



Investigating the Effectiveness of Filial Therapy on Increasing Empathy and Attention of Primary School Boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Soheila Bapeirovan^{1*}

¹ Cultural, Education

* Corresponding author: Bapeirovan

Received: 2024-03-12

Accepted: 2024-04-15

Abstract

In addition to problems in cognitive functions such as attention, children with attention deficit/hyperactivity disorder have problems in communication and empathy with others. The purpose of this research was to investigate the effectiveness of filial therapy training on increasing empathy and attention of children with attention deficit hyperactivity disorder. The statistical population included all male children suffering from attention deficit hyperactivity disorder in the first grade of elementary school in Isfahan city, from which 45 students were selected using non-random sampling, who were divided into three groups of 15 students. Test, control and drug therapy were included. Achenbach's (2007) behavioral inventory questionnaires and Aoyong's children's empathy test (2009) were used as research tools. To analyze the data, univariate analysis of covariance statistical test was used. The results showed that filial therapy was effective in improving and increasing empathy ($F=489.11$, $p<0.001$) and attention ($F=0.05$, $F=6.064$). Therefore, according to the results of the current research and the effect of filial therapy training on children with attention deficit hyperactivity disorder in terms of increasing attention and empathy, this training can be used significantly to improve their educational process and social relations.

Keywords: Filial therapy, Empathy, Attention

© 2023 Journal of Mental Health in School (JMHS)



This work is published under CC BY-NC 4.0 license.

© 2023 The Authors.

How to Cite This Article: Bapeirovan, S. (2024). Investigating the Effectiveness of Filial Therapy on Increasing Empathy and Attention of Primary School Boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *JMHS*, 2(1): 21-30.





بررسی اثربخشی فیلیال تراپی بر افزایش همدلی و توجه کودکان پسر دوره ی اول ابتدایی مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش فعالی

سهیلا باپیروان^{*۱}

^۱ فرهنگ، آموزش و پرورش

* نویسنده مسئول: باپیروان

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۱/۲۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۲/۲۲

چکیده

کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه علاوه بر اشکال در عملکردهای شناختی مانند توجه، در ارتباط و همدلی با دیگران، دچار مشکلاتی می شوند. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش فیلیال تراپی بر افزایش همدلی و توجه کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش فعالی بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان پسر مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش فعالی دوره ی ابتدایی اول شهر اصفهان بود که از بین آن ها با استفاده از نمونه گیری غیر تصادفی دردسترس ۴۵ نفر از دانش آموزان انتخاب شدند که در سه گروه ۱۵ نفری آزمایش، کنترل و دارودرمانی قرار گرفتند. پرسشنامه های سیاهه رفتاری آخنباخ (۲۰۰۷) و سنجش همدلی کودکان آئیونگ (۲۰۰۹) به عنوان ابزار پژوهش استفاده گردید. جهت تجزیه و تحلیل داد ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که فیلیال تراپی بر بهبود و افزایش همدلی ($F=4.89/11, p<0/001$) و توجه ($F=6/064, p<0/05$) موثر بوده است. بنابراین باتوجه به نتایج پژوهش حاضر و تأثیر آموزش فیلیال تراپی بر کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش فعالی در زمینه های افزایش توجه و همدلی می توان از این آموزش برای بهبود روند آموزشی و روابط اجتماعی آنها استفاده بسزایی نمود.

واژگان کلیدی: فیلیال تراپی، همدلی، توجه، اختلال نقص توجه/بیش فعالی

تمامی حقوق نشر برای فصلنامه سلامت روان در مدرسه محفوظ است.

شیوه استناد به این مقاله: باپیروان، سهیلا. (۱۴۰۲) بررسی اثربخشی فیلیال تراپی بر افزایش همدلی و توجه کودکان پسر دوره ی اول ابتدایی مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش فعالی. *فصلنامه سلامت روان در مدرسه*، ۲(۱): ۳۰-۲۱.

مقدمه

زبان و رفتار، پاسخ مناسب را به هر موقعیت پیدا کند (Butman, ۲۰۰۱). شواهد پژوهشی نشان می دهد که سازه های شناختی اجتماعی مانند ذهنیت، نظریه ذهن و همدلی در علت شناسی مشکلات در اختلال کمبود توجه - بیش فعالی مهم هستند (Özyurt و همکاران، ۲۰۲۴) و کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش فعالی دارای نقص در شناخت اجتماعی و رفتار اجتماعی هستند. برای کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش فعالی، نقص در شناخت اجتماعی، دشواری

رابطه انسان ها با دیگران شامل دستیابی به موفقیت از نظر شناخت اجتماعی است؛ بنابراین، شناسایی اشکال مناسب رابطه مطالعات جدید را بر تمرکز بر شناخت اجتماعی متمرکز ساخته است؛ به عنوان یک فرایند عصب شناختی، روان شناختی و اجتماعی که از طریق آن فرد رویدادهای اجتماعی را مشاهده، شناسایی و ارزیابی می کند تا نمایی از آنچه در تعامل ها رخ می دهد ایجاد کند و با ارزیابی اندیشه های دیگران بر اساس

