Journal of Counseling Research
Iranian Counseling Association
Vol. 22, No. 85 Spring 2023
Research Article
e-issn:4018-2717 p-issn:400-2717X
DOI:10.18502/qjcr.v22i85.12538

Development of a Positive Parent-Child Interaction Program based on the Lived Experiences of Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Niloufar Tahghighi Ahmadi[1], Asieh Shariatmadar[2], Hossein Salimi Bejestani[3]

1. PhD Student in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. Niloofar.tahghighi@gmail.com
2. (Corresponding Author) ،PhD Counseling, Assistant Professor, Department of counselling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh TabatabaeiUniversity,Tehran,Iran. S_shariatmadar@yahoo.com,
3. PhD Counseling, Associate Professor, Department of counselling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. H.salimi.b@gmail.com

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

ABSTRACT

This article is taken from a doctoral thesis

Received: 16/04/2021 - Accepted: 09/11/2021

Aim:Parent-child interaction and the factors that lead to the improvement and promotion of this interaction are among the important and favorite fields for researchers. The present study was conducted to develop a curriculum for positive parent-child interaction, based on the lived experiences of parents of children with ADHD. **Metod**: This research is of qualitative type which has been done using phenomenological methodology. The study population consisted of mothers with children having attention deficit hyperactivity disorder who referred to counseling clinics in welfare districts 1 and 3 of Tehran during the year 2020 who had first-hand experience of the phenomenon. Purposeful sampling included mothers with children with attention deficit hyperactivity disorder. After administering the CSI-4 Child Symptoms Questionnaire (Gado and Sprafkin 1997) and the Parent-Child Interaction Questionnaire (Pianta 1994) to these mothers, those who scored above average were interviewed in a semi-structured interview and this process continued until a theoretical saturation was reached. Interviews were analyzed using the seven-step Claysian method.**Finding:** By adapting the obtained sub-themes below these main themes with the characteristics of the stages of change of Prochaska and Norcross 1992 (translated by Avadis Jans, 1399), the steps of the positive parent-child interaction program were developed. By analyzing the research findings, the following main themes were identified as characteristics of lived experiences of mothers with positive parent-child interaction with attention deficit-hyperactivity disorder: Managing the child's energy level, monitoring tasks and responsibilities, supportive and organized mother-child relationship and situation management dependent on hyperactivity.**Conclusion:**According to the obtained results, it can be concluded that the developed program of positive parent-child interaction is practical and counselors can use this program in working with mothers with children with attention-deficit/ hyperactivity disorder.

keywords: Positive interaction, Lived experiences, Children, Mothers, Attention deficit hyperactivity disorder

فصلنامه علمی پژوهشهای مشاوره
انجمن مشاوره ایران
جلد ۲۲، شماره ۸۵، بهار ۱۴۰۲
مقاله پژوهشی

e-issn:4018-2717 p-issn:400-2717X

DOI:10.18502/qjcr.v22i85.12538

تدوین برنامه تعامل مثبت والد ـ کودک مبتنی بر تجارب زیسته والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی

نیلوفر تحقیقی احمدی[۱]، آسیه شریعتمدار[۲]، حسین سلیمی بجستانی[۳]

۱. دانشجو دکتری مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
Niloofar.tahghighi@gmail.com
۲. (نویسنده مسئول)، دکتری مشاوره، استادیار، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. S_shariatmadar@yahoo.com
۳. دکتری مشاوره، دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
H.salimi.b@gmail.com

(صفحات ۱۲۸-۱۶۱)

چکیده

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری می‌باشد

هدف: تعامل والد ـ کودک و عواملی که به بهبود و ارتقای این تعامل منجر می‌شود، از زمینه‌های مهم و موردعلاقه پژوهشگران است. پژوهش حاضر به‌منظور تدوین برنامه آموزشی تعامل مثبت والد ـ کودک، مبتنی بر تجارب زیسته والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع کیفی است که با روش پدیدارشناسی انجام‌شده است. جامعه موردپژوهش شامل مادران دارای فرزند اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی به کلینیک‌های مشاوره مناطق ۱ و ۳ بهزیستی تهران در سال ۱۳۹۸ بود. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و شامل مادرانی بود که دارای فرزند دچار اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی بودند. پس از اجرای پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4 (گادو و اسپرافکین ۱۹۹۷) و پرسشنامه تعامل والد ـ کودک (پیانتا ۱۹۹۴) بر این مادران، آن‌هایی که نمره بالاتر از میانگین آورده بودند، مورد مصاحبه نیمه‌ساختارمند قرار گرفتند و این روند تا رسیدن به یک اشباع نظری ادامه یافت. مصاحبه‌ها با روش هفت مرحله‌ای کلایزی تحلیل گردید. **یافته‌ها:** با تطبیق مضامین فرعی به‌دست‌آمده ذیل این مضامین اصلی با ویژگی‌های مراحل تغییر پروچاسکا و نورکراس ۱۹۹۲ (ترجمه آوادیس یانس، ۱۳۹۹)، گام‌های برنامه تعامل مثبت والد ـ کودک تدوین شد. با تحلیل یافته‌های پژوهش، مضامین اصلی زیر به‌عنوان ویژگی‌های تجارب زیسته مادران دارای تعامل مثبت والد ـ کودک دچار اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی به دست آمد: مدیریت سطح انرژی کودک، نظارت بر تکالیف و مسئولیت‌ها، ارتباط حمایتی و سازمان‌یافته مادر و کودک و مدیریت شرایط وابسته به بیش‌فعالی. **نتیجه‌گیری:** باتوجه‌به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه گرفت برنامه تدوین‌شده تعامل مثبت والد ـ کودک کاربردی است و مشاوران می‌توانند در کار با مادران دارای کودک دچار اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی، از این برنامه استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: تعامل مثبت، تجارب زیسته، کودکان، مادران، اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۷ ـ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۱۸

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]
[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

مقدمه

اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی[1] اختلال مربوط به دوران کودکی و نوجوانی است که با نشانه‌های پایدار افزایش فعالیت و رفتارهای تکانشی مشخص می‌شود. کودکان دارای این اختلال بیش از همسالان دیگر مشکلات تحصیلی دارند، از اجتماع طردشده یا در طی سال‌های مدرسه دچار رفتارهای ضداجتماعی می‌گردند و حتی با مشکلات عدیده‌ای طی سال‌های پس‌ازآن مواجه می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ سونوگا، سرگینت، نایگ و ویلکات[2]، ۲۰۰۸).

بسیاری از شواهد نشان می‌دهد که رفتارها و علائم اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی در طی رشد کودک ظاهر می‌شود و خانواده اهمیت ویژه‌ای در بروز علائم دارد (جانستون، مش، میلر و نینوفسکی[3]، ۲۰۱۰). درواقع رابطه والدین و کودک در آسیب‌پذیری یا تاب‌آوری کودکان نقش بسزایی دارد. از منظر گسترده‌تر، این رابطه تحت تأثیر ویژگی‌های کودکان (مانند جنسیت، خلق‌وخو و وضعیت بیولوژیکی) قرار دارد و علاوه بر ویژگی‌های والدین، ویژگی‌های خانوادگی و محیطی، روند رشد کودک را پیش‌بینی می‌کند (بدمان، سینا، لدرمان[4]، ۲۰۰۸). از نگاه دیگر، مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی در مقایسه با مادران کودکان بهنجار، هنگام برقراری ارتباط با فرزند خود با مشکلات بیشتری مواجه هستند (تولی، ایاکونو و مک گو[5]، ۲۰۰۸؛ دیتزن و همکاران[6]، ۲۰۰۸). والدین (به‌خصوص مادران) این گروه از کودکان به‌طورمعمول هنگام تعامل با کودک خود، بیشتر از روش‌های دستوری استفاده می‌کنند، در تعاملات والد ـ کودک دارای باورهای غیرواقع‌بینانه در مورد خود و فرزندشان هستند (کردلو،

1. .Attention-deficit hyperactivity disorder-ADHD
2. .Sonuga-Barke, E.J; Sergeant, J.A; Nigg, J; & & Willcutt, E
3. Johnston, C; Mash, E.J; Miller, N; & Ninowski, J.E
4. Bodenmann, G; Cina, A; Ledermann, T; & Sanders, M.R
5. Tully, E.C; Iacono, W.G; & McGue, M
6. Ditzen, B, et al

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

اسماعیلی و آزادی، ۱۳۹۲) و تعامل‌های مثبت کمتری با فرزندان خوددارند (دلوآچ[1]، ۲۰۱۵).

فقدان ارتباط مؤثر والد ـ کودک در زندگی کودکان (رونکن[2]، ۲۰۱۲)، عدم توانایی والدین در برقرار کردن ارتباط مؤثر با فرزندان (لیدرر[3]، ۲۰۰۸) و تعامل‌های منفی دوسویه (جانسون، کنت و لیدر[4]، ۲۰۰۵) یا به عبارت بهتر تعامل‌های منفی والد ـ کودک (کواته و پینکاس، آیبرگ و بارلو[5]، ۲۰۰۵)، تعارضات والدین و کودک (برجعلی و همکاران، ۱۳۹۳)، روابط نامناسب و توأم با تنیدگی بین والدین و کودک و چرخه معیوب ناشی از این رفتار (بلسویسین، سینکریووا و اندروسیتیته[6]، ۲۰۱۴؛ رابینوویتچ، ۲۰۱۴؛ لافورت، مورای و کولینس[7]، ۲۰۰۸)، زنجیره‌ای از تعامل‌های منفی و پیشرونده ایجاد می‌کند که نیاز به بهبود دارد (امامی و محمدی، ۱۳۹۰).

هدف اصلی از بهبود کیفیت تعامل والد کودک، کاهش مشکلات رفتاری کودک و افزایش رفتارهای موافق اجتماعی، بهبود مهارت‌های فرزند پروری ازجمله نظم و انضباط قاطعانه و کاهش استرس و تنیدگی والدین (داموداران[8]، ۲۰۱۳)، تقویت رفتار مثبت، ایجاد محیط مثبت یادگیری، داشتن انتظارات واقع‌گرایانه و خود مراقبتی والدین است (ساندرز[9]، ۲۰۱۲). در پژوهش کاراحمدی، طبائیان و افخمی عقدا (۱۳۸۶) ارتباط، پذیرش، کنترل، استقلال، عدم کنترل پرخاشگرانه و دلبستگی پرخاشگرانه نیز به‌عنوان مؤلفه‌های اصلی تعامل والد کودک مثبت بررسی گردیده است.

