

Investigating the Effect of Mentalization-based Therapy (MBT) and Filial Therapy on Interactions of Student with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Parent and Teacher-child Interactions

Nahid Abbasi¹ , Akram Dehghani^{1,*} , Amir Ghamrani^{1,2} ,
Mohammad Reza Abedi^{1,3} 

¹ Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

² Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran

³ Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran

* **Corresponding Author:** Akram Dehghani, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. Email: ddehghani55@yahoo.com

Abstract

Received: 10/06/2022

Revised: 22/07/2022

Accepted: 14/08/2022

ePublished: 20/03/2023

How to Cite this Article:

Abbasi N, Dehghani A, Ghamrani A, Abedi MR. Investigating the Effect of Mentalization-based Therapy (MBT) and Filial Therapy on Interactions of Student with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Parent and teacher-child interactions. *Pajouhan Scientific Journal*. 2023; 21(1): 22-31. DOI: 10.52547/psj.21.1.22

Background and Objectives: This study was conducted to compare the effect of Mentalization-based therapy (MBT) and Filial therapy on Interactions of Student with ADHD.

Materials and Methods: The research method was quasi-experimental with pre-, post-test, and follow-up with the control group. Furthermore, the statistical population was 7- to 9-year-old students with ADHD who were studying in regular schools in the six different districts of Isfahan. To select the sample, however, 42 students were nominated from the students who met the inclusion criteria and randomly divided into three groups: Mentalization-based therapy (n = 14); Filial therapy (n = 14), and control (n = 14).

Results: The results show the parent-child and teacher-student interaction in the experimental groups was significantly improved ($P \leq 0.01$). Also, the comparison of mean scores showed that in the parent-child relationship variable, there was no significant difference among Mentalization-based therapy (MBT) and Filial therapy groups ($P \geq 0.01$), however, the difference was significant in the teacher-student relationship variable ($P \leq 0.01$).

Conclusions: Considering the efficiency of MBT and Filial therapy on Parent-child and teacher-child interactions of children with ADHD, the therapy provides an effective treatment method in Iran.

Keywords: Parent-child; teacher-child interactions; Hyperactivity; Attention deficit

مقایسه‌ی تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و فیلپال‌تراپی بر تعاملات دانش‌آموزان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی: تعاملات والد و معلم - کودک

ناهید عباسی^۱، اکرم دهقانی^{۱*}، امیر قمرانی^{۱،۲}، محمدرضا عابدی^{۱،۳}

^۱ گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

^۲ گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول: اکرم دهقانی، گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران. ایمیل: ddehghani55@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ی تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و فیلپال‌تراپی بر تعاملات دانش‌آموزان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه شاهد بود. جامعه‌ی آماری در این پژوهش دانش‌آموزان ۷ تا ۹ ساله دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی شاغل به تحصیل در مدارس عادی مناطق شش‌گانه‌ی شهر اصفهان بودند. برای انتخاب نمونه، از بین دانش‌آموزانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، ۴۲ نفر انتخاب و به صورت تصادفی بین گروه‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (۱۴ نفر)، فیلپال‌تراپی (۱۴ نفر) و شاهد (۱۴ نفر) تقسیم شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تعامل والد - کودک و معلم - دانش‌آموز در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه شاهد به طور معنی‌داری افزایش یافته است ($P \leq 0/01$). همچنین مقایسه‌ی میانگین نمرات نشان داد که در متغیر ارتباط والد - کودک؛ تفاوت معنی‌داری بین گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و گروه فیلپال‌تراپی وجود نداشت ($P \geq 0/01$) اما در متغیر ارتباط معلم - دانش‌آموز؛ این تفاوت معنی‌دار بود ($P \leq 0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی بر تعاملات والد - کودک و تعاملات معلم - دانش‌آموز کودکان با اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه می‌توان از این رویکرد به عنوان یک روش درمانی مؤثر در ایران بهره برد.

واژگان کلیدی: والد - کودک؛ معلم - دانش‌آموز؛ بیش‌فعالی؛ نقص توجه

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۳/۲۰

تاریخ داوری مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۳۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۵/۲۳

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه

نداشته باشند و با شیوه‌های خشن فرزندپروری، آن‌ها را کتک زده و به شدت تنبیه کنند و همین موضوع ارتباط آن‌ها با والدین را دچار اختلال کند [۳].

Josefsson و همکاران معتقدند، مادرانی که فرزندشان دارای اختلال بیش‌فعالی است، خود را در کنترل رفتارهای کودک ناتوان می‌بینند و هیجانات منفی از خود نشان می‌دهند و بیشتر توجه خود را به رفتارهای منفی کودک اختصاص می‌دهند [۴]. همچنین ممکن است والدین رفتارهای انفعالی داشته و با گرمی کمتری با کودکان‌شان رفتار کنند؛ در نتیجه، دور باطلی میان رفتارهای کودک و راهبردهای والدین تداوم می‌یابد [۵].

یکی دیگر از مشکلاتی که معمولاً دانش‌آموزان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی با آن درگیر هستند، روابط با معلمان است [۶]. Gwernan-Jones و همکاران معتقدند، در بافت کلاس درس، دانش‌آموزان مجبورند بی‌حرکت بنشینند، ساکت باشند و تمرکز کنند؛ در تلاش دانش‌آموزان با اختلال نقص

اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی، یکی از شایع‌ترین اختلال‌های دوران کودکی است که توجه روان‌شناسان و روان‌پزشکان را به خود جلب کرده است. مشخصه‌ی اصلی این اختلال، وجود الگوی پایدار از فقدان توجه و یا بیش‌فعالی - تکانشگری است که در مقایسه با افرادی در همان سطح رشد، شدیدتر است [۱]. علایم بایستی حداقل در دو موقعیت (نظیر مدرسه، خانه و یا محیط کار) بروز یابد و در عملکرد اجتماعی و تحصیلی فرد اشکال ایجاد کند [۲]. مطابق با پنجمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، سن شروع این اختلال از ۷ سالگی به ۱۲ تا ۱۷ سالگی تغییر و شیوع آن حدود ۵/۲۹ درصد گزارش شده است [۱].