۲۰۱۲). مشارکت یا درگیری والدین در زندگی کودک یکی از عواملی است که منجر به نتایج بهتر برای کودکان می شود (Vincent, ۲۰۱۹). از آنجایی که رابطه ی متقابل والدین و کودک، خط اول درمانی در بسیاری از اختلال‌های کودکان محسوب می‌شود، پرداختن به درمان‌های رفتاری مبتنی بر اصلاح روابط والدین و فرزندان در اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی نیز ضروری به نظر می‌آید (Barkley, ۲۰۰۶). بر اساس نتایج پژوهش‌ها می‌توان نتیجه گرفت که والدگری نقشی است که تکالیفی جهان شمول دارد و تنیدگی‌های مربوط به ایفای این نقش کلیه والدین را در سطحی مشابه درگیر می‌سازد. یکی از روش‌های درمانی مهم در این زمینه، فیلپال تراپی یا بازی درمانی به طور مستقیم و غیرمستقیم، خود انگیختگی را تشویق می‌کند. یک ویژگی مهم بازی آن است که در بازی دیگر صحبت از ارزشیابی و قضاوتی که بزرگترها به عمل می‌آورند به میان نمی‌آید و کودک نگران نیست که خطا یا اشتباهی را مرتکب شود (مرشد و همکاران، ۱۳۹۴). مداخلات فیلپال تراپی در تأثیرات مثبت بر عملکردی کودکان داشته است (Cooper و همکاران، ۲۰۲۰) و از طریق فعال کردن دلبستگی، شایستگی اجتماعی، همدلی و روابط درمانی، تغییر در روابط اجتماعی را در خانواده ها تسهیل می کند (Griffin و Parson, ۲۰۲۳). همچنین این درمان منجر به بهبودی در تعاملات والدین-کودک و معلم-کودک در کودکان مبتلا به کمبود توجه-بیش‌فعالی (عباسی و همکاران، ۲۰۲۳) و کاهش شدت بیش‌فعالی و افزایش عملکرد توجه کودکان شده است (میرزایی و همکاران، ۲۰۱۹). شواهد پژوهشی نشان داده است که فیلپال تراپی بر همدلی (عدیلی و همکاران، ۱۳۹۸؛ کیافر و همکاران، ۱۳۹۳) و بر توجه (تال و تال، ۲۰۱۷) موثر بوده است. با توجه به اینکه در زمینه آموزش فیلپال درمانی در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی مطالعات اندکی در دست است، بنابراین سوال پژوهش حاضر این بود که آیا فیلپال تراپی بر افزایش توجه و همدلی کودکان پسر دارای اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی دوره ی اول ابتدایی تاثیر دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش از نظر ساختار یک پژوهش نیمه آزمایشی (طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون) با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه کودکان پسر مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی دوره‌ی اول ابتدایی شهر اصفهان بودند که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ به تحصیل اشتغال داشته‌اند. برای انتخاب نمونه، دانش‌آموزان دوره اول ابتدایی که قبلاً توسط روانشناس یا روانپزشک تشخیص اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی را

آنها را در فرآیند نظریه ذهن، خودتنظیمی هیجانی، تشخیص عواطف و همدلی را به‌همراه دارد که بر رفتارهای اجتماعی، شکل‌گیری روابط شخصی و ایجاد پیوندهای عاطفی با همسالانشان تاثیر می‌گذارد (Arango-Tobón و همکاران، ۲۰۲۳). همدلی به واکنش‌های یک فرد به تجربیات مشاهده شده فرد دیگر اشاره دارد و ممکن است به ادراک اجتماعی کافی و همچنین ظرفیت درک حالات ذهنی پیچیده نیاز داشته باشد (Greenberg و همکاران، ۲۰۲۳) و شامل همدلی شناختی و عاطفی است. بخش شناختی، که به عنوان ذهنی سازی نیز شناخته می‌شود، توانایی درک وضعیت روانی دیگری است در حالی که همدلی عاطفی نشان دهنده یک تجربه عاطفی است که در پاسخ به احساسی که دیگری تجربه می‌کند، ایجاد می‌شود. این حوزه‌ها مرتبط اما متفاوت هستند (Arioli و همکاران، ۲۰۲۱). کودکان دارای اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی تمایل دارند میزان بالایی از مشکلات اجتماعی و بین‌فردی را در طول زندگی خود نشان دهند، زیرا کاهش مهارت‌های شناخت اجتماعی معمولاً به شدت با این اختلال مرتبط است، که ممکن است به عنوان یک عامل خطر مستقل برای پیامدهای منفی در کیفیت پایین زندگی نظر گرفته شود (Uekermann و همکاران، ۲۰۱۰).

همچنین این کودکان در زمینه هوشیاری و توجه تقسیم شده دچار اختلال هستند (Skalski و همکاران، ۲۰۲۱) و از سرهت شناختی کند رنج می‌برند (Tamm و همکاران، ۲۰۱۶). شواهد قوی وجود دارد که نشان می‌دهد علائم اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی بر یادگیری اطلاعات غیراجتماعی تأثیر می‌گذارد (Parke و همکاران، ۲۰۲۰) و همچنین ممکن است در یادگیری کافی اطلاعات اجتماعی و عاطفی تداخل داشته باشد (Andrade و همکاران، ۲۰۱۲). این علائم ممکن است از رشد شناختی اجتماعی اولیه جلوگیری کند و حتی پس از مدیریت مؤثر علائم اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی منجر به تأخیر مداوم شود. به عنوان مثال، بی‌توجهی با توانایی تمرکز و حفظ توجه در طول مکالمات یا خواندن مناسب نشانه‌های اجتماعی در طول بازی تداخل می‌کند (Marshall و همکاران، ۲۰۱۴). در واقع، عملکرد در وظایف توجه پایدار، مشکلات اجتماعی را هم در افراد سالم و هم در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی پیش‌بینی می‌کند.