رویکردهای درمانی مختلفی به دلیل تعدد و تنوع مشکلات این کودکان درزمینهٔ‌های مختلف جسمی، روانی، آموزشی و اجتماعی ارائه‌شده است. دارودرمانی، رفتاردرمانی و

1. DeLoatche, K..J
2. Runcan, P.L
3. Lederer, A
4. Johnson, G; Kent, G; & Leather, J
5. Choate, M.L; & Pincus, D.B; Eyberg, S; M; & Barlow, D.H
6. Balseviciene, B; Sinkariova, L; & & Andrusaityte, S
7. Rabinovitch, A; LaForett, D.R; LaForett, D.R Murray, D.W; & Kollins, S.H
8. Damodaran, K..D
9. Sanders, M.R

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

آموزش والدین برخی از این درمان‌ها هستند. بااین‌حال، دارودرمانی به‌تنهایی نمی‌تواند در اختلال در عملکرد خانواده و مشکلات رفتاری فرزندان مؤثر باشد و همچنین نمی‌تواند نگرانی والدین را برطرف کند و هیچ دارویی نمی‌تواند به کودکان آموزش دهد که چگونه رفتارهای پرخاشگرانه و قانون شکنانه خود را جبران کنند (پلهام، فوستر و راب[1]، ۲۰۰۷). علاوه بر این، به دلایل زیر باید به برنامه‌های آموزشی توجه شود: ۱ اختلاف‌نظر در استفاده از ویژگی‌های خانوادگی محرک، تأثیر همسالان و درمان، عدم ارزیابی و تشخیص تغییرات مداوم پس از قطع دارو، عدم پاسخ مثبت به محرک‌ها توسط ۳۰-۲۰٪ کودکان مبتلابه اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی (دانفورت، اندرسون و براکلی[2]، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند به دلیل ویژگی‌های خاصی که این کودکان دارند مداخله در مشکلات آنها متفاوت از کودکان دیگر است و مداخله باید در بافت خانواده صورت گیرد و در این راستا آموزش والدین می‌تواند رفتار اجتماعی و فعالیت‌های درسی را تقویت کند، به‌عنوان یک رویکرد درمانی بسیار مؤثر برای این کودکان در نظر گرفته می‌شود (پلهام، ویلر و بارکلی[3]، ۱۹۹۲). به‌طوری‌که مک برنت و فیفنر[4]، (۲۰۰۸) معناداری روابط والد ـ کودک با اختلال دارای اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی و نیاز به آموزش مهارت‌های ارتباطی تخصصی به والدین را نشان دادند. پژوهش ادواردز، سالیوان، منی والن و کانتور[5] (۲۰۱۰) در آموزش تعامل والد ـ کودک و کاهش نشانگان اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی، افزایش خودکارآمدی والدین را نشان دادند. روشی مبتنی بر شواهد نیز برای کاهش رفتار مخرب کودک، ازجمله پرخاشگری و بهبود مدیریت رفتار والدین و بهبود کیفیت تعامل والد ـ کودک است (شپریس، شپریس، منوکیس، دیویس و لوپز، ۲۰۱۵).

1. Pelham WE, Foster EM, & Robb, J.A
2. Danfort, J.A; Anderson, L.P; & Barkley, R.A
3. Pelham, W.E; Wheeler, T; & Chronis, A
4. McBurnett, K; &Pfiffner, L
5. Edwards, A.N; Sullivan, M.J; Meany-Walen, K.; & Kantor, R.K

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

رامسی و راستین[1] (۲۰۱۴) نیز اظهار می‌دارند که با درنظرگرفتن ماهیت مزمن و فراگیر اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی ثابت‌شده است که الگوی فرا نظری پروچاسکا و نورکراس[2] (ترجمه آوادیس یانس، ۱۳۹۹) برای هماهنگ شدن با نیازهای هر بیمار چارچوب مفیدی است. ازآنجاکه والدین دارای تعاملات منفی با کودک دارای نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی خود، بیشتر کودکان را مقصر می‌دانند و نسبت به واکنش‌ها و رفتارهای خود تأملی ندارند، این الگو به‌عنوان یک الگوی جامع تغییر رفتار، برای مطالعه تعیین‌کننده‌های رفتار است و بر توضیح و چگونگی تغییر رفتار تأکید دارد. ویژگی منحصربه‌فرد این الگو مشخص نمودن بعد زمانی در تغییر رفتار است. این الگو پیشنهاد می‌کند که افراد در حین تغییر رفتار، از مراحل مختلفی می‌گذرند. بر اساس این الگو، تغییر یک اتفاق نیست بلکه یک فرایند است و افراد در مراحل مختلف فرایند تغییر قرار می‌گیرند و برای تغییر رفتار از مجموعه‌ای از مراحل عبور می‌کنند که شامل پنج مرحله پیش تأمل، تأمل، آمادگی، عمل و نگهداری است (پروچاسکا، ردین و ایور[3]، ۲۰۰۸).

باوجوداین تاکنون پروتکلی براین‌اساس جهت بهبود تعاملات والد ـ کودک طراحی نشده است. از طرف دیگر ازآنجایی‌که خانواده اولین پایه‌گذار شخصیت و ارزش‌های فکری است و سلامت روان فرد تا حدود بسیاری در گرو آن است، کنش و واکنش میان اعضا، تأثیر بسزایی در کاهش یا افزایش مشکلات موجود دارد؛ لذا نمی‌توان از مشکلات کودکان به‌تنهایی سخن راند، زیرا کودک در یک سیستم تعاملی رشد می‌یابد؛ لذا تعامل والد ـ کودک و عواملی که به بهبود و ارتقای این تعامل منجر می‌شود، از زمینه‌های مهم و موردعلاقه پژوهشگران است (اسپیل فوگ[4]، لترز[5]، کریستین[6] و مک

1. Rusmay, J. R; & Rostain, A. L
2. Prochaska, J.O
3. Reddind, C.A; & Ever, K.E
4. Spielfogel, J.E
5. Leathers, S.J
6. Christian, E

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

مل[1]، ۲۰۱۱). لاندرث[2] (۲۰۰۲) اعتقاد دارد متخصصان بایستی آموزش مهارت‌ها را بر والدین متمرکز نمایند، زیرا آنها در صف اول تأثیرگذاری بر زندگی کودکان قرار دارند؛ لذا در تدوین برنامه‌ها باید تعاملات و مهارت‌های مثبت والدین مدنظر قرار گیرد؛ در این راستا باتوجه به اینکه تجربیات افراد بهترین منبع اطلاعات برای بررسی موضوع موردنظر است. از سوی دیگر بررسی تجربه والدین در زندگی با کودکان اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی با پژوهش‌های رایج کمی، قابل تبیین نیست، درحالی‌که پژوهش‌های کیفی، باتوجه به ارتباط مستقیم با پدیده موردنظر، قابلیت‌ها و برتری چشمگیری، در شناخت عمیق پدیده‌ها و تبیین تجربه‌های واقعی دارند (غریبی، فتحی آذر، ادیب، حاتمی و قلی‌زاده، ۱۳۹۰)، بنابراین برای تدوین جلسات آموزشی تعامل والد ـ کودک مثبت، از طریق مصاحبه با والدین دارای تعاملات مثبت به تدوین برنامه تلفیقی با مضامین الگوی فرا نظری مراحل تغییر پروچاسکا و نورکراس (ترجمه آوادیس یانس، ۱۳۹۹) پرداخته شد. باتوجه به مطالب ذکر شده هدف پژوهشگر از پژوهش حاضر تدوین یک برنامه آموزشی تعامل مثبت والد ـ کودک از طریق بررسی تجارب زیسته والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی است که به‌رغم مشکلات کودک خود، توانسته‌اند با وی تعامل مثبتی داشته باشند؛ بنابراین پرسش اصلی تحقیق این است که بر اساس تجارب زیسته مادران دارای تعامل والد کودک مثبت، ویژگی‌های گام‌ها و محتوای یک برنامه آموزش تعامل مثبت والد ـ کودک برای مادران کودک دچار اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی چیست؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع کیفی است که با روش پدیدارشناسی انجام‌شده است. جامعه مورد پژوهش شامل مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی به

1. McMeel, L.S
2. Landreth, G.L

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

کلینیک‌های مشاوره مناطق ۱ و ۳ بهزیستی تهران در سال ۹۸ بود نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و شامل مادرانی بود که دارای فرزند دچار اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی بودند.

ابزار پژوهش

ابتدا برای تشخیص کودکان بیش‌فعال از پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4 بر اساس نمره برش استفاده شد و برای تشخیص تعاملات درون خانواده مثبت از مقیاس رابطه والد -کودک (پیانتا ۱۹۹۴)[1] ، استفاده شد. پرسشنامه علایم مرضی کودکان **CSI-4**[2] یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که به‌منظور غربال اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان سنین ۵ تا ۱۲ سال توسط گادو و اسپرافکین (۱۹۹۷) ساخته و مورد اعتباریابی قرار گرفته است و روایی و پایایی آن مطلوب گزارش شده است. این پرسشنامه دارای دو فرم والدین (۷۷ گویه) و معلم (۹۷ گویه) است که بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت به‌صورت هرگز، گاهی، اغلب و بیشتر اوقات پاسخ و نمره‌گذاری می‌شود. در این پژوهش فقط از قسمت بیش - فعالی استفاده شد. در پرسشنامه علائم مرضی از سه گویه بیش جنبشی - اختلال دقت، نوع فاقد تمرکز حواس، اختلال دقت بیش جنبشی، نوع بیش جنبشی بدون تأمل و اختلال دقت - بیش جنبشی نوع مرکب استفاده شد. در این پرسشنامه هر بخش شامل ۹ سؤال هست و کمترین نمره ۱ و بالاترین نمره ۹ برای کل مقیاس است و طبق دستورالعمل چنانچه در بخش اول و دوم آزمودنی نمره بالاتر از ٦ کسب کند دارای اختلال هست و بخش سوم ترکیب دو بخش اول و دوم هست و بالاترین نمره در این بخش ۱۸ و پایین‌ترین نمره ۱ است و چنانچه آزمودنی نمره بالاتر از ۱۲ کسب کند دارای اختلال دقت - بیش جنبشی نوع مرکب می‌باشد. نتایج حاصل از تجزیه‌وتحلیل داده‌های پرسشنامه که توسط محمد اسماعیل و علیپور (۱۳۸۱) طی