یکی از مسائلی که در خانواده‌ی این کودکان همواره مطرح می‌شود، این است که دانش‌آموزان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، فعالیت بیش از حدی دارند و همین پرتحرکی و بیش‌فعالی باعث می‌شود والدین درک درستی از نشانه‌های آن‌ها

به اینکه این مشکلات ارتباطی می‌تواند پیامدهای منفی بسیاری برای کودک و خانواده به همراه داشته باشد، استفاده از رویکردهای جدید برای کاهش این مشکلات ضرورت دارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و فیلپال‌تراپی بر تعاملات (تعامل والد- کودک و کودک- همسال) دانش‌آموزان با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر از نظر نوع روش بررسی فرضیه‌های پژوهش، در گروه مطالعات نیمه‌تجربی با دو گروه آزمایش و یک گروه شاهد و به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با پیگیری بود. جامعه‌ی آماری شامل، دانش‌آموزان ۷ تا ۹ ساله دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی مشغول به تحصیل در مدارس عادی مناطق شش‌گانه‌ی شهر اصفهان بودند. حجم نمونه ۴۲ نفر برآورد شد (تعداد نمونه در طرح‌های نیمه‌تجربی، برای هر گروه حداقل ۸ الی ۱۲ نفر پیشنهاد شده است [۲۷]). روش نمونه‌گیری، خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود؛ در مرحله‌ی اول، از بین نواحی آموزشی شهر اصفهان، سه ناحیه انتخاب شد، در مرحله‌ی دوم از هر ناحیه، دو آموزشگاه انتخاب گردید و دانش‌آموز دارای اختلال نقص‌توجه- بیش‌فعالی بر اساس گزارش مدرسه و تشخیص‌های قبلی شناسایی شدند؛ سپس از بین دانش‌آموزانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند به صورت در دسترس، ۴۲ نفر انتخاب و به صورت تصادفی بین گروه‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (۱۴ نفر)، فیلپال‌تراپی (۱۴ نفر) و شاهد (۱۴ نفر) تقسیم شدند؛ انتخاب نمونه از بین دانش‌آموزان بود و جلسات آموزشی از طریق مادران اجرا شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: (۱) دانش‌آموزان کلاس اول تا سوم مبتلا به اختلال نقص‌توجه- بیش‌فعالی و پرسش‌نامه‌ی تشخیص اختلال نقص‌توجه- بیش‌فعالی بر اساس آزمون Connors، (۳) فقدان سابقه‌ی بیماری روان‌پزشکی، (۴) فقدان محدودیت‌های جسمی مختل‌کننده‌ی مراقبت فردی و (۵) زندگی کردن کودک با والدین، (۶) داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن در مادران، و (۷) تمایل مادران به شرکت در مطالعه بود. در ضمن معیارهای خروج از مطالعه، عدم تمایل به شرکت در جلسات و داشتن بیش از سه غیبت در جلسات مداخله بود. معیارها توسط پژوهشگر و با مراجعه به پرونده‌ی پزشکی کودکان، مورد بررسی قرار گرفت. ابزارهای پژوهش به شرح زیر بودند:

مقیاس درجه‌بندی اختلال نقص‌توجه- بیش‌فعالی Connors (فرم والدین): این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۸ از سوی Connors و همکاران به منظور ارزیابی و درجه‌بندی علائم اختلال نقص‌توجه- بیش‌فعالی طراحی شده و از جمله ابزارهایی است که کاربرد وسیعی در زمینه‌های بالینی و پژوهشی کودکان دارد. این فرم درجه‌بندی توسط والدین

توجه- بیش‌فعالی برای انجام این کار، علائم آن‌ها می‌تواند بدتر شود و این می‌تواند به ادراک و عزت‌نفس دانش‌آموزان و همچنین روابط آن‌ها با معلمان آسیب برساند [۷].

Rogers و همکاران نشان دادند که معلمان نسبت به دانش‌آموزان با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی نسبت به سایر دانش‌آموزان، نزدیکی عاطفی کمتری دارند [۸]. این نتایج با تحقیق Cook و Cameron [۹] و Al-Yagon [۱۰] مطابقت داشت که نشان دادند، روابط معلمان و دانش‌آموزان با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی دچار آسیب است. با توجه به اینکه رابطه‌ی مثبت دانش‌آموز و معلم به عنوان یک پیش‌نیاز اولیه برای یادگیری در نظر گرفته می‌شود [۱۱]، انتخاب این متغیر به عنوان یک هدف درمانی ضرورت دارد.

در همین رابطه، یکی از درمان‌های جدیدی که در سال‌های اخیر تدوین شده است، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی است. ذهنی‌سازی برای اولین بار توسط Fonagy و Allison [۱۲] و Fonagy و Luyten [۱۴] مطرح شد و اشاره به شکلی از فعالیت ذهنی درباره‌ی خود و دیگران دارد که موجب فهم و تفسیر رفتار افراد در وضعیت ذهن‌آگاه می‌شود.

Camoirano، بر این باور است که هدف اصلی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، بهبود و تقویت کنش تعاملی والدین است و این موضوع به شدت بر روابط والد- کودک اثرگذار می‌باشد [۱۵]. در همین رابطه، Rostad و Whitaker معتقدند که از طریق ذهنی‌سازی، ارتباط آسیب‌دیده‌ی والدین با فرزندان به شکل قابل توجهی بهبود می‌یابد [۱۶].

Byrne و همکاران در مطالعه‌ی مروری خود اثبات کرده‌اند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، کاربرد وسیعی در حوزه‌ی کودکان دارد و از پشتوانه‌ی تجربی قوی برخوردار است [۱۷]. همچنین تأثیر این رویکرد بر بهبود کیفیت زندگی [۱۸]، کاهش مشکلات رفتاری [۱۹-۲۰] و کاهش استرس فرزندی‌پروری [۲۱] به اثبات رسیده است.

از دیگر رویکردهای اثبات شده که کاربرد وسیعی به ویژه در دانش‌آموزان با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی دارد، فیلپال‌تراپی است. این رویکرد برای اولین بار توسط Guerney پایه‌گذاری شد [۲۲]. مطالعه‌ی Lindo و همکاران نشان داد که این رویکرد باعث بهبود تاب‌آوری والدین و ارتقای مهارت‌های فرزندی‌پروری آن‌ها می‌شود [۲۳].

یافته‌های پژوهش Cornett و Bratton [۲۴] و Cornett [۲۵] نشان می‌دهد، فیلپال‌تراپی، موجب بهبود عملکرد خانواده، افزایش تاب‌آوری و صمیمیت والدین و کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌شود. همچنین تأثیر فیلپال‌تراپی بر ارتباط والدین و کودکان ناشناخته‌ی اثبات رسیده است [۲۶]. با توجه به اینکه دانش‌آموزان با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی دارای مشکلات ارتباطی به ویژه با والدین و معلمان هستند و نظر

کودک تکمیل می‌شود. هر سؤال به وسیله‌ی طیف ۴ درجه‌ای درجه‌بندی شده و به صورت ۰، ۱، ۲ و ۳ کدگذاری می‌شود. پایایی برای مقیاس فرم والدین، ۰/۹۲ گزارش شده است [۲۸]. در ایران، شهبانیان و همکاران، بعد از اجرای مقیاس بر روی ۵۹۸ کودک دختر و پسر ۶ تا ۱۱ سال و ۱۱ ماه، اعتبار آزمون را ۰/۵۸ گزارش کردند [۲۹].

