اثربخشی برنامه آموزش مادران براساس مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط (DIR) بر کاهش مشکلات توجه/ بیش‌فعالی کودکان پسر پیش‌دبستانی با نشانه‌های ADHD

الهه سید کابلی[۱]، دکتر سید امیر امین‌یزدی[۲]، دکتر حسین کارشکی[۳]

تاریخ دریافت.: ۱۳۹۹/۹/۱۳ تجدیدنظر: ۱۳۹۹/۱۲/۲۳
پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۳/۳۱

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی برنامه آموزش مادران براساس مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط، بر کاهش مشکلات توجه/ بیش‌فعالی کودکان پیش‌دبستانی با نشانه‌های اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی انجام شد. **روش**: روش پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک پسر ۴ تا ۶ ساله با نشانه‌های نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی در شهر سرخس بود. به این منظور ۳۰ مادر که کودک پسر ۴ تا ۶ ساله با نشانه‌های نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی داشتند به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به‌منظور ارزیابی نشانه‌ها از مقیاس درجه‌بندی کانرز دو فرم (والد و معلم) و مصاحبه بالینی استفاده شد. و برای ارزیابی هوش از نسخه سوم آزمون هوش وکسلر کودکان استفاده شد. سپس مادران به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش آموزش‌های مبتنی بر رویکرد تحول یکپارچه را دریافت کردند، درحالی‌که گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. **یافته‌ها**: تحلیل کوواریانس نشان داد که برنامه آموزش مادران با تکیه بر الگوی تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط، باعث کاهش مشکلات توجه/ بیش‌فعالی در کودکان پسر پیش‌دبستانی با نشانه‌های اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی می‌شود. **نتیجه‌گیری**: براساس یافته‌ها پیشنهاد می‌شود از این الگوی تحولی به‌عنوان مدلی جامع و همه‌جانبه در درمان مشکلات گوناگون هیجانی و رفتاری استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: *آموزش مادران، رویکرد تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط، اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی، کودک پیش‌بستانی.*

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، ایران.
۲. **نویسنده مسئول:** استاد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، ایران.
۳. دانشیار روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، ایران.

Effectiveness of mother's Training Program based on the Developmental Individual- Difference Relationship-(DIR) based model on Reducing Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Preschool boys with ADHD symptoms

Elahe Seyed Kaboli[1], M.A,
Seyed Amir Amin Yazdi[2], Ph.D,
Hossein Kareshki[3], Ph.D

Received: 12. 3.2020 Revised: 03.13.2021
Accepted: 06. 21.2021

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate the effectiveness of mothers' training program based on the developmental Individual- Difference Relationship(DIR) model on reducing attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) problems in preschool children. **Method:** The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test with control group. The statistical population included all mothers with children aged 4-6 years with symptoms of (ADHD) in Sarakhs. For this purpose, 30 mothers of 4-6 year old boys with (ADHD) symptoms were selected by available sampling method. In order to evaluate the symptoms, the Conner's two-form grading scale (parent and teacher) and clinical interview were used and to assess their intelligence, the third version of Wechsler Children's Intelligence Test was emploued. The mothers were then randomly divided into experimental and control groups. The experimental group received training based on the integrated developmental approach, while the control group did not receive training. **Results**: Data analysis using covariance analysis showed that mothers, education program based on the (DIR) - based model reduced attention/hyperactivity problems in preschool boys with ADHD symptoms. **Conclusion**: It is suggested that (DIR) model be used as a comprehensive and comprehensive model in the treatment of various emotional and behavioral problems.

Keywords: *Mothers training, Developmental Individual-Difference Relationship-based model, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Preschool children.*

1. M.Sc. in Educational Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Iran.
2. **Corresponding Author**: Professor of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Iran. **Email** Yazdi.amin@gmail.com
3. PhD in Educational Psychology, Associate Professor, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Iran.

مقدمه

اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عصبی رشدی در کودکان است (فارون، ۲۰۱۵ به نقل از دیلاپینا، ۲۰۱۹). با توجه به ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳) اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی را می‌توان براساس ابعاد بی‌توجهی و بیش‌فعالی در سه زیرگروه؛ اغلب بی‌توجه / اغلب بیش‌فعالی – تکانشی / و یک نوع ترکیبی بیش‌فعالی و بی‌توجهی تعریف کرد. براساس یافته‌های به‌دست‌آمده از زمینه‌یابی ملی سلامت کودک برآورد شده است که ۷/۸ درصد از کودکان سنین ۴ تا ۷ سال ویژگی‌هایی دارند که تشخیص اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی برای آنها گذاشته می‌شود (ویسر و لسن، ۲۰۰۵ به نقل از مارتین، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان داده است که شناسایی این کودکان دو سال پیش از ورود به مدرسه و انجام مراقبت‌های لازم از آنان نقش عمده‌ای در کاهش افت تحصیلی، کاهش روابط جنسی نامشروع، حاملگی زودرس و کاهش رفتارهای جنایی دارد (گلاسکو، ۱۹۹۹؛ پلهام، فوستر، روب، ۲۰۰۷ به نقل از دوبرن؛ پاسارلا و دوپنر، ۲۰۱۸).

به دلیل تنوع مشکلات این کودکان در حوزه‌های مختلف جسمی، روانی، تحصیلی و اجتماعی، رویکردهای درمانی مختلفی (دارودرمانی، درمان‌های رفتاری و آموزش والدین) ارائه شده است. با وجود اینکه انستیتو بهداشت و درمان بالینی، دارودرمانی را به‌عنوان خط اول درمان در کودکان و بزرگ‌سالان با نشانه‌های شدید اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی توصیه کرده است (نیگ، ۲۰۱۳ به نقل از دوبرن، ۲۰۱۸) بااین‌حال دارودرمانی به‌تنهایی نمی‌تواند بر عملکرد آشفته خانواده و مشکلات رفتاری کودک تأثیرگذار باشد و جوابگوی نگرانی‌های والدین نخواهد بود. از طرفی اختلاف‌نظرهای پژوهشگران درباره استفاده از داروهای محرک در درمان اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی، موفقیت‌نداشتن در سنجش و آشکارشدن تغییرات سازگار پس از قطع دارو و این حقیقت که ۲۰ الی ۳۰ درصد کودکان دچار این اختلال واکنش مثبتی نسبت به داروهای محرک ندارند و محدودیت‌های درمان دارویی برای این گروه سنی، ضرورت توجه به برنامه‌های آموزشی را بیشتر نمایان می‌سازد. نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد آموزش والدین از روش‌های مرجّح در درمان اختلال نارسایی‌توجه / بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای است و شواهد بسیاری وجود دارد که نشان می‌دهد آموزش پدر و مادر برای خانواده‌های با فرزند با اختلال نارسایی‌توجه / بیش‌فعالی باعث بهبود و ارتقای رفتار فرزندپروری والدین، کاهش استرس والدینی و کاهش رفتار آزارشی کودک می‌شود (دنفورث، هاروی، اولاسزک و مک کی، ۲۰۰۷).