1. Child Parent Relationship Scale-CPRS
2. Children Symptom inventory

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

پژوهشی نشان دادند فرم والد از روایی سازه و پایایی مناسبی (۰/۹۳) برای کودکان ایرانی برخوردار است. مقیاس رابطه والد ـ کودک توسط پیانتا برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ ساخته شد و شامل ۳۳ گویه با خرده مقیاسهای تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی (مجموع تمام حوزه ها) است که به‌صورت خودگزارشی، ادراک والدین را در مورد رابطه خود با کودکشان در تمام سنین می‌سنجد (عابدی شاپورآبادی و همکاران، ۱۳۹۱). این پرسشنامه دارای مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم=۵ تا کاملاً مخالفم=۱ را در بر می‌گیرد. شیوه نمره گذاری بر حسب پاسخهای ۵ تا ۱ انجام میپذیرد (ابارشی، ۱۳۸۸) نمره‌ی بالا در هر یک از خرده مقیاسها نشانگر وجود بیشتر مؤلفه‌های یاد شده است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در حوزه نزدیکی ۰/۶۹، وابستگی ۰/۴۶ و تعارض ۰/۸۳ با رابطه مثبت کلی ۰/۸۴ گزارش شده است. پایایی این حوزهها در مطالعه ابارشی و همکاران (۱۳۸۹) به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۰، ۰/۶۱ و ۰/۸۶ گزارش شد و روایی محتوایی آن را با نظر متخصصان مورد تایید قرار دادند. همچنین در پژوهش محمدی پور و مزارعی (۱۳۹۷) آلفای کرونباخ با نمره کل ۰/۸۷ و خرده مقیاس نزدیکی ۰/۸۲، وابستگی ۰/۸۲ و تعارض ۰/۸۵ به دست آمد

بعد از اجرای پرسشنامه والدینی که در پرسشنامه والد ـ کودک نمره بالاتر از میانگین آورده بودند، مورد مصاحبه نیمه ساختارمند قرار گرفتند و این روند تا زمانی ادامه یافت که احساس شد اطلاعات جدید حاصل نمی‌شود؛ یعنی تا رسیدن به یک اشباع نظری. تعداد افراد نمونه تا رسیدن به حد اشباع، ۱۰ والد بود. محورهای سؤالاتی که در مصاحبه عمیق با دو گروه والدین دارای کودک اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی با تعاملات درون خانواده مثبت مورد کاوش قرار گرفت درزمینهٔ‌های تأثیر کودک دارای اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی بر تعاملات خانواده، ارتباط کودک دارای اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی با سایر فرزندان، روشهای برخورد با فرزند اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی، تأثیر فرزند با اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌عالی بر تعاملات زوجین، نحوه

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

حل تعارض وتعاملات با فرزند دارای اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی، شیوه‌های برخورد و کنترل کودک دارای اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی ومدیریت تعامل فرزندان دیگر با کودک دارای اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی بود.

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از روش هفت مرحله‌ای کلایزی[1] استفاده شد. بر اساس این روش، ابتدا با خواندن دقیق و مکرر مصاحبه‌ها و توصیف شرکت‌کنندگان سعی شد که با آنها هم احساس شده و در مرحله دوم جملات و واژه‌های مهم از متن مصاحبه‌ها استخراج شوند. سپس این معانی استخراج‌شده، مفهوم‌سازی و کدبندی شد. در مرحله بعدی، پس از بازخوانی مکرر کدها، مفاهیم فرموله شده و در درون دسته‌ها و خوشه‌های موضوعی قرار گرفت تا ساختار اصلی به دست آید. در پایان با ترکیب همه عقیده‌های استخراج‌شده به یک توصیف جامع و کامل از همه جزئیات پدیده موردنظر، به‌دست‌آمده در مفاهیم فرعی و اصلی قرار داده شد. بعد از انجام مصاحبه با درنظرگرفتن ماهیت مزمن و فراگیر اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی و الگوی فرا نظری پروچاسکا و نورکراس ۱۹۹۲ (ترجمه آوادیس یانس، ۱۳۹۹) و جلسات آموزشی تعامل والد ـ کودک مثبت، مضامین حاصل از مصاحبه‌ها با مضامین الگوی فرا نظری مراحل تغییر پروچاسکا و نورکراس ۱۹۹۲ (ترجمه آوادیس یانس، ۱۳۹۹) تلفیق شد.

یافته‌ها

از میان شرکت‌کنندگان پژوهش ۶ نفر مرد و ۴ نفر زن بودند. میانگین سن فرزندان، ۸/۸ سال می‌باشد مضامین اصلی مستخرج از مصاحبه‌ها به همراه مضامین فرعی در جدول ۱ به‌صورت خلاصه آورده شده است:

1. Colaizzi method

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

جدول ۱. مضامین اصلی مستخرج از مصاحبه به همراه مضامین فرعی

مضامین اصلی	مضامین فرعی	نقل قول
مدیریت سطح انرژی کودک	بازی با کودک برای تعادل سطح انرژی	بعد از صرف صبحانه با هم‌بازی می‌کنیم تا وقتی‌که حس کنم سطح انرژی دخترم متعادل شده، ما حتماً ساعت‌هایی از وقتمان را به بازی‌های پرتحرک و هیجانی اختصاص می‌دهیم.
	فعالیت‌های مشترک	اغلب از او دعوت می‌خواهم به آشپزخانه بیاید تا با هم کار کنیم، برایش کتاب می‌خوانم و با هم ورزش می‌کنیم و این زمان‌بندی را با پدرش تقسیم می‌کنیم.
	بازی‌درمانی	با بازی کلامی صبحانه آماده می‌کنیم. هم‌بازی می‌کنیم به‌خصوص بازی‌های حرکتی و گاهی در فضاهایی بازی بیرون از منزل وقت می‌گذرانیم
نظارت بر تکالیف و مسئولیت‌ها	برنامه منظم در زندگی	وقتی از کار برمی‌گردم کتاب می‌خوانم بخصوص موقع خواب، ورزش می‌کنیم، تلویزیون می‌بینم و هر برنامه مناسبی رو که برای سن ماهان مناسب باشه بعد از دیدن با هم دربارش حرف می‌زنیم. گاهی با وسایل بازیافتی کاردستی درست می‌کنیم. البته ما بر اساس این برنامه‌ریزی هر روز تعدادی از این فعالیت‌ها را انجام می‌دهیم.
	انجام تکالیف پس از تخلیه انرژی	تا وقتی‌که حس کنم سطح انرژی دخترم متعادل شده بعد با هم برای انجام تکالیف اقدام می‌کنم
	همراهی با کودک و راهنمایی وی در انجام تکالیف	در هنگام انجام تکالیف کنار او می‌نشینم و در صورت نیاز به او کمک می‌کنم و محیط خانه را برای بهتر درس‌خواندن آماده می‌کنم تا تمرکزش به هم نخورد.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

مضامین اصلی	مضامین فرعی	نقل قول
	تشویق مبتنی بر علایق کودک	تشـویق خیلـی مـؤثر هسـت بخصـوص تشویق‌های مثل رفتن به پارک کافی‌شاپ دونفره و خرید بستنی (علایق کودکم) و من معمولاً با این جمله که به‌خاطر حس خوبی کـه بـا کـار خوبـت بـه هـم دادی ایـن کـار و می‌کنیم یا میریم فلان جا تشویقش می‌کنم. من معمولاً از تشویق‌های کلامی خیلی زیاد استفاده می‌کنم و متوجه شدم تأثیر زیادی دارد و گاهی هم پاداش‌های مادی می‌دهم برای تشویق
	دعوت کودک به مشارکت در کارها	گاهی از او درخواست دارم در کارهای خانه مشارکت داشته باشد. با این روش‌ها اغلب کنارش هستم و غیرمستقیم به عملکردش نظارت دارم.
ارتباط حمایتی و سازمان‌یافته مادر و کودک	اختصاص وقت برای بیان احساسات	هـر دو یـاد گـرفتیم کـه دربـاره احساسـمان حـرف بـزنیم و سـاعتی را بـا هـم این‌گونـه می‌گذرانیم.
	لـذت از بـا هـم بـودن بـه دلیـل شـادی و جنب‌وجوش	خیلـی دوسـت دارد کنـار مـن باشـد به‌خصـوص زمـانی کـه حـس شـاد بـودن و پرجنب‌وجوشی را از من دریافت می‌کند.
	صمیمیت و خود افشایی	رابطـه خـوب و صـمیمی داریـم و بیشـتر مسـائل را بـا مـن درمیـان می‌گـذارد. به‌خصـوص قبـل از خـواب ظهـر بـا هم‌صـحبت مـی‌کنیم و از احساسـمان و اتفاق‌های روزمان با هم حرف می‌زنیم
	الگوی دهی مذاکره در هنگام بروز مشکل	همیشه شاهد حرف‌زدن و درد و دل کردن و صمیمیت من و پدرش بوده چه مواقعی که خوشـحال هست و گـاهی هـم کـه ناراحـت هست صحبت می‌کند و کمک می‌خواهد

