

# نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی

انجمن علمی کودکان استثنائی ایران

سال یازدهم، شماره ۴(۳۳)، زمستان ۱۳۹۹

صص ۳۶-۲۵

DOI: 10.22034/CECIRANJ.2020.222232.1353

## اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر کم‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی

زهرا شیخی ولاشانی\*

فاطمه جوادزاده شهشهانی\*\*

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر کم‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی دوره دبستان شهرستان خمینی‌شهر و والدین آن‌ها در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. روش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. تعداد نمونه در این مطالعه ۳۰ کودک (۱۳ دختر و ۱۷ پسر) بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و از والدین آن‌ها جهت شرکت در پژوهش دعوت شد. والدین به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش مداخلات درمانی هشت جلسه‌ای مربوط به برنامه فرزندپروری مثبت را در طی دو ماه به‌صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی کانرز فرم معلمان (CADHDQ) و مقیاس درجه‌بندی مشکلات رفتاری کودکان (ویژه والدین) (CBPRS) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-۲۳ با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس صورت گرفت. نتایج نشان داد که برنامه فرزندپروری مثبت بر کم‌توجهی ( $p < 0/001$ ) و بیش‌فعالی - تکانشگری ( $p < 0/001$ ) کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی تأثیر معنادار دارد. یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن بودند که برنامه فرزندپروری مثبت با بهره‌گیری از روش‌های فرزندپروری بهنجار و اصول ارتباطی مناسب به‌عنوان یک روش کارآمد جهت کاهش کم‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: برنامه فرزندپروری مثبت، کم‌توجهی، بیش‌فعالی - تکانشگری، اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی

## مقدمه

دوره کودکی، از مهم‌ترین مراحل زندگی به‌شمار می‌رود که در آن شخصیت فرد شکل می‌گیرد. اغلب ناسازگاری‌ها و اختلالات رفتاری در نوجوانی و بزرگسالی، از بی‌توجهی به مسائل و مشکلات عاطفی- رفتاری دوران کودکی و عدم هدایت روند تحول و تکامل کودک ناشی می‌شود (وایت، زیمپل و کامر، ۲۰۲۰). در واقع، مشکلات دوران کودکی علاوه بر مختل کردن عملکرد و توانایی‌های کودک، او را برای مشکلات بیشتر و ابتلا به اختلالات مختلف در آینده مستعد می‌سازند (کات، کراول، هینز و استنر، ۲۰۱۸؛ اصلی‌آزاد، فرامرزی، عارفی، فرهادی و فکار، ۱۳۹۳). در سال‌های اخیر، نگرانی در مورد سلامت روان کودکان و تأثیر آن بر روند تحولی و عملکردی کودک، به‌طور چشمگیری افزایش یافته است و بر همین اساس، متخصصان بر اهمیت ارزیابی و درمان به‌موقع اختلال‌های روان‌شناختی در دوران کودکی تأکید می‌کنند، چرا که الگوهای هیجانی و رفتاری در بزرگسالی دشوارتر تغییر می‌کنند. بررسی تاریخچه بزرگسالانی که دچار مشکلات روان‌شناختی و هیجانی هستند، نشان داده است که این افراد دوران کودکی نابسامانی داشته یا در دوره‌ای از تحول خود، برخی آشفتگی‌های هیجانی و رفتاری را تجربه کرده‌اند. از آنجایی که گرایش به تداوم اختلالات دوران کودکی تا سنین بزرگسالی وجود دارد، توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان آن‌ها معطوف شده است (کالاهان، بیرستون، استاس و بلاک، ۲۰۱۷).

در این میان، یکی از اختلالات مربوط به دوران کودکی، اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی<sup>۱</sup> است (تاندون و پرگیتا، ۲۰۱۷). این اختلال دارای سه زیر نوع بی‌توجه، بیش‌فعال / تکانشی و نوع مرکب است. نوع بی‌توجه دارای علائمی نظیر عدم توجه کافی به جزئیات فعالیت‌های تحصیلی، عدم توانایی در حفظ توجه بر فعالیت‌های مربوط به بازی‌ها، عدم توانمندی در گوش دادن، نیمه‌کاره رها کردن تکالیف، ناتوانی در سازمان‌دهی تکالیف و فعالیت‌ها، گم کردن اشیاء و حواس‌پرتی در اثر محرکات بیرونی. نوع بیش‌فعالی نیز دارای علائمی است نظیر بی‌قراری حین نشستن، ترک کردن صندلی در کلاس، دائم در جست‌وجوی و حرکت بودن، ناتوانی در اشتغال بی‌سر و صدا به فعالیت‌های

تفریحی و حرافی است (مگنن و مارس، ۲۰۱۷). گرچه به‌طور مرسوم، اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی به‌عنوان یک اختلال دوران کودکی شناخته شده است، اما این اختلال به‌طور فزاینده‌ای در طول عمر اتفاق می‌افتد (پیوسکی و مک‌گراث، ۲۰۱۸). برآورد می‌شود که بین ۵۰ تا ۹۰ درصد کودکان با اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی در بزرگسالی نشانه‌های این اختلال را به صورت نقص قابل‌توجه بالینی، تجربه کنند و نزدیک به چهار درصد جمعیت بزرگسال با معیارهای تشخیص اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی مواجه می‌شوند (هاوکی، تیلمان لابی و بارچ، ۲۰۱۸).

یکی از اصلی‌ترین مشکلات کودکان دارای اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی، تکانشگری<sup>۲</sup> آن‌ها است (ریچارد-لیپوریل و همکاران، ۲۰۱۹). سه ویژگی اساسی تکانشگری عبارتند از: رفتار شتاب‌زده، برنامه‌ریزی نشده و بدون فکر و مستعد اشتباه که می‌تواند نقطه عطف بسیاری از اختلالات و آسیب‌های اجتماعی و روان‌شناختی باشد. براساس نظر هیزن، بویی، توماس و بلانگن (۲۰۱۵)، چهار بُعد شخصیتی در ارتباط با ابعاد متفاوت رفتارهای تکانشگرانه به این قرار است: فوریت: مشکل برای مقاومت در برابر تکانه‌های قوی و گرایش به‌عمل از روی بی‌ملاحظه‌گی در هنگام تجارب هیجانی منفی یا مثبت؛ فقدان برنامه‌ریزی: گرایش به درگیر شدن در اعمال فوری به‌جای عمل همراه با تفکر دقیق و برنامه‌ریزی؛ فقدان پایداری: مشکل در نگه‌داشتن توجه بر انجام تکلیف و شکست در تحمل خستگی؛ هیجان‌طلبی: گرایش به جسب‌وجوی هیجان و ماجراجویی.

