

## اثربخشی مداخلات خانواده‌محور بر نشانه‌های بالینی و مهارت‌های اجتماعی

### کودکان بیش فعال

**لیلا افصلی:** دکترای تخصصی، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران  
**سوگند قاسم‌زاده:** استادیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران- نویسنده  
رابط: s.ghasemzadeh@ut.ac.ir

**مریم هاشمی بخشی:** دکترای تخصصی، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۹/۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۵/۱۶

### چکیده

**زمینه و هدف:** این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی مداخلات خانواده‌محور بر نشانگان بالینی و مهارت‌های اجتماعی کودکان بیش فعال انجام شده است. پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. برای این منظور پژوهش تعداد ۲۸ نفر از دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به یک مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره به همراه پدران و مادرانشان با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، به عنوان نمونه اصلی پژوهش انتخاب شدند و سپس در دو گروه مساوی چهارده نفری قرار گرفتند. گروه آزمایشی در برنامه خانواده‌درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند.

**روش کار:** ابزارهای پژوهش، پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی نوجوانان ایندربیتزن و فوستر (۱۹۹۲) و پرسشنامه کانرز والدین (۱۹۹۹) بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

**نتایج:** نتایج نشان داد که مداخلات خانواده‌محور منجر به افزایش مهارت‌های اجتماعی و کاهش نشانه‌های بالینی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی می‌شود.

**نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مداخله پژوهش حاضر برای افزایش مهارت اجتماعی و کاهش نشانه‌های بالینی کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی مفید است.

**واژگان کلیدی:** مداخلات خانواده‌محور، اختلال بیش‌فعالی، مهارت‌های اجتماعی

### مقدمه

Hyperactivity Disorder) رفتارهایی است که از لحاظ اجتماعی اخلاک‌گرانه محسوب می‌شوند، یعنی، موقعیت‌های اجتماعی را مختل می‌کنند. این موقعیت‌های اجتماعی می‌تواند خانواده، مدرسه، یا هر جای دیگری باشند که در آنجا، غیر از کودک فرد دیگری نیز حضور دارد (۲) و شامل افزایش فعالیت‌های حرکتی در مواقع نامناسب، وول خوردن زیاد، بازی با انگشتان و پرحرفی می‌باشد (۳). اختلال بیش‌فعالی ممکن است بسته به سن و جنس کودک متفاوت باشد و شیوع آن در پسرها بیشتر از دخترهاست

یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی و نوجوانی اختلال بیش‌فعالی (Hyperactivity Disorder) است که یکی از علل رایج ارجاع کودکان به کلینیک‌های روانشناسی می‌باشد (۱). بیش‌فعالی می‌تواند باعث بروز ناسازگاری‌های روانی و اجتماعی کودک در خانواده، مدرسه و اجتماع گردد. بر اساس متن تجدید نظر شده در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5)، ویژگی اصلی اختلال کم توجهی-بیش‌فعالی (Attention Deficit

ادامه می‌یابد (۹). مهارت‌های اجتماعی، شامل توانایی‌های خاصی است که عملکرد مناسب فرد را در موقعیت‌های اجتماعی ممکن می‌سازد؛ مانند رفتارهای آشکار، مهارت‌های شناختی-اجتماعی و تنظیم هیجانی. از این رو این مهارت‌ها به کودک اجازه می‌دهد تا رفتار خود را بازمینه کرده و مطابق با آن تغییر دهد. زمانی که مشکلاتی در زمینه بازداری، توجه و مهار تکانه وجود دارد؛ کودک مشکلاتی را در حیطه‌های رفتاری و اجتماعی نشان می‌دهد (۸). کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی، پایین‌ترین سطح کنش‌وری اجتماعی را نشان می‌دهند و مشکلات بیشتری در دوست‌یابی و حفظ آن دارند. به طور کلی کودکان مبتلا به این اختلال، مشکلات اجتماعی زیادی را در موقعیت‌های مختلف تجربه می‌کنند (۸).

لذا با توجه به اهمیت موضوع، این کودکان نیازمند تشخیص و مداخله زودهنگام هستند تا مهارت‌های پیش نیاز ارتباط اجتماعی درست را فرا بگیرند (۱۲-۱۰) و در این میان مداخله خانواده محور به دلیل آنکه خانواده نخستین مکان شکل‌گیری رابطه‌های رفتاری و هیجانی کودک می‌باشد، اهمیت بسزایی دارد. رویکرد خانواده محور، بر اساس نظریه سیستم خانواده (Family system theory) است که آسایش کودک را بر اساس آسایش خانواده مشخص کرده (۱۳) و بر قدرت، منابع و توانمندی‌های کودک و خانواده تمرکز دارد (۱۴). عنصر اصلی در این رویکرد، دخیل کردن خانواده در تصمیم‌گیری، همکاری و ارتباط دو جانبه (خانواده و درمانگر)، احترام متقابل، پذیرش خانواده‌ها، حمایت از خانواده‌ها، سهیم کردن خانواده‌ها در اطلاعات تخصصی، منعطف بودن خدمات ارائه شده و تلاش در جهت توانمندکردن خانواده‌هاست (۱۴). در رویکرد خانواده‌محور، مداخله در خانواده انجام می‌شود و والدین در وضعیت مداخله آموزش می‌بینند. بنابراین یک محیط آرام برای کودک ایجاد می‌شود که باعث افزایش حداکثر عملکرد کاری او می‌گردد. اهداف عملکردی توسط خانواده مشخص، و آنها در طرح مداخله درمانی درگیر می‌شوند و از طرفی اطلاعات ارزنده‌ای از