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

مضامین اصلی	مضامین فرعی	نقل قول
	حمایت مداوم در شرایط مختلف	همیشه به او این اطمینان را می‌دهیم که ما تا آخرین لحظه از او حمایت می‌کنیم و این موضوع را ثابت کردیم؛ بنابراین کاملاً اعتماد دارد
	درک از سمت مادر	خودم را جای فرزندم می‌گذارم و سعی در کاهش اضطراب او را دارم. مثلاً برای آزمون ورودی به او می‌گفتم ما می‌دانیم تو تلاش خودت را کردی
	درد و دل کردن متقابل والدین با فرزند	خیلی با هم صمیمی هستیم و برای اینکه یاد بگیرد، همیشه با او درد دل کردیم و او هم با ما همین رفتار را دارد
	الگودهی به نظم	برای یادگیری نظم خودمان الگو برایش هستیم
	الگودهی برای گفتگو	گاهی گفتگوی مادر و دختری داریم و هنگامی هم که پدرش میاد گفتگوی خانوادگی داریم.
	الگودهی برای مطالعه	برای آموزش کتاب خواندن خودمان هر روز مطالعه می‌کنیم.
	آموزش نحوه ابراز احساس	اوایل صحبت نمی‌کرد اما من از مشاور یاد گرفتم که ابتدا خودمان باید از احساسمان حرف بزنیم تا او نحوه صحیح ابراز احساس را یاد بگیرد.
	ایجاد فرصت برای ابراز احساسات	گاهی من شروع‌کننده هستم و اعلام می‌کنم که تمایل دارم درمورد حسم با او حرف بزنم.
	داستان‌گویی از شخصیت موردعلاقه	در قالب داستان کوتاه از شخصیت موردعلاقه‌اش نکته آموزشی کنترل رفتار را به او آموزش می‌دهم
	الگودهی کنترل رفتار	با او در مکان خلوتی صحبت می‌کنم. مدتی در آن مکان می‌مانیم تا کنترل بر رفتارش پیدا کند و آرام‌تر شود. سعی می‌کنم دستهاشو ماساژ بدم که حس آرامش بیشتری بگیرد

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

مضامین اصلی	مضامین فرعی	نقل قول
	همدردی	وقتی مضطرب می‌شود، سعی می‌کنم با او همدردی کنم و به او بفهمانم که درکش می‌کنم و از جملات منفی استفاده نمی‌کنم
	شنونده خوب بودن	شنونده خوبی برایش بودم و همیشه به حرف‌هایش جهت دادم و از جملات بی‌معنی هم جملات معناداری ساختم.
مدیریت شرایط وابسته به پیش‌فعالی	فاصله‌گیری از موقعیت	قبلاً در چنین موقعیت‌هایی من از کوره در می‌رفتم. بعداً متوجه شدم بیشتر جنبه تحقیر و تخریب داشته؛ اما در حال حاضر با هم از محیط هیجانی کمی فاصله می‌گیریم
	آرام‌سازی کودک	او را به حمام می‌فرستم و شرایطی فراهم می‌کنم تا کمی بازی‌های ابی داشته باشد و پس از بیرون آمدن از حمام بدنش را ماساژ می‌دهم. با این روش او کاملاً آرام می‌شود
	ارتباط لمسی	او را در آغوش می‌گیرم و با گرفتن دست‌هایش و با نوازش کردن به او آرامش می‌دهم
	کاربرد واژگان عاطفی	گاهی با استفاده از کلمات عاطفی و جملاتی که اعتمادبه‌نفسش را بالا می‌برد و درباره آن موقعیت با او صحبت می‌کنم
	پرسش سؤالات کوتاه پاسخ	سؤال‌هایی می‌پرسم تا جواب‌های کوتاه بدهد با این هدف که تمرکز کند و از حال و هوای اضطراب بیرون بیاید
	شوخی	در موقعیت جدید تمرکز خودش را از دست می‌دهد و دچار اضطراب میشود ولی من باشوخی‌کردن به او آرامش می‌دهم
	بازگشت به موقعیت	با مرور جملات مثبت و احساس رضایت از عملکرد خودم و باور اینکه می‌توانم مادر خوب و تأثیرگذاری باشم و شادی، مجدداً به محیط بازمی‌گردیم و با اعتمادبه‌نفس بیشتری وارد جمع می‌شوم

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

مضامین اصلی	مضامین فرعی	نقل قول
	مسئولیت دهی و تقویت جنبه‌های مثبت	حتماً سعی می‌کنم ویژگی‌های خوب او را مطرح کنم و دخترم را به‌خاطر آنها تشویق می‌کنم... اغلب مسئولیتی از میهمانی را به او می‌دهم که برایش جذاب باشد.
	شناخت بیش‌فعالی	کودک بیش‌فعال خطای رفتاری زیادی دارد و من الان فهمیدم که او یک کودک بیش‌فعال است و گاهی این خطاها ناشی از اختلال اوست. او هم می‌داند که من بابت خطایش تنبیه‌اش نمی‌کنم
	عمل به راهنمایی‌های متخصصان در جهت تخلیه انرژی فرزند	سعی می‌کنم با تکنیک‌هایی که آموزش دیدم، کمک کنم تا انرژی او در جهت مثبت تخلیه شود. مثلاً با هیجان او را به یک بازی پرتحرک و هدفمند دعوت می‌کنم
	محبت کلامی	سعی می‌کنم آرامش خودم را از دست ندهم و با مهربانی و گفتگو با پانیا سعی برطرف نمودن مشکل می‌کنم
	جلب‌توجه فرزند از طریق موضوعات موردعلاقه اش	توجهش را به موضوع مهیجی جلب می‌کنم. به موضوعات موردعلاقه‌اش می‌پردازم و از او دعوت می‌کنم برای گفتگو در خصوص آن موضوع
	تحریک کنجکاوی در صورت بی‌قراری در جمع	وقتی در جمعی بی‌قرار می‌شود، کنجکاوی او را از طریق هیجاناتش جهت شنیدن صحبت‌هایم تحریک می‌کنم و در قالب داستان کوتاه از شخصیت موردعلاقه‌اش نکته آموزشی کنترل رفتار را به او آموزش می‌دهم

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

تدوین برنامه

پس از استخراج مضامین تعامل مثبت والد ـ کودک و قرار دادن آنها در قالب مراحل تغییر پروچاسکا و نورکراس (ترجمه آوادیس یانس، ۱۳۹۹)، مراحل و گام‌های برنامه به‌صورت زیر تدوین شد:

جدول ۲. برنامه طراحی‌شده بر اساس مضامین تعامل مثبت والد ـ کودک و قرار دادن آنها در قالب مراحل تغییر پروچاسکا و نورکراس (ترجمه آوادیس یانس، ۱۳۹۹)

مراحل		روش اجرا	فنون	تکلیف
مرحله اول: پیش تأمل	گام اول: برقراری رابطه حسنه با مادران	خوشامدگویی اولیه و شروع ـ بیان قوانین و اهداف گروه ـ معرفی خود (رهبر) و تجربه‌های موفق با خانواده‌های دارای کودک بیش‌فعال (این سه مورد در همه گام‌ها تکرار می‌شود) ـ معرفی نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی و ویژگی‌های آن ـ ایجاد فرصت برای والدین جهت بیان تجارب زیسته خود با کودکان ـ تمرکز بر تجارب مشترک ـ بازی مشاور با یکی از کودکان بیش‌فعال در حضور مادران تکلیف دهی (باهدف ایجاد پیوند بین جلسات)	گوش دادن فعال ـ همدلی با شرایط سخت والدین ـ آموزش از طریق الگوسازی (ارتباط درمانگر با کودک بیش‌فعال و بازی با وی ضمن مشاهده مادران)	ـ فکر کردن به استمرار روابط والدین با کودک به شکل فعلی و فهرست کردن پیامدهای آن ـ فکر کردن به تغییرات ولو جزئی روابط والدین با کودک و فهرست کردن پیامدهای مثبت تغییرات
	گام دوم: ارتباط مثبت با کودک	ـ بررسی مزایای تغییر و معایب عدم‌تغییر در جلسه به‌صورت جمعی ـ الگوسازی مشاور در صحبت کردن با کودکان به‌صورت انفرادی و جمعی برای پرسش کوتاه پاسخ ـ ایجاد فرصت توسط مشاور	آموزش (استفاده از تجارب والدین دارای تعامل مثبت، شخصیت‌های داستانی) الگودهی (به‌کارگیری پرسش‌های کوتاه)	تمرین مهارت پرسش کوتاه پاسخ در طول هفته (بر اساس الگوی ارائه‌شده در جلسه)

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

مراحل		روش اجرا	فنون	تکلیف
		برای کودکان برای ابراز احساسات خود ـ بازی با محوریت تقویت تمرکز ازجمله (بازی کی قایم شده؟ و بازی صداهای زنده) ـ تکلیف دهی (باهدف برانگیختن تأمل نسبت به گزینه‌های دیگر تعامل)		
مرحله دوم: تأمل +	گام سوم: ایجاد تأمل در مورد پیامدهای تغییر رفتاری والدین (ارتباط مثبت با کودک)	توضیح دادن اثرات مثبت برنامه آموزشی به والدین ارسال بسته آموزشی اثرات مثبت برنامه آموزشی به والدین تکلیف دهی	مطالعه فایل اثرات مثبت برنامه آموزشی اندیشیدن به و تهیه فهرستی از اثرات مثبت اجرای برنامه آموزشی در زندگی خانواده و کودک	یاددهی ـ یادگیری قصد متناقض (تأکید بر پرهیز از تغییر)
مرحله سوم: آمادگی	گام چهارم: آموزش کلیات برنامه به والدین	ـ توضیح دادن برنامه آموزشی به والدین ـ آماده کردن و ارسال فایل برنامه آموزشی همراه با تصاویر کمکی ـ آموزش و اجرای روش جلب‌توجه فرزند از طریق موضوعات موردعلاقه‌اش ـ آموزش و اجرای روش‌های برنامه آموزشی (آرام‌سازی کودک به‌وسیله صحبت کردن با وی، ارتباط لمسی از طریق در آغوش کشیدن کودک، کاربرد واژگان عاطفی و تشویق‌های کلامی و غیرکلامی) تکلیف دهی	آموزش بازخورد	تمرین برنامه توسط والدین و ارائه گزارش در خصوص احساس تجربه انجام تمرین.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

مراحل		روش اجرا	فنون	تکلیف
	گام پنجم: شروع برنامه آموزشی	ـ اجرا و تمرین مهارت‌های اولیه برنامه آموزشی با تعداد کمتری از والدین و کودکان برای نشان دادن نحوه اجرای آن ـ انجام برنامه آموزشی در محیط‌های مختلف (اردوی آموزشی خارج از محیط کلینیک) ـ آموزش و اجرای روش فاصله‌گیری از موقعیت در مواقع پرتنش به والدین ـ آموزش و اجرای روش تحریک کنجکاوی در صورت بی‌قراری در جمع ـ تکلیف دهی	آموزش الگودهی	تمرین عملی مهارت‌های آموخته‌شده در جلسه در طول هفته
مرحله چهارم: برنامه‌ریزی	گام ششم: هدف‌گذاری واقع‌گرایانه	ـ تدوین برنامه به‌صورت نمره‌گذاری (نمره دهی از ۱۰۰ برای هر برنامه و ثبت نمره کودک) ـ بارش مغزی والدین در خصوص اجزای برنامه عملیاتی ـ اعمال نظرات مثبت و سازنده والدین در خصوص تغییر در اهداف جزئی ـ بررسی احساسات و نگرانی‌های والدین نسبت به امکان عملی کردن مهارت‌های آموخته‌شده و توانایی تغییر رابطه ـ تکلیف دهی	ـ تشویق ـ استفاده از روش‌های برنامه‌ریزی ـ بارش مغزی	تدوین برنامه پیشنهادی از سوی والدین برای مدت مشخص (یک هفته)