روش‌های مختلفی جهت کاهش رفتارهای بیش‌فعالانه و تکانشی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی و در نتیجه آن افزایش عملکردهای به‌هنجارشان نظیر عملکرد تحصیلی به‌کار گرفته شده است که از جمله آن می‌توان به درمان فراشناختی (اصلی‌آزاد و همکاران، ۱۳۹۳)؛ آموزش شناختی (بهرورز سرچشمه، عاشوری و انصاری شهیدی، ۱۳۹۶)؛ آموزش روان‌نمایشگری (غلامی ونوول و همکاران، ۱۳۹۷)؛ درمان نوروفیدبک (معین، اسدی گندمانی و امیری، ۱۳۹۷)؛ آموزش برنامه عصب‌روان‌شناختی خانواده‌محور (معتدیگانه، افروز، شکوهی‌یکتا و وبر، ۱۳۹۸) و بازی‌درمانی (مهراب، اسلامی،

## 1. attention deficit/hyperactivity

## 2. impulsive

شاهی، نویدیان و مصلی‌زاده (۱۳۹۴) اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت را در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند. برنامه فرزندپروری مثبت مهارت‌های مدیریت مثبت را به والدین آموزش می‌دهد تا جایگزین فرزندپروری ناکارآمد و استبدادی آن‌ها شود. همچنین این برنامه، نگرش‌های والدین را مورد توجه قرار داده و سعی در جهت اصلاح آن‌ها دارد (ترنر، دادز-مرکی و ساندرز، ۲۰۰۲). هدف این برنامه؛ افزایش دانش، مهارت، اطمینان و خودکارآمدی والدین، ایجاد محیط پرورش‌دهنده ایمن، تشویق‌کننده، عاری از خشونت برای کودکان، ارتقا کارآیی اجتماعی، هیجانی، کلامی، هوشی و رفتاری کودکان از طریق اقدامات فرزندپروری مثبت است. برنامه فرزندپروری مثبت، روشی است که از لحاظ تجربی مورد حمایت بوده و برای درمان اختلالات رفتاری در فرزندان و خانواده‌ها طراحی شده است. هدف از برنامه فرزندپروری مثبت، این بود که از سوء رفتاری که والدین با فرزندان‌شان دارند، جلوگیری به عمل آید (کندی، کیم، تریپودی، براون و گاودی، ۲۰۱۴). برنامه فرزندپروری مثبت به والدین کمک می‌کند تا با فرزندان‌شان روابطی گرم و پاسخ‌گراانه برقرار سازند و رفتارهای فرزند را به‌طور مؤثرتری مدیریت کنند (انتن و گولان، ۲۰۰۹).

در خصوص ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌توان گفت، با توجه به این‌که وجود اختلال‌های رفتاری همچون پرخاشگری و عدم تبعیت از قواعد و قوانین در کودکان با اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی، بر تعامل والدین-فرزند و سایر اعضای خانواده تأثیر منفی می‌گذارد و عملکرد خانواده را دچار اختلال می‌کند (اسچلینگ، ۲۰۱۱) و با در نظر گرفتن این نکته که والدین این کودکان سطوح بالاتری از افسردگی و تنیدگی را تجربه کرده و احساس عدم کفایت داشته و ۸۹ درصد این والدین از تنش رنج برده و ۶۴ درصد از آنان از رفتار کودک خود آرامش ندارند (یوسفی، ۱۳۸۸) و از آن‌جا که آشفتگی‌های والدین در سطح فردی و خانوادگی به دلیل مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی زیاد است و این تنیدگی پایدار و مزمن، اثرات قابل توجهی بر والدین، کودکان و رابطه والد-کودک دارد (ذوقی‌پایدار، قاسمی، بیات و صناعی، ۱۳۹۴)؛ این

تیمورزاده و گلزاری، ۱۳۹۸) اشاره کرد. در پژوهش حاضر، تمرکز اصلی بر مداخلات خانواده‌محور (والدمحور) است، چرا که صاحب‌نظران اعتقاد دارند که علائم بیش‌فعالی وقتی گسترش پیدا می‌کند که عوامل زمینه‌ساز اختلال با یک شیوه مستبدانه و ناکارآمد فرزندپروری همراه می‌شوند. در این وضعیت، کودک قادر نیست از فرامین والدین پیروی کند و والدین مستبدانه‌تر و سخت‌گیرانه‌تر رفتار می‌کنند تا فرزندشان را مهار کنند و این چرخه بارها و بارها تکرار می‌شود تا کودک را به‌سوی مشکلات رفتاری و عدم تبعیت از دستورات والدین و قوانین محیط خانوادگی سوق دهد (شاه، شارما، گراور، چاهان و جاندا، ۲۰۱۷). تحقیقات نشان داده‌اند که کودکان با اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی در ارتباط با والدینشان دچار مشکلاتی هستند. همچنین فرض می‌شود که مشکلات ارتباطی میان والدین و فرزندان با تشدید و ادامه‌دار شدن نشانه‌های اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی ارتباط دارد. براین اساس، از درمان‌های پرکاربرد در حوزه خانواده می‌توان از برنامه فرزندپروری مثبت<sup>۱</sup> نام برد (یاماها و بارد، ۲۰۱۹) که تأثیر آن در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است. چنان که شان و همکاران (۲۰۱۹) اثربخشی والدگری مثبت را بر بهزیستی روان‌شناختی کودکان؛ دومیوف و نایک (۲۰۱۸) تأثیر مداخلات مبتنی بر تعاملات والد-فرزند مثبت بر بروز و تداوم مشکلات رفتاری و تغذیه‌ای کودکان؛ لورن، کوانتسج، رایبسون، مک‌کوی و مک‌نیل (۲۰۱۸) نقش معنادار تعامل والد فرزند مثبت در بهبود علائم بالینی و روان‌شناختی کودکان آسیب‌پذیر؛ نازی، لاکاش، کلینوسکی و ایبر (۲۰۱۸) اثربخشی برنامه والدگری مثبت را بر بهبود عملکرد هیجانی و روان‌شناختی کودکان دارای اختلالات رفتاری؛ لادمر، سالسبیری، سارز و اندراد (۲۰۱۷) تأثیر این برنامه را بر مشکلات درونی‌سازی شده کودکان؛ فرشاد، نجاریوریان و شنیدی (۱۳۹۷) تأثیر آموزش والدگری مثبت را بر شادزیستی و تعارض والد-فرزند دانش‌آموزان؛ رضایی، غضنفری و رضائیان (۱۳۹۶) اثربخشی آموزش گروهی والدگری مثبت را بر استرس و خودکارآمدی والدگری مادران و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان؛ وارسته، اصلانی و امان‌الهی (۱۳۹۵) اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت را بر کیفیت تعامل والد-کودک و خدابخشی کولایی،