(۳). تشخیص اولین علائم اختلال بیش‌فعالی غالباً تا ۳ سالگی بسیار دشوار است و بیش از همه در دوران تحصیل ابتدایی مشخص می‌شود. این اختلال معمولاً تا اوایل نوجوانی سیر نسبتاً ثابتی دارد (۲). اختلال بیش‌فعالی که در سنین پیش دبستانی بروز می‌کند در طی زمان مزمن و پایدار است و پیش‌آگهی این اختلال نامطلوب می‌باشد (۳). پژوهش‌های سبب‌شناسی نیز، علت اختلال را ترکیبی از ویژگی‌ها و گرایش‌های ژنتیکی یا زیست‌شناختی کودکان و عوامل محیطی می‌دانند (۴). کودکان با اختلال بیش‌فعالی، معمولاً در مدرسه پیشرفت خوبی ندارند (۵) و عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی هستند (۶). همچنین اختلال ADHD، سندرمی عصب‌شناختی است که معمولاً با ویژگی‌های تکانشگری، نقص توجه و بیش‌فعالی مشخص می‌شود (۲). افراد مبتلا به این اختلال ممکن است توانایی توجه دقیق به جزئیات را نداشته باشند یا در انجام تکالیف مدرسه، کار یا سایر فعالیت‌ها از روی بی‌احتیاطی مرتکب اشتباه شوند. اغلب در فعالیت‌های این افراد بی‌نظمی وجود دارد و وظایف با بی‌دقتی انجام می‌شود. حفظ توجه برای این افراد غالباً دشوار است و به سختی می‌توانند برای به پایان رساندن تکالیف توجه خود را متمرکز کنند (۷).

مهارت‌های اجتماعی به عنوان یکی از متغیرهای این پژوهش با پیشرفت تحصیلی، سازش یافتگی و مهارت‌های ارتباطی فرد رابطه دارد. نارسایی در مهارت‌های اجتماعی، یک بخش عمده ملاک تشخیص اختلال‌های رفتاری می‌باشد (۸). مهارت اجتماعی زیر مجموعه سازه وسیع‌تر قابلیت اجتماعی است. قابلیت اجتماعی شامل دو بعد مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای سازشی است. واگن و هوگان (۱۹۹۰) چهار مولفه قابلیت اجتماعی شامل: مهارت‌های اجتماعی مؤثر، فقدان مهارت‌های سازش‌نا یافته، روابط مثبت با دیگران و شناخت اجتماعی صحیح را مشخص کردند. مشکلات مربوط به تعاملات اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی از دوران کودکی آغاز شده و تا دوران نوجوانی و بزرگسالی

فرزندپروری بر نشانگان این اختلال، اقدامات خانواده محور باید ابتدا از خانواده شروع شود چرا که نقش والدین در یادگیری فرزند ضروری و اساسی است. همچنین محیط خانوادگی و احساس امنیت روانی که والدین در خانه فراهم می‌کنند از مهم‌ترین عوامل مؤثر در غنی‌سازی عاطفی و سازگاری اجتماعی و رفتاری فرزندان است. با توجه به اهمیت بحث، پژوهشگران بر آن شدند تا به اثربخشی مداخلات خانواده محور بر نشانگان کودکان با اختلال بیش‌فعالی و مهارت‌های اجتماعی بپردازند.

### روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف، جزء پژوهش‌های کاربردی است و بر حسب نحوه گردآوری داده‌ها، از نوع پژوهش‌های شبه آزمایشی با طرح دوگروهی و انتساب تصادفی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. در این طرح آزمودنی‌ها با انتساب تصادفی میان گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل تقسیم شدند. در این طرح متغیرهای وابسته با پیش‌آزمون و پس‌آزمون اندازه‌گیری می‌شود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش‌آموزان پسر با اختلال بیش‌فعالی و والدینشان در حال تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵ در پایه‌های اول تا ششم دبستان‌های مدارس شهر تهران مراجعه کننده به مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره احیاء بودند. ملاک‌های شمول افراد برای شرکت در پژوهش به-منظور هم‌تاسازی افراد مورد مطالعه و متناسب با ویژگی-های آموزش عبارتند از: دارا بودن نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی، کودکان ۷ تا ۱۲ سال، دارا بودن پدر و مادر که با هم زندگی می‌کنند، حداقل تحصیلات دیپلم برای مادر و پدر، علاقمندی شرکت‌کنندگان برای مشارکت در پژوهش بر اساس رضایت نامه کتبی و داشتن بهره هوشی متوسط به بالا برای کودک (۹۰ به بالا). همچنین ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش عبارتند از: دریافت مداخله روانشناختی دیگر برای کودک در زمان اجرای پژوهش، شروع دارو درمانی یا تغییر نوع یا میزان دارو برای

طرف درمانگر در اختیار آنها قرار می‌گیرد که به کمک آن بتوانند سمت و سوی درمان را مشخص کنند و کودک خود را جهت انجام تکلیف‌های تمرینی در یک محیط عملکردی تحت نظر قرار دهند (۱۵). در این رویکرد به هر خانواده فرصتی داده می‌شود که خودش را در انتخاب خدماتی که دوست دارد دخیل کرده و در مورد کودکش تصمیم بگیرد (۱۶). در مداخله خانواده محور، قدرت، توانایی‌ها و نیازهای همه اعضای خانواده در نظر گرفته می‌شود (۱۷). با توجه به اهمیت رابطه بین والدین و کودک در پدیدارشدن مشکلات رفتاری، آموزش والدین یکی از رایج‌ترین شیوه‌های درمانگری برای اختلال بیش-فعالی محسوب می‌شود (۱۸).

در جهت اثربخشی مداخلات بر کاهش نشانه‌های بالینی اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی شوشتری و همکاران (۱۹) در پژوهشی با عنوان اثربخشی مداخلات زودهنگام مبتنی بر بازی‌های کودک محور بر میزان بیش-فعالی کودکان به این نتیجه رسیدند که تشخیص و مداخلات زودهنگام، سبب کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی در کودکان مبتلا به این اختلال می‌شود. از سوی دیگر، پژوهش‌هایی با رویکرد خانواده‌محور به اعضاء خانواده در جهت بهبود متغیر پژوهشی استفاده شده است. نتیجه یک مطالعه مقطعی نشان داد که رضایتمندی والدین کودکان با اختلال بیش‌فعالی، در نتیجه سوق دادن خدمات به سمت رویکرد خانواده محور، افزایش پیدا می‌کند؛ رضایتمندی از ارائه دهندگان خدمات شامل، احساس درگیر شدن بیشتر در تصمیم‌گیری، درک نظرات و هماهنگی بیشتر در خدمات ارائه شده بود (۹). همچنین کودکان مبتلا به این اختلال، مشکلات بیشتری در روابط اجتماعی با همسالان و والدین (۲۰)، برادر و خواهر و معلمان (۲۱) تجربه می‌کنند؛ و خانواده سهم مهمی در کاهش این علائم دارد.