رویکرد تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط (DIR)، یکی از رویکردهای مؤثر جدید در حیطه کمک به کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی در قالب خانواده است. این رویکرد تلاش می‌کند تا در کار با کودکانی که دچار اختلال نارسایی‌توجه / بیش‌فعالی هستند، توانایی‌های تحولی پایه‌ای آنان را مدنظر قرار دهد. در این رویکرد بیان می‌شود که ویژگی‌های سرشتی کودک از یک‌سو و ویژگی‌های محیطی کودک (خانواده، اجتماع، فرهنگ) از سوی دیگر بر تعامل‌های کودک با والدین او تأثیر می‌گذارد. مادری که نمی‌تواند در دوران اولیه کودکی، خودش را با ویژگی‌های کودکش سازگار کند، احتمال اینکه کودکش در دوران بعدی رشد، دچار نارسایی‌های جدی همچون نارسایی‌توجه / بیش‌فعالی شود، زیاد است. (گرینسپن و وایدر، ۲۰۰۶). مبتنی بر این رویکرد، اگرچه نشانگان مشترک مشخصی مثل بی‌توجهی، ویژگی تعداد زیادی از کودکانی است که این تشخیص را دریافت می‌کنند، اما ممکن است الگوهای متفاوت زیادی وجود داشته باشد که سبب بروز نشانگان مرضی این اختلال شود و علت‌های مختلفی برای بی‌توجهی وجود داشته باشد. گرینسپن

به‌عنوان یکی از واضعان اصلی رویکرد DIR، روش نوینی برای پرداختن به اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی ابداع کرد و معتقد است این اختلال برخلاف عقاید رایج فقط بخشی از مغز یا ذهن را شامل نمی‌شود، بلکه مسیرهای عصبی مختلفی هستند که منتهی به نشانه‌های اختلال‌های نارسایی‌توجه و بیش‌فعالی می‌شوند. به‌طور خلاصه نبود توجه یا بیش‌فعالی یک نشانه بیرونی است، اما مشکل اصلی در عناصر عمیق‌تری (چون مشکلاتی در طراحی و توالی حرکتی، کم پاسخ‌دهی به حس‌های پایه، جستجوگری حسی، بیش پاسخ‌دهی به حس‌ها، چالش‌های پردازش شنیداری-کلامی و چالش‌های پردازش فضایی- دیداری) که به‌عنوان توانایی‌های تحولی پایه‌ای یاد می‌شود، ریشه دارد (گرینسپن و گرینسپن، ۲۰۰۹). گرینسپن نقشه‌ای برای مسیر رشد انسان از آغاز تولد تا بزرگ‌سالی مشخص کرده و معتقد است انسان برای تبدیل‌شدن به موجودی خلاق، آگاه و متفکر و بااراده، لازم است شش پلکان تحولی را از توجه و تنظیم تا فرزانگی طی کرده تا قابلیت‌های لازم را کسب کند، در غیراین‌صورت فرد چالش و اختلال پیدا می‌کند و از مسیر اصلی تحول خارج می‌شود (امین یزدی، ۱۳۹۱). مسیر تحول مسیر مشخصی است که فرد در هر مقطع باید به آن برسد و هرگاه با اختلالی مواجه می‌شویم؛ یعنی مسیری وجود دارد که رشد را مانع شده و فرد را از مسیر بهنجار خارج کرده است. بنابراین اختلال‌هایی مثل اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی، افسردگی، وسواس و اتیسم درواقع محصول تحول‌نداشتن است. به این منظور در روند درمان باید مسیر را بررسی کرد و آن قسمت‌هایی را که باید رشد پیدا می‌کرده است، اما پیدا نکرده است، بازسازی کرد. این مسیر از شش پلکان تحولی، با عنوان قابلیت‌های پایه هیجانی کارکردی (D) تشکیل شده است. این قابلیت‌ها از این جهت هیجانی نامیده شده‌اند که دستیابی به آنها باعث سازمان‌دهی بهتر اجزای سیستم عصبی و بروز و توانایی‌های سطح بالاتر جسمی و روان‌شناختی ازجمله (خودآگاهی) در انسان می‌شود.

براساس رویکرد DIR، اگر سیستم عصبی انسان به‌عنوان یک گروه در نظر گرفته شود، هیجان‌های کاپتان و رهبری گروه را برای یکپارچه‌کردن همه اعضا عهده‌دار هست و این هیجان‌ها است که معنا می‌دهد به تجربه‌ای که حس شده است. عنصر دوم، بحث تفاوت‌های فردی در تعدیل حسی، پردازش حسی و طراحی حرکتی (I) است که رویکرد DIR این تفاوت‌ها را در سیستم عصبی منعکس می‌بیند و بسیاری از خصایص واکنش‌های هیجانی ریشه در نوع تجربه حسی‌ای دارد که سیستم عصبی فراهم می‌کند. سومین عنصر مهم این رویکرد روابط و تعامل‌های (R) را شامل می‌شود. با توجه به اینکه این رویکرد، رویکردی یکپارچه به روان‌درمانی خردسالان است که مشکلات سرشتی کودکان و نحوه تأثیرگذاری این مشکلات بر روابط والد-کودک را هدف قرار می‌دهد در مطالعه حاضر استفاده شده است.

پژوهش‌ها نشان از اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد تحول یکپارچه در مشکلات ناشی از توجه است، برای مثال لیا و ماردین (۲۰۱۷) با (اندازه‌گیری پاسخ به توجه مشترک (RJA) و شروع توجه مشترک (IJA)، دریافتند که این درمان می‌تواند سبب بهبود کیفیت توجه مشترک شود. همچنین نتایج پژوهش لراساتی، بودیمن و اسونتی (۲۰۱۷) نشان داد که به‌کارگرفتن رویکرد DIR در افزایش توجه کودک ۴ ساله با شروع اولیه اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی مؤثر است. علاوه بر این موجب افزایش رشد هیجانی کارکردی مادر و کودک می‌شود. همچنین افزایش میزان توجه موجب کاهش حواس‌پرتی و افزایش نمره در مقیاس ارزیابی رشد هیجانی کارکردی (FEAS) می‌شود.

مطالعه‌های مختلفی در ایران نیز اثربخشی درمان‌های مبتنی بر رویکرد تحول یکپارچه را در کاهش مشکلات و ارتقای ارتباط والد – کودک و

نظریه ذهن کودکان با نشانه‌های پرخاشگری (کیانفر، ۱۳۹۳)؛ بهبود توانایی حل مسئله شناختی کودکان (وحیدی، ۱۳۹۵)؛ در گفتار، زبان دریافتی و مهارت‌های اجتماعی آنان و نیز بهبودی نشانه‌های درخودماندگی در کودکان اوتیسم (قاسمی، ۱۳۹۵؛ عالی، ۱۳۹۳)، کاهش نشانگان نافرمانی کودکان و همچنین کاهش استرس مادران (صدری، ۱۳۹۲) نشان داده‌اند.