## 1. positive parenting program

والدین نیازمند مداخلاتی در حوزه خانواده و همچنین مهارت‌های فردی در نحوه مواجهه با رنج حاصل از مشکلات رفتاری فرزند می‌باشند که براین اساس، احساس می‌شود آموزش والدگری مثبت بتواند دارای اثرگذاری مناسبی باشد. علاوه بر این، ضرورت دیگر انجام این پژوهش، این نکته است که فرآیند توجه به سلامت روان کودکان امری اجتناب‌ناپذیر است. چرا که این گروه از جامعه در آینده نزدیک، می‌بایست به ایفای نقش اجتماعی و شغلی پرداخته و آسیب‌پذیری روان‌شناختی آنان، سبب می‌شود آن‌ها نتوانند کارکرد اجتماعی، روان‌شناختی و تحصیلی مناسب را از خود بروز دهند که این فرآیند نشان از ضرورت انجام پژوهش حاضر دارد. خلأ پژوهشی حاضر را نیز می‌توان در این نکته بررسی نمود که با توجه به اهمیت نقش والدین و شیوه تعاملی آن‌ها در کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی، تاکنون در پژوهشی به بررسی اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر کم‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی پرداخته نشده است. بنابراین، با توجه به موضوعات مطرحه و تحقیقات انجام یافته در مورد اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر بهبود مشکلات روانی و رفتاری کودکان و ازسوی دیگر، با توجه به خلأ پژوهشی حاضر به دلیل عدم انجام پژوهشی مشابه؛ هدف انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر کم‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی است.

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمام کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی (نوع مرکب) مقطع دبستان خمینی‌شهر و والدین آن‌ها در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ است. جهت انتخاب حجم نمونه، در این پژوهش از روش در دسترس استفاده شد. بدین‌صورت که ابتدا با مراجعه به آموزش و پرورش شهرستان خمینی‌شهر ۱۰ آموزشگاه ابتدایی، به صورت در دسترس انتخاب شد. سپس در روش هدفمند از مشاوران و معلمان آن‌ها درخواست شد، دانش‌آموزان

دارای علائم تکانشگری، کم‌توجهی، بی‌قراری، بیش‌فعالی و رفتارهای قانون‌شکنانه را معرفی نمایند. پس از معرفی دانش‌آموزان از طرف مشاوران و معلمان، به معلمان این دانش‌آموزان پرسشنامه کم‌توجهی و بیش‌فعالی کانرز (فرم معلم) ارائه شد تا بدین‌وسیله از وجود اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی در نزد این دانش‌آموزان اطمینان حاصل شود. در مرحله اول، تعداد ۷۴ دانش‌آموز معرفی شد. با اجرای پرسشنامه تعداد ۵۳ نفر از این دانش‌آموزان تشخیص اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی را دریافت نمودند. سپس از بین دانش‌آموزانی که تشخیص اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی را دریافت نموده‌اند، تعداد ۳۰ نفر از آن‌ها را به ترتیب نمره کسب شده در فرم معلم پرسشنامه کم‌توجهی و بیش‌فعالی کانرز انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش‌آموز در گروه گواه). لازم به ذکر است که برنامه فرزندپروری مثبت برای والدین این کودکان اجرا می‌شود. به همین دلیل، از والدین این دانش‌آموزان نیز جهت شرکت در پژوهش دعوت شد (از هر دانش‌آموز یک والد حضور یافت). تعداد سه نفر از والدین از حضور در جلسات انصراف دادند که سه والد دیگر جایگزین شد. جلسات مداخله‌ای در مرکز مشاوره آموزش و پرورش خمینی‌شهر انجام شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن تکانشگری، کم‌توجهی و رفتارهای قانون‌شکنانه و تکانش‌گرایانه، کسب نمره ۵۷ و بالاتر در سؤالات مربوط به پرسشنامه اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی کانرز معلمان، داشتن سن ۷-۱۲ سال (حضور در دوره تحصیلی دبستان)، رضایت کودک و والدین جهت شرکت در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز، شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرآیند انجام پژوهش و وقوع حادثه پیش‌بینی نشده بود.

پس از مراجعه به اداره آموزش و پرورش شهرستان خمینی‌شهر، مجوز انجام پژوهش در مدارس اخذ و سپس از بین مدارس ابتدایی ۱۰ مدرسه به صورت در دسترس انتخاب شد. پس از آن، با مراجعه به مدارس انتخاب شده، از معلمان و مشاوران

صورت عدم حضور یکی از والدین در بعضی از جلسات درمان، محتویات آموزشی جلسه ضبط و توسط والد حاضر به آن‌ها ارائه داده می‌شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت والدین برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

آن مدارس درخواست شد تا دانش‌آموزانی را که دارای علائم کم‌توجهی و بیش‌فعالی هستند، معرفی نمایند. سپس جهت اطمینان از وجود اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی در نزد این کودکان، پرسشنامه کانرز (فرم معلمان) نیز به معلمان آنان ارائه شد. پس از انجام فرآیند نمونه‌گیری، والدین گروه آزمایش مداخله برنامه فرزندپروری مثبت را طی هشت جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه در طی دو ماه دریافت کردند، در حالی که گروه گواه در طی انجام فرآیند پژوهش از دریافت مداخله فوق بی‌بهره بودند. لازم به ذکر است که در