همان‌طور که گفته شد در مطالعات پژوهشی گوناگون تأثیر مداخلات خانواده‌محور بر متغیر پژوهشی بررسی شده است. با توجه به نقش والدین و خانواده و سبک‌های

و فاقد اختلالات همراه اجرا شده است. تمامی کودکان پرسشنامه های کانرز والدین و معلمین و آزمون عملکرد مداوم ثبت گردید. میانگین ۴ نمره املای مدرسه کودک نیز ثبت شد. رابطه همبستگی بین زیر مقیاس های کانرز معلمین، کانرز والدین و تست عملکرد مداوم بررسی شد. یافته‌ها نشان داد که خطای ارتکاب با مقیاس بیش فعالی در پرسشنامه کانرز والدین و مقیاس کلی در پرسشنامه کانرز والدین همبستگی معنی داری را نشان داد. خطای حذف با مقیاس بی توجهی در پرسشنامه کانرز معلمین و مقیاس کلی در پرسشنامه کانرز معلمین همبستگی معنی داری را نشان داد. زمان واکنش با مقیاس مقابله ای در پرسشنامه کانرز والدین همبستگی معنی داری را نشان داد. نمره املای کودکان با مقیاس بی توجهی پرسشنامه کانرز والدین و خطای حذف در آزمون عملکرد مداوم ارتباط همبستگی معکوسی را نشان داد. نتایج این پژوهش نشان می دهد که همبستگی قابل قبولی را بین مقیاس های پرسشنامه ای و نوروسایکولوژیک در اختلال نقص توجه-بیش فعالی وجود دارد.

پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی نوجوانان (TISS) *Teenage Inventory of Social Skills*: پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی نوجوانان (TISS) توسط ایندربیتزن و فوستر ساخته شده است که از ۳۹ گویه و ۲ خرده مقیاس رفتارهای اجتماعی مطلوب (۲۰ سوال) و رفتارهای غیر اجتماعی (۱۹ سوال) تشکیل شده است که به منظور بررسی میزان مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان بکار می‌رود (۲۲). پایایی این پرسشنامه را امینی در سال ۱۳۷۸ در شهر تهران برای دانش دختران پایه دوم راهنمایی برای گزاره های مثبت و منفی به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۶۸ گزارش کرده است. فرآیند مداخله: در ابتدا ۲۸ نفر از کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی (۱۶ نفر پسر و ۱۲ نفر دختر) به همراه پدران و مادرانشان به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و ابزارهای پیش‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های پیش‌آزمون و فرم مشخصات جمعیت شناختی را تکمیل نمودند. شرکت‌کنندگان گروه

مشکلات روانشناختی کودک طی یک ماه قبل از شروع مداخله، همبودی با اختلال‌های یادگیری، دریافت مداخله روانشناختی دیگر برای مادر و پدر در زمان اجرای پژوهش، ابتلا به بیماری جسمی حاد یا مزمن پدر، مادر و فرزند؛ و گذراندن برنامه مشابه توسط والدین. نمونه پژوهش به روش مبتنی بر هدف و بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. در نهایت در این پژوهش تعداد ۲۸ نفر از دانش‌آموزان مقطع ابتدایی دارای اختلال بیش‌فعالی مراجعه کننده به مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره، به همراه پدران و مادرانشان با استفاده از روش نمونه‌گیری گزینش هدفمند، به عنوان نمونه اصلی پژوهش با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش انتخاب شدند و سپس در دو گروه مساوی چهارده نفری کودک به همراه والدینشان، به شرح زیر به طور تصادفی قرار گرفتند: گروه آزمایشی: گروه شرکت کننده در برنامه خانواده درمانی و گروه کنترل (لیست انتظار): هیچ مداخله ای دریافت نکردند.

ابزار مقیاس درجه بندی کانرز *Conners Rating*

*Scale (CRS)*: به منظور بررسی شدت علائم اختلال بیش فعالی/کمبود توجه کودکان از فرم والدین مقیاس درجه بندی کانرز (CRS) استفاده شده است. این آزمون مشتمل بر ۴۸ پرسش است. با استفاده از این فرم، می توان به وسیله آن، پنج گروه از اختلال های کودکان را شامل بیش فعالی، اختلال های یادگیری، اختلال های سلوک، مشکل های روان تنی و اضطراب را اندازه گیری کرد. به منظور نمره گذاری، نمره سوالات مربوط به هر مولفه را جمع کرده و بر تعداد سوالات تقسیم می نمایم. نمره حاصل بین صفر تا سه می باشد که عدد کمتر نشان دهنده مشکلات کمتر در کودکان می باشد. اگر میانگین به دست آمده از ۱/۵ بالاتر باشد بر وجود اختلال بیش فعالی دلالت دارد. این مقیاس برای رده سنی ۳ تا ۱۷ سال کاربرد دارد (۲۲). در سال ۱۳۸۴ ابزار مذکور را در ایران اعتباریابی نمودند. این پژوهش بر روی ۱۵ کودک از بین کودکان ۸-۱۲ سال مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی