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

مراحل		روش اجرا	فنون	تکلیف
مرحله پنجم: اقدام	گام هفتم: اجرای طرح	ـ اجرای برنامه آموزشی با تعداد کمتری از والدین و کودکان برای نشان دادن نحوه اجرای آن ـ انجام برنامه آموزشی در محیط های مختلف ـ آموزش و اجرای روش فاصله‌گیری از موقعیت در مواقع پرتنش به والدین ـ آموزش و اجرای روش جلب‌توجه فرزند از طریق موضوعات موردعلاقه‌اش ـ آموزش و اجرای روش تحریک کنجکاوی در صورت بی‌قراری در جمع ـ تکلیف دهی	آموزش تشویق الگوسازی	ثبت تجربیات اجرای برنامه در محیط های مختلف (ثبت حداقل سه تجربه منحصربه‌فرد)
مرحله ششم: نگهداشت	گام هشتم: کنترل محرک‌ها	انجام تکنیک‌های زیر از سوی والدین به‌منظور کنترل محرک‌های مزاحم: تمرینات آرام‌سازی، ارتباط لمسی، کاربرد واژگان عاطفی، پرسش سؤالات کوتاه پاسخ، شوخی، بازگشت به موقعیت، مسئولیت دهی و تقویت جنبه‌های مثبت، محبت کلامی، جلب‌توجه فرزند از طریق موضوعات موردعلاقه‌اش و تحریک کنجکاوی در صورت بی‌قراری در جمع	آموزش کنترل محرک شبیه‌سازی بازخورد دادن	تمرین مهارت‌های آموزش داده‌شده در طول هفته در ارتباط با فرزند
	گام نهم: تقویت رفتار مثبت	انجام تکنیک‌های زیر از سوی مشاورین به‌منظور تقویت تعامل مثبت کودکان و والدین: تشویق مبتنی بر علایق کودک و والد و تشویق کلامی و غیرکلامی	آموزش شبیه‌سازی بازخورد دادن	تهیه لیستی از علایق کودک (انواع بازی، انواع خوراکی) که در صورت نیاز از آن‌ها برای تقویت

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

مراحل		روش اجرا	فنون	تکلیف
		انجام تکنیک‌های زیر از سوی والدین به‌منظور تقویت رفتار مثبت کودکان: تشویق مبتنی بر علایق کودک، دعوت کودک به مشارکت در کارها، شوخی، کاربرد واژگان عاطفی و محبت کلامی		رفتار مثبت کودکان استفاده نمود.
مرحله پایانی	گام دهم: ارزیابی	ـ پاسخگویی به فرم ارزیابی توسط والدین، کودکان و مربیان ـ ثبت نتایج ارزیابی به‌صورت هفتگی، ماهانه و سالانه	بازخورد دادن ارزیابی ثبت وقایع	ارائه کار برگ‌هایی مخصوص هر یک از کودکان و والدین آن‌ها به‌منظور ثبت نتایج ارزیابی هفتگی، ماهانه و سالانه بعد از اتمام برنامه
	گام یازدهم: بازخورد	گفتگو با والدین در خصوص نتایج برنامه آموزشی و اینکه آیا تمایلی به ادامه شرکت در برنامه آموزشی (پس از اجرای رسمی گام‌ها) دارند یا خیر. گفتگو با کودکان در خصوص نتایج برنامه آموزشی و اینکه آیا تمایلی به ادامه شرکت در برنامه آموزشی (پس از اجرای رسمی گام‌ها) دارند یا خیر. ارائه بازخورد از بهبود رفتارهای بیش‌فعالی کودکان به والدین	پاسخ‌دهی دوره‌ای به فرم‌های ارزیابی و آماده‌سازی آن برای جلسات پیگیری	ـ ارائه بازخورد افزوده (آگاهی از عملکرد و آگاهی از نتیجه) ـ خلاصه‌سازی

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تدوین برنامه آموزشی تعامل مثبت والد ـ کودک برای والدین کودکان دچار اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی مبتنی بر تجارب زیسته والدین انجام

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

شد. با تحلیل یافته‌های پژوهش، مضامین اصلی به‌عنوان ویژگی‌های تجارب زیسته مادران دارای تعامل مثبت والد ـ کودک دچار اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی به دست آمد: مدیریت سطح انرژی کودک، نظارت بر تکالیف و مسئولیت‌ها، ارتباط حمایتی و سازمان‌یافته مادر و کودک و مدیریت شرایط وابسته به بیش‌فعالی که با مراحل تغییر پروچاسکا و نورکراس (ترجمه آوادیس یانس، ۱۳۹۹) تطبیق و گام‌های برنامه تدوین شد.

نتایج حاصل از مطالعه حاضر در زمینه‌ی مدیریت سطح انرژی کودک همسو با یافته‌های فابیانو و همکاران[1]، ۲۰۰۹؛ فورگاچ و کجبی[2]، ۲۰۱۶؛ وان‌دن‌هوفداکر و همکاران[3]، ۲۰۱۲؛ توماس، آبل، وب، آدواگی و یمر - گمبک[4]، ۲۰۱۷؛ زیسر - ناسنسون، هرشل و ایبرک[5]، ۲۰۱۷؛ دی‌لی و همکاران[6]، ۲۰۱۴؛ محمد اسماعیل، ۱۳۸۳؛ قربانی عشین، طالبی، جهاندار و ربانی زاده، ۱۳۹۵؛ بخشایش و میرحسینی، ۱۳۹۳. برنامه‌های مدیریتی برای کودک بیش‌فعال باعث تغییر نگرش اعضای خانواده نسبت به کودک می‌شود و تحمل و پذیرش را در والدین کودکان افزایش می‌دهد (فابیانو و همکاران، ۲۰۰۹). این برنامه‌ها همچنین به والدین یاد می‌دهد چگونه قوانین و دستورات و عواقبی مانند تنبیه و پاداش را برای رفتارهای هدف، مانند نافرمانی و فرمانبرداری در محیط کودک اصلاح کنند. همچنین برنامه‌های مدیریتی در کاهش رفتارهای مشکل‌ساز و افزایش رفتارهای مناسب اثربخش‌اند (فورگاچ و کجبی، ۲۰۱۶). بازی یکی از مضامین فرعی استخراج‌شده به‌عنوان یک سبک مدیریتی یک‌زبان ارتباطی برای کودکان است. بازی به‌عنوان یک ارتباط بین فردی پویا است که رشد یک ارتباط امن را برای کودک تسهیل می‌نماید تا کودک بتواند به‌طور کامل خود را بیان کند (رای[7]، ۲۰۰۴). از طرف

1. Fabiano, G.A; et al
2. Forgatch, M.S; & Kjøbli, J
3. van den Hoofdakker, B.J; etal
4. Homas, R; Abell, B; Webb, H.J; Avdagic, E; & Zimmer-Gembeck, M.J
5. Zisser-Nathenson, A.R; Herschell, A.D; & Eyberg, S.M
6. Daley, D; et al
7. Ray, D

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]
[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

دیگر، کودک در زمان بازی، مرکز توجه والدین است و والد ارتباط پذیرا و مطلوبی را برای کودک فراهم می‌نماید تا او بااحساس آرامش، به ابراز خشم، شکست‌ها، تنهایی، ترس‌ها و آرزوهای خود از طریق بازی اقدام نماید. در زمان بازی کردن کودک، معمولاً والدین تابع دستورات کودک خواهند بود و مواردی از قبیل تنبیه، توبیخ، تحقیر، قضاوت و ارزیابی وجود ندارد. پژوهش‌ها اثربخشی بازی‌درمانی را در کاهش علائم نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی کودکان را نشان داده‌اند (قربانی عشین، طالبی، جهاندار و ربانی زاده، ۱۳۹۵؛ بخشایش، میرحسینی، ۱۳۹۳). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت عنصر اثرگذاری بازی‌درمانی هم می‌تواند شامل عناصر شناختی رفتاری هم عناصر عاطفی و هیجانی باشد (استوماکر و رای[1]، ۲۰۱۵). همچنین بازی با فراهم آوردن محیطی امن، باعث تخلیه هیجانی و کاهش تنش و بیان آزاد عواطف و احساسات می‌شود.

مؤلفه نظارت بر تکالیف و مسئولیت‌ها همسو با یافته‌های بارکلی[2]، ۱۹۹۷؛ لانبرگ و دورسکی و ایوانز[3]، ۲۰۱۳؛ کلارک و همکاران[4]، ۲۰۱۵؛ چراغ مولایی و خسروی و بنی جمالی، ۱۳۹۲؛ گورتس، ورت، اوسترلان، رویرز و سرگنت[5]، ۲۰۰۵؛ مارتل و نیکولاس و نیگ[6]، ۲۰۰۷. از زمانی که مشخص شد برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی رفتار در نواحی مغزی پیشانی و پیش پیشانی رخ می‌دهند، مفهوم کارکردهای اجرایی به اصطلاحی رایج در پژوهش‌های بالینی و عصب روان‌شناختی روی این نواحی تبدیل شد (الینگ درکس و میز[7]، ۲۰۰۸). شواهد پژوهشی بیانگر آن است که نقص در کارکردهای اجرایی، نقش مهمی در اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی دارد (بارکلی، ۱۹۹۷؛ ۲۰۰۶). در همین راستا گورتس، ورت، اوسترلان، رویرز و سرگنت (۲۰۰۵) و مارتل، نیکولاس و نیگ (۲۰۰۷) نیز در مقایسه افراد مبتلابه اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی با افراد عادی تفاوت معناداری را

1. Stulmaker, H.L; & Ray, D.C
2. Barkley, R.A
3. Langberg, J.M. Dvorsky, M; & Evans, S.W
4. Clarke, A.T, etal
5. Geurts, H. M; Verte, S; Oosterlaan, J; Roeyers, H; & Sergeant, J.A
6. Martel, M; Nikolas M; & Nigg, J.T
7. Eling, P; Derckx; K; & Maes, R

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]
[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

در کارکردهای اجرایی همچون توانایی برنامه‌ریزی یافتند؛ لذا این کودکان به برنامه نیاز دارند که در این پژوهش یکی از درون‌مایه‌های به‌دست‌آمده برنامه‌ای بود که والدین برای کودکان طراحی می‌کردند.