### جدول ۱- خلاصه جلسات برنامه فرزندپروری مثبت (خدابخشی کولابی و همکاران، ۱۳۹۴)

جلسه	هدف	محتوا
جلسه اول	آموزش والدگری مثبت گروهی	آشنایی با برنامه، بحث در مورد روابط والد-کودک و علت مشکلات رفتاری و اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی، ترغیب والدین به مشاهده و پیگیری رفتار فرزندان خود و تعیین اهدافی برای تغییر رفتار آن‌ها
جلسه دوم	ارتقای رشد کودک	آموزش راهبردهای ارتباط مثبت با فرزندان مانند صحبت کردن، ابراز احساسات و اختصاص زمان به کودک برای ابراز وجود، تمرین و ایفای نقش والدین در گروه‌های کوچک
جلسه سوم	ارتقای رشد کودک	آموزش راهبردهایی مانند آموزش اتفاقی، روش پرسیدن و گفتن و انجام دادن به منظور یاددهی رفتارها و مهارت‌های جدید به فرزندان
جلسه چهارم	مدیریت رفتار کارآمد	بحث در مورد انواع تقویت‌کننده‌ها، آشنایی با اصول و چگونگی به کارگیری آن‌ها
جلسه پنجم	مدیریت رفتار کارآمد	آموزش راهبردهای افزایش رفتارهای مطلوب مانند تحسین کلامی و غیرکلامی و اقتصاد ژتونی، فراهم کردن فعالیت‌های لذت‌بخش و جذاب و بازخورد فوری و عینی
جلسه ششم	مدیریت رفتار ناکارآمد	بحث درباره روش‌های گوناگون تنبیه مثبت و منفی، آشنایی با اصول و چگونگی به کارگیری آن‌ها، بحث با والدین درباره پیامدهای منفی تنبیه و استفاده مؤثر از آن، آموزش راهبردهایی مانند وضع قانون، بحث مستقیم، دستور دادن مستقیم و روشن و نادیده گرفتن
جلسه هفتم	مدیریت رفتار	آموزش راهبردهایی برای جایگزینی تنبیه به شکل پیشرفته مانند شناسایی پیامدهای منطقی، ارائه تلفیقی از راهبردهای معرفی شده، آموزش برنامه‌های کاربردی مانند برنامه روزانه پیروی، برنامه اصلاح رفتار و نمودار رفتاری
جلسه هشتم	از پیش برنامه‌ریزی کردن	آموزش والدین به منظور شناسایی موقعیت‌های پرخطر، به کارگیری راهبردهای معرفی شده در قالب روش‌های برنامه‌ریزی شده و ارائه رهنمودهایی به والدین برای بقا و دوام خانواده

### ابزار سنجش

**پرسشنامه اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی کانرز فرم معلمان<sup>۱</sup> (CADHDQ):** پرسشنامه اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی فرم کانرز معلمان توسط بروک و کلینتون (۲۰۰۷) برای تشخیص کودکان مبتلا اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی تهیه شد. این پرسشنامه شامل ۳۸ سؤال است و در مورد هر آزمودنی قبل و بعد از اجرای برنامه، توسط معلمان تکمیل می‌شود. نمره‌دهی سؤالات با استفاده از مقیاس سه نمره‌ای

لیکرت (اصلاً تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد: نمره یک تا سه) انجام می‌پذیرد. این ابزار به عنوان رایج‌ترین مقیاس اندازه‌گیری شدت علائم اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی به کار می‌رود. این پرسشنامه ۳۸ سؤال داشته؛ بنابراین نمره کل آزمون دامنه‌ای از صفر تا ۱۱۴ خواهد داشت. اگر نمره کودک بالاتر از ۵۷ به دست بیاید، بیانگر اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی است. هرچه امتیاز بالاتر رود، میزان اختلال کودک بیشتر خواهد بود و برعکس. در پژوهش شهیم، مهرانگیز و یوسفی (۱۳۸۶) ضریب پایایی

1. Connors Attention Deficit Hyperactivity Disorder Questionnaire (CADHDQ)

(۱۳۸۶) به بررسی روایی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین پرداختند. نتایج نشان داد ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۵ برای نمره کل و از ۰/۸۱ برای زیرمقیاس مشکلات اجتماعی تا ۰/۷۶ برای زیرمقیاس مشکلات سلوک متغیر است. ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل، معادل ۰/۷۳ و از ۰/۷۵ (زیرمقیاس مشکلات اجتماعی) تا ۰/۸۶ (زیرمقیاس اضطراب- خجالتی) برای زیرمقیاس‌ها متغیر است. ضرایب پایایی، برای نمره‌گذاری والدین ۰/۷۰ برای نمره کل و از ۰/۷۴ برای زیرمقیاس اضطراب- خجالتی تا ۰/۷۱ برای زیرمقیاس مشکلات اجتماعی متغیر است. در این پژوهش، دو زیرمقیاس مشکلات توجه و بیش‌فعالی و تکانشگری مورد استفاده قرار گرفت. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر، در دو زیرمقیاس توجه و بیش‌فعالی و تکانشگری با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۱ محاسبه شد.

در پژوهش حاضر، از پروتکل برنامه فرزندپروری مثبت استفاده شده است که توسط خدابخشی کولایی و همکاران در سال ۱۳۹۴ بنا شده است. اعتبارسنجی این بسته درمانی در ایران و برای جامعه آماری والدین کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی مورد بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است.

### یافته‌ها

در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو- ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و همچنین از تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین سنی مادران حاضر در پژوهش  $34/4 \pm 3/62$  و کودکان  $8/24 \pm 3/75$  بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲، ارائه شده است.

بازآزمایی برای نمره کل ۰/۸۵ و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۶ به دست آمد که حکایت از اعتبار آزمون دارد. همچنین روایی آزمون مورد تأیید قرار گرفته است. از این آزمون جهت تشخیص کودکان با اختلال با کم‌توجهی و بیش‌فعالی استفاده شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ شد.