Freer و همکاران (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که داروهای درمانی، اگرچه در رسیدگی به مشکلات مربوط به توجه و تمرکز موفق هستند، اما ممکن است نقایص شناختی درجه بالاتری را که این کودکان نشان می‌دهند، تحت تأثیر قرار ندهند و این که همه کودکان از دارو درمانی سود نمی‌برند (Looyeh و همکاران،

(۱۳۸۵) دامنه‌ی ضریب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاس‌ها با استفاده از باز آزمون با یک فاصله زمانی ۸-۵ هفته بررسی شده که دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است. همچنین توافق بین پاسخ دهندگان نیز مورد بررسی قرار گرفته است که دامنه‌ی این ضرایب از ۰/۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است. بطور کلی در تحقیق مینایی (۱۳۸۵)، این نتیجه حاصل شده است که این پرسشنامه از اعتبار و روایی مطلوب و بالای برخوردار است و با اطمینان می‌توان از آن برای سنجش اختلالات عاطفی- رفتاری کودکان و نوجوانان ۶-۱۸ سال استفاده کرد که در این پژوهش از سوالات مربوط به کاستی توجه استفاده شده است. در این پژوهش همسانی درونی این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمد که حاکی از اعتبار کافی آن برای استفاده در پژوهش است.

پرسشنامه سنجش همدلی کودکان

برای سنجش همدلی از پرسشنامه ۱۱ سوالی همدلی آتویونگ^۳ و همکاران (۲۰۰۹) استفاده شد. نمره گذاری سوالات براساس لیکرت ۴ درجه ای (از ۱=کاملاً غلط تا ۴=کاملاً درست) است. براساس این پرسشنامه و مجموع امتیازهای بدست آمده نشان دهنده آن است که نمره‌ی بین ۱۱ تا ۱۸ حاکی از میزان همدلی کم کودک، نمره‌ی بین ۱۸ تا ۲۷ حاکی از میزان متوسط کودک و نمره‌ی ۲۷ میزان همدلی زیاد کودک را نشان می‌دهد. در پژوهش حاضر، این پرسشنامه توسط والدین تکمیل شده است. در پژوهش نقی زاده (۱۳۹۱) روایی این پرسشنامه به تایید اساتید دانشگاهی قرار گرفته و برای آزمون اعتبار این پرسشنامه از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش نقی زاده (۱۳۹۱) ۰/۶۴ بدست آمده است که بیانگر اعتبار قابل قبول این پرسشنامه می‌باشد. در این پژوهش همسانی درونی این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد که حاکی از اعتبار کافی آن برای استفاده در پژوهش است.

آموزش فیلیال تراپی

از آنجا که فیلیال تراپی عبارت از درگیر کردن والدین به عنوان همکار درمانگر در فرآیند درمان می‌باشد گروه آزمایش تحت آموزش فیلیال تراپی طبق دستورالعمل کتاب فرزندپروری و درمان مشکلات رفتار کودکان از طریق بازی طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی تحت آموزش مربوطه قرار گرفتند. پس از مداخله آزمون‌ها مجدداً روی دو گروه اجرا گردید.

دریافت کرده بودند از طریق مراجعه به مدارس مختلف شهر دعوت به شرکت در پژوهش شدند. پس از مراجعه‌های مکرر به مدارس تعداد ۵۱ نفر برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند. والدین همه این کودکان سوالات مربوط به بعد توجه سیاهه رفتاری کودک آخنباخ (CBCL) نسخه‌ی والدین، را کامل کردند و ۳۰ نفر که بالاترین نمرات را داشتند و ۱۵ نفر که مصرف دارو داشتند؛ برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. ۱۵ نفری که مصرف دارو داشتند در گروه دارودرمانی قرار گرفتند. ۳۰ نفر باقیمانده به روش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و ۱۵ نفری کنترل (گروه انتظار، بدون مصرف قرص) جایگزین شدند. لذا نمونه‌ی این پژوهش عبارت بودند از ۱۵ نفر در گروه آزمایش تاثیر فیلیال تراپی و ۱۵ نفر در گروه کنترل بدون مصرف دارو و ۱۵ نفر در گروه دارودرمانی. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- پسر بودن، ۲- دانش آموز دوره اول مقطع ابتدایی بودن، ۳- دریافت تشخیص اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی توسط روانشناس و روانپزشک، ۴- ساکن در شهر اصفهان. همچنین مهمترین ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: ۱- دریافت دارو یا مداخله درمانی دیگر در طول زمان انجام پژوهش که بر اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی موثر باشد، ۲- عدم شرکت در بیش از یک جلسه، ۳- عدم امکان حضور مادر در جلسات مداخله‌ای. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از آزمون کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک آخنباخ (نسخه‌ی والدین)^۱

سیاهه رفتاری کودک آخنباخ از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ ASEBA بوده و مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل اضطراب/ افسردگی، انزواطلبی/ افسردگی شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. سیاهه رفتاری کودک آخنباخ مشکلات عاطفی- رفتاری و همچنین توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۶ الی ۱۸ سال را از دیدگاه والدین مورد سنجش قرار می‌دهد و نوعاً در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شود. این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت ۳ گزینگی (از ۰= هرگز تا ۲= همیشه) نمره گذاری شده است. پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط تهرانی دوست و همکاران (۱۳۸۱) ترجمه و هنجاریابی شد. در پژوهش مینایی

