, 2013).

### محدودیت‌ها و پیشنهادها

تکمیل کردن دو پرسشنامه تیدگی و توانمندی خانواده برای ۱۲ مرتبه توسط والدین و همکاری نکردن آن‌ها در بعضی از مواقع و همچنین نظارت مداوم این خانواده‌ها توسط پژوهشگران برای رعایت کردن ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش، از محدودیت‌های مهم این پژوهش بود. در پایان پیشنهاد می‌شود که جهت بررسی کامل‌تر اثربخشی درمان رابطه والد-فرزند، این پژوهش با روش‌های دیگر و با تعداد نمونه بیشتری انجام گیرد. همچنین با توجه به اینکه این پژوهش در فرهنگ خاصی از کشور ایران (استان کردستان) انجام شده است، در سایر فرهنگ‌ها نیز بررسی شود تا نتایج قابل‌تعمیم به جامعه بزرگ‌تر باشد.

### تصریح درباره تضاد منافع

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارد و انتشار آن موجب خسارت مادی و معنوی برای شخص یا سازمانی نشده است.

### سپاسگزاری

از آنجاکه این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکتری مشاوره دانشگاه اصفهان است، بدین‌وسیله از اساتید محترم دانشگاه اصفهان و کردستان جهت راهنمایی و حمایت مستمر در پژوهش و نیز از تمامی خانواده‌هایی که در مراحل انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، قدردانی و سپاس‌گزاری می‌کنیم.

### منابع

- امیر، فاطمه؛ حسن‌آبادی، حسین؛ اصغری نکاح، محسن و طیبی، زهرا. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سبک‌های فرزند پروری. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲(۱)، ۴۷۳-۴۸۹.
- خلوتی، ملیحه؛ نافی، ایوب و سلطانی، محمود. (۱۳۹۳). رابطه توانمندی خانواده با کنترل متابولیک و پایداری به برنامه‌های درمان در کودکان مبتلا به فنیل کتونوریا. ماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۸(۱۸)، ۴۹۷-۴۹۱.
- عزیزی، آرمان؛ قاسمی، سیمین؛ قربانی، آزاد؛ شجاعی، فاطمه و محمدی، فاروق. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی خانواده‌درمانی کارکردی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و توانمندی خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی، ۷(۲۶)، ۱۷۷-۲۱۰.



عزیزی، آرمان؛ کریمی پور، بنت‌الهدی؛ رحمانی، شس الله و ویسی، فرشید. (۱۳۹۵). مقایسه تأثیر درمان رابطه والد-کودک و درمان متمرکز بر خانواده بر کارکرد خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. فصلنامه سلامت روان کودک، ۳(۲)، ۲۰-۹.

عظیمی فر، شیرین؛ جزایری، رضوان السادات؛ فاتحی زاده، مریم السادات و عابدی، احمد. (۱۳۹۶). هم‌سنجی تأثیر آموزش مدیریت والدین و آموزش فرزندپروری با روش درمانگری متمرکز بر پذیرش و تعهد در رابطه مادر-کودک مادران کودکان دچار مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۷(۲)، ۹۹-۱۲۲.

موسوی، رقیه؛ جمالی، عبدالله؛ نجاتی، امین و شریفی، علی. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر فرزندپروری مادران دارای کودک ۱۱-۸ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه. مجله رویش روان‌شناسی، ۵(۲)، ۱۴۶-۱۱۵.

مصطفوی، سعیده سادات؛ شعیری، محمدرضا؛ اصغری مقدم، محمدعلی و محمودی قرایی، جواد. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) مطابق با الگوی لندرت به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. مجله روانشناسی بالینی و شخصیت-دانشور رفتار سابق، ۲(۷)، ۴۲-۳۳.

ویسانی، مختار؛ شهنی بیلاق، منیجه؛ عالی‌پور، سیروس و مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۴). اثربخشی روش ارتباط کودک-والد بر شدت نشانگان اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی. مجله روانشناسی خانواده، ۲(۱)، ۲۹-۳۸.

هوش‌ور، پارسا؛ بهنیا، فاطمه؛ خوشابی، کنایون؛ میرزایی، هوشنگ و رهگذر، مهدی. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش گروهی والدین کودکان ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال نقصان توجه-بیش‌فعالی بر اختلالات رفتاری فرزندان‌شان. فصلنامه علمی-پژوهشی توان‌بخشی، ۳(۱۰)، ۳۰-۲۴.