### مقیاس درجه‌بندی مشکلات رفتاری کودکان (ویژه والدین) (CBPRS)

مقیاس درجه‌بندی مشکلات رفتاری کانرز یکی از شناخته‌شده‌ترین مقیاس‌های مشکلات رفتاری کودکان است و به دلیل داشتن خصوصیات مثبت زیاد، بیش از ۳۰ سال است که در مطالعات متعدد و در بستر پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گرفته است. کانرز<sup>۲</sup> (۱۹۷۳)؛ به نقل از گویت، کانرز و آلریچ (۱۹۷۸) مقیاس ۹۳ گویه‌ای ویژه والدین که اختلالات کودکان را در ۲۵ حیطه مختلف مورد سنجش قرار می‌داد، معرفی کرد. سپس در تحلیل عوامل از بین حیطه‌ها، هفت عامل را مورد تأیید قرار گرفت. بعد از هشت سال با حذف تعدادی از عوامل، فرم کوتاه این مقیاس با ۴۸ گویه توسط کانرز (۱۹۷۳)؛ به نقل از گویت، کانرز و اولریچ در سال (۱۹۷۸) فراهم آمد. سوالات این پرسشنامه در فرم‌هایی که براساس مقیاس لیکرت درجه‌بندی شده است با استفاده از سه گزینه نمره‌گذاری می‌کنند. براین اساس، دامنه نمرات از هر سؤال از صفر (اصلاً صحیح نیست) تا سه (کاملاً صحیح است) متغیر است. دامنه نمرات بین صفر تا ۱۴۴ است. نمره بالا نشان‌دهنده وجود مشکلات بالینی در کودک است. خرده‌مقیاس‌های مقیاس درجه‌بندی مشکلات رفتاری کانرز عبارتند از: مشکلات سلوک (هشت سؤال)، مشکلات توجه (چهار سؤال)، مشکلات روان‌تنی (چهار سؤال)، بیش‌فعالی- تکانشگری (چهار سؤال) و اضطراب- انفعال (چهار سؤال). کانرز (۱۹۷۳)؛ به نقل از گویت، کانرز و اولریچ (۱۹۷۸) همبستگی درونی این پرسشنامه را بین ۰/۴۱ تا ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب برای خرده‌مقیاس مشکلات سلوک ۰/۹۴، مشکلات توجه ۰/۶۳، مشکلات روان‌تنی ۰/۹۱، بیش‌فعالی- تکانشگری ۰/۷۰ و اضطراب- انفعال ۰/۹۰ بود. کانرز، ۱۹۷۳؛ به نقل از گویت، کانرز و اولریچ، (۱۹۷۸). در ایران؛ شهاییان، شهیم، بشاش و یوسفی

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد کم توجهی و بیش‌فعالی - تکانشگری در گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مراحل	گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کم‌توجهی	پیش‌آزمون	۸/۴۶	۱/۵۵	۹/۱۳	۱/۵۰
	پس‌آزمون	۶/۰۶	۱/۰۹	۹/۴۶	۱/۰۶
بیش‌فعالی -	پیش‌آزمون	۸	۱/۴۱	۸/۴۰	۱/۳۵
تکانشگری	پس‌آزمون	۱/۸۶	۱/۲۴	۷/۹۳	۱/۵۳

پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ( $p > 0/05$ ). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین موردسنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ( $p > 0/05$ ). در نهایت، نتایج در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای کم‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانشگری معنادار نبوده است ( $p > 0/05$ ). این بدان معناست که فرض همگنی شیب‌خط رگرسیون در متغیرهای کم‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانشگری برقرار بوده است.

نتایج حاصل از جدول ۲ حاکی از آن است که میانگین نمرات کم‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانشگری گروه آزمایش در اثر برنامه فرزندپروری مثبت در مقایسه با گروه گواه کاهش یافته است. معناداری این کاهش به بررسی نتایج آمار استنباطی در ادامه موردبررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک موردسنجش قرار گرفت. بر همین اساس، نتایج آزمون شاپیرو- ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای کم‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانشگری در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون،

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر مشکلات توجه و بیش‌فعالی - تکانشگری در کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی

متغیرها	شاخص‌های آماری متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
کم‌توجهی	پیش‌آزمون	۴/۲۰	۱	۴/۲۰	۳/۹۹	۰/۰۰۵	۰/۱۲	۰/۴۸
	اثر متغیر مستقل	۷۴/۵۰	۱	۷۴/۵۰	۷۰/۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲	۱
	خطا	۲۸/۴۵	۲۷	۱/۰۵				
	کل	۱۹۲۹	۳۰					
بیش‌فعالی -	پیش‌آزمون	۰/۳۹	۱	۰/۳۹	۰/۱۹	۰/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۰۷
تکانشگری	اثر متغیر مستقل	۷۰/۵۴	۱	۷۰/۵۴	۳۵/۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱
	خطا	۵۴/۲۷	۲۷	۲/۰۱				
	کل	۱۳۵۴	۳۰					

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد آموزش متغیر مستقل (برنامه فرزندپروری مثبت) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (کم‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانشگری در کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ شود. بنابراین، این نتیجه حاصل می‌شود که با تفکیک اثر متغیرهای مداخله‌گر

پس‌آزمون)، میانگین نمرات متغیرهای کم‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی در اثر برنامه فرزندپروری مثبت کاهش یافته است. مقدار تأثیر برنامه فرزندپروری مثبت بر میزان کم‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانشگری در کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۵۶ بوده است. این بدان معناست