مبتنی بر پژوهش‌ها و بینش نظری موجود و با توجه به اینکه بیشتر برنامه‌هایی که تاکنون برای آموزش مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی‌توجه / بیش‌فعالی تدوین و اجرا شده‌اند، بیشتر مبتنی بر اصول اصلاح رفتار هستند و تأکید آنها بر آموزش والدین در زمینه افزایش فرمان‌برداری کودکان است و با توجه به اینکه متأسفانه این برنامه‌ها به‌ندرت دلایل بنیادی مشکلات کودکان در تمرکز، توجه و خودکنترلی را بررسی کرده‌اند و ریشه‌های اختلال‌های توجه خیلی کم به شکلی همه‌جانبه ملاحظه می‌شود و درمان‌ها فقط بر کاهش نشانه‌های بیرونی و مرضی این اختلال تمرکز دارند؛ پژوهش حاضر به‌عنوان پژوهش پیشرو و با هدف اثربخشی آموزش والدین با مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط DIR، بر کاهش نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کودکان پسر پیش‌دبستانی پرداخته است و از آن‌جایی‌که تأثیرات فراوان مبادلات هیجانی بر ظرفیت‌های پایه و بنیادین چون شکل‌گیری ارتباط‌ها، عزت‌نفس و کنترل تکانه‌ها ازلحاظ علمی تأیید شده است؛ پژوهش حاضر درصدد بررسی این فرضیه است که آموزش والدین با رویکرد تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط باعث کاهش نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در کودکان پسر پیش دبستانی با نشانه‌های ADHD می‌شود.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی و از حیث هدف کاربردی بود و با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را تمام مادران شهرستان سرخس که در سال ۱۳۹۷ کودکان پسر ۴ تا ۶ ساله خود را به مهد/ مراکز پیش‌دبستانی سپرده بودند، تشکیل می‌داد. نمونه بررسی‌شده شامل ۳۰ مادر که کودکِ پسر ۴ تا ۶ ساله با نشانه‌های اختلال نارسایی‌توجه / بیش‌فعالی داشتند و از طرف مهدکودک‌ها / مراکز پیش‌دبستانی به مرکز مشاوره کودک و نوجوان واقع در شهرستان سرخس معرفی شده بودند، به‌صورت در دسترس و با حضور داوطلبانه مادران انتخاب شدند. در آغاز آگاهی و شناخت لازم درباره مطالعه و روش انجام کار به شرکت‌کنندگان داده شد و از آنها رضایت‌نامه دریافت شد. پس از گمارش چیدمان تصادفی در گروه‌ها، هریک از آزمودنی‌ها توسط روان‌پزشک و روان‌شناس مصاحبه بالینی شدند و پس از تأیید برای شرکت در پژوهش، رضایت‌نامه کتبی تکمیل کردند.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در پژوهش: وضعیت تحصیلات مربوط به مادران حاضر در مطالعه در دو گروه آزمایش (دیپلم ۲۰ درصد، فوق‌دیپلم ۳۳/۳ درصد، لیسانس ۴۰ درصد، فوق‌لیسانس و بالاتر ۶/۷ درصد) و در گروه کنترل (دیپلم ۲۶/۷ درصد، فوق‌دیپلم ۲۶/۷ درصد، لیسانس ۳۳/۳ درصد، فوق‌لیسانس ۱۳/۳ درصد) بود. وضعیت اشتغال مادران کودکان در دو گروه آزمایش (۴۶/۷ درصد شاغل و ۵۳/۳ درصد خانه‌دار) و در گروه کنترل (۴۰ درصد شاغل و ۶۰ درصد خانه‌دار) بود. وضعیت سن کودکان در دو گروه آزمایش (۴۰ درصد ۴ تا ۵ سال، ۶۰ درصد ۵ تا ۶ سال) و گروه کنترل (۴۶/۷ درد بین ۴ تا ۵ سال، ۵۳/۳ درصد ۵ تا ۶ سال) بود.

معیارهای ورود به پژوهش: مادران کودکان پسر سن ۴ تا ۶ سال، تشخیص کودکان توسط روان‌پزشک (مصاحبه بالینی) و داشتن انگیزهٔ همکاری، همچنین حذف مادرانی که تنها سرپرست خانواده بودند و بیش از ۳ جلسه غیبت داشتند و مادرانی که کودکان آنها تحت درمان دارویی بودند.

ابزارپرسشنامه سنجش کانرز والدین و معلمان: برای

بررسی نشانه‌های اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی کودکان، از فرم والد و معلم پرسشنامه کانرز استفاده شد. مقیاس درجه‌بندی کانرز برای والدین شامل ۴۸ گویه است که می‌توان به‌وسیله آن، پنج گروه از اختلال‌های کودکان را شامل ناتوانی‌های یادگیری، اختلال‌های سلوک، مشکلات روان‌تنی، بیش‌فعالی و اضطراب ارزیابی کرد. ۱۰ سؤال برای اختلال بیش‌فعالی است. این مقیاس برای رده سنی ۳ تا ۱۷ سالگی ساخته شده است و به هر پرسش آن به‌صورت (هیچ‌وقت)، (کمی)، (تقریباً زیاد)، (زیاد) پاسخ داده شده و برحسب مورد به آنها از (۰ تا ۳) نمره داده می‌شود. کانرز (۱۹۷۳) پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷ تا ۰/۹ برآورد کرده است و در ایران نیز پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳ (خوشابی و پوراعتماد،۱۳۸۱) و روایی آن را بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ (شهائیان و همکاران، ۱۳۸۶) گزارش کرده‌اند. در مقیاس درجه‌بندی کانرز فرم معلم ۲۸ سؤال دارد که ۷ سؤال آن برای تشخیص بیش‌فعالی است. پایایی این مقیاس در پژوهش‌های مختلف از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (اسماعیلی، ۱۳۸۷). همچنین در مطالعه خوشابی و همکارانش پایایی مقیاس ۰/۹۳ ارزیابی شده است و روایی مقیاس حاضر را این پژوهشگران در جامعه ایرانی بررسی و تأیید کرده‌اند.

مقیاس تجدیدنظر شده وکسلر کودکان: این مقیاس که در سال ۱۹۴۵ برای سنجش هوش کودکان تدوین و در سال ۱۹۷۴ تجدیدنظر شد، از دو مقیاس هوش کلامی و عملی تشکیل شده است، هر مقیاس ۶ خرده‌آزمون (درمجموع ۱۲ خرده‌آزمون) دارد که هرکدام، ۵ خرده‌آزمون اصلی بوده، یک‌خرده‌آزمون به‌عنوان خرده‌آزمون مکمل یا ذخیره محسوب می‌شوند (پاشا شریفی، ۱۳۹۱). این مقیاس توسط شهیم (۱۳۸۵) روی نمونه ۱۴۰۰ نفری از کودکان ۶ تا ۱۳ سال در شیراز هنجاریابی شده و پایایی بازآزمایی آن ۰/۴۴ تا ۰/۷۴ و پایایی تصنیفی آن نیز ۰/۴۲ تا ۰/۹۸ گزارش شده است. در پژوهشی که شهیم (۱۳۸۵) در ایران انجام داد، روایی همزمان مقیاس حاضر با استفاده از همبستگی نمره‌ها با نمره‌های بخش عملی مقیاس وکسلر برای کودکان پیش‌دبستانی ۰/۷۴ بوده و ضرایب همبستگی هوش‌بهرهای کلامی، عملی و کل به‌ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۶، ۰/۸۰ گزارش شده است.