مقیاس روابط والد-کودک: این مقیاس برای اولین بار توسط Pianta در سال ۱۹۹۴ ساخته و شامل ۳۳ ماده می‌باشد که ادراک والدین را در مورد رابطه‌ی خود با کودک می‌سنجد [۳۰]. این مقیاس به صورت خودگزارش‌دهی است و یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای است که نمره‌گذاری آن از ۱ (قطعاً صدق می‌کند) تا ۵ (قطعاً صدق نمی‌کند) را در بر می‌گیرد. این مقیاس برای سنجش رابطه والد-کودک در تمام سنین قابل استفاده است. این مقیاس در ایران توسط ابارشی و همکاران ترجمه و روایی محتوایی آن نیز توسط متخصصان تأیید شده است و میزان آلفای کرونباخ آن ۰/۸۰ گزارش گردید [۳۱]. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ به دست آمد. **پرسش‌نامه‌ی ارتباط معلم- دانش‌آموز:** این مقیاس در

سال ۲۰۰۱ توسط Pianta [۳۰] طراحی شده و مشتمل بر ۱۵ گویه است و ارتباط نزدیک و تعارضات را در روابط بین معلم و دانش‌آموز می‌سنجد. پاسخگویی به گویه‌های این مقیاس به وسیله‌ی معلم بر اساس شاخص ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت با دامنه‌ای از نمره‌ی ۵ (بسیار موافقم) تا ۱ (بسیار مخالفم) صورت می‌گیرد. روایی‌سازی این مقیاس به وسیله‌ی Pianta [۳۰] با استفاده از روش تحلیل عاملی احراز شده است. نتایج پژوهش صالحی و سیف، بیانگر ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب مقیاس بود. نتایج ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش صالحی و سیف، برابر با ۰/۷۵ به دست آمد [۳۲].

جلسات آموزشی: جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مبنای مهم‌ترین کتاب‌های این حوزه از قبیل فکر کردن در کودک: مداخلات مبتنی بر ذهن‌سازی با کودکان، نوجوانان و خانواده‌های آنها [۳۳]، ذهنی‌سازی در کودکان [۳۴] و ذهنی‌سازی در خانواده [۳۵] تهیه شد. جلسات آموزشی فیلیال‌تراپی نیز از بسته‌ی آموزشی Bratton و Landreth اقتباس شده است [۲۲]. خلاصه‌ای از جلسات آموزشی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه‌ی جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و فیلیال‌تراپی

| جلسات | درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی | فیلیال‌تراپی |
|-------|---|--|
| اول | معرفی ذهنی‌سازی، داستان زیبای تیز کردن اره، معرفی ویژگی‌های والدین آگاه، معرفی استعاره‌ی فانوس دریایی و شباهت آن به والدین، معرفی روش چهار مرحله‌ای تصمیم‌گیری، تمرین خانگی | بیان موضوعات پایه از قبیل: تشویق و تقویت والدین، همدلی با والدین، عادی و طبیعی جلوه دادن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندان‌شان، بیان اهمیت بازی، قوانین و نحوه‌ی اجرای جلسات بازی والدین |
| دوم | بیان تأثیر ذهن والدین بر فرزندپروری، معرفی پنج قدرت اساسی در والدین (تنبیه، پاداش، مشروعیت و قدرت اجتماعی، دانش و اعتماد معرفتی)، معرفی اعتماد معرفتی، تمرین خانگی | تشخیص چهار احساس اصلی (شادی، غم، خشم و ترس). آموزش پاسخ‌دهی همدلانه به کودک، تمرین پاسخ‌دهی همدلانه |
| سوم | معرفی انواع کارکردهای مغز، معرفی نقشه‌ی مغز، سه قسمت مغز انسان (خزندگان، پستانداران و انسان)، معرفی روش‌های بازدارنده رفتاری با توجه به تکنیک‌های ذهنی‌سازی و آشنایی با ساختارهای مغز، تمرین خانگی | آموزش هدایتگر بودن کودک در جلسات، توجه به احساسات کودک از طریق حالت‌های چهره، بدن، لحن صدا و کلام کودک. انعکاس ادراک والدین از احساسات کودک، قاطعیت در زمینه‌ی محدودیت‌ها، تعیین اهداف بازی شامل بروز احساسات و هیجانات کودک |
| چهارم | معرفی قطب‌نمای احساسات، احساسات اولیه و احساسات ثانویه، ویژگی والدین هلیکوپتری، والدین شترمرغی، والدین عروس دریایی، والدین پلنگی، والدین ستون فقراتی، تمرین خانگی | اسباب‌بازی‌های مربوط به زندگی واقعی، برون‌ریزی خشم و خلاقیت، آموزش بایدها و نبایدها در بازی |
| پنجم | جعبه‌ی ابزار ذهنی‌سازی والدین (حل مسأله، پشتیبانی، مدل‌سازی، فراموشی، صبوری، تشویق خود، شوخ‌طبعی، ساخت تصویر مثبت، تنفس صحیح، پاداش به خود، افکار آرامش‌بخش)، معرفی اعمال سمت راست و چپ مغز، تداخل سمت راست و چپ مغز، تنظیم خلق والدین، تمرین خانگی | آموزش مهارت محدودیت‌گذاری برای رفتارهای نامناسب کودکان. اعمال مراحل سه‌گانه‌ی محدودیت شامل انعکاس همدلانه و صمیمی احساسات کودک، بیان محدودیت در قالب جملات کوتاه و واضح، بیان دلایل و زمان محدودیت‌گذاری |
| ششم | تو را بدون گذشته‌ات می‌خواهم، چمدان‌های احساسی ما، تمرین: فرشته‌های دوران کودکی شما چه کسانی بودند؟، تمرین: ارواح زندگی شما چه کسانی بوده‌اند؟، تمرین خانگی | چگونگی صحبت با کودک، اهمیت شناخت احساسات خود، فهرست مهارت‌های جلسه‌ی بازی نظیر حفظ ساختار، همدلی، دنباله‌روی، پرهیز از سؤال و رهنمود دادن |
| هفتم | انواع دلبستگی (دلبستگی دو سوگرا، امن، نامنظم، اجتنابی)، والدین به عنوان فانوس دریایی، معرفی راهکارهای ترمیم دلبستگی، زمان‌های مناسب مداخله‌ی والدین، تمرین خانگی | روش‌های حق انتخاب دادن (حق انتخاب دادن به صورت ساده و قدرت بخشیدن به کودک، حق انتخاب دادن به عنوان پیامد مثبت و حق انتخاب دادن برای تقویت قوانین خانه)، فهرست مهارت‌های جلسه‌ی بازی |
| هشتم | معرفی مدل‌های ذهنی‌سازی در خانواده، تکنیک‌های باز کردن ذهن و برقراری ارتباط مؤثر والدین، تکنیک‌های مکالمه با کودکان، مدل خواب در ذهنی‌سازی، تکنیک‌های آموزش جنسیت و رفتارهای متناسب با سن کودکان، تمرین خانگی، خلاصه و جمع‌بندی | مرور مباحث و مهارت‌های مطرح شده در سیر جلسات، حق انتخاب دادن، محدود کردن و ترغیب کردن، محدودیت‌گذاری به صورت پیشرفته به شکل توضیح عواقب کار، تعمیم محدودیت به خارج از جلسه، خلاصه و جمع‌بندی |