## References

- Brinkmeyer, M., & Eyberg, S. M. (2003). *Parent-child interaction therapy for oppositional children*. New York: Guilford. 22: 204-223.
- Bratton, S.C., Landreth, G.L., Kellam, T., Blackard, S. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual: A 10-session filial therapy model for training parents*. Routledge.
- Bussing, R., Boggs, S., Donnelly, R., Jaccard, J., & Eyberg, S. (2012). *Parent-child interaction therapy for preschoolers with ADHD*. USA: Clinical and Health Psychology, University of Florida.
- Coogan, A. N., Baird, A. L., Popa-Wagner, A. & Tome, J. (2016). Circadian rhythms and attention deficit hyperactivity disorder: Te what, the when and the why. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*; 67, 74-81.
- Cornett, N. & Bratton, SC. (2014). Examining the impact of child parent relationship therapy (CPRT) on family functioning. *J Marital FAM Ther*, 40(3), 302-318.
- Dineen, P., & Fitzgerald, M. (2010). Executive functions in routine childhood ADHD assessment. *Journal of European Psychiatry*, 25(1), 402-418

- El-Nagger, N. S., Abo- Elmagd, M. H. & Ahmed, H. I. (2017). Effect of applying play therapy on children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(5), 104-119.
- Fibert, Ph., Relton, C., Peasgood, T. & Daley, D. (2018). Protocol for the STAR (Sheffield Treatments for ADHD) project: an internal pilot study assessing the feasibility of the Trials within Cohorts (TwiCs) design to test the effectiveness of interventions for children with ADHD. *Pilot and Feasibility Studies*, 61(4), 1-9.
- Gajria, K., Lu, M., Sikirica, V., Greven, P., Zhong, Y., Qin, P., et al. (2014). Adherence, persistence, and medication discontinuation in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic literature review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1543–1569.
- Gast, D. L. (2010). *Single Subject Research Methodology in Behavioral Science*. USA: Rutledge; 150-170
- Gleason, M. M., Egger, H. L. & Emslie, G. J. (2007). Psychopharmacological treatment for very young children: contexts and guidelines. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(12), 1532–1572.
- Greco, L. A., Sorrell, J. T., & McNeil, C. B. (2001). Understanding manual based behavior therapy: Some theoretical foundations of parent-child interaction therapy. *Journal of Child & Family Behavior Therapy*, 23(4), 21-36.
- Hosogane, N., Kodaira, M., Kihara, N., Saito, K. & Kamo, T. (2018). Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for young children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Japan. *Annals of General Psychiatry*, 17(9), 1-7.
- Johnston, C. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyper activity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, 32(4), 215-228.
- Kidron, M., Landreth, G. (2010). Intensive child- parent relationship therapy with Israeli parents in Israel. *International Journal of Play Therapy*, 19(2), 64.
- Kofler, M. J., Larsen, R., Sarver, D. E., & Tolan, P. H. (2015). Developmental trajectories of aggression, prosocial behavior, and social-cognitive problem solving in emerging adolescents with clinically elevated attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(4), 10-27.
- Koren, P. E., DeChillo, N. & Friesen, B. J. (1992). Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: a brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology*; 37(4), 305-321.
- Landreth GL. (2002). *Play Ther: The art of the relationship*, 2nded. New York: Routledge.
- Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A ten-session filial therapy model*. New York: Routledge.
- Lindahl, K., Bregman, H., & Malik, N. (2012). Family boundary structures and child adjustment: The indirect role of emotional reactivity. *Journal of Family Psychology*, 26, 839-847.
- Magai, D. N., Malik, J. A. & Koot, H. M. (2018). Emotional and Behavioral Problems in Children and Adolescents in Central Kenya. *Child Psychiatry & Human Development*, 48, 1-13.
- Matza, L. M., Mary, K., Deal, L., Kimberly, F., & Erder, H. (2017). Challenges of Developing an Observable Parent-Reported Measure: A Qualitative Study Of Functional Impact Of ADHD In Children. *Journal Value in Health*, 20, 828 – 833.