تیم پژوهش از اول مهرماه ۱۳۹۷ از میان مهدکودک‌های شهرستان سرخس با همکاری مربیان مهدها برای شناخت هرچه بیشتر کودکان آنان را به مدت یک ماه‌و نیم زیر نظر گرفتند و سپس پرسشنامه کانرز معلم را تکمیل کردند. پس از ارزیابی اولیه کودکان با پرسشنامه کانرز معلم، تعداد ۵۱ کودک از ۱۲ مهدکودک غربال‌گری شد. سپس والدین این کودکان به جلسه‌های مشاوره دعوت شدند و مادرانی که داوطلب شرکت در پژوهش بودند، پرسشنامه کانرز والدین را تکمیل کردند. در مرحله بعد پژوهشگر آزمون هوش وکسلر را از کودکانی که به‌وسیله هر دو مقیاس (کانرز معلم و کانرز والدین) غربال شده بودند، به عمل آورد تا مشخص شود که مشکلات کودکان مربوط به عدم بهره‌مندی از هوش کافی نبوده و فقط به دلیل مشکلات مربوط به نارسایی‌توجه / بیش‌فعالی بوده است. سپس مادران برای تشخیص بالینی اختلال ADHD روی فرزندان خود به روانپزشک معرفی شدند و تنها ۳۰ نفر از مادرانی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند وکودک آنها توسط روانپزشک به تشخیص رسیده بود، انتخاب شدند. مادران گروه آزمایش در ۱۱ جلسه، هر هفته دو جلسه یک ساعت‌ونیم، آموزش‌های مبتنی بر رویکرد DIR را دریافت کردند. قبل و بعد از مداخله پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. گروه کنترل آموزشی را دریافت نکرد.

محتوای جلسه‌های مداخله براساس برنامه آموزش مادران مبتنی بر رویکرد تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط در جدول ۱ آمده است. این مداخله آموزشی براساس طرح گریسنپین و گرینسپین

(۱۳۹۴) از کتاب «*چگونه بر مشکلات توجه و بیش‌فعالی غلبه کنیم*» استخراج شده است و با استفاده از روایی متخصصان صاحب‌نظر در رویکرد تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط، روایی محتوایی انجام شد.

جدول ۱ توصیف مداخله آزمایشی پژوهش بر مبنای رویکرد تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط

جلسه	اهداف جلسه
۱- معارفه	معرفی اعضای گروه - آشنایی والدین با ویژگی‌های منحصربه‌فرد هر کودک (طبقه کودک حساس، کودک مبارز، کودک خجالتی، کودک حس جو و منفعل و...)- مرور اجمالی موضوعات جلسه‌های آموزشی- بیان اهداف مداخله و بیان قوانین اساسی گروه
۲- بررسی مشکل	آشنایی با مفهوم توجه از منظر رویکرد DIR- توصیف انتظارها و فرصت‌های فرهنگی برجسته‌کردن تنوع مشکلات موجود از قبیل مشکلات پردازش و ردیف‌کردن اطلاعات، مشکل در پردازش بصری فضایی و....
۳- تقویت کارکرد حرکتی	هدف عمده: وادارکردن قسمت‌های زیادی از سیستم عصبی در کارکردن به شیوه‌ای هماهنگ است. بازی‌های تعادلی به این موضوع کمک می‌کند. این چیزی است که توانایی کودکان در تنظیم و کنترل کردن خود را بسیار افزایش داده و درنتیجه باعث تمرکز و توجه در آنها می‌شود. دادن تکلیف به والدین.
۴-کمک به کودک در طرح‌ریزی و ردیف‌بندی فعالیت‌ها	بررسی تکالیف- افزایش توانایی‌های پردازش بصری و سمعی افزایش تجربه‌های کودک با دنیای فیزیک (اشیا) به همراه هیجان‌هایی که کودک تجربه می‌کند. تکلیف جدید شامل بازی‌هایی برای طرح‌ریزی و توالی حرکتی نظیر (بازی سیمون میگه! یا بازی‌های تقلیدی کودکانه، بازی‌های گنج‌یابی، بازی‌های مسیر با مانع)
۵-تعدیل کردن پاسخ کودک به حواس	بررسی تکالیف - بررسی شرح‌حال‌های منحصربه‌فرد کودکان و کمک به آنها در یافتن روش‌های انطباقی برای پاسخ به حواس، آرام و متمرکزماندن. دست‌پیدا کردن به دو توانایی اصلی (خودآگاهی و انعطاف‌پذیری). تکلیف در منزل (بازی‌هایی برای خودآگاهی و انعطاف‌پذیری کودک بیش واکنش مثل بازی ریتمیک و بازی‌هایی برای یکپارچه‌سازی حواس مثل، پرتاب‌کردن و گرفتن توپ‌ها و هم‌مان صحبت‌کردن و...)
۶-تفکر تعمقی	بررسی تکالیف - نردبان تحولی شامل (۱- توجه و تنظیم مشترک؛ ۲- جذب شدن به انسان‌ها؛ ۳- ارتباط دوسویه ارادی) - تکلیف منزل شامل تکرار بازی‌های جلسه‌های قبل و کمک به رشد هیجانی و مهارت‌های تفکر از راه رعایت اصل رسیدن به هدف شامل: ۱- کمک کنید همه حواس و سیستم حرکتی همراه با هم و به شکلی هماهنگ کار کنند؛ ۲- کودک را در گفتگوهای طولانی کلامی و غیرکلامی جذب کنید؛ ۳- دامنه هیجان‌هایی که کودک می‌تواند ابراز و تحمل کند، افزایش دهید.
۷-تفکر تعمقی	بررسی تکالیف- اصول رسیدن به هدف ادامه جلسه قبل شامل (۴- حل مسئله اجتماعی، ۵- ایجاد بازنمایی‌ها یا ایده‌ها و ۶- پل زدن بین ایده‌ها)- تکلیف منزل شامل رعایت ۲ اصل دیگر شامل: ۴- ترجیحات و علایق کودک را دنبال کنید. ۵- منطق و خود تعمقی کودک را به چالش بکشید. تهیه نیمرخ یا تاریخچه‌ای از رشد هیجانی کارکردی کودک خود در منزل.
۸-پرورش اعتمادبه‌نفس	بررسی تکالیف- مرور اجمالی دو جلسه قبل و بحث و گفتگوی اعضای گروه با یکدیگر به‌منظور درمیان‌گذاشتن دیدگاه‌ها و نظرهای خود. آموزش راه‌های ایجاد همدلی در به‌وجودآمدن احساس مثبت و مطلوب درباره خود- کشف علایق و استعدادهای طبیعی کودک و تقویت آنها - اصول کلی برای بهبود عزت‌نفس- تکلیف منزل.
۹-تقویت پویایی‌های خانواده	بررسی تکالیف- یادگیری ۶ فن در محیط خانواده به‌وسیله افراد حاضر در منزل ۱- قدری تأمل‌کنید و زمانی را صرف این موضوع کنید که چه چیز باعث رفتار و احساسات کودک شده است؛ ۲- آتش را دامن نزنید؛ ۳- از راه‌حل‌های ساده اجتناب کنید؛ ۴- دیگری را سرزنش نکنید؛ ۴- محیط‌هایی پیدا کنید یا ایجاد کنید که موجب رشد کودک شوند. تنظیم‌های آموزشی و درمانی موجود را با شرح‌حال ویژه کودک خود هماهنگ کنید؛ - تکلیف منزل (مرور و اجرایی‌کردن آنچه تا به حال در موردش بحث شد)
۱۰-ایجاد یک محیط سالم	بررسی تکالیف- بازرس خوب‌بودن برای ایجاد یک محیط خانوادگی بهینه که موارد زیر را در بر می‌گیرد: ۱- از سلامت جسمانی مناسب و معاینه پزشکی کودک خود اطمینان حاصل کنید؛ ۲- رفتار کودک را در محیط‌های مختلف، بعد از خوردن غذاهای متفاوت و در شرایط روشنایی مختلف، بررسی کنید؛ ۳- برای کودک رژیمی ارگانیک تهیه کنید که در آن هیچ‌گونه افزودنی، نگه‌دارنده و رنگ‌های خوراکی موجود نباشد. ۳- در مورد مواد استفاده‌شده در غذا که ممکن است تأثیرگذار باشند، رژیمی ترتیب دهید که در دو هفته از آن مواد استفاده شود ولی در دو هفته دیگران مواد از رژیم حذف شود. ۴- اگر احساس کردید مسبب مشکل را شناسایی کردید، تلاش کنید آن را از محیط کودک خود دور کنید. ۵- در مهد، چگونگی سطح واکنش حسی کودک را مقایسه کنید. آیا بیش واکنش کم‌واکنش یا دارای عطش حسی است. با سبک مربی، روشنایی و سطح سروصدای موجود در کلاس هماهنگ است.- تکلیف منزل
۱۱-جمع‌بندی	بررسی و بحث و تبادل‌نظر از تکالیف منزل - مرور و جمع‌بندی مطالب جلسه‌ها- ایجاد انسجام بین مطالب کل جلسه‌ها- آگاهی از نتایج حاصل از رویکرد DIR و آشنایی با ویژگی‌های تعاملات بهینه والد – کودک و آگاهی از تغییرات والدین در همدلی‌کردن پاسخگو بودن و اثر آن بر بهبود توجه در کودکان در مقایسه با جلساه‌های قبل از آموزش - تأکید بر تداوم جلسه‌های بازی در منزل و اهمیت آن، اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