موقع که تمایل داشته باشند می‌توانند از روند اجرای پژوهش خارج شوند. علاوه بر این این موضوع مورد تأکید قرار گرفت که اطلاعات به دست آمده فقط جهت انجام پژوهش به کار خواهد رفت و کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. داده‌های جمع‌آوری شده پس از کدگذاری وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) شده و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل آزمون‌های Fisher's exact test جهت مقایسه‌ی مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها و آزمون Repeated measures ANOVA جهت مقایسه‌ی گروه‌ها در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده و سطح معنی‌داری $\alpha = 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌های شناختی آزمودنی‌های پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. مطابق با این جدول، از نظر سنی بیشتر مادران در دامنه‌ی سنی ۳۱ تا ۴۰ قرار داشتند؛ در گروه ذهنی‌سازی، ۱۰ نفر (۷۱/۴ درصد)، در گروه فیلپال‌تراپی، ۸ نفر (۵۷ درصد)، و در گروه شاهد، ۹ نفر (۶۴/۳ درصد) در دامنه‌ی سنی ۳۱ تا ۴۰ قرار داشتند.

جهت اجرای پژوهش، ابتدا مجوزهای لازم از اداره‌ی کل آموزش و پرورش استان اصفهان دریافت شد، سپس فرایند نمونه‌گیری انجام گرفت. مقیاس درجه‌بندی اختلال نقص‌توجه-بیش‌فعالی Conners در ابتدای پژوهش جهت تأیید تشخیص اختلال توسط مادر تکمیل شد. دانش‌آموزانی که بر اساس این مقیاس دارای اختلال نقص‌توجه-بیش‌فعالی تشخیص داده شدند به طور تصادفی به سه گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (۱۴ نفر)، فیلپال‌تراپی (۱۴ نفر) و شاهد (۱۴ نفر) تقسیم شدند. در گام بعدی، مقیاس روابط والد-کودک توسط مادر و پرسش‌نامه‌ی ارتباط معلم-دانش‌آموز توسط معلم به عنوان پیش‌آزمون تکمیل گردید. جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و فیلپال‌تراپی در ۸ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای برای مادران ارائه شد اما برای گروه شاهد، هیچ آموزشی ارائه نگردید. مقیاس روابط والد-کودک و پرسش‌نامه‌ی ارتباط معلم-دانش‌آموز پس از پایان جلسات مداخله در مرحله‌ی پس‌آزمون و یک ماه پس از اتمام جلسات به عنوان مرحله‌ی پیگیری مجدد توسط مادر و معلم تکمیل گردید. در این پژوهش کلیه‌ی ملاحظات اخلاقی مورد توجه قرار گرفت؛ تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش، فرم رضایت آگانه جهت شرکت در پژوهش را تکمیل کردند. به آن‌ها اطمینان داده شد که شرکت در پژوهش داوطلبانه است و هر

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران شرکت‌کننده در پژوهش

| متغیر | زیرگروه | گروه ذهنی‌سازی | | گروه فیلپال‌تراپی | | گروه شاهد | | سطح معنی‌داری |
|-------------|------------------------|----------------|---------|-------------------|---------|-----------|---------|---------------|
| | | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | |
| سن مادر | ۲۰ تا ۳۰ | ۳ | ۲۱/۴ | ۲ | ۱۴/۳ | ۳ | ۲۱/۴ | ۰/۸۶۷ |
| | ۳۱ تا ۴۰ | ۱۰ | ۷۱/۴ | ۸ | ۵۷/۱ | ۹ | ۶۴/۳ | |
| | ۴۱ تا ۵۰ | ۱ | ۷/۱ | ۳ | ۲۱/۴ | ۱ | ۷/۱ | |
| | ۵۱ تا ۶۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۷/۱ | ۱ | ۷/۱ | |
| تحصیلات | زیر دیپلم | ۱ | ۷/۱ | ۰ | ۱۴/۳ | ۰ | ۰ | ۰/۰۶۸ |
| | دیپلم | ۳ | ۲۱/۴ | ۲ | ۷/۱ | ۳ | ۲۱/۴ | |
| | فوق دیپلم | ۰ | ۰ | ۱ | ۰ | ۲ | ۱۴/۳ | |
| | کارشناسی | ۷ | ۵۰/۰ | ۹ | ۶۴/۳ | ۶ | ۴۲/۹ | |
| | کارشناسی ارشد و بالاتر | ۳ | ۲۱/۴ | ۲ | ۱۴/۳ | ۳ | ۲۱/۴ | |
| سن کودک | ۷ | ۳ | ۲۱/۴ | ۴ | ۲۸/۶ | ۲ | ۱۴/۳ | ۰/۷۳۹ |
| | ۸ | ۷ | ۵۰/۰ | ۵ | ۳۵/۷ | ۹ | ۶۴/۳ | |
| | ۹ | ۴ | ۲۸/۶ | ۵ | ۳۵/۷ | ۳ | ۲۱/۴ | |
| تعداد فرزند | ۱ | ۹ | ۶۴/۳ | ۷ | ۵۰/۰ | ۷ | ۵۰/۰ | ۰/۸۹۰ |
| | ۲ | ۴ | ۲۸/۶ | ۴ | ۲۸/۶ | ۵ | ۳۵/۷ | |
| | ۳ | ۱ | ۷/۱ | ۳ | ۲۱/۴ | ۲ | ۱۴/۳ | |
| | ۴ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | |
| شغل | خانه‌دار | ۱۰ | ۷۱/۴ | ۱۱ | ۷۸/۶ | ۶ | ۴۲/۹ | ۰/۲۰۷ |
| | کارمند | ۱ | ۷/۱ | ۰ | ۰ | ۱ | ۷/۱ | |
| | آزاد | ۳ | ۲۱/۴ | ۳ | ۲۱/۴ | ۷ | ۵۰/۰ | |

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره‌ها در گروه‌های آزمایش و شاهد

| متغیر | گروه | گروه ذهنی‌سازی (N = ۱۴) | گروه فیلپال‌تراپی (N = ۱۴) | گروه شاهد |
|-----------------------|-----------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | میانگین \pm انحراف معیار | میانگین \pm انحراف معیار | میانگین \pm انحراف معیار |
| ارتباط والد-کودک | پیش‌آزمون | ۱۰۸/۷۱ \pm ۷/۹۷ | ۱۱۲/۳۵ \pm ۹/۰۶ | ۱۰۹/۷۸ \pm ۹/۸۸ |
| | پس‌آزمون | ۱۲۱/۲۱ \pm ۶/۰۶ | ۱۲۲/۷۸ \pm ۱۰/۸۲ | ۱۱۰/۷۱ \pm ۷/۵۸ |
| | پیگیری | ۱۲۳/۹۲ \pm ۸/۷۹ | ۱۲۱/۳۵ \pm ۹/۱۶ | ۱۱۰/۲۸ \pm ۷/۰۳ |
| ارتباط معلم-دانش‌آموز | پیش‌آزمون | ۹۲/۴۲ \pm ۸/۵۰ | ۹۱/۱۴ \pm ۹/۵۳ | ۹۴/۲۱ \pm ۹/۳۲ |
| | پس‌آزمون | ۱۰۹/۵۰ \pm ۶/۵۱ | ۹۸/۸۵ \pm ۹/۱۴ | ۹۵/۶۴ \pm ۶/۱۳ |
| | پیگیری | ۱۱۱/۰۰ \pm ۴/۶۰ | ۹۹/۵۰ \pm ۷/۶۸ | ۹۴/۵۰ \pm ۹/۱۴ |