جدول ۱: جلسات بازی درمانی

جلسات	شرح جلسات فیلیال تراپی
جلسه اول	بیان موضوعات پایه از قبیل: تشویق و تقویت والدین، همدلی با والدین، عادی و طبیعی جلوه دادن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندانشان، آشنایی با مفاهیم اصلی توضیح اهمیت بازی، فهرستی از اسباب بازی‌ها، قوانین و نحوه اجرای جلسات بازی والدین با کودکان در منزل، مکان و زمان بازی، اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	تشخیص احساس اصلی (شادی، غم، خشم و ترس). آموزش پاسخدهی همدلانه به کودک، تمرین پاسخ دهی همدلانه و پرکردن برگه پاسخ احساسی
جلسه سوم	آموزش ۱۴ اصل بازی: کودک در جلسات بازی هدایتگر است. توجه به احساسات کودک از طریق حالت‌های چهره، بدن، لحن صدا، کلام کودک، انعکاس ادراک والدین از احساسات کودک، قاطعیت در زمینه محدودیت‌ها، تعیین اهداف بازی شامل بروز احساسات و هیجانات کودک
جلسه چهارم	تهیه اسباب بازی: اسباب بازی‌های مربوط به زندگی واقعی، اسباب بازی‌های مربوط به برون‌ریزی خشم، اسباب بازی‌هایی برای خلاقیت، آموزش بایدها و نبایدهای جلسات بازی (بازی در مکان و زمان مشخص، چیدن یکسان اسباب بازی‌ها، هدایتگر بودن کودک، بازگرداندن مسئولیت به کودک، سرزنش نکردن در قبال خواسته نامناسب، توصیف شفاهی بازی، تعیین محدودیت‌های بازی و قاطعیت در آنها، تقویت فرآیند تلاش و تشویق تلاش کودک) نبایدها (انتقاد نکردن، تحسین نکردن، عدم پرسش سوال هدایتگرانه، عدم قطع جلسات بازی، عدم آموزش و اطلاعات) مراحل جلسه بازی: قبل بازی، هنگام بازی و بعد از بازی
جلسه پنجم	آموزش مهارت محدودیت گذاری برای رفتارهای نامناسب کودکان. اعمال مراحل سه گانه محدودیت شامل انعکاس همدلانه و صمیمی احساسات کودک، بیان محدودیت در قالب جملات کوتاه و واضح، ارائه جایگزین قابل قبول، بیان دلایل محدودیت گذاری، آموزش زمان محدودیت گذاری
جلسه ششم	چگونگی صحبت با کودک، اهمیت شناخت احساسات خود، فهرست مهارت‌های جلسه بازی نظیر حفظ ساختار، همدلی، دنباله روی، پرهیز از سوال و رهنمود دادن، شرکت در بازی، فرزندپروری در نقش تخیلی، تطابق لحن و صدا و حالت چهره ای با حالت کودک
جلسه هفتم	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 جلسه ی بازی
جلسه هشتم	افزایش اعتماد به نفس در کودکان، عواقب کاهش اعتماد به نفس، روش‌های افزایش اعتماد به نفس نظیر فرصت دست و پنجه نرم کردن با مشکلات را به کودک دادن، واکنش و بازخورد به تجربه کسب شده توسط کودک، سرزنش نکردن هنگام صدمه دیدن، توصیف شرایط پرخطر و آسیب‌زا بدون سرزنش
جلسه نهم	آموزش نحوه ترغیب و تفاوت آن با تحسین، لزوم ترغیب کردن به جای تحسین کردن، توضیح ویژگی‌های ترغیب
جلسه دهم	مرور مهارت حق انتخاب دادن، محدود کردن و ترغیب کردن محدودیت گذاری به صورت پیشرفته به شکل توضیح عواقب کار تعمیم محدودیت به خارج از جلسه، اجرای پس‌آزمون

روش اجرا

در ابتدا از دانشگاه نامه ای برای همکاری با آموزش و پرورش دریافت گردید. نامه‌ی مذکور در اختیار آموزش و پرورش کل شهرستان اصفهان قرار گرفت. پس از مراجعه به دبستانهای پسرانه و انتخاب ۳ گروه آزمایش و کنترل و گروه دارودرمانی، پرسشنامه‌های اولیه در میان این سه گروه قرار گرفت. در این پژوهش پرسشنامه‌ها ۲ مرتبه (پیش‌آزمون) و پس‌آزمون، اجرا شد. یکی برای پیش‌آزمون و قبل از شرکت در جلسات، دومی بعد از شرکت در جلسات جهت مشخص نمودن میزان مؤثر بودن آموزش فیلیال تراپی، اجرای پرسشنامه‌های این پژوهش به صورت خودگزارش دهی بوده است. به این ترتیب که در آغاز هر پرسشنامه ی توصیفی خلاصه در اختیار افراد قرار گرفت تا

مطالعه نموده و سپس اقدام به پاسخگویی به پرسشنامه‌ها نمایند. البته پژوهشگر برای پاسخگویی به سوالات احتمالی شرکت کنندگان حضور داشت. پس از جمع آوری پرسشنامه‌ها تک تک پرسشنامه‌ها از نظر صحت پاسخگویی به طور دقیق مورد بررسی قرار گرفت، پس داده‌های مورد نیاز برای بررسی اهداف و فرضیه‌های پژوهش از پرسشنامه‌ها استخراج و مورد تحلیل آماری قرار گرفت. جلسات فیلیال تراپی به مدت ۱۰ جلسه ۲ ساعته برای گروه آزمایش اجرا شد و بر روی گروه کنترل مداخله ای صورت نگرفت. در ابتدای پژوهش، به هریک از مادران شرکت کننده در پژوهش در خصوص اهداف پژوهش توضیح داده شد و هریک از شرکت کنندگان رضایت خود را به صورت تکمیل فرم رضایت نامه عنوان کردند. برای رعایت اصول اخلاقی گروه انتظار بعد از پایانی پژوهش مداخله