میانگین کانرز معلم در پیش آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش به‌ترتیب ۶۵ و ۳۷,۴۷ بود. این مقدار برای گروه کنترل به‌ترتیب ۶۱,۶۰ و ۶۲,۱۴ بود. همچنین میانگین کانرز والدین در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش به‌ترتیب ۵۴,۸۷ و ۲۶,۴۰ بود. این

مقدار برای گـروه کنترل به‌ترتیب۵۳, ۴۸ و ۲۷ , ۴۹ بود. این نتایج در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲ آمار توصیفی نشانه‌های اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی در دو فرم معلم و والدین به تفکیک گروه

نشانه‌های اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی	مرحله	میانگین		انحراف معیار		کمترین		بیشترین	
		آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
فرم معلم	پیش‌آزمون	۶۵/۰۰	۶۱/۶۰	۸/۱۲	۲/۷۵	۵۸/۰۰	۵۸/۰۰	۸۸/۰۰	۶۷/۰۰
	پس‌آزمون	۳۷/۴۷	۶۲/۱۴	۷/۵۶	۲/۹۶	۲۸/۰۰	۵۸/۰۰	۵۴/۰۰	۶۹/۰۰
فرم والدین	پیش‌آزمون	۵۴/۸۷	۴۸/۵۳	۱۰/۱۸	۴/۴۵	۴۰/۰۰	۳۹/۰۰	۷۱/۰۰	۵۴/۰۰
	پس‌آزمون	۲۶/۶۰	۴۹/۲۷	۸/۱۳	۶/۱۳	۱۰/۰۰	۳۹/۰۰	۴۰/۰۰	۶۲/۰۰

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میزان میانگین در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش نشان می‌دهد که برای بررسی معناداری این تفاوت از تحلیل کواریانس استفاده شده است. پیش از انجام تحلیل کواریانس به بررسی پیش‌فرض‌های آن پرداخته شد. یکی از پیش‌فرض‌های اولیه انجام تحلیل کواریانس، نرمال‌بودن توزیع متغیرهاست. زمانی که مقدار P آزمون شاپیرو ویلکز از ۰/۰۵ کمتر است، فرضیه صفر مبنی بر نرمال بودن متغیرهای پژوهش رد می‌شود. بررسی این مقدار در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳ نتایج آزمون شاپیرو ویلک برای نشانه‌های اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی

متغیر	مرحله	گروه	کجی	کشیدگی	آماره آزمون	P	نتیجه
نشانه‌های اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی فرم والدین	پیش‌آزمون	آزمایش	۰/۳۶۹	۱/۳۴۰-	۰/۹۱۰	۰/۱۳۵	نرمال است
		کنترل	-۰/۶۵۰	۰/۴۲۹-	۰/۹۱۴	۰/۱۵۷	نرمال است
	پس‌آزمون	آزمایش	-۰/۳۸۴	۰/۱۲۰-	۰/۹۶۶	۰/۷۸۷	نرمال است
		کنترل	۰/۰۰۹	۰/۲۷۲	۰/۹۵۹	۰/۶۷۶	نرمال است

چنان‌که نتایج نشان می‌دهد براساس شاخص‌ها و آزمون انجام‌شده، متغیر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی فرم والدین در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر در گروه توزیع نرمال دارد. یکی دیگر از پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس، بهمگونی واریانس‌ها است. برای بررسی این پیش‌فرض، از آزمون لون استفاده می‌شود که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴ نتایج آزمون لون در خصوص همگنی واریانس‌های متغیر نشانه‌های اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	p-value
کانرز والدین	۱/۷۴۸	۱	۲۸	۰/۱۹۷

براسـاس نتـایج آزمـون لـون، پـذیره همگنـی واریانس‌هـا بـرای متغیـر نشـانه‌های اخـتلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی فرم والدین پذیرفته می‌شود، زیرا p-value بیشتر از ۰/۰۵ است و فرضیه صفر آزمون لون مبنی بر برابری واریانس‌ها تأیید می‌شود.