و عوامل، مداخله‌ها؛ آشنایی با راهکارهای کاهش علل تداوم بخش ناسازگاری های اجتماعی و رفتاری؛ بهبود شیوه‌های ارتباطی و روابط بین‌فردی والدین با یکدیگر؛ بهبود شیوه‌های ارتباطی والدین با فرزندان؛ بهبود شیوه‌های ارتباطی و روابط بین‌فردی اعضای خانواده: خواهرها و برادرها، آموزش مدیریت رفتارهای چالش برانگیز کودکان. این برنامه به ترتیب به صورت سه جلسه عمومی و گروهی ۱۲۰ دقیقه‌ای با حضور همزمان پدر و مادر (حضور پدر اجباری بود)، بعد از آن هفت جلسه گروهی ۱۲۰ دقیقه‌ای برای مادران (حضور پدر و مراقبان دیگر کودک اختیاری و امکان‌پذیر بود) و ۱۴-جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش مهارت اجتماعی برای دانش آموزان (حضور خواهر و برادرهای دانش‌آموز اختیاری و امکان‌پذیر بود) برگزار شد. بعد از هر جلسه، شرکت کنندگان موظف به انجام تکالیف در منزل بودند و ویژگی این تکالیف به گونه‌ای بود که مربوط به تمام اعضای خانواده بود و عملکرد آنان را در بر می‌گرفت. شایان ذکر است برخی والدین برای بررسی و حل چالش‌های خانواده خود در طی فرایند درمان به صورت انفرادی مشاوره دریافت می‌کردند. بدین ترتیب جلسات گروهی طی ۲۴ جلسه تحت برنامه آموزشی به شیوه شناختی - رفتاری گروهی برگزار شد (جدول ۱). بعد از پایان آموزش، همزمان پس از آزمون‌ها توسط دستیاران پژوهشگر اجرا شد. قابل ذکر است در طی فرایند پژوهش گروه کنترل تعداد دو نفر ریزش داشت و در نهایت اطلاعات مربوط به ۲۶ شرکت کننده جمع‌آوری شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات به منظور تحلیل داده‌ها، افزون بر روش‌های آمار توصیفی، از روش تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد.

## نتایج

از آنجا که طرح این تحقیق شبه آزمایشی و از نوع طرح دو گروهی ناهمسان با پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد، لذا برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد. جدول ۲ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و مرحله را نشان می‌دهد.

آزمایش در برنامه آموزشی شرکت داشتند، اما گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند (شرکت‌کنندگان گروه کنترل پس از مداخله تحت برنامه آموزشی قرار گرفتند). براساس ملاک‌های خروجی پژوهش، تنها افرادی وارد تحقیق شدند که طی یک ماه قبل از شروع برنامه خانواده محور، خود یا کودکشان دارو درمانی نمی‌شوند. در این پژوهش، وضعیت دانش‌آموزان بیش فعال به گونه‌ای بود که بر اساس نظر متخصصان (روانپزشک و روانشناس کودک) آنان نیاز به مصرف دارو نداشتند.

برنامه پژوهش حاضر برنامه‌ای خانواده محور مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری است که هدف اصلی آن ارتقای مهارت‌های فرزندپروری، بهبود روابط اعضای خانواده، افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش نشانه‌های بالینی اختلال بیش‌فعالی دانش‌آموزان است. در آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری نیز هدف نهایی آموزش، اصلاح شناخت و تغییر رفتارهای مشکل‌ساز و ایجاد رفتارهای جدید و سازگارانه است. به دلیل ویژگی‌های زیر رویکرد شناختی رفتاری در طراحی و تدوین برنامه آموزشی این پژوهش به کار رفته است: در حوزه درمان و ارتقای سلامت این رویکرد کارآمد، کاربردی و کارا ارزیابی شده است، حمایت پژوهشی و تجربی خوب در حوزه درمان و آموزش روانشناختی و مهارت آموزی دارد، رویکردهای درون این نظریه ساختاری مبتنی بر آموزش روانشناختی دارد، مداخلات، کوتاه‌مدت است، جلسات، دارای ساختار است، فرد برای کشف مهارت‌های کمک به خود در محدوده زمانی کوتاه و مشخصی تشویق می‌شود، اثرات این مداخلات عینی و اندازه‌پذیر است، این راهبردها قابلیت آموزش به صورت گروهی دارد، فنون آموزشی شناختی-رفتاری به شکل مهارت‌هایی هستند که با تمرین یاد گرفته می‌شوند و به محیط زندگی فرد انتقال می‌یابند، تکنیکی بودن و داشتن برنامه‌های آموزشی مدون که استفاده از آنها را در مداخلات آسان می‌کند، با مطالعه منابع موجود، محتوای آموزشی برنامه، هدف‌های عمومی زیر را دنبال کرده است: آشنایی با اختلال بیش‌فعالی، علل

وابسته دو گروه آزمایش و گواه با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند (جدول ۵).

بررسی تفکیکی متغیرهای وابسته نشان می‌دهد که مقدار  $F$  به دست آمده در همه مولفه‌ها در سطح  $p \leq 0/01$  معنی‌دار است.

در مولفه رفتارهای اجتماعی مثبت نمره پیش‌آزمون برابر  $48/2$  و در پس‌آزمون برابر  $85/2$  می‌باشد، در مولفه رفتارهای اجتماعی منفی نمره پیش‌آزمون برابر  $101/5$  و در پس‌آزمون برابر  $64$  می‌باشد، با توجه به افزایش نمره در مولفه رفتارهای مثبت و کاهش نمره در رفتارهای منفی، می‌توان گفت، مداخلات خانوادگی محور بر مهارت اجتماعی کودکان بیش‌فعال تاثیر مثبت داشته است (جدول ۶).

### بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی برنامه مداخلات خانوادگی محور بر نشانه‌های بالینی و مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال بیش‌فعالی انجام شد. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، مداخله‌ی خانوادگی محور توانسته بود که نشانه‌های بالینی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی را در سطح معنی‌داری پس از اجرای برنامه تغییر دهد. با توجه به آماره‌های بدست آمده؛ میانگین نمره پیش‌آزمون - پس‌آزمون در گروه آزمایشی و کنترل در مولفه‌های بیش‌فعالی، اختلال یادگیری، اختلال سلوک، مشکلات روان‌تنی، اضطراب، در سطح معنی‌داری با یکدیگر تفاوت داشتند. این در حالی است که گروه کنترل تقریباً در کلیه مؤلفه‌ها در بین پیش-آزمون و پس‌آزمون تغییر قابل ملاحظه‌ای را نشان نداده است. یافته‌های فوق با پژوهش‌های (۲۳، ۲۴، ۱۹) همخوان است. در توجیه این امر باید گفت خانواده به منزله آنکه نخستین مکان شکل‌گیری رابطه‌های رفتاری و هیجانی کودک می‌باشد، اهمیت بسزایی دارد. یک محیط آرام برای کودک باعث ایجاد افزایش حداکثر عملکرد او می‌گردد و اینکه بهترین موقعیت برای تعیین نیازهای کودک با اختلال بیش‌فعالی خانوادگی‌ها هستند و تعاملات صحیح والدین با کودکان‌شان پیش‌بینی‌کننده کاهش نشانه‌های اختلال