جدول ۲: توزیع فراوانی سن در گروه‌های فیلیال تراپی، دارودرمانی و کنترل

گروه	سن	فراوانی	درصد
فیلیال تراپی	۷ ساله	۵	۳۳/۳
	۸ ساله	۵	۳۳/۳
	۹ ساله	۴	۲۹/۷
	۱۰ ساله	۱	۶/۷
دارودرمانی	۷ ساله	۵	۳۳/۳
	۸ ساله	۴	۲۶/۷
	۹ ساله	۳	۲۰
	۱۰ ساله	۳	۲۰
کنترل	۷ ساله	۵	۳۳/۳
	۸ ساله	۳	۲۰
	۹ ساله	۴	۲۶/۷
	۱۰ ساله	۳	۲۰

فیلیال تراپی را دریافت کردند. قابل ذکر است که در این پژوهش، هدف بررسی تاثیرات دارو درمانی نبوده است و پژوهشگر اقدام به تجویز دارو یا قطع و تغییر مصرف داروی شرکت کنندگان نکرده است. اما این افراد به عنوان نوعی گروه کنترل، در کنار گروه آزمایش "فیلیال تراپی" و گروه کنترل "بدون فیلیال تراپی و بدون دارو" قرار داده شدند تا نتایج به طور دقیقتر بررسی شوند.

یافته‌ها

چنانچه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود در گروه فیلیال تراپی بیشتر شرکت کنندگان ۷ و ۸ ساله و در گروه‌های دارودرمانی و کنترل نیز اکثریت آنان ۷ ساله هستند.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای همدلی و توجه در زمان‌های پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های فیلیال تراپی، دارودرمانی و کنترل

متغیر	زمان	گروه	دامنه	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	واریانس	چولگی	کشدگی
توجه	پیش آزمون	فیلیال تراپی	۱۵	۲	۱۷	۸/۳۳	۳/۷۱	۱۳/۸۱	۰/۴۳	۱/۰۳
		دارودرمانی	۱۱	۱۲	۱۲	۶/۹۳	۲/۷۶	۲/۶۳	-۰/۳۴	۰/۳۶
		کنترل	۹	۵	۱۴	۳/۶۶	۲/۱۶	۴/۶۶	-۰/۹۳	۲/۱۴
	پس آزمون	فیلیال تراپی	۶	۸	۱۴	۱۱/۸	۲/۸۹	۳/۶	۰/۰۴۱	-۱/۱۷
		دارودرمانی	۱۱	۳	۱۴	۷/۸۶	۳/۳۱	۱۰/۰۸	-۰/۴۸	-۱/۰۰۲
		کنترل	۹	۵	۱۴	۸/۱۳	۲/۸۵	۹/۱۲۴	-۰/۷۴	-۰/۶۸
همدلی	پیش آزمون	فیلیال تراپی	۱۳	۲۰	۳۳	۲۲/۶۶	۳/۵۵	۱۲/۶۶	-۰/۳۲	-۰/۲۱
		دارودرمانی	۱۰	۲۳	۳۳	۲۷/۲۶	۳/۰۱	۹/۰۶	-۰/۶۴	-۰/۶۰۷
		کنترل	۱۰	۲۳	۳۳	۲۷/۴	۲/۹۲	۸/۵۴	-۰/۷۵	-۰/۰۹۷
	پس آزمون	فیلیال تراپی	۱۵	۲۷	۴۲	۳۴/۴۶	۳/۸۷	۱۴/۹۸	-۰/۲۸	۰/۵۷
		دارودرمانی	۱۲	۲۶	۳۸	۳۱/۴۶	۲/۷۲	۷/۴۱	-۰/۵۸	۲/۱۰
		کنترل	۱۷	۲۳	۴۰	۳۰/۶	۳/۹۴	۱۵/۵۴	-۰/۴۳	۱/۷۱

مرحله پس آزمون برابر ۸/۱ میانگین متغیر توجه کاهش محسوسی را نشان نمی‌دهد. به همین ترتیب برای گروه کنترل نیز (در مرحله پیش آزمون برابر ۲۷/۴ و در مرحله پس آزمون برابر ۳۰/۶) میانگین متغیر همدلی افزایش نسبتاً کمی را نشان می‌دهد. لذا احتمالاً در گروه فیلیال تراپی در زمان‌های پیش آزمون و پس آزمون اختلاف نمرات معنادار خواهد بود.

برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس می‌باشد. برای بررسی این

بطوریکه که در جدول ۳ شده است، میانگین نمره توجه در گروه فیلیال تراپی در پیش آزمون برابر ۸/۳ و در پس آزمون برابر ۱۰/۸ و میانگین نمره همدلی در گروه فیلیال تراپی در پیش آزمون برابر ۲۵/۷ و در پس آزمون برابر ۳۴/۵ محاسبه شده محاسبه شده که افزایش نسبتاً زیادی یافته‌اند. اما برای گروه دارودرمانی این روند (برای توجه در مرحله پیش آزمون برابر ۶/۹ و در مرحله پس آزمون برابر ۷/۹ و برای همدلی در مرحله پیش آزمون برابر ۲۷/۳ و در مرحله پس آزمون برابر ۳۱/۵) افزایش کمتری داشته است. به همین ترتیب برای گروه کنترل نیز (برای توجه در مرحله پیش آزمون برابر ۸/۷ و در

متغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش آزمون همدلی و توجه و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تعامل این پیش آزمون‌ها؛ همدلی ($F= 7/29$ و $P= 0/05$) و توجه ($F= 0/96$ و $P= 0/39$) با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیون می‌باشد. با توجه به برقراری مفروضه های تحلیل کوواریانس تک متغیری، استفاده از این آزمون مجاز است؛ بنابراین، برای آزمودن فرضیه های پژوهش از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد.