یکسان بودن شیب‌خط رگرسیونی: برای بررسی این پیش‌فرض، کافی است در الگـوی تحلیـل کوواریـانس، اثر متقابل متغیر کمکی و گروه معنادار نشـود. جـدول ۵ تحلیل واریانس این مطلب را نشان می‌دهد.

جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس بررسی اثر متقابل در نشانه‌های اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی در پیش‌آزمون و متغیر گروه

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	p-value
پس‌آزمون نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی	مقدار ثابت	۶/۳۸۴	۱	۶/۳۸۴	۰/۲۳۹	۰/۶۲۹
	گروه	۱/۷۲۸	۱	۱/۷۲۸	۰/۰۶۵	۰/۸۰۱
	کانرز والدین در مرحله پیش‌آزمون	۶۴۶/۴۸۳	۱	۶۴۶/۴۸۳	۲۴/۱۷۳	۰/۰۰۱
	اثر متقابل گروه و کانرز والدین	۹۰/۶۳۴	۱	۹۰/۶۳۴	۳/۳۸۹	۰/۰۷۷
	خطا	۶۹۵/۳۳۳	۲۶	۲۶/۷۴۴		

با توجه به نتیجه سطر اثر متقابل در هر دو مدل تحلیل کوواریانس مشاهده می‌شود که p-value آن در نشانه‌های اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی فرم والدین بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است. بنابراین می‌توان گفت که فرضیه همگنی رگرسیونی در سطح خطای ۰/۰۵ درصد پذیرفته می‌شود.

بررسی خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته پس‌آزمون و کمکی پیش‌آزمون: خطی بودن رابطه بین متغیر کمکی (پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (پس‌آزمون) با استفاده از نمودار پراکندگی، برای هر دو گروه بررسی شد. نتایج نشان می‌دهد که می‌توان فرض خطی‌بودن رابطه بین متغیر وابسته و کمکی را درخصوص تمامی ابعاد بررسی‌شده در هر دو گروه پذیرفت. با رعایت پیش‌فرض‌ها به انجام تحلیل کواریانس پرداخته شد.

جدول ۶ نتایج تحلیل کوواریانس بررسی اثر گروه و پیش‌آزمون نشانه‌های اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	p	مجذور اتا
	مقدار ثابت	۲۱/۴۱۸	۱	۲۱/۴۱۸	۰/۷۳	۰/۳۹۹	۰/۰۲۷
پس‌آزمون	گروه	۶۶۶/۵۶	۱	۶۶۶/۵۶۷	۲۲/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹
کانرز والدین	متغیر درپیش‌آزمون	۴۵۱۹/۸۹	۱	۴۵۱۹/۸۹۴	۱۵۵/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۵۲
	خطا	۷۸۵/۹۶۶	۲۷	۲۹/۱۱۰			
میانگین تعدیل‌شده متغیر کانرز والدین				آزمایش: ۲۴/۶۳۳		کنترل: ۵۱/۲۳	

پس از بررسی پیش‌فرض‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس و برقراری پذیره‌های این تحلیل، با استفاده از تحلیل کوواریانس نمره‌های نشانه‌های اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی فرم والدین در دو گروه آزمایش و کنترل مقایسه شد. بر این اساس بین فرزندانی که در گروه آزمایش و فرزندانی که در گروه کنترل بوده‌اند، از لحاظ نمره‌های کانرز والدین تفاوت معناداری وجود داشت. به بیان دیگر نمره‌های کانرز والدین فرزندان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون کاهش معناداری نشان داده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که برنامه آموزش والدین مبتنی بر رویکرد تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط DIR، باعث کاهش مشکلات توجه / بیش‌فعالی در کودکان پسر پیش‌دبستانی با نشانه‌های اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش والدین با تکیه بر الگوی تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط (DIR)، بر کاهش مشکلات توجه / بیش‌فعالی کودکان پیش‌دبستانی با نشانه‌های ADHD انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخش‌بودن برنامه آموزش والدین براساس رویکرد تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط را بر کاهش مشکلات توجه/ بیش‌فعالی کودکان پیش‌دبستانی با نشانه‌های ADHD تأیید می‌کند. این نتایج با نتایج مطالعه لراساتی و همکاران (۲۰۱۷)، همخوان است. کودکانی که تازه از مسیر تحول منحرف شده‌اند، اگر با استفاده از اقدام‌های درمانی صحیح هرچه زودتر به مسیر عادی تحول بازگردانده شوند، روند درمان کوتاه‌تر و آسان‌تر خواهد بود و برگرداندن آنها به مسیر اصلی کار چندان دشواری نخواهد بود. پژوهش این پژوهشگران نیز نشان داد که به‌کارگرفتن رویکرد DIR در افزایش توجه و رشد هیجانی کارکردی کودک ۴ ساله با شروع اولیه اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی مؤثر است. نتایج به‌دست‌آمده با پژوهش لیا و همکاران (۲۰۱۷) نیز همخوان است، این پژوهشگران اثربخشی رویکرد DIR را به‌منظور بهبود توجه در کودک مبتلا به اتیسم بررسی کرده‌اند. این مطالعه نشان داد که بهبود کیفیت توجه در کودک مبتلا به اتیسم از مهارت‌های پایین‌تر به سطح بالاتر پیشرفت می‌کند. بنابراین این مطالعه نتایج چشمگیری را برای بهبود کیفیت توجه مشترک کودک ۷ ساله مبتلا به اتیسم

فراهم می‌کند. همچنین با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش کریمیان (۱۳۹۰) معلوم شد که کودکان مبتلا به نارسایی‌توجه / بیش‌فعالی در مرحله سوم، چهارم، پنجم و ششم رشد هیجانی، نسبت به کودکان عادی تأخیر دارند. این نتایج به‌دست‌آمده با نظریه گرینسپن همخوان است؛ یعنی کودکانی که در رشد هیجانی کارکردی (تحول یکپارچه) دچار مشکل باشند، احتمال اینکه در آینده دچار انواع نارسایی یا اختلال‌های دوران کودکی شوند، زیاد است (گرینسپن، ۲۰۰۶). همچنین با نظریه بارکلی نیز همخوان است، زیرا بارکلی در الگوی عصبی- رشدی خود نشان داده است که کودکان دچار نارسایی‌توجه / بیش‌فعالی در کنترل هیجان‌ها مشکل دارند.