قبل از انجام تحلیل آماری به بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس از قبیل نرمال بودن توزیع و همگنی واریانس‌ها پرداخته شد. نتایج حاکی از عدم معنی‌داری متغیرهای پژوهش بود که این نشان دهنده برقراری مفروضه‌های نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها می‌باشد. بنابراین استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع است. (جدول ۲)

مداخلات خانوادگی محور بر نشانه‌های بالینی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی موثر است. مقدار اثر پیلاپی  $0/27$  می‌باشد که در سطح  $p \leq 0/01$  معنی‌دار می‌باشد و مقدار لامبدا ویلکز برابر  $0/73$  است که سطح  $p \leq 0/01$  معنی‌دار می‌باشد. بنابراین، متغیرهای وابسته دو گروه آزمایش و گواه با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند (جدول ۳).

بررسی تفکیکی متغیرهای وابسته نشان می‌دهد که مقدار  $F$  به دست آمده در همه مولفه‌ها در سطح  $p \leq 0/01$  معنی‌دار است.

در مولفه بیش‌فعالی نمره پیش‌آزمون برابر  $2/75$  و در پس‌آزمون برابر  $0/60$  می‌باشد، در مولفه اختلال یادگیری نمره پیش‌آزمون برابر  $2/40$  و در پس‌آزمون برابر  $0/40$  می‌باشد، در مولفه اختلال سلوک نمره پیش‌آزمون برابر  $2/25$  و در پس‌آزمون برابر  $0/20$  می‌باشد، در مولفه مشکلات روان‌تنی نمره پیش‌آزمون برابر  $2/6$  و در پس‌آزمون برابر  $0/3$  می‌باشد، در مولفه اضطراب نمره پیش‌آزمون برابر  $3/8$  و در پس‌آزمون برابر  $0/2$  می‌باشد. به استناد کاهش نمرات در پس‌آزمون گروه آزمایش و تغییر اندک نمرات در گروه گواه، می‌توان گفت، مداخلات خانوادگی محور بر نشانه‌های بالینی بیش‌فعالی تاثیر مثبت داشته است (جدول ۴).

مداخلات خانوادگی محور بر مهارت اجتماعی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی موثر است.

مقدار اثر پیلاپی  $0/42$  می‌باشد که در سطح  $p \leq 0/01$  معنی‌دار می‌باشد و مقدار لامبدا ویلکز برابر  $0/58$  است که سطح  $p \leq 0/01$  معنی‌دار می‌باشد. بنابراین، متغیرهای

دوره‌های آموزشی با حضور همزمان والدین بدون حضور فرزندان، جلسه برای مادران، جلسات برای کودکان و در نهایت جلسات اختصاصی برای هر خانواده با رویکرد خانواده‌محور؛ همانند فرضیه اول و با همان سبک برگزار شد و باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی مناسب در کودکان بیش‌فعال گردید که در نهایت باعث کسب مهارت‌های اجتماعی در آنها شد. از این‌رو می‌توان نتیجه گرفت که این برنامه مداخله‌ای توانسته است رفتارهای نامناسب اجتماعی در گروه آزمایش را کاهش دهد، همسو با آن، (۲۷-۲۵، ۴) در یافته‌شان به نتایج مشابهی نیز دست یافتند. و نتایج یاد شده همخوان با نتیجه حاصل از تایید فرضیه دوم در این پژوهش است. با توجه به یافته‌های مربوط به کاهش شدت نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی در اثر آموزش، می‌توان ذکر کرد؛ که مداخله بکار گرفته شده در پژوهش حاضر، روش سودمندی جهت کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی در کودکان مبتلا بوده است. برای تبیین این امر باید توجه داشت که بسیاری از مشکلات کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی در محیط خانواده تشدید می‌شوند و عوامل نگهدارنده آن‌ها نیز در همین محیط قرار دارند. بنابراین می‌توان پذیرفت که آموزش افرادی که بیشترین زمان را با کودک می‌گذرانند (خانواده) و بیشترین تاثیر را بر او دارند، احتمال کاهش رفتارهای نامناسب را در کودک افزایش می‌دهند. با بررسی محتوای مداخله پژوهش حاضر می‌توان دریافت که مواردی همچون: آموزش رفتارهای مناسب و نامناسب، ایجاد مرز برای کودکان، آموزش مسئولیت‌پذیری، آموزش راه‌های مناسب برای جلب توجه، درخواست کمک، بازی و همکاری کردن به صورت گروهی و... به ورت مستقیم بر مهارت اجتماعی کودکان تمرکز دارد و نتیجه به دست آمده دور از انتظار نیست.

در مداخله خانواده محور به دلیل آنکه خانواده نخستین مکان شکل‌گیری رابطه‌های رفتاری و هیجانی کودک می‌باشد، اهمیت بسزایی دارد و مداخله پژوهش حاضر بر اثرگذاری آسایش خانواده و روابط والدین بر آسایش کودک تاکید و و بر قدرت، منابع و توانمندی‌های

بیش‌فعالی در فرزندان‌شان است. در واقع در برنامه حاضر آموزش به شیوه شناختی-رفتاری به خانواده‌ها با محتوا و هدف‌های عمومی شامل آشنایی با اختلال بیش‌فعالی، علل و عوامل، مداخله‌ها؛ آشنایی با راهکارهای کاهش علل تداوم‌بخش اختلال بیش‌فعالی؛ بهبود شیوه‌های ارتباطی و روابط بین‌فردی والدین با یکدیگر؛ بهبود شیوه‌های ارتباطی والدین با فرزندان؛ بهبود شیوه‌های ارتباطی و روابط بین‌فردی اعضای خانواده، آموزش مدیریت رفتارهای چالش‌برانگیز و آموزش دستوردهی مناسب؛ آموزش داده شد. از این‌رو تجهیز والدین به روابط صحیح با کودکان‌شان؛ می‌تواند تا حد زیادی از بروز مشکلات بین آنها جلوگیری به عمل‌آورد. رویکردهای جدید درمانی برای آموزش خانواده نقش مهمی را قایل‌اند و پژوهش‌ها نیز به نقش آموزش خانواده در افزایش اثربخشی برنامه‌های درمانی پرداخته‌اند. در پژوهش حاضر سعی شد با آموزش و آگاهی دادن به والدین و درگیر کردن آنان در مداخله باعث کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی، اختلال یادگیری، اختلال سلوک، مشکلات روان‌تنی، اضطراب شود. بنابراین با در نظر گرفتن شرایط آموذنی‌ها، آموزش به والدین و تسهیل روابط اعضای خانواده نتیجه پژوهش حاضر دور از انتظار نبود.