مفروضه از آزمون M باکس استفاده شد. نتایج این آزمون حکایت از برابری ماتریس کواریانس‌ها داشت ($P= 0/70$ و $F=1/9$ و $Box M=25/46$). برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده ها) از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف یک راهه استفاده شد نتایج به دست آمده ($P>0/05$) حاکی از بهنجار بودن توزیع نمرات در دو گروه آزمایشی و گواه است. برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های دو گروه در جامعه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای همدلی ($F= 0/70$ و $P= 0/49$) و توجه ($F= 2/16$ و $P= 0/12$) نشانگر تحقق مفروضه همگنی واریانس‌ها بود. مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس تک

جدول ۴: آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در متغیر همدلی و توجه در سه گروه فیلیال تراپی، دارو درمانی و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره آزمون F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
همدلی	پیش آزمون	۱۷۸ / ۲۴	۱	۱۷۸ / ۲۴	۲۰ / ۷۱	۰ / ۰۱۰	۰ / ۳۳	۰ / ۹۹
	گروه	۱۹۷ / ۷۳	۲	۹۸ / ۸۶	۱۱ / ۴۸	۰ / ۰۱۰	۰ / ۳۵	۰ / ۹۹
	خطا	۳۵۲ / ۸۲	۴۱	۸ / ۶۰				
	کل	۷۴۲۴۸	۴۵					
توجه	پیش آزمون	۹۲ / ۱۳	۱	۹۲ / ۱۳	۱۶ / ۷۳	۰ / ۰۱۰	۰ / ۲۹	۰ / ۹۷
	گروه	۶۶ / ۷۷	۲	۳۳ / ۳۸	۰ / ۰۶	۰ / ۰۵۰	۰ / ۲۲	۰ / ۸۶
	خطا	۲۲۵ / ۷۳	۴۱	۵ / ۵۰				
	کل	۳۹۸۸	۴۵					

افزایش معنادار همدلی با کودک و پذیرش توسط والدین گردید، گر چه این مطالعه کاهش معناداری تنش والدگری را نشان نداد. استفاده از مدل فرزند درمانی کوتاه مدت، افزایش در پذیرش و همدلی، توجه مثبت و شایستگی تربیتی را برای مادرانی که آموزش دریافت کرده بودند و همچنین کاهش در مشکلات رفتاری کودکان آن‌ها تایید شده است. در تبیین یافته این پژوهش و نتایج پژوهش‌های مشابه باید گفت که بازی درمانی به شیوه فیلیال تراپی به کودکان فرصت می‌دهد تا آزادانه به کشف محیط پیرامون خود بپردازند و در محیطی خالی از تهدید و ترس با افراد خانواده ارتباط برقرار کنند و مهارت‌های ارتباطی خود را گسترش دهند. با بهبود مهارت‌های ارتباطی و به مشارکت گذاشتن تجربه‌های جدید و دریافت درک همدلانه از سوی والدین و درمانگر به تدریج کودک بر ترس‌های درونی و بیرونی خود غلبه کرده و اعتماد به نفس لازم برای زندگی و مواجه شدن با مشکلات آن را می‌یابد، گویی او در برابر رویدادهای جدید و چالش برانگیز تاب آور شده است. حال از آنجایی که کودک ترس‌های درونی و بیرونی خود را در جریان بازی درمانی ابراز می‌کند و نیز والدین و درمانگر او را با همدلی

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که فیلیال تراپی بر همدلی و توجه کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش فعالی موثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین بررسی اثربخشی فیلیال تراپی بر افزایش همدلی و توجه کودکان پسر دوره‌ی اول ابتدایی مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش فعالی انجام شد. طبق یافته‌های حاصل از پژوهش مشخص شد که با کنترل پیش‌آزمون بین کودکان دارای اختلال کمبود توجه- بیش فعالی گروه آزمایش و گواه از لحاظ همدلی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین نحو که فیلیال تراپی منجر به بهبود همدلی در این کودکان شده است. نتایج این پژوهش با بخشی از یافته‌های پژوهش‌های عدیلی، میرزایی و عابدی (۱۳۹۸)، کیفی، امین یزدی و کارشکی (۱۳۹۳) همسویی دارد. در پژوهشی با هدف بررسی ارتباط آموزش فرزند پروری درمانی به والدین جوانتر با همدلی و پذیرش والدین و تنش و مهارت والدگری، نتایج نشان داد که این آموزش موجب

برنامه ریزی- تصمیم گیری در او قوی تر می‌گردد، از سوی دیگر کودک نیز با توجه به شرایط محیط خانه، برای بازی کردن خود باید برنامه‌ریزی کرده و تصمیمات صحیحی بگیرد که با مخالفت اعضای خانواده رو به رو نشود و به تقویت کننده‌ها دست یابد و مورد تشویق قرار گیرد، از این روست که باید درمورد برخی از رفتارهای خود توجه بیشتری داشته باشد و جلوی پاسخ بدون فکر را بگیرد، بعنوان مثال وقتی که والدین محیطی را برای بازی کردن کودک اختصاص می‌دهند و اسباب بازی‌های گوناگونی را در اختیار او می‌گذارند و از او می‌خواهند که هر روز فقط می‌تواند با تعدادی اسباب بازی که از قبل مشخص شده، بازی کند و از استفاده بقیه خودداری کند، کودک بدلیل دستیابی به تقویت کننده‌هایی که والدین برای او در نظر گرفته‌اند و روبه رو نشدن با تنبیه والدین، اقدام به بازداری از استفاده از (اسباب بازی‌های ممنوعه) خواهد کرد. از این روست که مهارت‌های بنیادین توجه در او رشد می‌کند.