بسیاری از کودکان مبتلابه بیش‌فعالی مشکلات قابل‌توجهی در تکالیف منزل تجربه می‌کنند. به‌طور خاص، افراد مبتلابه بیش‌فعالی اغلب نقص عملکرد اجرایی دارند (بارکلی، ۱۹۹۷؛ بیدرمن و همکاران، ۲۰۰۷)، درنتیجه در مدیریت، نظارت و اصلاح خود و اصلاح تکالیف خود به کمک والدین نیازمندند (لانبرگ، دورسکی و ایوانز، ۲۰۱۳). درمجموع، تکمیل تکالیف یکی از مؤلفه‌های اصلی آموزش است. کودکان و نوجوانان مبتلابه بیش‌فعالی اغلب مشکلات تکالیفی را نشان می‌دهند و این بر عملکرد تحصیلی آنها تأثیر منفی می‌گذارد (لانبرگ و همکاران، ۲۰۱۱ ب). کلارک و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که همکاری و مداخله والدین در تکالیف کودکان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه و ارتباط نزدیک‌بین والدین و کادر مدرسه باعث افزایش معنادار عملکرد تحصیلی و مشکلات رفتاری می‌شود.

ازآنجاکه بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان مبتلابه مشکلات برونی‌سازی شده در ارتباط با والدین و بخصوص مادر به وجود می‌آید و ادامه پیدا می‌کند؛ بنابراین روش‌های درست رفتار مادران این‌چنین کودکانی که بیشترین زمان را با آنها می‌گذرانند و آموزش رویکردهای منظم تقویتی و تنبیهی به آنان، احتمال کاهش رفتارهای نامناسب را در این کودکان افزایش می‌دهد. مهارت‌های توجه از قبیل تشویق برای والدین فرصتی فراهم می‌نماید تا هم به کودکشان توجه کنند و هم به‌صورت مثبت با اظهارنظرهای خود رفتارهای مطلوبی را که دوست دارند کودکشان آنها را افزایش یا ادامه دهند به وجود آورند.

ویژگی‌های ارتباط حمایتی و سازمان‌یافته مادر و کودک همسو با یافته‌های قبلی است ازجمله ویسانی و شهنی ییلاق و عالی پور و مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۹۴؛ ادواردز و

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

سالیوان و مینی - والن و کانتور[1]، ۲۰۱۰؛ هاوت چارلیرو سلمنت[2]، ۲۰۰۹؛ طهماسبی و خسروپور، ۱۳۹۸؛ در ارتباط کودک ـ والد، الگودهی به‌عنوان مؤثرترین تکنیک تعامل با کودک در اصلاح و بهبود مسائل کودک اثرگذار است و می‌تواند بسیاری از مسائل رفتاری کودکان را کاهش دهد. پژوهش‌ها نیز گویای این هستند که آموزش ارتباط والد –کودک ازجمله آموزش الگوها به مادران در کاهش نشانگان این اختلال اثرگذار است (ویسانی، شهمی ییلاق، عالی‌پور و مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۹۴؛ ادواردز، سالیوان، مینی - والن و کانتور، ۲۰۱۰).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت یکی دیگر از ویژگی‌های ارتباطی پاسخ همدلانه و عاطفی از طرف والدین به هیجانات و احساسات کودک می‌باشد که سبب تقویت حرمت خود در کودک می‌شود و به کودک کمک می‌نماید تا با تقویت خود مهارگری، مسئولیت اعمال خود را بپذیرد. همچنین در ارتباط کودک - والد، پاسخ‌دهی همدلانه و درک کودک باعث شناخت هیجان‌های خود، افزایش خودآگاهی و تمرین نحوه مقابله با این هیجان‌ها شود. خودآگاهی و پذیرش احساسات خود نیز می‌تواند علاوه بر کنترل رفتارهای مخربی همچون رفتارهای تکانشی و پرخاشگری، باعث توسعه احساس همدلی و ارزیابی رفتار خود از جنبه‌های مختلف شود. باتوجه به اینکه یکی از مشکلات کودکان پرخاشگر، تکانشی و بیش‌فعال، فقدان احساس همدلی و ارزیابی رفتار خود از دیدگاه دیگران است.

مؤلفه مدیریت شرایط وابسته به بیش‌فعالی همسو با مطالعات قبلی ازجمله زرگری نژاد و یکه یزدان دوست، ۱۳۸۶؛ تریسی و تریپ و برد، ۲۰۰۵؛ چانگ، چیو و شورفن گاو[3]، ۲۰۱۲؛ هینشاو و زوپان و سیمل و نیگ[4]، ۱۹۹۷؛ کاراحمدی و همکاران، ۱۳۸۶؛ صادقخانی، ۱۳۹۱؛ مداحی و همکاران، ۱۳۹۰؛ بیرامی و آسایش، ۱۳۸۸؛ خدام و

1. Edwards, N. A; Sullivan, J; Meany-Walen, K; & Kantor, R.K
2. Hauth-Charlier, S; & Clement, C
3. Chang, L.R; Chiu, Y.N; Wu, Y.Y; & Shur-Fen Gau, S
4. Hinshaw, S.P; Zupan, B.A; Simmel, C; Nigg, J.T; & Melnick, S

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]
[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

همکاران، ۱۳۸۸؛ رحمانی و همکاران، ۱۳۸۶ است.

والدین کودکان مبتلابه بیش‌فعالی به مهارت‌های والدینی و مدیریتی اختصاصی‌تری احتیاج دارند. درواقع آموزش روش‌های مدیریت رفتاری در کاهش علائم اثرگذار است (حاجبی، حکیم شوشتری، خواجه الدین، ۱۳۸۴؛ امیری، ۱۳۹۴). درواقع اگر والدین در زمینه‌ی بیش‌فعالی شناخت داشته باشند و آموزش‌هایی در مورد علل، خصیصه‌ها و همچنین فنون مدیریت رفتار کودکان ببینند باعث کاهش پرخاشگری در کودکان و کاهش تنش (زرگری نژاد و یکه یزدان دوست، ۱۳۸۶) و استرس و ارتقای شیوه‌های فرزند پروری در والدین می‌شود (تریسی، تریپ و برد، ۲۰۰۵). در مقابل تعامل پایینی والدین با فرزند، نداشتن قوانین باثباتی و طرد فرزندشان با شدت یافتن نشانه‌های اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی مرتبط است (چانگ، چیو و شورفن گاو، ۲۰۱۲). در رابطه با تبیین مضامین آرام‌سازی کودک و ارتباط لمسی می‌توان گفت همان‌طور که نظریه دلبستگی می‌گوید نزدیکی بین مادر و کودک شالوده ارتباط اجتماعی وی را در زندگی آینده می‌سازد و اگر این نزدیکی شکل نگیرد در زندگی آینده کودک مشکلات زیادی به وجود می‌آید. تعامل والد ـ کودک مثبت منجر به کاهش وابستگی بین مادر و کودک شده است.

در زمینه‌ی پروتکل طراحی‌شده متخصصان پیش‌ازاین دریافته بودند که مراحل تغییر پروچاسکا و نورکراس (ترجمه آوادیس یانس، ۱۳۹۹) در موردتردید بیماران بزرگسال دارای اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی به شروع درمان، در مورد مفهوم‌سازی و مداخله در نگرش‌ها نسبت به تشخیص و درمان اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی (پروچاسکا، دیکلمنت و نورکراس، ۱۹۹۲؛ پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۰۱) بسیار سودمند است؛ لذا به نظر می‌رسد این شیوه برای خانواده‌های دارای کودک دچار نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی که باتوجه‌به شرایط حاد و مزمن خود ممکن است در مورد شروع درمان تردید داشته باشند، نیز از کارایی لازم برخوردار باشد.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

رابطه والد ـ کودک از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رشد روانی اجتماعی هر کودکی محسوب می‌شود (خدابخشی کولایی، شاهی، نویدیان و مصلی‌نژاد، ۲۰۱۵). تعامل والد ـ کودک یک پدیده پیچیده و چندبعدی است و در اثر تعامل عوامل کلیدی متعددی از قبیل نگرش و میزان پذیرش والدین، نحوه مدیریت و کنترل رفتار، حس شایستگی اجتماعی و خویشتن‌داری، میزان دانش و مهارت والدگری، اعتمادبه‌نفس و خوش‌فکری والدین در تربیت کودک و ایجاد محیطی با حداقل تعارض، کیفیت روابط والد ـ کودک و مراقبت عاطفی مادر از کودک، شکل می‌گیرد (تجریشی، عاشوری، افروز، ارجمندیان و غباری بناب، ۱۳۹۴). در تبیین نتایج پژوهش می‌توان اشاره کرد محتوای این جلسات به‌گونه‌ای است که هم والدین در کنار مربیان احساس توانایی، درک و پذیرفته شدن می‌کنند و هم آموزش پذیرش و همدلی والدین با کودک را افزایش می‌دهد. در این روش به والدین آموزش داده می‌شود تا در طول مدت تعامل با کودک، رابطه خود را با وی تقویت نمایند. در جریان این ارتباط، کودکان از اسباب‌بازی استفاده می‌کنند تا تجربیات جدید را کشف کنند و آنچه را در موردش فکر و احساس می‌کنند، بیان نمایند. پاسخ همدلانه و عاطفی والدین به احساسات و هیجان‌های کودک، سبب تقویت حرمت خود در او می‌شود و به او کمک می‌کند تا با تقویت خودمهارگری، مسئولیت اعمال خود را بپذیرد. از طرف دیگر، کودک در زمان بازی، مرکز توجه والدین است و والد ارتباط مطلوب و پذیرایی را برای کودک فراهم می‌کند تا او بااحساس آرامش، به ابراز خشم، تنهایی، شکست‌ها، ترس‌ها و آرزوهای خود از طریق بازی اقدام کند. در زمان بازی کردن کودک، معمولاً والدین پیرو دستورات کودک خواهند بود و مواردی از قبیل توبیخ، تنبیه، تحقیر، ارزیابی و قضاوت وجود ندارد. با عنایت به وجود مشکلات متعددی که اغلب والدین درزمینهٔ تعامل مثبت با فرزندان دارای اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی خوددارند، ارتباط همدلانه، شیوه‌ای مناسب در جهت بازسازی رابطه والدین با کودکان است که به