همچنین با توجه و استناد به افزایش نمرات در پس‌آزمون گروه آزمایش و تغییر اندک نمرات در گروه کنترل، تاثیر مداخلات خانواده محور در ارتقای مهارت‌های اجتماعی کودکان بیش‌فعال مشهود و در واقع فرضیه دوم پژوهش حاضر که مداخلات خانواده محور بر تعاملات اجتماعی کودکان بیش‌فعال اثر دارد؛ تایید می‌گردد و با تبیین نتایج حاصل از این فرضیه و با استناد به افزایش نمرات می‌توان گفت؛ مداخلات خانواده محور پیش‌بینی‌کننده مهارت‌های اجتماعی کودکان بیش‌فعال است، به عبارتی دیگر مداخلات خانواده‌محور بر رفتارهای اجتماعی مناسب تاثیر مثبت دارد و خانواده از عوامل تاثیرگذار بر فرزندان است. همچنین شایان ذکر است

جهت افزایش رفتارهای مناسب اجتماعی و کاهش نشانه-های بالینی کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی از مداخله خانواده‌محور پژوهش حاضر استفاده کنند.

### نتیجه‌گیری

مداخله خانواده‌محور پژوهش حاضر برای افزایش مهارت اجتماعی و کاهش نشانه‌های بالینی کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی مفید است.

### تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که ما را در این تحقیق یاری کردند، سپاسگزاریم

کودک و خانواده تمرکز داشت. از این رو و با توجه به تایید فرضیه‌های تحقیق و با توجه به پیشینه قوی و تحلیل پژوهشگران می‌توان اذعان داشت که با آموزش نحوه رفتار صحیح و دقیق، مداخلات خانواده‌محور بر کاهش نشانه‌های بالینی اختلال‌های بیش‌فعالی و افزایش رفتارهای مناسب اجتماعی کودکان بیش‌فعال تاثیر دارد. از محدودیت‌های تحقیق می‌توان به محدود بودن تعداد نمونه، بالا بودن سطح اجتماعی-اقتصادی خانواده‌ها و خصوصی بودن مراکز مشاوره اشاره کرد، همچنین شایان ذکر است با توجه به اینکه نمونه انتخاب شده مربوط به شهر تهران بود، بنابراین به تعمیم نتایج به سایر نقاط کشور باید با احتیاط عمل کرد و در نهایت با توجه یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که متخصصین و درمانگران

**جدول ۱- جلسات آموزشی برنامه خانواده‌محور: اثربخشی مداخلات خانواده‌محور بر نشانه‌های بالینی و مهارت‌های اجتماعی کودکان بیش‌فعال**

جلسه	شیوه اجرا	اهداف	محتوا	تکلیف منزل	رفتار مورد انتظار
۱	گروهی (پدر و مادر)	آشنایی با قوانین، اهداف و کلیات برنامه	معرفی برنامه-توافق قوانین-آشنایی با اختلال بیش‌فعالی.	یافتن سبک برقراری ارتباط اعضای خانواده با توجه به مطالب آموخته شده در این جلسه	آگاهی از جلسات آتی و تعدیل انتظارات درک اهمیت روابط درون خانوادگی
۲	گروهی (پدر و مادر)	زمان کیفیت اعضای خانواده، تنظیم هیجان	مرور جلسه قبل، زمان با کیفیت برای خود و فرزند-مهارت‌های فردی در تنظیم خلق: کنترل خشم در خانواده	ایجاد زمان کیفی برای اعضای خانواده	ایجاد و تداوم پیوند عاطفی اعضای خانواده
۳	گروهی (پدر و مادر)	آگاهی از فرایند شناختی ارتباط والدین	آشنایی با علیت حلقوی و بازسازی شناختی در روابط همسران-موانع ارتباطی	یافتن خطاهای شناختی خود	پذیرش خطا و اشتباهات ارتباطی
۴ و ۵	گروهی (مادر)	آگاهی از شرایط کودک	مرور جلسه قبل، زمان با کیفیت با کودک-شناسایی ویژگی‌های این کودکان-روابط خواهر و برادر، ایجاد مرز برای کودک	توجه مثبت و اختصاص زمان مناسب با کودک	درک نقاط قوت و ضعف کودک
۶ و ۷	گروهی (مادر)	آگاهی از شرایط کودک	مرور جلسه قبل، شناسایی رفتارهای سالم و ناسالم در کودک-هدف‌های تربیتی سالم و ناسالم در خانواده	یافتن رفتار سالم و ناسالم کودک خود	درک نقاط قوت و ضعف کودک، ایجاد مرز برای کودک
۸ و ۹	گروهی (مادر)	آگاهی از سبک‌های فرزند پروری	تربیت سالم :راهکارهای افزایش رفتارهای سالم و کاهش رفتار نا سالم	اجرای راهکارهای فرزند پروری مناسب	یادگیری و به کارگیری برخوردار مناسب با کودک
۱۰	گروهی (مادر)	ایجاد رفتاری و مسئولیت برطرف کردن	مرور جلسه قبل، راهکارهای افزایش مسئولیت پذیری در کودک	دادن بازخورد عینی و منطقی به جای سرزنش، ایجاد احساس گناه	یادگیری و به کارگیری برخوردار مناسب با کودک

جدول ۱- جلسات آموزشی برنامه خانواده محور: اثربخشی مداخلات خانواده محور بر نشانه های بالینی و مهارت های اجتماعی کودکان