درون‌گروهی، اثر اصلی زمان معنی‌دار است ($P > ۰/۰۰۱$). در بین‌گروهی نیز برای این متغیر تفاوت معنی‌داری حاصل شده است بدین معنی که بین گروه‌های آزمایش و شاهد در ارتباط والد-کودک تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P > ۰/۰۰۱$). برای متغیر ارتباط معلم-دانش‌آموز در درون‌گروهی، اثر اصلی زمان معنی‌دار است ($P > ۰/۰۰۱$). در بین‌گروهی نیز برای این متغیر تفاوت معنی‌داری حاصل شده است بدین معنی که بین گروه‌های آزمایش و شاهد در ارتباط معلم-دانش‌آموز تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P > ۰/۰۰۱$). برای مشخص شدن اختلاف معنی‌دار بین میانگین نمرات ارتباط والد-کودک و ارتباط معلم-دانش‌آموز در زمان‌های مختلف از آزمون Bonferroni استفاده شد (جدول ۴).

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات ارتباط والد-کودک در گروه ذهنی‌سازی و گروه فیلپال در پس‌آزمون ($P = ۰/۵۴۵$) و پیگیری ($P = ۰/۴۸۳$) معنی‌دار نیست. در بخش دیگر نتایج نشان می‌دهد که در پس‌آزمون بین گروه ذهنی‌سازی و گروه شاهد ($P = ۰/۰۰۱$) و فیلپال و شاهد ($P = ۰/۰۰۱$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در پیگیری نیز بین گروه ذهنی‌سازی و گروه شاهد ($P = ۰/۰۰۸$) و فیلپال و شاهد ($P = ۰/۰۴۶$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در ادامه نتایج نشان می‌دهد در پس‌آزمون بین میانگین نمرات ارتباط معلم-دانش‌آموز در گروه ذهنی‌سازی و گروه فیلپال ($P = ۰/۰۰۱$) و ذهنی‌سازی و گروه شاهد ($P = ۰/۰۰۱$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در پیگیری نیز بین گروه ذهنی‌سازی و گروه فیلپال ($P = ۰/۰۰۱$) و ذهنی‌سازی و گروه شاهد ($P = ۰/۰۰۱$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین گروه فیلپال و گروه شاهد در پس‌آزمون ($P = ۰/۷۷۰$) و پیگیری ($P = ۰/۲۴۴$) معنی‌دار نیست.

از نظر تحصیلات، بیشتر مادران دارای تحصیلات کارشناسی بودند؛ در گروه ذهنی‌سازی، ۷ نفر (۵۰ درصد)، در گروه فیلپال‌تراپی، ۹ نفر (۶۴/۳ درصد)، و در گروه شاهد، ۶ نفر (۴۲/۹ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی بودند. از نظر سن کودک، در گروه ذهنی‌سازی، ۷ نفر (۵۰ درصد) از کودکان ۸ ساله، در گروه فیلپال‌تراپی، ۵ نفر (۳۵/۷ درصد) دارای سن ۸ و ۵ نفر (۳۵/۷ درصد) دارای سن ۹ سال بودند. در گروه ذهنی‌سازی، ۹ نفر (۶۴/۳ درصد) و در گروه فیلپال‌تراپی و شاهد، ۷ نفر (۵۰ درصد) تک‌فرزند بودند. همچنین در گروه ذهنی‌سازی، ۱۰ نفر (۷۱/۴ درصد) و در گروه فیلپال‌تراپی، ۱۱ نفر (۷۸/۶ درصد) از مادران خانه‌دار و در گروه شاهد، ۷ نفر (۵۰ درصد) دارای شغل آزاد بودند.

یافته‌های توصیفی مربوط به ارتباط والد-کودک و ارتباط معلم-دانش‌آموز در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است.

برای بررسی معنی‌داری تفاوت‌ها، ابتدا مفروضه‌های آزمون‌های پارامتریک بررسی شد. نتایج حاصل از آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد، سطح معنی‌داری متغیر در گروه‌ها از ۰/۰۵ بیشتر بود که این امر بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها در این متغیرها است ($P > ۰/۰۵$). جدول ۴ نتایج آزمون M-Box، Levene، Mauchly و Greenhouse-Geisser ارائه شده است.

پس از بررسی و تأیید پیش‌فرض‌های آماری، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در گروه‌های آزمایش و شاهد در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انجام شد که نتایج در ادامه ارائه شده است.

با توجه به جدول ۵، برای متغیر ارتباط والد-کودک در

جدول ۴: نتایج همگنی کوواریانس، کرویت Mauchly و همگنی واریانس‌های نمرات در گروه‌ها

| متغیر | M-Box (F) | Levene | Mauchly | Greenhouse-Geisser |
|-----------------------|---------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|
| ارتباط والد-کودک | ۱۲/۴۰ (۰/۹۱) P = ۰/۵۲۷ | ۰/۵۳ P = ۰/۵۸۸ | ۰/۹۳ (۲/۳۷) P = ۰/۳۰۵ | - |
| ارتباط معلم-دانش‌آموز | ۱۷/۲۵ (۱/۹۷) P = ۰/۱۰۳ | ۰/۰۹ P = ۰/۹۹۱ | ۰/۸۸ (۴/۸۶) P = ۰/۰۰۸ | ۰/۸۹۳ |

جدول ۵: یافته‌های مربوط به تحلیل واریانس مختلط

| متغیر | عوامل | منابع تغییر | مجموع مجذورات | df | میانگین مجذورات | F | معنی‌داری | اندازه‌ی اثر |
|------------------------|------------|-------------|---------------|-------|-----------------|-------|-----------|--------------|
| ارتباط والد- کودک | درون‌گروهی | زمان | ۱۸۲۶/۶۳ | ۲ | ۹۱۸/۳۱ | ۹/۲۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۷ |
| | | زمان × گروه | ۹۰۸/۲۲ | ۴ | ۲۲۷/۰۵ | ۲/۲۹ | ۰/۰۶۶ | ۰/۶۴ |
| | | خطا | ۷۷۰۸/۴۷ | ۷۸ | ۹۸/۸۲ | | | |
| ارتباط معلم- دانش‌آموز | درون‌گروهی | زمان | ۱۸۶۷/۴۴ | ۲ | ۹۳۳/۷۲ | ۷/۸۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۳ |
| | | زمان × گروه | ۴۶۶/۰۵۲ | ۳۹ | ۱۱۹/۵۰ | | | |
| | | خطا | ۲۲۲۲/۵۸ | ۱/۷۸ | ۱۲۴۴/۹۵ | ۳۵/۴۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۷ |
| | | زمان × گروه | ۱۳۷۹/۰۳ | ۳/۵۷ | ۳۸۶/۲۲ | ۱۰/۹۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۶ |
| | | خطا | ۲۴۴۵/۷۱ | ۶۹/۶۲ | ۳۵/۱۲ | | | |
| | | خطا | ۲۱۶۴/۸۲ | ۲ | ۱۰۸۲/۴۱ | ۸/۳۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۹ |
| | | | ۵۰۶۷/۲۱ | ۳۹ | ۱۲۹/۹۲ | | | |