با توجه به اینکه پژوهش فعلی فقط در گروه پسران دوره دبستان انجام شده است و لذا تعمیم نتایج را به سایر گروه‌ها مثل گروه دختران مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش فعالی و یا گروه‌های سنی دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نبود جلسه‌های پیگیری درمان به علت دسترسی نداشتن به افراد نمونه در طولانی مدت، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، عدم بررسی نتایج به تفکیک جنسیت اشاره نمود؛ بنابراین توصیه می‌شود که در پژوهش‌های آتی نتایج به تفکیک جنسیت بررسی، از مصاحبه ساختاریافته و مشاهده برای جمع‌آوری داده‌ها و سنجش متغیرها استفاده شود تا سوگیری‌ها به حداقل برسد و اینکه نتایج در مراحل پیگیری کوتاه مدت و بلندمدت بررسی شود. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش فیلپال تراپی بر افزایش توجه و همدلی کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش فعالی و افزایش خود اثربخشی مادران آنها به طور معنا دارای موثر بوده است. باتوجه به اینکه برخی مشکلات روان شناختی (پرخاشگری، کمبود توجه) دانش آموزان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش فعالی زیاد بوده و خوداثربخشی مادران آنها بسیار کم می‌باشد در نتیجه نیازمند برنامه ریزی و توجه ویژه مسئولین و مشاوران مدارس به این امر است، لذا شناخت این مسائل در دانش آموزان و انجام مداخلات به موقع در این زمینه با آموزش‌های مناسبی همچون آموزش همدلی و کنترل هیجان و پرخاشگری و حل مسئله می‌تواند گام موثری در تأمین سلامت روانی و اجتماعی این قشر آینده ساز ایفا نماید. نقشی که مسئولان آموزش و پرورش و مشاوران مدارس و همچنین معلمان می‌توانند در این زمینه داشته باشند بسیار حائز اهمیت است.

می‌پذیرند، کودک احساس خودکارآمدی کرده و در برابر مشکلات زندگی توانمندتر شده و اختلالات رفتاری او به میزان زیادی کاهش می‌یابد. نکته قابل توجه دیگر این است که از آنجایی که والدین در بازی درمانی به شیوه فیلپال تراپی محدودیت‌های ی را برای کودک (نه به وسیله کلامی، بلکه با مناسب سازی محیط کودک) پیش روی کودک قرار می‌دهند، از این رو به کودک آموزش می‌دهند که همه چیز را از آن خود نداند و برای افزایش همدلی و درک متقابل تلاش کند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که فیلپال تراپی می‌تواند توجه را در کودکان دارای اختلال کمبود توجه- بیش فعالی را به گونه‌ای مثبت تحت تاثیر قرار دهد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های Tal و Tal (۲۰۱۷) همسویی دارد. توجه شامل اکتساب هوشیاری است که با آماده شدن فرد برای دریافت اطلاعات حسی و حفظ هوشیاری همراه است به عبارت دیگر توجه فرایندی است که آگاهی ما را هدایت می‌کند تا اطلاعات، در دسترس حواس قرار گیرند. Tal و Tal (۲۰۱۷) به بررسی فضای خلاقانه ی تشکیل شده در بازی والد و کودک و همچنین فضای ناشی از فرآیند موازی بین گروه‌های والدین پرداختند. در این پژوهش از رویکرد بالینی و نظری وینیکات استفاده شده است و نشان داده می‌شود که درک مفاهیم وینیکات، می‌تواند موجب بالا رفتن فهم والدین و کودک در درمان شود. این موضوع می‌تواند توجه را در کودکان دارای اختلال کمبود توجه- بیش فعالی افزایش دهد. زیرا ایجاد فضای خلاقانه در فیلپال تراپی می‌تواند عملکردهای شناختی را در کودک بهبود بخشد. تبیین این نتیجه بر این اصل استوار است که بازی‌درمانی مبتنی بر فیلپال تراپی رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریه درمان است که فرایندهای یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودکان را پایه ریزی می‌کند. در بازی درمانی به شیوه فیلپال تراپی والدین محیطی امن را برای کودک مهیا می‌کنند و کودک می‌تواند هر آنچه که در درون او در حال گذر است را در قالب بازی بیان کند، در این روش والدین و درمانگر به صورتی گرم با کودک همدلی کرده و پذیرای کودک هستند و همچنین به کودک آموزش می‌دهند که اشیاء و ابزار و اسباب بازی‌هایی که در اختیار کودک قرار می‌گیرد باید در یک محیط مشخص از خانه قرار بگیرد، گویی که یک قسمت مخصوص بازی کردن است و مابقی محیط خانه به دیگر اعضای خانواده اختصاص دارد. وقتی که کودک در می‌یابد با اینکه والدین او را به گرمی‌پذیرا هستند و در عین حال باید قواعدی را رعایت کند تا بتواند در محیط خانه حق دیگران را نیز رعایت کند، کم کم وادار می‌شود که در محیط خانه برای بازی کردن خود توجه بیشتری کند و برنامه ریزی نماید. از این رو مهارت‌های توجه،