بیش فعال

		ابهامات	
۱۱ و ۱۲	گروهی (دانش آموز)	آشنایی با قوانین، و کلیات برنامه ایجاد ارتباط با شرکت کنندگان آموزش ارتباط چشمی و حالات چهره بر اساس الگودهی و بازی نقش و آراستگی ظاهری پایه	مرور جلسه قبا معرفی برنامه، معرفی شرکت کنندگان، نقاشی کردن گروهی با هدف ایجاد ارتباط با شرکت کنندگان آموزش ارتباط چشمی و حالات چهره بر اساس الگودهی و بازی نقش و آراستگی ظاهری پایه
۱۳ و ۱۴	گروهی (دانش آموز)	آشنایی با مهارت وضعیت صدا و فاصله اجتماعی	مرور جلسه قبل، آموزش وضعیت صدا (زیر و بمی، حجم، وضوح، محتوا) و فاصله اجتماعی بر اساس الگودهی، بازی نقش و شعر خوانی
۱۵ و ۱۶	گروهی (دانش آموز)	آشنایی با مهارت احوال پرسی کردن با دیگران گفت و گو کردن	مرور جلسه قبل، آموزش آغازگری در احوال پرسی، محتوای احوال پرسی، پاسخ دادن به سوال بر اساس الگودهی و بازی نقش
۱۷ و ۱۸	گروهی (دانش آموز)	آشنایی با مهارت گوش دادن مؤثر ابراز علاقه کردن، زبان بدن	مرور جلسه قبل، مهارت گوش دادن مؤثر ابراز علاقه کردن، زبان بدن بر اساس الگودهی و بازی نقش و پانتومیم
۱۹ و ۲۰	گروهی (دانش آموز)	یادگیری راه های مناسب برای جلب توجه، درخواست کمک بازی و کار کردن با دیگران	مرور جلسه قبل، آموزش راه های مناسب برای جلب توجه، در خواست کمک، بازی و همکاری کردن به صورت گروهی، از طریق الگودهی و بازی نقش
۲۱ و ۲۲	گروهی (دانش آموز)	توانایی همدلی کردن، یافتن نقاط مشترک، پیش بینی کردن	مرور جلسه قبل، آموزش همدلی، توانایی یافتن نقاط مشترک و پیش بینی کردن از طریق الگودهی و بازی نقش
۲۳ و ۲۴	گروهی (دانش آموز)	توانایی کنترل خشم، حل مسئله و عذرخواهی کردن	مرور جلسات قبل، آموزش کنترل خشم، انتقادپذیری، تحمل خشم دیگران، تشخیص درست اختلاف ها، عذرخواهی

جدول ۲- آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش تاثیر مداخلات خانواده محور بر نشانه های بالینی کودکان بیش فعالی

گروه کنترل		گروه آزمایش		مرحله	متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۸۶	۲/۶۰	۱/۱۴	۲/۷۵	پیش آزمون	بیش فعالی
۱/۲۷	۲/۴۰	۰/۲۳	۰/۶۰	پس آزمون	
۱/۶۰	۲/۵۵	۱/۵۵	۲/۴۰	پیش آزمون	اختلالات یادگیری
۱/۳۹	۲/۵۰	۰/۳۹	۰/۴۰	پس آزمون	
۱/۰۴	۲/۳۰	۰/۹۸	۲/۲۵	پیش آزمون	سلوک
۰/۹۴	۲/۲۵	۰/۱۴	۰/۲۰	پس آزمون	
۱/۱۱	۲/۷۰	۱/۰۷	۲/۶۰	پیش آزمون	مشکلات روان‌تنی
۰/۵۷	۲/۵۰	۰/۲۴	۰/۳۰	پس آزمون	
۱/۵۶	۳/۴۵	۱/۷۶	۳/۸۰	پیش آزمون	اضطراب
۱/۱۴	۳/۳۰	۰/۱۵	۰/۲۰	پس آزمون	
۱۰/۵۷	۵۲/۴۰	۱۲/۴۸	۴۸/۲۰	پیش آزمون	رفتار اجتماعی مناسب
۱۱/۴۴	۵۸/۲۰	۱۰/۱۹	۸۵/۲۰	پس آزمون	
۱۲/۸۳	۹۸/۵۰	۱۴/۲۱	۱۰۱/۵	پیش آزمون	رفتار اجتماعی نامناسب
۱۲/۴۸	۹۷/۲۰	۱۲/۶۷	۶۴/۰۰	پس آزمون	

جدول ۳- شاخص‌های اعتباری آزمون کوواریانس در تاثیر مداخلات خانواده محور بر نشانه های بالینی بیش فعالی

شاخص‌های اعتباری	مقدار شاخص	F مقدار	p-value
اثر پیلایی	۰/۲۷	۲/۴۴	۰/۰۱
لامبدا ویلکز	۰/۷۳	۲/۴۴	۰/۰۱

جدول ۴- تحلیل کوواریانس چندمتغیره تاثیر مداخلات خانواده محور بر نشانه‌های بالینی کودکان بیش فعالی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F مقدار	p-value
بیش فعالی	۱۲۳/۴۳	۱	۱۲۳/۴۳	۴/۰۹	۰/۰۰۰۱
اختلال یادگیری	۱۳۴/۸۷	۱	۱۳۴/۸۷	۵	۰/۰۰۰۱
اختلال سلوک	۱۴۸/۶۶	۱	۱۴۸/۶۶	۵/۲۷	۰/۰۰۰۱
مشکلات روان تنی	۱۵۳/۱۴	۱	۱۵۳/۱۴	۷/۰۴	۰/۰۰۰۱
اضطراب	۲۶۱/۹۴	۱	۲۶۱/۹۴	۹/۳۳	۰/۰۰۰۱

جدول ۵- شاخصهای اعتباری آزمون کوواریانس در تاثیر مداخلات خانواده محور بر مهارت اجتماعی بیش فعالی

شاخصهای اعتباری	مقدار شاخص	مقدار F	p-value
اثر پیلابی	۰/۴۲	۲/۷۳	۰/۰۰۱
لامبدا ویلکز	۰/۵۸	۲/۷۳	۰/۰۰۱

جدول ۶- تحلیل کوواریانس چندمتغیره تاثیر مداخلات خانواده محور بر مهارت اجتماعی کودکان بیش فعالی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	p-value
رفتارهای اجتماعی مناسب	۲۷۵/۲۱	۱	۲۷۵/۲۱	۴/۷۱	۰/۰۰۰۱
رفتارهای اجتماعی نامناسب	۲۲۳/۴۶	۱	۲۲۳/۴۶	۴/۰۷	۰/۰۰۰۱