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

رفع نیازها و تعارضات آنها کمک می‌کند. همچنین، شکل‌گیری ارتباط مثبت بین کودک و والد باعث کاهش احساسات منفی و نگرانی‌های مرتبط با فرزند پروری والدین خواهد شد که درنهایت میزان آگاهی و دانش والدین در مورد نحوه تعامل با کودک را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، بر اساس نظریه بوم‌شناسی برونفنبرونر (۱۹۷۹، به نقل از محسنی، ۱۳۹۰) هرگونه خلل در اجرای بهینه نقش‌ها در محیط طبیعی و ناکارآمدی آن می‌تواند تأثیرات عمیقی بر زندگی همه افراد انسانی آن داشته باشد. طبق این نظریه، آموزش والدین و به‌ویژه مادر به‌عنوان اولین و نافذترین منبع تأثیرگذاری بر روند رشد کودک، می‌تواند از شکل‌گیری بسیاری از مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکان جلوگیری کند و یا از شدت آن بکاهد. ازاین‌رو، درروش ارتباط والد ـ کودک، از طریق یادگیری مهارت‌های ارتباطی و بازی به‌عنوان مؤثرترین تکنیک تعامل با کودک، به اصلاح و بهبود نحوه ارتباط مادر با کودک پرداخته می‌شود که می‌تواند بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان را کاهش دهد. لذا، ترمیم مشکلات کودکان توسط کسی که خود، درون چرخه نگرانی‌ها قرار دارد، می‌تواند به نحوی این سیکل معیوب را بشکند.

علاوه بر این، درروش ارتباط والد ـ کودک، پاسخ‌دهی انعکاسی که در آن هیجان‌ها و احساسات کودک با استفاده از کلام مادر، به خود کودک برگشت داده می‌شود، باعث افزایش خودآگاهی، شناخت هیجان‌های خود و تمرین نحوه مقابله با این هیجان‌ها می‌شود. خودآگاهی و پذیرش احساسات خود، می‌تواند علاوه بر کنترل رفتارهای مخربی همچون پرخاشگری و رفتارهای تکانشی، باعث توسعه احساس همدلی و ارزیابی رفتار خود از جنبه‌های مختلف شود. باتوجه‌به اینکه یکی از مشکلات کودکان تکانشی و بیش‌فعال، فقدان احساس همدلی و ارزیابی رفتار خود از دیدگاه دیگران است، بنابراین در جریان ارتباط مثبت، کودک یاد می‌گیرد که رفتار خود را از طریق انعکاس احساسات که توسط مادر به کودک ارائه می‌شود، ارزیابی و نقاط مثبت و منفی این رفتارها را بررسی

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

و نسبت به اصلاح آنها اقدام کند. بر اساس مطالبی که اشاره شد می‌توان انتظار داشت که آموزش روش ارتباط مثبت والد ـ کودک اثر معنی‌داری بر کاهش نشانگان اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی داشته باشد.

اولین محدودیت پژوهش حاضر مربوط به محدودیت در روایی بیرونی می‌باشد به‌طوری‌که جامعه پژوهش حاضر را والدین منطقه ۱ و ۳ تشکیل می‌دهد از طرف دیگر پژوهش‌های کیفی با محدودیت روایی بیرونی مواجه هستند پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از اختصاص دادن فضایی جهت برگزاری گروه‌درمانی برای والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی در مدارس به‌منظور بهبود تعامل بین والد- کودک درزمینه هایی چون ایجاد فعالیت‌های مشترک و سرگرم‌کننده، یادگیری نحوه تشویق‌های کلامی و غیرکلامی کودکان و ساختن روابطی مبتنی بر صمیمیت و همچنین ترویج برنامه آموزشی مبنی بر عوامل کلیدی تعامل والد ـ کودک از قبیل نحوه‌ی مدیریت و کنترل رفتار، نگرش و میزان پذیرش والدین، میزان دانش و مهارت والدگری به مربی‌ها و والدین در مهدکودک‌ها، مراکز آموزشی و درمانی استفاده نمایند.

ملاحظات اخلاقی پژوهش: تمامی شرکت کنندگان برای شرکت در پژوهش رضایت شفاهی خود را اعلام نمودند و اطمینان الزم در مورد محرمانگی اطلاعات به آنها داده شده است.

سهم نویسندگان: نویسنده مسئول تمامی مراحل فرایند پژوهشی را به تنهایی مدیریت نموده و مسئول نگارش مقاله است.

حمایت مالی: این پژوهش بدون حمایت مالی انجام گرفت.

تعارض منافع: یافته‌های این پژوهش هیچ‌گونه تضادی با منافع شخصی یا سازمانی ندارد.

تشکر و قدردانی: به این وسیله از کلیه والدین کودکان بیش فعال شرکت‌کننده در این پژوهش نهایت قدردانی را داریم.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

منابع

امامی، س و محمدی، م. (۱۳۹۰). روش های نوین در تربیت کودکان و نوجوانان، تهران، نشر ارجمند.

بخشایش، ع، میرحسینی، ر. (۱۳۹۳). اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش علائم اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه ADHD و بهبود عملکرد تحصیلی کودکان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۲ (۶)، ۱۳-۱. ارجمند.

برجعلی، م، علی‌زاده، ح، احدی، ح، فرخی، ن، سهرابی، ف، محمدی، م. (۱۳۹۳). مقایسه تأثیر روش‌های آموزش دلگرم‌سازی، رفتاری و دارودرمانی بر مهارت‌های خودکنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی. مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۴ (۱۶)، ۱۵۳-۱۷۵

بیرامی، م و عبادی آسایش، م. (۱۳۸۸). مقایسه میزان اختلال نافرمانی مقابله‌ای فرزندان باتوجه‌به شیوه‌های فرزند پروری مادران. زن و مطالعات خانواده، ۱ (۴)، ۶۲-۴۹.

پروچاسکا، ج. ا و نورکراس. (۱۹۹۲). جان. سی. نظریه‌های روان‌درمانی، تحلیل فرانظری، ترجمه آوادیس یانس (۱۳۹۹)، تهران: رشد.

پورمحمدرضای‌تجریشی م، عاشوری م، افروز غ، ارجمندنیا ع، غباری‌بناب ب. اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت بر تعامل مادر با کودک کم‌توان ذهنی. مجله توانبخشی. ۱۳۹۴; ۱۶ (۲).

چراغ مولایی، ل، خسروی، ز و بنی جمالی، ش. (۱۳۹۲). بررسی نقش نظارت بر کاهش مشکلات رفتاری دختران ۱۲-۶ ساله مبتلابه بیش‌فعالی ـ نقص توجه: مقایسه خود نظارتی و نظارت مادر، فصلنامه خانواده پژوهی، ۲۹ (۷)، ۱۳-۱.

حاجبی، ا، حکیم شوشتری، م، خواجه والدین، ن. (۱۳۸۴). تأثیر آموزش مدیریت رفتاری به والدین کودکان پیش‌دبستانی مبتلابه اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه. روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۱ (۴)، ۴۴۰-۴۳۵.

خدابخشی کولایی آ، شاهی ، ن، مصلی‌نژاد ل (۲۰۱۵). اثربخشی آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت به مادران کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده‌ی کودک، مجله اصول بهداشت روانی، ۱۷ ۳

خدام، ح، مدانلو، م، ضیایی، ط و کشتکار، ع. (۱۳۸۸). اختلالات رفتاری و برخی عوامل مرتبط با آن در کودکان سن مدرسه شهر گرگان. پژوهش پرستاری ۴ (۱۴)، ۳۷-۲۹.

رحمانی، ف، سیدفاطمی، ن و برادران رضایی، م. (۱۳۸۶). ارتباط شیوه تربیتی والدین با میزان افسردگی، عزت‌نفس و شایستگی اجتماعی دانش‌آموزان نوجوان. مجله پرستاری و مامایی تبریز، شماره ۷، ۳۶-۲۷.

زرگری‌نژاد، غ، یکه‌یزدان‌دوست، ر. (۱۳۸۶). ثربخشی آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکانADHD (مطالعه تک موردی). مطالعات روان‌شناختی، ۳ (۲)، ۱۱۳-۱۲۱.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

صادق‌خانی، ا، علی اکبری دهکردی، م و کاکوجویباری، ع. (۱۳۹۱). مقایسه‌ی شیوه‌های فرزندپروری مادران دانش‌آموزان پسر ۷ تا ۹ سال دوره ابتدایی با اختلال لجبازی ـ نافرمانی و عادی در شهرستان ایلام. فصلنامه افراد استثنایی، ۶، ۱۱۴-۹۵.

طهماسبی، ع، خسروپور، ف. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد ـ کودک (CPRD) روی مهارت‌های اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان کودکان زیر ۱۲ سال مبتلابه اختلال نقص توجه، بیش‌فعالی. رویش روان‌شناسی، ۸ (۶)، ۱۲۱-۱۱۳.

عابدی شاپورآبادی، ث؛ پورمحمدرضای تجریشی، م؛ محمدخانی، پ و فرضی، م (۱۳۹۱). اثربخشی برنامه گروهی والدگری مثبت بر رابطه مادر - کودک در کودکان با اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه. مجله روان‌شناسی بالینی، ۴، (۳)، ۶۳-۷.

غریبی، ح، فتحی‌آذر، ا، ادیب، ی، حاتمی، ج و قلی‌زاده، ز. (۱۳۹۰). پدیدارشناسی تجارب مادران در زندگی با کودکان ADHD. تحقیقات خانواده، ۷ (۱)، ۲۲-۵.

قربانی عشین، ی، طالبی، غ، جهاندار، ب، ربانی‌زاده، م. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی‌درمانی بر کلاهش علائم اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه کودکان دبستانی. توسعه‌ی آموزش جندی‌شاپور، ۷، ۵۸-۵۳.