بحث

نمی‌گیرد [۳۷]. با ارائه‌ی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای مادران، تلاش شد تا پایه‌های اصلی ذهنی‌سازی در روابط والد-کودک شکل بگیرد و این خود به طور متقابل هم بر کاهش مشکلات و علایم این کودکان کمک کرد. در همین رابطه و همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، Rostad و Whitaker [۱۶] معتقدند از طریق ذهنی‌سازی، ارتباط آسیب‌دیده‌ی والدین با فرزندان به شکل قابل توجهی بهبود می‌یابد و Schechter و همکاران [۳۸] معتقدند که آموزش مهارت‌های ذهنی‌سازی به طور مؤثری باعث بهبود ارتباط والدین و کودکان می‌شود.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر ارتباط معلم- دانش‌آموز می‌توان گفت که ویژگی‌های رفتاری کودکان با اختلال نقص‌توجه- بیش‌فعالی و خصوصیات تعاملی آن‌ها باعث شکل‌گیری ارتباط نامناسب با معلمان و اطرافیان می‌شود [۳۹] به طوری که تخمین زده شده است، کودکان با اختلال نقص‌توجه- بیش‌فعالی تا سن ۱۲ سالگی، بیست هزار مرتبه بیشتر نسبت به کودکان بدون این اختلال، از اطرافیان پیام‌های منفی دریافت می‌کنند [۴۰].

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ی تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و فیلپال‌تراپی بر تعاملات دانش‌آموزان با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی انجام گرفت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش بیانگر آن بود که هم درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و هم فیلپال‌تراپی به شکل معنی‌داری تعامل والد-کودک و تعامل معلم- دانش‌آموز را بهبود می‌بخشد. در بررسی تفاوت این دو رویکرد نیز مشخص شد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تعامل معلم- دانش‌آموز تأثیر بیشتری نسبت به فیلپال‌تراپی دارد اما تأثیر این دو رویکرد بر تعامل والد-کودک تفاوت معنی‌داری نداشت.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر ارتباط والد- کودک می‌توان گفت ارتقای ذهنی‌سازی، ارتباط آسیب‌دیده‌ی کودک با اطرافیان را ترمیم می‌کند [۱۶-۱۴]. در همین رابطه Badoud و همکاران اظهار می‌دارند که این کودکان به علت علایم خاصی که دارند (مانند دامنه‌ی توجه ضعیف و فعالیت زیاد)، زیربنا و پایه‌های اصلی ذهنی‌سازی شکل

جدول ۶: نتایج مربوط به آزمون Bonferroni برای مشخص شدن اختلاف معنی‌دار بین میانگین‌ها

| متغیر | مرحله | گروه (I) | گروه (J) | تفاوت میانگین (I-J) | خطای استاندارد | سطح معنی‌داری |
|------------------------|----------|--------------|--------------|---------------------|----------------|---------------|
| ارتباط والد- کودک | پس‌آزمون | ذهنی‌سازی | فیلپال‌تراپی | ۱/۵۷ | ۲/۵۲ | ۰/۵۴۵ |
| | | ذهنی‌سازی | شاهد | ۱۰/۵۰ | ۲/۴۱ | ۰/۰۰۱ |
| | | فیلپال‌تراپی | شاهد | ۱۲/۰۷ | ۲/۶۲ | ۰/۰۰۱ |
| | پیگیری | ذهنی‌سازی | فیلپال‌تراپی | ۲/۵۷ | ۳/۵۶ | ۰/۴۸۳ |
| | | ذهنی‌سازی | شاهد | ۱۳/۶۴ | ۴/۳۵ | ۰/۰۰۸ |
| | | فیلپال‌تراپی | شاهد | ۱۱/۰۷ | ۵/۷۳ | ۰/۰۴۶ |
| ارتباط معلم- دانش‌آموز | پس‌آزمون | ذهنی‌سازی | فیلپال‌تراپی | ۱۰/۶۴ | ۲/۷۹ | ۰/۰۰۱ |
| | | ذهنی‌سازی | شاهد | ۱۳/۸۵ | ۲/۷۹ | ۰/۰۰۱ |
| | | فیلپال‌تراپی | شاهد | ۳/۲۱ | ۲/۷۹ | ۰/۷۷۰ |
| | پیگیری | ذهنی‌سازی | فیلپال‌تراپی | ۱۱/۵۰ | ۲/۷۹ | ۰/۰۰۱ |
| | | ذهنی‌سازی | شاهد | ۱۶/۵۰ | ۲/۷۹ | ۰/۰۰۱ |
| | | فیلپال‌تراپی | شاهد | ۵/۰۰ | ۲/۷۹ | ۰/۲۴۴ |

شش‌گانه‌ی شهر اصفهان بود؛ همچنین از پرسش‌نامه‌های مداد و کاغذی برای ارزیابی تعاملات دانش‌آموزان استفاده شد، با توجه به محدودیت زمانی، برای اجرای آزمون پیگیری طولانی‌مدت فراهم نشد. پس باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. با توجه به این محدودیت‌ها، توجه به کودکان در سایر دوره‌های سنی و انتخاب آن‌ها به عنوان گروه مداخله پیشنهاد می‌شود. در ضمن پیشنهاد می‌شود جهت ارزیابی تعاملات دانش‌آموزان از ابزارهای دیگری به غیر از پرسش‌نامه‌های مداد و کاغذی (مانند ابزارهای کیفی از جمله مشاهده) استفاده کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود برای تعیین اثبات اثربخشی مداخلات در طی زمان از پیگیری‌های ۳ و ۶ ماهه استفاده شود.

نتیجه‌گیری

به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و فیلپال‌تراپی بر تعاملات دانش‌آموزان با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی تأثیر دارد؛ از این‌رو با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر، به خانواده‌ها و متخصصان حوزه‌ی کودکان با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی پیشنهاد می‌شود که از درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و فیلپال‌تراپی جهت بهبود تعاملات این کودکان بهره بگیرند تا از این طریق مشکلات این کودکان و خانواده‌های آن‌ها را کاهش دهند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی خانواده‌هایی که با تمام وجود ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، قدردانی می‌کنیم.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

در اجرای پژوهش، ملاحظات اخلاقی مطابق با دستورالعمل کمیته‌ی اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان در نظر گرفته شده و کد اخلاق به شماره‌ی IR.IAU.FALA.REC.1400.053 دریافت گردیده است.