که به ترتیب ۷۲ و ۵۶ درصد تغییرات متغیرهای کم‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانشگری در کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی توسط ارائه متغیر مستقل (برنامه فرزندپروری مثبت) تبیین می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر کم‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی صورت پذیرفت. یافته اول پژوهش حاضر، بیانگر آن بود که برنامه فرزندپروری مثبت منجر به کاهش معنادار کم‌توجهی در کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی شده است. یافته حاضر هم‌سو با نتایج پژوهش دوموف و نایک (۲۰۱۸) مبنی بر تأثیر مداخلات مبتنی بر تعاملات والد- فرزند مثبت بر بروز و تداوم مشکلات رفتاری و تغذیه‌ای کودکان؛ با یافته لورن و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر نقش معنادار تعامل والد فرزند مثبت در بهبود علائم بالینی و روان‌شناختی کودکان آسیب‌پذیر؛ با نتایج پژوهش رضایی، غضنفری و رضائیان (۱۳۹۶) مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی والدگری مثبت بر استرس و خودکارآمدی والدگری مادران و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان هم‌سو است.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر کم‌توجهی کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی می‌توان گفت در برنامه فرزندپروری مثبت، والدین مهارت‌هایی برای ایجاد روابط امن و در جهت رشد فرزندان فرامی‌گیرند (دوموف و نایک، ۲۰۱۸). والدگری مثبت به‌وسیله تشویق تعاملات مثبت والد- فرزند و آموزش والدین به این‌که چطور با ثبات باشند و تکنیک‌های انضباطی غیرخشونت‌آمیز را به کار گیرند، کمک می‌کند تا رفتارهای منفی چرخه‌ای والد- فرزند شکسته شده و همدلی بین والد- فرزند افزایش یابد. این در حالی است که اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی، بر تعامل کودکان با والدینشان و نیز شیوه پاسخ‌دهی والدین تأثیر می‌گذارد (پیوسکی و مک‌گراث، ۲۰۱۸). والدین این کودکان نیز کمتر به آن‌ها پاسخ می‌دهند، منفی‌گراترند و کمتر راهنمایی و هدایت می‌کنند و کودکان را کمتر تشویق می‌کنند. عموماً والدین این کودکان، نسبت به درخواست‌های فرزندان خود هیجانی هستند.

تمام این فرآیندها، مواردی هستند که در برنامه فرزندپروری مثبت مورد مداخله قرار می‌گیرد. چنان‌که در این برنامه دو دسته از مهارت‌ها در دو مرحله متوالی درمان مورد توجه قرار می‌گیرد. در مرحله تعامل والدمحور، والدین برای افزایش فرمان‌پذیری و کاهش رفتارهای مخل کودکان، مهارت‌های لازم را فرامی‌گیرند. در برنامه فرزندپروری مثبت، عمدتاً اهدافی همچون بهبود کیفیت روابط والد- فرزند، کاهش مشکلات و مسائل رفتاری و افزایش رفتارهای اجتماعی، افزایش مهارت‌های والدینی شامل انضباط مثبت، کاهش استرس والدینی و بهبود عملکرد شناختی کودک دنبال می‌شود (لورن و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین در روند این درمان والدین یاد می‌گیرند تا شیوه‌های سازنده‌ای برای کنار آمدن با احساساتی همچون ناکامی را شکل داده و تقویت کنند. آموزش برنامه فرزندپروری مثبت، باعث می‌شود والدین رفتارهای کودکان را به شیوه مؤثرتری مدیریت کنند و از این طریق، رفتارهای مطلوب کودکان افزایش یافته و رفتارهای نامطلوب کاهش می‌یابد. همچنین برنامه فرزندپروری مثبت، به‌وسیله تشویق تعاملات مثبت والد- فرزند و آموزش والدین به این‌که چطور با ثبات باشند و تکنیک‌های انضباطی غیرخشونت‌آمیز را به کار گیرند، کمک می‌کند تا رفتارهای چرخه‌ای منفی والد- فرزند شکسته شده و رفتارهای تکانشی کمتری از سوی کودکان به چشم خورد. کاهش در رفتار و افکار تکانشی نیز به شکل طبیعی با بهبود مهارت توجه همراه است.

یافته دوم پژوهش حاضر، بیانگر آن بود که برنامه فرزندپروری مثبت منجر به کاهش معنادار بیش‌فعالی - تکانشگری در کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی شده است. این یافته با نتایج پژوهش خدابخشی کولایی و همکاران (۱۳۹۴) مبنی بر اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی، با یافته روشن و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی درمان والدگری بر کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان، با نتایج پژوهش وارسته، اصلانی و امان‌الهی (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت بر کیفیت تعامل والد- کودک و با نتایج فرشاد، نجارپوریان و شنبیدی (۱۳۹۷) مبنی بر تأثیر آموزش والدگری مثبت بر شادزیستی و تعارض والد- فرزند دانش‌آموزان هم‌سو است.



گرفته شد، خود باعث شد که والدین از تجربیات موفق یکدیگر مبنی بر شیوه‌های کنار آمدن با رفتارهای نافرمانی، مقابله‌ای و تکانش‌گرایانه فرزند، بهره‌مند شوند.

محدود بودن دامنه تحقیق در کودکان مبتلا به کم‌توجهی و بیش‌فعالی و والدین آن‌ها در شهرستان خمینی‌شهر، عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم برگزاری مرحله پیگیری از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دانش‌آموزان دیگر مقاطع و اختلال‌های روان‌شناختی دیگر، بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و اجرای مرحله پیگیری اجرا شود. با توجه به اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر کم‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود آموزش و پرورش و کارشناسان فرهنگی و مشاوره، با فراخوانی عمومی، والدین کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی را دعوت نموده و به آنها برنامه فرزندپروری مثبت را ارائه نماید تا والدین این کودکان با کسب آگاهی و مهارت لازم، اقدامی اساسی در جهت کاهش کم‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی بردارند.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد زهرای شیخی و لاشانی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی‌شهر بود. بدین‌وسیله از تمام کودکان و والدین حاضر در پژوهش و مسئولان آموزش و پرورش خمینی‌شهر که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی می‌شود.