بر این اساس با توجه به نتایج پژوهش‌های پیشین که بر مبنای رویکرد DIR درباره کودکان مبتلا به نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی استفاده شده است، از پژوهش حاضر چنین استنباط می‌شود که کاهش نشانه‌ها با بهبود رشد هیجانی کارکردی در کودکان با نشانه‌های اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی رابطه دارد. در اینجا انتظار می‌رود این بهبود به دلیل طولانی‌ترشدن حلقه‌های مبادله و تعامل‌های رفت و برگشتی که بین والد و کودک اتفاق می‌افتد، منجر به احساس همدلی و امنیت بیشتری در کودک شده و کودک به‌رغم الگوهای پردازش حسی یا تنظیمی، بیشتر بر دنیای خود کنترل پیدا کرده و با بیان احساسات و ایده‌ها به‌نوعی خودآگاهی نسبت به هیجان‌ها و دنیای پیرامون خود پیدا کند. به‌علاوه دستیابی به این توانایی‌ها براساس بنیادهایی است که در مداخله آموزش والدین مبتنی بر رویکرد تحولی DIR، همراه با ترکیب بازی‌ها و تمرین‌های حرکتی و فعالیت‌های شناختی که باعث تقویت ذهن می‌شود، گنجانده شده است و شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که زمانی که ما ذهن را تقویت می‌کنیم، قادر خواهیم بود ساختار جمعی و کارکرد مغزی را نیز تقویت کنیم (گرینسپن و گرینسپن ۲۰۰۹).

والدین و معلم‌هایی که آموزش‌ها را براساس این رویکرد دریافت می‌کنند، به این نیاز هیجانی کودک پاسخ مثبت می‌دهند و در کمک به او در تنظیم خود همراه می‌شوند (گرینسپن، گرینسپن، ۲۰۱۵). پژوهش‌های زیادی بین اختلال در توانمندی تنظیم هیجانی و مشکلات رفتاری، هیجانی، اجتماعی روابط معناداری را اثبات کرده‌اند (اسپنسر و همکاران، ۲۰۱۱؛ هریس، گراهام، مگ آرتور، رید و ماسون، ۲۰۱۱). در شرایطی که خانواده یا مراقبان به کودکان فرصت‌های زیادی برای تنظیم، تعامل و ارتباط می‌دهند، توجه ضعیف در کودکان را به‌طور معمول باید به یک یا چند مشکل بنیادین در پردازش حواس، در طرح‌ریزی و ردیف‌بندی حرکتی، در مهارت‌های تفکر و در محیط فیزیکی مربوط دانست (گرینسپن و گرینسپن، ۱۳۹۴). کودک برای دستیابی به تحول مطلوب و همچنین جبران انحراف‌های رشدی نیاز به محیط خانوادگی تحول‌یافته دارد. به عبارت دیگر برای رسیدن به این سطح از تحول، آموزش خانواده باید به‌عنوان بخشی از برنامه درمانی مدنظر قرار بگیرد، زیرا اگر کودکی که به لحاظ زیستی مشکل دارد، با حجمی از تعامل‌هایی که متناسب با زیست کودک نیست، بمباران شود به‌مثابه آتشی می‌ماند که با ریختن بنزین مستعد شعله‌ورشدن است. تعامل‌هایی که متناسب با تحول کودک انجام می‌شود، حتی می‌تواند پتانسیل زیستی کودک را درون پیشرفت تحولی وسیع‌تر قرار دهد؛ تعامل‌ها و عواطف او را تجهیز کند؛ دامنه تجربه‌های کودک را در هر سطح از تحول گسترش دهد و او را در حرکت از یک سطح تحول به سطح بعدی کمک نماید (هولاندر و انگنوستیا، ۲۰۰۷). در این راستا پیشنهاد می‌شود برای هر کودک نیمرخی از رشد هیجانی کارکردی او تنظیم شده و توانمندی او در هر شش مرحله از رشد هیجانی بررسی شود. در هر مرحله هم که کودک دچار نارسایی شده و از مسیر اصلی تحول منحرف شده است- با استفاده از رویکردهای درمانی که

گرینسپن پیشنهاد کرده است- (گرینسپن، ۲۰۰۶ و ۲۰۰۹)، دوباره او را به مسیر اصلی تحول بازگرداند. نتایجی که از این پژوهش حاصل شد، نشان داد که این رویکرد در مقایسه با رویکردهای رفتاری به دلیل توجه به تفاوت‌های فردی، حسی و حرکتی و رویکردهای شناختی که فقط یک بعد را در روند درمان در نظر می‌گیرند و فقط به کودک و دستگاه عصبی وی می‌پردازند و از اهمیت و نقش تعامل‌ها در درون سیستم خانواده غافل مانده‌اند خرده گرفته شده است. همچنین به سبب ماهیت زیستی، روانی، اجتماعی و توجه همزمان به سطح تحولی و تفاوت-های حسی- تنظیمی کودک و روابط عاطفی مراقب و کودک منجر به بهبود رابطه والد- کودک و شاید رشد هیجانی کارکردی در کودک شده و به موفقیت چشمگیری در کاهش مشکلات کودکان با نشانه‌های اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی دست پیدا کرد (گرینسپن، ۲۰۰۹).

دستیابی به این توانایی‌ها تنها با یک رویکرد همه‌جانبه امکان‌پذیر است. سنجش با استفاده از الگوی تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط DIR، مستلزم چند جلسه کار با کودک، خانواده، معلمان و یا کار درمانگران و ... است. در مجموع ارزیابی بسیار کاملی لازم است تا چگونگی ترکیب تعامل‌های اجتماعی، محیطی و عوامل ساختاری و سرشتی در یک کودک خاص مشخص شود. برای کسب نتایج قطعی‌تر پیشنهاد می‌شود تا پژوهش‌های دیگری نیز با استفاده از این الگو انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود قبل از درنظرگرفتن دارو حداقل به مدت شش تا دوازده ماه در جهت تقویت بخش‌های اصلی و بنیادین (توانایی‌های تحولی پایه‌ای) کار شود تا معین شود چه میزان پیشرفت حاصل شده است. علاوه بر این شایسته است برنامه آموزش والدین با رویکرد تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط، به سایر متخصصان، معلمان و مربیان کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و نیزکودکان عادی آموزش داده شود تا از این راهبردها برای شناخت ریشه‌های اصلی رفتارهای تکانش‌وری و بی‌توجهی در کودک و افزایش دانش از ویژگی‌های خاص هر کودک بهره‌مند شوند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت زمانی در قالب طرح پایان‌نامه، تعمیم نتایج به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، استفاده‌نکردن از آزمودنی‌های دختر، دشواری هماهنگی در برگزاری جلسه‌ها، اطلاع دقیق‌نداشتن از شیوه‌های فرزندپروری والدین و حضورنداشتن پدران در جلسه‌های آموزشی به‌منظور هماهنگی بیشتر در درک ویژگی‌های منحصربه‌فرد هر کودک اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

از همکاران پژوهشی، مسئولان مهدکودک‌ها و مراکز پیش‌دبستانی، مرکز مشاوره کودک و نوجوان، واقع در شهرستان سرخس و مادرانی که در این پژوهش مشارکت داشته‌اند، صمیمانه تشکر می‌شود. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد نویسنده اول است.