حمایت مالی

جهت انجام این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی صورت نگرفته است.

در پاسخ به این مشکل، Camoirano [۱۵] بر این باور است که هدف اصلی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، ارتقا و تقویت کنش تعاملی است و این موضوع به شدت بر روابط کودک با اطرافیان اثرگذار است. این نتایج همسو با پژوهش حاضر بود که نشان داد، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی موجب بهبود ارتباط معلم با دانش‌آموزان می‌شود.

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که فیلپال‌تراپی بر ارتباط والد- کودک دانش‌آموزان با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی تأثیر دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت فیلپال‌تراپی می‌تواند به شکل قابل‌توجهی مهارت‌های والدگری را افزایش دهد. در فرایند اجرای فیلپال‌تراپی، والدین به درک و پذیرشی مطلوب در زمینه‌ی رفتار کودک دست یابند [۴۱]؛ در این رابطه، Landreth [۴۲] معتقد است فیلپال‌تراپی موجب فعال شدن والدین در فرایند تعامل با کودک، انعکاس احساسات کودک و فعالیت کلامی و تعامل کلامی بین کودک و والد می‌شود؛ بنابراین می‌توان گفت که فیلپال‌تراپی می‌تواند بر سواد هیجانی یا توانایی درک هیجان‌ها، گوش دادن به دیگران، همدردی و همدلی با آن‌ها و توانایی ابراز و مدیریت هیجان‌ها و پاسخ به هیجان‌های دیگران تأثیر مثبت داشته باشد [۴۳]. این عوامل موجب تجهیز دانش‌آموز به مهارت‌هایی برای تسهیل عملکرد ارتباطی کودک می‌شود.

همچنین نتایج مقایسه‌های زوجی حاصل از آزمون Bonferroni نشان داد که اگرچه فیلپال‌تراپی به مقدار کمی نمرات ارتباط معلم- دانش‌آموز را بهبود بخشیده است، اما این افزایش به صورت معنی‌دار نیست. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که تمرکز اصلی فیلپال‌تراپی، روی روابط والد با فرزند است، مطالعه‌ی Lindo و همکاران نیز نشان داد که این رویکرد باعث بهبود تاب‌آوری والدین و ارتقای مهارت‌های فرزندپروری آن‌ها می‌شود [۲۳]. در فرایند آموزش فیلپال‌تراپی، والدین می‌توانند به درک و پذیرشی مطلوب از رفتار کودک دست یابند؛ این مسأله سبب ترمیم روابط عاطفی میان والدین و کودک می‌گردد و چرخه‌های ارتباطی معیوب بین والد و کودک شکسته می‌شود [۴۴].

O'Connor و همکاران، فیلپال‌تراپی را نوعی بازی درمانی مبتنی بر والد- کودک می‌دانند که از بازی والدین با فرزندان به منزله‌ی مکانیسم اصلی برای تغییر استفاده می‌کند [۴۵].

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، انتخاب نمونه‌ی پژوهش از بین دانش‌آموزان ۷ تا ۹ ساله دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی شاغل به تحصیل در مدارس عادی مناطق

REFERENCES

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 4th ed. New York: The Guilford Press; 2014.
- Becker SP, Barkley RA. ADHD in adolescents: Development, assessment, and treatment. 1st ed. New York,