### منابع

اصلی‌آزاد، م.، فرامرزی، س.، عارفی، م.، فرهادی، ط.، و فکار، ع. (۱۳۹۳). اثر آموزش دانش‌فراشناختی بر کاهش فزون‌کنشی و افزایش توجه کودکان دبستانی مبتلا به فزون‌کنشی و اختلال نارسایی توجه. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*. ۱۶(۱)، ۴۹-۵۷.  
 بهروز سرچشمه، س.، عاشوری، م.، و انصاری شهیدی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش شناختی بر میزان توجه و حافظه فعال کودکان

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر کاهش بیش‌فعالی - تکانشگری در کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی، می‌توان بیان نمود که مشکلات رفتاری فرزندان تأثیر مستقیمی بر تعامل و رابطه والدین و فرزندان می‌گذارد. همچنین تحقیقات حاکی از این است که خانواده فرزندان دارای اختلال رفتاری به خانواده‌های فرزندان بهنجار از عملکرد مخرب‌تری برخوردارند (شاه و همکاران، ۲۰۱۷؛ اسپچینگ، ۲۰۱۱). همچنین باید اشاره کرد که رفتارهای منفی والدین (مانند فریاد زدن، تهدید کردن)، رفتارهای منفی فرزند (مانند بی‌مسئولیتی و نافرمانی) را تقویت می‌کند که این مسئله رفتارهای والدین را بدتر کرده و ممکن است منجر به خشونت و رفتارهای تکانشی بیشتر کودکان شود. برنامه فرزندپروری مثبت با تقویت تعاملات مثبت و آموزش والدین به این‌که باثبات باشند و تکنیک‌های غیرخشونت‌آمیز را به کار برند، این چرخه معیوب را می‌شکند (فرشاد، نجارپوریان و شنیدی، ۱۳۹۷). در برنامه فرزندپروری مثبت، والدین با به‌کارگیری شیوه‌های فرزندپروری بهنجار و اصلاح ساختار تعامل والد با کودک، مهارت‌هایی برای ایجاد روابط امن و در جهت رشد فرزندشان فرامی‌گیرند و به‌این‌ترتیب، رفتارهای اجتماعی را در فرزند افزایش داده و رفتارهای منفی را در وی کاهش می‌دهند. در این برنامه والدین یاد می‌گیرند به فرزندشان نزدیک شوند، سبک‌های والدینی مؤثرتری که منطبق با نیازهای فرزندشان است به کار برند و به رفتارهای سازگارانه فرزند توجه کرده و رفتارهای ناسازگارانه وی را نادیده بگیرند. این چرخه نیز، باعث کاهش رفتارهای بیش‌فعالانه و به‌خصوص تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی می‌شود. علاوه‌براین، برنامه فرزندپروری مثبت به والدین می‌آموزد تا با اصول تغییر رفتار و علائم اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی آشنا شده و عواملی که سبب تقویت یا کاهش آن می‌شوند را بشناسند. همچنین این برنامه والدین را با ماهیت چرخه‌ای تعاملات منفی والد فرزند، رفتارهای والدینی که باعث حفظ و نگهداری اختلالات رفتاری در فرزندان می‌شوند، آشنا می‌سازد. مجموع این شرایط باعث می‌شود که کیفیت تعاملی والدین با فرزندان خود افزایش یافته و این امر بهبود رفتارهای سازگارانه را در کودکان در پی دارد. علاوه‌براین، ماهیت گروهی درمان که در این پژوهش به کار

اثربخشی بازی درمانی بر اختلالات نوشتن در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۱۶۲(۱)، ۳۴-۲۶.

وارسته، م.، اصلانی، خ.، و امان‌الهی، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت بر کیفیت تعامل والد-کودک. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. ۷(۲۸)، ۲۰۱-۱۸۳.

یوسفی، ش. (۱۳۸۸). مقایسه تنش والدگری مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه با مادران کودکان بهنجار. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۱(۴۲)، ۱۲۲-۱۱۵.

## Referencer

Brock, S. E., & Clinton, A. (2007). Diagnosis of attention deficit/ hyperactivity disorder (AD/HD) in childhood: A review of the literature. *The California School Psychologist*. 12(1), 73-91.

Callahan, B. L., Bierstone, D., Stuss, D. T., & Black, S. E. (2017). Adult ADHD: Risk factor for dementia or phenotypic mimic? *Frontiers in Aging Neuroscience*. 9(260), 1-15.

Domoff, S. E., & Niec, L. N. (2018). Parent-child interaction therapy as a prevention model for childhood obesity: A novel application for high-risk families. *Children and Youth Services Review*. 91, 77-84.

Enten, R. S., & Golan, M. (2009). Parenting styles and eating disorder pathology. *Journal of Appetite*. 52(3), 784-787.

Goyette, C. H., Conners, C. K., & Ulrich, R. F. (1978). Normal data n revised Conners parent and Teacher Rating Scale. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 6, 221-236.

Hawkey, E. J., Tillman, R., Luby, J. L., & Barch, D. M. (2018). Preschool Executive Function Predicts Childhood Resting-State Functional Connectivity and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Depression. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. 3(1), 927-936.

Heinz, A. J., Bui, L., Thomas, K. M., & Blonigen, D. M. (2015). Distinct Facets of Impulsivity Exhibit Differential Associations with Substance Use Disorder Treatment Processes: A Cross-Sectional and Prospective Investigation among Military Veterans. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 55, 21-28.

Kennedy, S. C., Kim, J. S., Tripodi, S. J. Brown,

با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی*. ۱۸(۲۱)، ۱۵-۶.

خدابخشی کولایی، آ.، شاهی، ع.، نویدیان، ع.، و مصلی‌زاده، ل. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت به مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودک. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۷(۳)، ۱۳۵-۱۴۱.

ذوقی پایدار، م.، ر.، قاسمی، م.، بیات، ا.، و صنایعی کمال، س. (۱۳۹۴). مقایسه سلامت روان مادران دارای کودکان با و بدون اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی. *مجله تعلیم‌و تربیت استثنائی*. ۸(۱۳۶)، ۱۴-۵.

رضایی، ف.، غضنفری، ف.، و رضائیان، م. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی والدگری مثبت بر استرس و خودکارآمدی والدگری مادران و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*. ۵(۱)، ۱۶-۷.

شهبایان، آ.، شهیم، س.، بشاش، ل.، و یوسفی، ف. (۱۳۸۶). هنجاریابی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز برای کودکان ۶ تا ۱۱ ساله شهر شیراز. *مطالعات روان‌شناختی*. ۳(۳)، ۱۲۰-۹۷.

شهیم، س.، مهرانگیز، ل.، و یوسفی، ف. (۱۳۸۶). شیوع اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی در کودکان دبستانی. *مجله بیماری‌های کودکان*. ۱۷(۲)، ۲۱۶-۲۱۱.

غلامی ونوول، ن.، فلاحی خشک‌ناب، م.، ره‌گوی، ا.، حسینی، م.، ع.، خدایی اردکانی، م.، ر.، و رضاسلطانی، پ. (۱۳۹۷). تأثیر روان‌نمایشگری بر مهارت‌های اجتماعی کودکان دبستانی با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی. *روان پرستاری*. ۶(۴)، ۶۳-۵۷.