منابع

اسماعیلی، ا. (۱۳۸۷) *شیوع ویژگی‌های جمعیت شناختی دانش‌آموزان ابتدایی مبتلا به ADHD در روستای بیرجند*، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی کودکان: دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند.

امین یزدی، ا. (۱۳۹۱) «رشد یکپارچه انسان: مدل تحولی- تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط»، *پژوهش‌نامه مبانی تعلیم و تربیت*، ۲(۱): ۱۰۹ – ۱۲۶.

انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۹۴) *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی*، ویراست پنجم، ترجمه هامایاک آوادیس، حسن هاشمی میناباد و داود عرب قهستانی،تهران: انتشارات رشد.

پاشاشریفی، ح. (۱۳۹۱) *نظریه و کاربرد آزمون‌های هوش و شخصیت*، چاپ هشتم، تهران: انتشارات سخن.

خوشابی، ک.، قدیری ف.، جزایری ع. (۱۳۸۵) «بررسی تأثیر برنامه آموزش گروهی مدیریت والدین متناسب با فرهنگ ایرانی در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و مقایسه آن با دارودرمانی». *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، (۷): ۲۶۹- ۲۸۰.

شهیم، س.، مهرانگیز ل.، یوسفی ف. (۱۳۸۵) *شیوع اختلال بیش‌فعالی در گروهی از دانش‌آموزان ابتدایی*، ایران جیپدیتر، ۱۶-۲۱۱: ۱۷(۲).

صدری، ا. (۱۳۹۲) *اثربخشی مدل درمانی رویکرد DIR فلورتایم مبتنی بر خانواده، بر بهبود نشانگان نافرمانی مقابله‌ای کودکان و*

کاهش استرس مادران. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.

عالی، ش. (۱۳۹۳) *طراحی سنجش و درمان ترکیبی خانواده - محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچهی انسان و اثربخشی آن بر نیمرخ عصب –روان‌شناختی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.

کریمیان، ج. (۱۳۹۰) *بررسی رشد هیجانی کارکردی در کودکان دارای نشانه‌های ADHD (۶-۳) ساله مقایسه با کودکان عادی از منظر رویکرد (DIR)*، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد دانشکده روان‌شناسی و علوم‌تربیتی مشهد.

کیافر، م. (۱۳۹۳) *مقایسه اثربخشی مداخلات فلورتایم و آموزش نظریه ذهن در کاهش پرخاشگری، بهبود رابطه مادر-کودک و بهبود نظریه ذهن در کودکان پرخاشگر پیش‌دبستانی*، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد.

گرینسپن، ا.، گرینسپن، جی. (۲۰۱۵) چگونه بر مشکلات توجه و بیش‌فعالی غلبه کنیم، ترجمه سید امیر امین یزدی، *تکتم جباری جوان*. تهران: ترجمان خرد.

وحیدی، ا. (۱۳۹۵) *طراحی و سنجش اثربخشی برنامه آموزش فرزندپروری «واسطه‌گری مبتنی بر رویکرد تحول یکپارچه انسان بر بهبود کیفیت رابطه مادر ـ کودک، باور خودکارآمدی مادر و توانایی حل مسئله شناختی کودک»*، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد رشته روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم‌تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.

Barkley RA. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.

Danforth, J. S.; Harvey, E.; Ulaszeck, W. R. & McKee, T. E. (2006). The outcome of group parent training for families of children with ADHD and defiant / aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *37*, 188-205.

de la Peña, F. R., & Palacio, J. D. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder in Latin America. *Salud Mental*, *41*(6), 247-248.

Dobrean, A., Pasarelu, C. R., & Dopfner, M. (2018). Varieties of Psychotherapy for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Evidence-Based Psychotherapy: The State of the Science and Practice*.

Faraone, S. V. (2015). Attention defcit hyperactivity disorder and premature death. *The Lancet*, *385*(9983), 2132-2133.

, Glascoe, F. P. (1999). Using parents concerns to detect and address developmental and behavioral problems. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 4(1), 24-35.

Greenspan, S. & Greenspan, J. (2009). *Overcoming Anxiety, Depression, and other mental health disorders in children and adults*. Interdisciplinary Council on Developmental and Learning (ICDL) Disorders.

Greenspan, S. and Wieder, S. (2006). *Infant and early childhood mental health: A comprehensive, developmental approach*. American Psychiatric Publishing, Inc.

Harris, K. R., Graham, S., MacArthur, C., Reid, R., & Mason, L. H. (2011). Self regulated learning processes and children's writing. *Handbook of Self-regulation of Learning and Performance*, 187-202.

Hollander, Eric. Anagnostou, Evdokia. (2007). *Clinical Manual for the Treatment of Autism*. American Psychiatric Pub.

Klein, P. S. (1992). Assessing cognitive modifiability of infants and toddlers: Observations based on mediated learning experience. In H. C. Haywood & D. Tzuriel (Eds.*), Interactive Assessment* (pp.233–250). New York: Springer Verlag.

Larasati, R., Boediman, L. M., & Aswanti, M. (2017). Penerapan prinsip DIR/Floortime Meningkatkan Kemampuan Memusatkan Atensi pada Anak dengan ADHD. *Jurnal Ilmu Perilaku*, *1*(1), 33-44.

Lia, M., & Mardian, M. G. (2017, September). Using a Developmental-relationship-based Approach for Improving the Joint Attention of a Child with Autism: A Single-case Design. In *1st International Conference on Intervention and Applied Psychology (ICIAP 2017)*. Atlantis Press.

Martin, A. J., Cumming, T. M., O'Neill, S. C., & Strnadová, I. (2017). Social and Emotional Competence and At-risk Children's Well-being: The Roles of Personal and Interpersonal Agency for Children with ADHD, Emotional and Behavioral Disorder, Learning Disability, and Developmental Disability. In *Social and Emotional Learning in Australia and the Asia-Pacific* (pp. 123-145). Springer, Singapore.

Nigg, J. T. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clinical Psychology Review*, *33*(2), 215–228. doi:10.1016/j. cpr.2012.11.005.

Pelham WE, Foster EM, Robb JA. (2007). The economic impact of attention deficit/ hyperactivity disorder in children and adolescents. *J Pediatr Psychol*., 7(2): 711-27.

Rintoul, B., Thorne, J., Wallace, I., Mobley, M., Goldman-Fraser, J., & Luckey, H. (1998). Factors in child development: Part I: Personal characteristics and parental behavior. Prepared for Centers for Disease Control and Prevention. Public Health Service, US Department of Health and Human Services by the Research Triangle Institute. Retrieved at September, 6, 2011.

Spencer, T. J., Faraone, S. V., Surman, C. B., Petty, C., Clarke, A., Batchelder, H., ... & Biederman, J. (2011). Toward defining deficient emotional self-regulation in children with attention deficit/hyperactivity disorder using the Child Behavior Checklist: a controlled study. *Post-graduate Medicine*, *123*(5), 50-59.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC. (2005). Mental health in the United States. Prevalence of diagnosis and medication treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder--United States, 2003. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, *54*(34), 842-847.