- NY: The Guilford Press; 2019.
4. Josefsson T, Ivarsson A, Gustafsson H, Stenling A, Lindwall M, Tornberg R, et al. Effects of mindfulness-acceptance-commitment (MAC) on sport-specific dispositional mindfulness, emotion regulation, and self-rated athletic performance in a multiple-sport population: an RCT study. *Mindfulness*. 2019;10(8):1518-29. [DOI: [10.1007/s12671-019-01098-7](https://doi.org/10.1007/s12671-019-01098-7)]
 5. Khodabakhshi Koolae A, Shahi A, Navidian A, Mosalanejad L. The effect of positive parenting program training in mothers of children with attention deficit hyperactivity on reducing children's externalizing behavior problems [in Persian]. *J Fundam Mental Health*. 2015;17(3):135-41. [DOI: [10.22038/jfmh.2015.4312](https://doi.org/10.22038/jfmh.2015.4312)]
 6. Ewe LP. ADHD symptoms and the teacher-student relationship: a systematic literature review. *Emot Behav Diffic*. 2019;24(2):136-55. [DOI: [10.1080/13632752.2019.1597562](https://doi.org/10.1080/13632752.2019.1597562)]
 7. Gwernan-Jones RG, Moore DA, Cooper PW, Russell AE, Richardson M, Rogers M, et al. A systematic review and synthesis of qualitative research: the influence of school context on symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Emot Behav Diffic*. 2016;21(1):1-18. [DOI: [10.1080/13632752.2015.1120055](https://doi.org/10.1080/13632752.2015.1120055)]
 8. Rogers MA, Bélanger-Lejars V, Toste JR, Heath NL. Mismatched: ADHD symptomatology and the teacher-student relationship. *Emot Behav Diffic*. 2015:333-48. [DOI: [10.1080/13632752.2014.972039](https://doi.org/10.1080/13632752.2014.972039)]
 9. Cook BG, Cameron DL. Inclusive teachers' concern and rejection toward their students: Investigating the validity of ratings and comparing student groups. *Remedial Spec Educ*. 2010;31(2):67-76. [DOI: [10.1177/0741932508324402](https://doi.org/10.1177/0741932508324402)]
 10. Al-Yagon M. Perceived close relationships with parents, teachers, and peers: Predictors of social, emotional, and behavioral features in adolescents with LD or comorbid LD and ADHD. *J Learn Disabil*. 2016;49(6):597-615. [DOI: [10.1177/0022219415620569](https://doi.org/10.1177/0022219415620569)] [PMID]
 11. Camp MD. The power of teacher-student relationships in determining student success. [Ph.D. Thesis]. Missouri, MA: University of Missouri-Kansas City; 2011.
 12. Fonagy P, Allison E. What is mentalization? The concept and its foundation in developmental research. In: Midgley N, Vrouva I. *Minding the child*. London, UK: Routledge; 2012. p. 11-34.
 13. Allen JG, Fonagy P. *The handbook of mentalization-based treatment*. Hoboken, New Jersey John Wiley & Sons; 2006.
 14. Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*. 2009;21(4):1355-81. [DOI: [10.1017/S0954579409990198](https://doi.org/10.1017/S0954579409990198)] [PMID]
 15. Camoirano A. Mentalizing makes parenting work: A review about parental reflective functioning and clinical interventions to improve it. *Front Psychol*. 2017;8(4):14. [DOI: [10.3389/fpsyg.2017.00014](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00014)] [PMID]
 16. Rostad WL, Whitaker DJ. The association between reflective functioning and parent-child relationship quality. *J Child Fam Stud*. 2016;25(7):2164-77. [DOI: [10.1007/s10826-016-0388-7](https://doi.org/10.1007/s10826-016-0388-7)]
 17. Byrne G, Murphy S, Cannon G. Mentalization-based treatments with children and families: a systematic review of the literature. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2020;25(4):1022-48. [DOI: [10.1177/1359104520920689](https://doi.org/10.1177/1359104520920689)] [PMID]
 18. Griffiths H, Noble A, Duffy F, Schwannauer M. Innovations in Practice: Evaluating clinical outcome and service utilization in an AMBIT-trained Tier 4 child and adolescent mental health service. *Child Adolesc Ment Health*. 2017;22(3):170-4. [DOI: [10.1111/camh.12181](https://doi.org/10.1111/camh.12181)] [PMID]
 19. Halfon S, Bulut P. Mentalization and the growth of symbolic play and affect regulation in psychodynamic therapy for children with behavioral problems. *Psychother Res*. 2019;29(5):666-78. [DOI: [10.1080/10503307.2017.1393577](https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1393577)] [PMID]
 20. Enav Y, Erhard-Weiss D, Kopelman M, Samson AC, Mehta S, Gross JJ, et al. A non randomized mentalization intervention for parents of children with autism. *Autism Res*. 2019;12(7):1077-86. [DOI: [10.1002/aur.2108](https://doi.org/10.1002/aur.2108)] [PMID]
 21. Midgley N, Cirasola A, Austerberry C, Ranzato E, West G, Martin P, et al. Supporting foster carers to meet the needs of looked after children: A feasibility and pilot evaluation of the Reflective Fostering Programme. *Developmental Child Welfare*. 2019;1(1):41-60. [DOI: [10.1177/2516103218817550](https://doi.org/10.1177/2516103218817550)]
 22. Guerney Jr B. Filial therapy: Description and rationale. *J Consult Psychol*. 1964;28(4):304-10. [DOI: [10.1037/h0041340](https://doi.org/10.1037/h0041340)] [PMID]
 23. Lindo NA, Opiola K, Ceballos PL, Chen SY, Meany-Walen KK, Cheng YJ, et al. The impact of supervised filial therapy training on attitude, knowledge, and skills. *Fam J*. 2016;24(3):239-46. [DOI: [10.1177/1066480716648696](https://doi.org/10.1177/1066480716648696)]
 24. Cornett N, Bratton SC. Examining the impact of child parent relationship therapy (CPRT) on family functioning. *J Marital Fam Ther*. 2014;40(3):302-18. [DOI: [10.1111/jmft.12014](https://doi.org/10.1111/jmft.12014)] [PMID]
 25. Cornett N. A filial therapy model through a family therapy lens: See the possibilities. *Fam J*. 2012;20(3):274-82. [DOI: [10.1177/1066480712449128](https://doi.org/10.1177/1066480712449128)]
 26. Ashori M, Karimnejad R. The effect of filial therapy on the interaction of deaf mothers with their hearing children. *Int J Play Ther*. 2021;30(3):195. [DOI: [10.1037/pla0000161](https://doi.org/10.1037/pla0000161)]
 27. Oreizy H, Farahani H. *Applied research methods in counseling and clinical psychology* [in Persian]. Tehran, Iran: Danjeh; 2008.
 28. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *J Abnorm Child Psychol*. 1998;26(4):257-68. [DOI: [10.1023/a:1022602400621](https://doi.org/10.1023/a:1022602400621)] [PMID]
 29. Shahaiean A, Shahim S, Bashash L, Yousefi F. Standardization, factor analysis and reliability of the conners' parent rating scales for 6 to 11 years old children in Shiraz [in Persian]. *J Educ Psychol Stud*. 2007;3(3):97-120.
 30. Pianta RC. STRS student-teacher relationship scale. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources; 2001.
 31. Abareshi Z, Tahmasian K, Mazaheri MA, Panaghi L. The impact of psychosocial child development training program, done through improvement of mother-child interaction, on parental self-efficacy and relationship between mother and child under three [in Persian]. *J Res Psychol Health*. 2009;3(3):49-58.
 32. Salehi L, Seif D. Predictive pattern of loneliness based on dimensions of teacher-student interaction, and perceived competence among students with and without visual impairment [in Persian]. *JPE*. 2012;2(5):43-64.
 33. Midgley N, Vrouva I. *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. New York, NY: Routledge; 2012.
 34. Midgley N, Ensink K, Lindqvist K, Malberg N, Muller N. *Mentalization-based treatment for children: A time-limited approach*. Washington, DC: American Psychological Association; 2017.
 35. Hagelquist JO, Rasmussen H. *Mentalization in the family: A guide for professionals and parents*. New York, NY: Routledge; 2020.
 36. Luyten P, Nijssens L, Fonagy P, Mayes LC. Parental reflective functioning: Theory, research, and clinical applications. *Psychoanal Study Child*. 2017;70(1):174-99. [DOI: [10.1080/00797308.2016.1277901](https://doi.org/10.1080/00797308.2016.1277901)]
 37. Badoud D, Rüfenacht E, Debbané M, Perroud N. Mentalization-based treatment for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a pilot study. *Res Psychother*. 2018;21(3):149-54. [DOI: [10.4081/ripppo.2018.317](https://doi.org/10.4081/ripppo.2018.317)] [PMID]
 38. Schechter DS, Myers MM, Brunelli SA, Coates SW, Zeanah CH, Davies M, et al. Traumatized mothers can change their minds about their toddlers: Understanding how a novel use of videofeedback supports positive change of maternal attributions. *Infant Ment Health J*. 2006;27(5):429-47. [DOI: [10.1002/imhj.20101](https://doi.org/10.1002/imhj.20101)] [PMID]
 39. Dodson W. ADHD: Not just a childhood disorder-A discussion of evaluation, diagnosis, and treatment. *Exceptional Parent*. 2008;38(10):74-5.
 40. Lok SM, McMahon CA. Mothers' thoughts about their children: Links between mind-mindedness and emotional

- availability. *Br J Dev Psychol.* 2006;24(3):477-88. [DOI: [10.1348/026151005X49854](https://doi.org/10.1348/026151005X49854)]
41. Abedy AR, Seyyedghaleh A, Bahramipour M. Comparison of the effectiveness of filial therapy and Barkley's parent training program in reducing the symptoms of anxiety and ADHD in children [in Persian]. *JOEC.* 2017;17(3):111-20. [DOR: [20.1001.1.16826612.1396.17.3.4.8](https://doi.org/20.1001.1.16826612.1396.17.3.4.8)]
 42. Landreth GL. *Play therapy: The art of the relationship.* New York, NY: Brunner-Routledge; 2012.
 43. Weare, K. *Developing the emotionally literate school.* London, uk: Paul Chapman; 2003.
 44. Adili S, Mirzaie Ranjbar R, Abedi A. The effectiveness of filial therapy on the quality of parent-child interactions and health-related quality of life in children with behavioral/emotional problems [in Persian]. *J Except Child.* 2019;19(1):59-70.
 45. O'Connor KJ, Schaefer CE, Braverman LD. *Handbook of play therapy.* Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2015.