فرشاد، م.، ر.، نجارپوریان، س.، و شنیدی، ف. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش والدگری مثبت مبتنی بر روی آورد ساندرز بر شادزیستی و تعارض والد-فرزند دانش‌آموزان. *فصلنامه سلامت روان کودک*. ۵(۱)، ۶۷-۵۹.

معمدیمگانه، ن.، افروز، غ.، شکوهی‌یکتا، م.، و وبر، ر. (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه عصب‌روان‌شناختی خانواده‌محور بر کارکردهای اجرایی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی. *روان‌شناسی افراد استثنائی*. ۹(۳۶)، ۱۰۰-۷۱.

معین، ن.، اسدی‌گندمانی، ر.، و امیری، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان نوروفیدبک بر بهبود کارکردهای اجرایی در کودکان با اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی. *توان‌بخشی*. ۱۹(۳)، ۲۲۷-۲۲۰.

مهراب، ر.، اسلامی، ف.، تیمورزاده، س.، و گلزاری، ا. (۱۳۹۸).

- trauma experiences across bipolar disorder, attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*. 244, 33-41.
- Schilling, C. (2011). ADHD and criminality: A primer on the genetic, neurobiological, evolutionary, and treatment literature for criminologists. *Journal of Criminal Justice*. 39(1), 3-11.
- Shah, R., Sharma, A., Grover, S., Chauhan, N., & Jhanda, S. (2017). Parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder: Qualitative study from a developing nation, India. *European Psychiatry*. 41, 303-309.
- Shan, W., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, Y., Cheung, E. F. C., Chan, R. C. K., & Jiang, F. (2019). Association between Maltreatment, Positive Parent-Child Interaction, and Psychosocial Well-Being in Young Children. *The Journal of Pediatrics*. 213, 180-186.
- Tandon, M., & Pergijka, A. (2017). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Preschool-Age Children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 26(3), 523-538.
- Turner, K. T., Mrkie-Dadds, C., & Sanders, M. R. (2002). *Facilitator's manual group Triple P*. (ed. II Revised). Milton: Triple P International Pty. Ltd.
- White, E., Zippel, J., & Kumar, S. (2020). The effect of equine-assisted therapies on behavioral, psychological and physical symptoms for children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 39, 101-105.
- Yamaoka, Y., & Bard, D. E. (2019). Positive Parenting Matters in the Face of Early Adversity. *American Journal of Preventive Medicine*. 56(4), 530-539.
- M. S., & Gowdy, G. (2014). Does Parent-Child Interaction Therapy Reduce Future Physical Abuse? A Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*. 26(2), 147-156.
- Keute, M., Krauel, K., Heinze, H., & Stenner, M. (2018). Intact automatic motor inhibition in attention deficit hyperactivity disorder. *Cortex*. 109, 215-225.
- Lauren, N. M. W., Quetsch, L. B., Robinson, C., McCoy, K., & McNeil, C. B. (2018). Infusing parent-child interaction therapy principles into community-based wraparound services: An evaluation of feasibility, child behavior problems, and staff sense of competence. *Children and Youth Services Review*. 88, 567-581.
- Ludmer, J. A., Salsbury, D., Suarez, J., & Andrade, B. F. (2017). Accounting for the impact of parent internalizing symptoms on Parent Training benefits: The role of positive parenting. *Behavior Research and Therapy*. 97, 252-258.
- Magnin, E., & Maurs, C. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder during adulthood. *Revue Neurologique*. 173(7), 506-515.
- N'zi, A. M., Lucash, R. E., Clionsky, L. N., & Eyber, S. M. (2018). Enhancing Parent-Child Interaction Therapy with Motivational Interviewing Techniques. *Cognitive and Behavioral Practice*. 24(2), 131-141.
- Pievsky, M. A., & McGrath, R. E. (2018). Neurocognitive effects of methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 90, 447-455.
- Richard-Lepouriel, H., Kung, A., Hasler, R., Bellivier, F., Prada, P., Gard, S., Ardu, S., Kahn, J., Dayer, A., Henry, C., Aubryab, J., Leboyer, M., Perrouda, N., & Etain, B. (2019). Impulsivity and its association with childhood

---

---

# Empowering Exceptional Children Journal

*Iranian council for exceptional children*

---

---

Volume 11, Issue 4(33), Winter 2021

PP 25-36

---

## Effectiveness of positive parenting program on attention deficiency and hyperactivity-impulsivity of children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder

Zahra Sheikhi Velashani<sup>1</sup>

Fatemeh Javadzadeh Shahshahani<sup>\*2</sup>

---

### Abstract

The present study was conducted aiming to determine the effectiveness of positive parenting program on attention deficiency and hyperactivity-impulsivity of the children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). The statistical population of the present study included all the children with ADHD at the primary level in Khomeini Shahr Town and their parents in academic year 2018-19. The research method of the present study was quasi-experimental with pretest, posttest, and control group design. The sample size of the study included 30 children (13 girls & 17 boys) who were selected through non-random available sampling method and their parents were invited to take part in the study. The parents were replaced into experiment and control groups using random sampling method. The experiment group received eight ninety-minute sessions of therapeutic interventions based on positive parenting program once a week for two months. The tools included Attention Deficit Hyperactivity Disorder Questionnaire, Teachers' Conner's Form (Brook and Clinton, 2007) and Conners' scale of grading behavioral problems for parents (Goyette, Conners, Ulrich, 1978). Data analysis was conducted via SPSS23 through descriptive statistics and ANCOVA method. The results showed that positive parenting program significantly influences attention deficit ( $p < 0.001$ ) and hyperactivity-impulsivity ( $p < 0.001$ ) of the children with ADHD. The findings of the present study indicate that positive parenting program using normal parenting methods and appropriate communication principles should be used as an effective method to reduce attention deficit and hyperactivity-impulsivity in children with ADHD.

**Keywords:** Attention deficit, hyperactivity-impulsivity, ADHD, positive parenting program

---

1. MA student of Rehabilitation Counseling, Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, Khomeini Shahr, Iran

\*2. **Corresponding Author:** Assistant professor of Counseling Department, Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, Khomeini Shahr, Iran