کاراحمدی، م، طباطباییان، ر و افخمی عقدا، م. (۱۳۸۶). مقایسه‌ی الگوهای تعامل والدین در کودکان مبتلابه اختلال کمبود توجه ـ بیش‌فعالی با گروه کنترل. مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۵ (۱)، ۴۴-۴۸.

کردلو م، اسماعیلی ز، آزادی ا. (۱۳۹۲). بیش‌فعالی: راهکارهای مطلوب در تعامل با کودکان بیش‌فعال. تعلیم و تربیت استثنایی. ۴ (۱۷): ۳۸-۴۸.

محسنی، ن. (۱۳۹۰). نظریه‌ها در روان‌شناسی رشد: شناخت، شناخت اجتماعی و شناخت عواطف، تهران: انتشارات پردیس.

محمد اسماعیل، ا. (۱۳۸۳). بازی‌درمانی، نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردهای بالینی، تهران: دانژه.

محمدی‌پور، م و مزارعی ستوده، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله دلبستگی محور بر بهبود رابطه والد ـ کودک و کاهش نشانه‌های اضطراب جدایی در کودکان ۷ تا ۱۰ ساله. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۲ (۴۶): ۲۴۲-۲۲۳.

مداحی، مح، لیاقت، ر، صمدزاده، م و مرادی، ا. (۱۳۹۰). بررسی تعامل رفتار سازشی و شیوه فرزند پروری. فصلنامه سلامت و روان‌شناسی، ۱ (۱)، ۶۲-۴۳.

ویسانی، م، شهمی ییلاق، م، عالی‌پور، س و مهرابی‌زاده هنرمند، م. (۱۳۹۴). اثربخشی روش ارتباط کودک ـ والد بر شدت نشانگان اختلال کاستی توجه ـ بیش‌فعالی. روان‌شناسی خانواده، ۲ (۱)، ۳۸-۲۹.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub

Balseviciene, B., Sinkariova, L., & Andrusaityte, S. (2014). Do green spaces matter? The associations between parenting stress, child mental health problems and green spaces. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 140, 511-516.

Barkley, R. A. (1997). ADHD and the nature of self-control. New York: The Guilford Press.

Biederman, J., Petty, C.R., Fried, R., Doyle, A.E., Spencer, T., Seidman, L.J., & Faraone, S.V. (2007). Stability of executive function deficits into young adult years: a prospective longitudinal follow-up study of grown up males with ADHD. Acta Psychiatrica Scandinavica, 116, 129–136.

Bodenmann, G., Cina, A., Ledermann, T., Sanders, M.R., The efficacy of the triple p-positive parenting program in improving parenting and child behavior: A comparison with two other treatment conditions. Behav Res Ther 2008; 46 (4): 411-27.

Chang, L.R., Chiu, Y.N., Wu, Y.Y., Shur-Fen Gau, S. (2012). Father's parenting and father–child relationship among children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. Comprehensive Psychiatry, 22, 326–334.

Choate, M. L. Pincus, D. B. Eyberg, S. M. & Barlow, D. H. (2005). Parent-child interaction therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study. Cognitive and Behavioral Practice, 12 (1), 126-135.

Clarke, A.T. Marshall, S.A. Mautone, J.A. Soffer, S.L. Jones, H.A. Costigan, T.E. Patterson, A. et al. (2015). Parent attendance and homework adherence predict response to a family–school intervention for children with ADHD. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 43 (5), 721–727.

Daley, D., Van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S. et al. (2014). European ADHD Guidelines Group. Behavioral interventions in attention deficit/ hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry; 53 (8), 47- 835.

Damodaran, K.D. (2013). Parent child interaction therapy: child well- being through an effective parenting intervention, The journal of positive psychology, 3, 1-12.

Danfort, J.A., Anderson, L.P., Barkley, R.A. (2006). Observation of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. Clin Psychol Rev; 11 (6): 703-27.

DeLoatche, K.J. (2015). Parent-Child Interaction Therapy as a Treatment for ADHD in Early Childhood: A Multiple Baseline Single-Case Design. University of South Florida.

Ditzen, B.. Schmidt, S., Strauss, B., Nater, U.M. Ehlert, U., & Heinrichs, M. (2008). Adult attachment and social support interact to reduce psychological but not cortisol responses to stress. Journal of psychosomatic research, 64 (5), 479-486.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

Edwards, N. A. Sullivan, J. Meany-Walen, K. & Kantor, R. K. (2010). Child-parent relationship training: Parents perceptions of process and content. International Journal of Play Therapy, 19, 159-173.

Eling, P. Derckx, K. & Maes, R. (2008). On The historical and conceptual background of the Wisconsin car sorting test. Journal of Brain and Cognition, 67 (3), 247-253.

Fabiano, G.A. Chacko, A. Pelham, J.R.W.E, Robb, J. Walker, K.S. Wymbs, F. et al. (2009). A comparison of behavioral parent training programs for fathers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Behavior Therapy, 40 (2), 190- 204.

Forgatch, M.S. Kjøbli, J. (2016). Parent management training-Oregon model: Adapting intervention with rigorous research. Family process, 55 (3), 13-500.

Gadow,K.D., Sprafkin, J. (1997). Quick guide to using the yoth's inventory -4 screening kit. Stony Brook, NY: Checkmate plus.

Geurts, H. M., Verte, S., Oosterlaan, J., Roeyers, H., & Sergeant, J. A. (2005). ADHD Subtypes: do they differ in their executive functioning profile? Journal of Clinical Neuropsychology, 20 (4), 457-477.

Hauth-Charlier, S., & Clement, C. (2009). Behavioral parent training programs for parents of children with ADHD: Practical considerations and clinical implications. Pratiques Psychologiques, 15 (4), 457-472.

Hinshaw, S.P., Zupan, B.A., Simmel, C., Nigg, J.T., & Melnick, S. (1997). Peer status in boys with and without attention-deficit hyperactivity disorder: Predictions from overt and covert antisocial behavior, social isolation, and authoritative parenting beliefs. Child Development, 68, 880–896.

Johnston, C., Mash, E. J., Miller, N., & Ninowski, J. E. (2012). Parenting in adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Clinical Psychology Review, 32 (4), 215-28.

Johnson, G., Kent, G., & Leather, J. (2005). Strengthening the parent–child relationship: a review of family interventions and their use in medical settings. Child: Care, health and development, 113, 25.23

LaForett, D.R., Murray, D.W., & Kollins, S.H. (2008). Psychosocial treatments for preschool-aged children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Developmental Disabilities Research Reviews, 14 (4), 300-310.

Landreth, GL. (2002). Play Therapy: The art of the relationship, 2nded. New York: Routledge.

Langberg, J.M., Dvorsky, M., Evans, S.W. (2013). What specific facets of executive function are associated with the academic functioning in youth with attention-deficit/hyperactivity disorder? Journal of Abnormal Child Psychology, 41 (7), 1145–1159.

Lederer, A. (2008). Taming the wild child: From living Hell to living well. Aaron Lederer

Martel, M., Nikolas M., & Nigg, J.T. (2007). Executive Function in Adolescents with ADHD. Journal of the American Academ 46 (11), 1437-1444.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

McBurnett, K., & Pfiffner, L. (Eds.) (2008). Attention deficit hyperactivity disorder: Concepts, controversies, new directions. CRC Press.506

Pelham, W.E., Foster, E.M., Robb, J.A. (2007). The economic impact of attention deficit/ hyperactivity disorder in children and adolescents. J Pediatr Psychol; 7 (2): 711-27.

Pelham, W.E., Wheeler, T., Chronis, A. (1992). Empirically supported psychological treatment for ADHD. J Clin Child Psychol; 27 (1): 190-205.

Prochaska, J.O., Reddind, C.A., Ever, K.E. (2008). The transtheoretical model and stage of change. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, Editors. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. New Jersey, NJ: John Wiley & Sons;. p. 40.

Rabinovitch, A. (2014). Parenting Practices and Parenting Stress in African American Families of Children with and WithoutADHD. Unpublished master's thesis, Virginia Commonwealth Uni-versity, Richmond, Virginia.

Ramsay, J.R., & Rostain, A.L. (2014). Cognitive behavioral therapy for adult ADHD: An integrative psychosocial and medical approach. Routledge.

Ray, D. (2004). Supervision of basic and advanced skills in play therapy. Journal of Professional Counseling, Practice, Theory, & Research, 32 (2), 28.

Runcan, P.L. (2012). The time factor: does it influence the parent-child relationship?! Procedia-social and behavioral sciences, 33, 11.41

Sanders, M.R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the triple p- positive parenting program. Annual review of clinical psychology, 8, 345-379.

Sheperis, C., Sheperis, D., Monceaux, A., Davis, J.R., & Lopez. B. (2015). Parent-child interaction therapy for children with special needs. The professional counselor, 2, 248-260.

Sonuga-Barke, E., J. Sergeant, J.A., Nigg, J., & Willcutt, E. (2008). Executive dysfunction and delay aversion in attention deficit hyperactivity disorder: nosologic and diagnostic implications. Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 17 (2), 367-384.

Spielfogel, J.E., Leathers, S.J., Christian, E., & McMeel, L.S. (2011). Parent management training, relationships with agency staff, and child mental health: Urban foster parents' perspectives. Children and youth services review, 33 (11), 2366-2374.

Stulmaker, H.L. Ray, D.C. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. Children and Youth Services Review, 57 (4), 27-33.

Thomas, R., Abell, B.,Webb, H.J., Avdagic, E., & Zimmer-Gembeck, M.J. (2017). Parent-child interaction therapy: A meta-analysis Pediatrics; 140 (3), 34-47.

Tully, E.C., Iacono, W.G., & McGue, M. (2008). An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders. American Journal of Psychiatry, 165 (9), 1148-1154.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]

van den Hoofdakker, B.J., Nauta, M.H., Dijck- Brouwer, D.A. van der Veen-Mulders, L., Sytema. S. ,Emmelkamp, P.M. et al. (2012). Dopamine transporter gene moderates response to behavioral parent training in children with ADHD: a pilot study. Developmental Psychology, 48 (2), 567.

Zisser-Nathenson, A.R. Herschell, A.D. Eyberg, S.M. (2017). Parent-child interaction therapy and the treatment of disruptive behavior disorders. Evidence-based psychotherapies for children and Adolescents, 11 (2), 10-21.

© 2021 Iran Counseling Association, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0 license) (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12538]