- Moreira, H. & Canavarro, M. C. (2018). The Association between Self-Critical Rumination and Parenting Stress: The Mediating Role of Mindful Parenting. *Journal of Child and Family Studies*, 1-13.
- Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: A transactional relationship across time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117, 48–66.
- Pineda, D., Ardila, A., Rosselli, M., Arias, B. E., Henao, G. C., Gomez, L. F., et al. (1999). Prevalence of attention-deficit/ hyperactivity disorder symptoms in 4- to 17-year-old children in the general population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(6), 455–462.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and Meta regression analysis. *Am J Psychiatry*, 164(6), 942- 948.
- Ray, D. C., Blanco, P. J., Sullivan, J. M. (2009). Holliman R. An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. *International Journal of Play Therapy*, 18(3), 162.
- Sadock, J. M. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences /clinical psychiatry*, Amazon.
- Sanner, C. M. & Neece, C. L. (2018). Parental Distress and Child Behavior Problems: Parenting Behaviors as Mediators. *Journal of Child and Family Studies*, 27(2), 591-601.
- Trentacosta, C., Hyde, L., Goodlett, B. & Shaw, D. (2013). Longitudinal prediction of disruptive behavior disorders in adolescent males from multiple risk domains. *Child Psychiatry Hum Dev*, 18, 561–572
- Wahlin, I. & Idvall, E. (2006). *Patient empowerment in intensive care: An interview study*. *Intensive Crit Care Nurs*; 22(6): 370-7.
- Waters, SF, Virmani EA, Thompson, RA, & Meyer, S. (2009). Emotion regulation and attachment: Unpacking two constructs and their association. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(1), 37–47
- Wolraich, M., Brown, L., Brown, R. T., Paul, G., Earls, M. & Feldman, H. M. (2011). ADHD: Clinical Practice Guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128(5)1007–1022.
- Wong, Hawes, Clarke & Kohn. (2018). Perceptions of ADHD Among Diagnosed Children and Their Parents: A Systematic Review Using the Common-Sense Model of Illness Representations. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(1), 57-93.
- Wiener, J. M. & Duclan, M. K. (2004). *Textbook of Child & Adolescent psychiatry*. Third Edition. American Psychiatric Publishing.
- Yamamoto, Y., Holloway, S.D., Suzuki, S. (2006). Maternal involvement in preschool children's education in Japan: Relation to parenting beliefs and socioeconomic status. *Early Childhood Research Quarterly*, 21(3), 332-346.

### References in Persian

- Amir, F., Hasanabadi, H., Asghari nekah, M., & Tabibi, Z. (2012). Studying the effects of play therapy based on child- parent relationship therapy on improving the parenting styles. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*, 1(4), 473-489.
- Azimifar, SH., Jazayeri, Rezvan Sadat., Fatehizade, Maryam Sadat., Abedi, Ahmad. (2018).The comparing the effects of parent management training and acceptance and commitment based parenting training on mother-child relationship among mothers who have children with externalizing behavior problems. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*, 7(2), 99-122.
- Azizi, A., Ghasemi, S., Ghorbani, A., Shojai, F., Mohammadi, F. (2017). Comparison the Effectiveness of Functional Family Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Family Empowerment and Quality of Life in Families with Attention Deficit /Hyperactivity Disorder Children. *Psychology of Exceptional Individuals*, 7(26), 177-210. Doi: 10.22054/jpe.2017.22356.1575
- Azizi, A., Karimipoor, B A., Rahmani, S., Veisi, F. (2016). Comparing the Efficacy of Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) and Family-Focused Therapy (FFT) on Function of Families with Children with Oppositional Defiant Disorder (ODD).*Child Mental Health*, 3 (2),9-20.
- Houshvar, P., Behnia, F., Khoushabi, K., Mirzaei, H., Rahgozar, M. (2009). Effect of Group Parent Management Traning on Behavioral Disorders of Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *Rehabilitation*, 10 (3), 24-30.
- Mostafavi, S., Shaeeri, M., Asghari Moghaddam, M., Mahmoudi Gharai, J. (2013). Effectiveness of Educating Play Therapy Based on Child Parent Relationship Therapy (CPRT) According Landreth Model to Mothers on Reducing Child Behavioral Problems. *Clinical Psychology & Personality*, 2 (7), 33-42.
- Khalvati, M., Nafei, A., Soltani, M. (2014). The Relation between Family Empowerment and Metabolic Control and Adherence to Treatment's plan in Children with phenylketonuria. *Journal of Kermanshah University of Medical Science*, 8(18), 491-497.
- Mousavi, R., Jamali, A., Nejati, A., Sharifi, A. (2016). The Effectiveness of group interventions based on parent-child relationship on mothers parenting children (ages 8-11) with ADHD. *Rooyesh-e- Ravanshenasi Journal*, 5 (2), 115-146.
- Rajab-Pour, M., Makvand-Housseini, S. & Rafie- Nia P. (2012). The Effectiveness of Child-Parent Relationship Therapy on Aggression in Preschoolers. *J Clinic Psychol. J Clin Psychol.*, 4(1), 65-74.
- Weisani, M., Shahni Yailagh, M., Alipour, S. (2015). Effectiveness of child-parent relation therapy on the symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Family Psychology*, 2 (1), 29-38.