## References

- Petty, C., Mick, E. Parsing the Familiality of Oppositional Defiant Disorder from that of Conduct Disorder: A Familial risk Analysis. *Journal of Psychiatric research*. (2011);43(4):345-352.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). (2013); American Psychiatric Pub.
- Kaplan H, Sadocks B.(2013). Synopsis of psychiatry.Tehran: Arjmand Publication.
- Sutton Hamilton S, Armando J. Oppositional defiant disorder. *Am Acad Fam physicians*. (2014);78(7):861-868.
- Burt SA, Krueger RF, McGue M, Iacono WG. Sources of covariation among attention-deficit/ hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment *Journal of Abnormal Psychology*. (2010);110:516-525.
- Hommersen, P., Murray, C., Ohan J, Johnston C. Oppositional Defiant Disorder Rating Scale: Preliminary Evidence of Reliability and Validity *Emotional and Behavioral Disorders*. (2006); 30(4):145-157.
- Sifret A, Burattini J, Cukiert CM, Baldochi M, Base-Zung C. Fortse Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. (2009); 35:1213-26.
- Miles SB, Stipek D. Contemporaneous and longitudinal associations between social behavior and literacy achievement in a sample of low-

- income elementary school children. *Child Development*. (2006);77:103-117.
9. Hinshaw SP, Owens EB, Sami N, Fargeon S. Prospective follow-up of girls with attention- deficit/ hyperactivity disorder into adolescence: Evidence for continuing cross-domain impairment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. (2006);74:489-499.
  10. Steele M. Making The Case for Early Identification and Intervention for Young Children at Risk for Learning Disabilities. *Children Education Journal*. (2004); 32(2):75-79.
  11. Dowker A. Early Identification and Intervention for Students with Mathematics Difficulties. *Journal of Learning Disabilities*. (2005); 38:328-331.
  12. Neitzel J, Coleman, MR, Buysse V. Recognition and response: An early intervention system for young children at-risk for learning disabilities. Full report. Chapel Hill: The University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Development Institute (2012).
  13. Leff P, Walizer E. Building the healing partnership: parents, professionals, and children with chronic illnesses and disabilities. Cambridge: Brookline (2004).
  14. Saleebey D. The strengths perspective in social work practice. New York: Longman (2007) Lammi BM, Law M. The effects of family- centred functional therapy on the occupational performance of children with cerebral palsy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. (2003);70(5):285-295.
  15. Rosenbaum P, King S, Law M, King G, Evan J. Family-centred service: a conceptual framework and research review. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*. (2000);18:1-20.
  16. Dunst CJ. Family-centered practices birth through high school. *The Journal of Special Education*. (2002); 36(3):141-149.
  17. Sanders MR. Turner KMT. Every Parent's group work boo. Triple International, John Wiley and Sons, Inc (2012).
  18. Shoshtari M, Abedi A, Golshani F., Ahromi R. Effectiveness of early interventions based on Child-oriented games on the rate of hyperactivity/ Impulsivity of Preschool children. *Psychology of Exceptional Individuals*. (2011);1(2):103-118. [Persian]
  19. Shokoohi-Yekta M, Parand A. Child and adolescent behavioral disorders. Tehran, Taymourzadeh Publications. (2010). [Persian]
  20. Stormont M. Social outcomes of children with AD/HD: Contributing factors and implications for practice. *Psychology in the Schools*. (2011);38: 521-531.

21. Najafi M, Mohammadi MR, Alaghband Raad J, Tehrani Doost M, Assari S. Correlation among Neuropsychological tests and Questionnaires in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Iranian Journal of Pediatrics*. (2005); 15(1):5-12. [Persian]
22. Aree Pawattanaa, Supapaorn Prasarnpanicha, Rattana Attanawong. Enhancing Primary School Students' Social Skills Using Cooperative Learning in Mathematics. *Science Direct, Procedia - Social and Behavioral Sciences*. (2014); 112:656-661.
23. Andrea M, Chronis Heather AJ, Veronica LR. Evidence – based psychosocial treatments for children and adolescents with attention – deficit/ hyperactivity, *Clinical Psychology Review*. (2006); 26:486-502.
24. Smitha VS, Varghese Paul K, Dennis DIM, Vinayan KP. Effect of social skill group training in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Amrita Journal of Medicine*. (2014); 10(2):1-44.
25. Hossein khazadeh AA. *Psychology and education of children with special needs*. Tehran, Avaya Noor Publications (2010). [Persian]
26. Hossein khazadeh, AA. Specific Methods of Assessment and Teaching Social Skills in Children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Exceptional Education*. (2013); 8(121):23-41. [Persian]

## Effects of Family-Based Interventions on Clinical Symptoms and Social Skills of Hyperactive Children

**Afzali L:** PhD. Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran

**Ghasemzadeh S:** PhD. Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran- Correspond Author: s.ghasemzadeh@ut.ac.ir

**Hashemi Bakhshi M:** PhD. Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences (SLHSS), Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Received: Nov 26, 2018

Accepted: Aug 7, 2019

### ABSTRACT

**Background and Aim:** The purpose of this study was to determine the effect of family-based interventions on clinical symptoms and social skills of hyperactive children.

**Material and Methods:** This was a quasi-experimental study with pre- and post-test. A total of 28 school students with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) referring to a Psychiatric and Rehabilitation Counseling Center along with their parents were selected using the available sampling method as the main sample of the study. They were then divided into two equal groups — an experimental group receiving intervention (family therapy) and a control group receiving no intervention. The research tools were the Inderbitzen and Foster Adolescents Social Skills Questionnaire (CWS, 1992) and the Conners Parent Questionnaire (1999). Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data.

**Results:** Analysis of the data showed that family-based interventions can lead to increases in social skills and decrease clinical symptoms in children with ADHD.

**Conclusion:** It is concluded that family-based intervention can result in enhancing social skills and reducing clinical symptoms in children with attention deficit hyperactivity disorder.

**Keywords:** Family-based Intervention, Hyperactivity Disorder, Social Skills