- children with ADHD and conduct problems and controls. *Journal of Attention Disorders*, 2012; 16: 491-504.
- Arango-Tobón OE, Guevara Solórzano A, Orejarena Serrano SJ, Olivera-La Rosa A. Social cognition and prosocial behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review. *In Healthcare* 2023; 11(10):1-1366. MDPI.
- Arioli M, Cattaneo Z, Ricciardi E, Canessa N. Overlapping and specific neural correlates for empathizing, affective mentalizing, and cognitive mentalizing: A coordinate-based meta-analytic study. *Human Brain Mapping*, 2021; 42(14): 4777-4804.
- Barkley RA. Attention deficit/ hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed). New York: Guilford Press. 2006.
- Butman J. La Cognición social y la corteza cerebral. *Revista Neurológica Argentina*, 2001; 26(3): 117-122.
- Cooper J, Brown T, Yu MI. A retrospective narrative review of filial therapy as a school-based mental health intervention. *International Journal of Play Therapy*, 2020; 29(2): 86-95.
- Freer BD, Hayden A, Lorch EP, Milich R. The stories they tell: Story production difficulties of children with ADHD. *School Psychology Review*, 2011; 40(3): 352-366.
- Greenberg DM, Warriar V, Abu-Akel A, Allison C, Gajos KZ, Reinecke K, Rentfrow PJ, Radecki MA, Baron-Cohen S. Sex and age differences in "theory of mind" across 57 countries using the English version of the "Reading the Mind in the Eyes" test. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2023; 120(1): e2022385119.
- Griffin L, Parson J. Evidencing the therapeutic powers of play to understand the mechanism of change in filial therapy. *International Journal of Play Therapy*, 2023; 32(2): 107-121.
- Kiafar MS, Yazdi A, Karsheki SA. The effectiveness of family-oriented play therapy on mother-child interaction and the level of aggression of preschool children. *Researches in clinical psychology and counseling*, Ferdowsi University of Mashhad. 2013; 4(2): 4-18. [Persian]
- Looyeh MY, Kamali K, Shafieian R. An exploratory study of the effectiveness of

موازين اخلاقي

در این مطالعه اصول اخلاق در پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان و حفظ اطلاعات محرمانه آنها رعایت گردیده است.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب قدردانی و تشکر خود را از کلیه شرکت کنندگان این پژوهش که با استقبال و بردباری، در روند استخراج نتایج همکاری نمودند، اعلام می‌دارند.

تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ گونه تعارض منافی در انجام و نگارش آن ندارند.

واژه نامه

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. Achenbach Child Behavior Questionnaire (parent version) | پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک آنباخ |
| 2. Children's Empathy Questionnaire | پرسشنامه سنجش همدلی کودکان |
| 3. Auyeung | آئوپونگ |

فهرست منابع

- 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).
- Adili Sh, Mirzaei R, Abedi A. The effectiveness of play therapy based on parent-child relationships on the quality of parent-child interactions and the quality of life related to the health of children with behavioral and emotional problems. *Exceptional Children Quarterly*: 2018; 19(1): 59-70. [Persian]
- Andrade BF, Brodeur DA, Waschbusch DA, Stewart SH, McGee R. Selective and sustained attention as predictors of social problems in children with typical and disordered attention ability. *Journal of Attention Disorders*, 2009; 12: 341-352.
- Andrade BF, Waschbusch DA, Doucet A, King S, MacKinnon M, McGrath PJ, . . . Corkum P. Social information processing of positive and negative hypothetical events in

- Parke EM, Thaler NS, Etcoff LM, Allen DN. Intellectual profiles in children with ADHD and comorbid learning and motor disorders. *Journal of attention disorders*, 2020; 24(9): 1227-1236.
- Skalski S, Pochwatko G, Balas R. Impact of motivation on selected aspects of attention in children with ADHD. *Child Psychiatry & Human Development*, 2021; 52(4): 586-595.
- Tal R, Tal K. Child- parent relationship therapy- A dialogue with Winnecott's theory. *International Journal of play Therapy*, 2017; 26(3): 151-159.
- Tamm L, Garner AA, Loren RE, Epstein JN, Vaughn AJ, Ciesielski HA, Becker SP. Slow sluggish cognitive tempo symptoms are associated with poorer academic performance in children with ADHD. *Psychiatry research*, 2016; 242: 251-259.
- Uekermann J, Kraemer M, Abdel-Hamid M, Schimmelmann BG, et al. Social cognition in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 2010; 34(5): 734-743.
- Vincent B. A Descriptive Phenomenological Study of Parents' Experiences with Long-Term Filial Therapy. 2019.
- group narrative therapy on the school behavior of girls with attention-deficit/hyperactivity symptoms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2012; 26(5): 404-410.
- Marshall SA, Evans SW, Eiraldi RB, Becker SP, Power TJ. Social and academic impairment in youth with ADHD, predominately inattentive type and sluggish cognitive tempo. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2014; 42: 77-90.
- Mirzaie H, Hassani Mehraban A, Hosseini SA, Ghasemi Fard F, Jafari Oori M. Comparison of the effect of filial and adlerian play therapy on attention and hyperactivity of children with attention deficit hyperactivity disorder: A randomized clinical trial. *Iranian Rehabilitation Journal*, 2019; 17(4): 341-350.
- Murshid N, Dawoodi I, Babamiri M. The effectiveness of group play therapy on the symptoms of stubbornness-disobedience in children. *Journal of Education and Community Health*, 2014; 2(3): 12-18. [Persian]
- Özyurt G, Öztürk Y, Tufan AE, Akay A, İnal N. Differential Effects of Disruptive Mood Dysregulation Disorder Comorbidity in Attention Deficit Hyperactivity Disorder on Social Cognition and Empathy. *Journal of Attention Disorders*, 2024; 28(4): 458-468.