

The Effectiveness of Parent-Child Interaction Program Training on Aggression in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Kiumars Farahbakhsh 

Associate Professor, Department of Counseling, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

Asiyeh Shariatmadar 

Professor of Counseling Department, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

Hossein Salimi 

Associate Professor, Department of Counseling, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

Niloufar Tahghighi Ahmadi 

Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran.

Abstract

The main purpose of this research was to evaluate the effectiveness of parent-child interaction program training on aggression in children with attention deficit hyperactivity disorder. The experimental design of pretest-posttest control group design was used as the method. The respondents of the survey were chosen from the parents of the children who had attention deficit hyperactivity disorder and referred to counseling centers in districts 1 and 3 of Tehran for counseling. The sampling method was purposeful and available. First, a call was sent to these parents, and after announcing the desire of the volunteers, the parents were randomly assigned to the experimental and control groups. In the experimental group, parents were trained in a positive parent-child interaction program. To assess aggression before and after the intervention, the pediatric symptom questionnaire - CSI-

* Corresponding Author: Niloofar.tahghighi@gmail.com

How to Cite: Farahbakhsh, K., Shariatmadar, A., Salimi, H., Tahghighi Ahmadi, N. (2021). The Effectiveness of Parent-Child Interaction Program Training on Aggression in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Journal of Psychology of Exceptional Individuals*, 11(43), 63-86.


4 by Gado and Sprafkin was used. The results showed that the parent-child positive interaction training program for parents of children with attention deficit hyperactivity disorder has a significant effect on reducing children's aggression. According to the results, a positive parent-child interaction program can be taught to the parents of these children in order to control and prevent aggression as one of the consequences of attention deficit hyperactivity disorder and empowering their parents to interact effectively with children.

Keywords: Positive Parent-Child Interaction, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Aggression.




اثربخشی آموزش برنامه تعامل مثبت والد-کودک به والدین کودک دارای اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی بر کاهش پرخاشگری


دکتری مشاوره، استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

کیومرث فرحبخش 


دکتری مشاوره، استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

آسیه شریعتمدار 

دکتری مشاوره، استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

حسین سلیمی بیجستانی 

دانشجو دکتری مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

نیلوفر تحقیقی احمدی  *

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی آموزش برنامه تعامل مثبت والد-کودک بر پرخاشگری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی انجام شد. در پژوهش حاضر، از روش نیمه آزمایشی (طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل) استفاده شد. جامعه پژوهش، والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی بودند که در سال ۱۳۹۸، به مراکز مشاوره مناطق ۱ و ۳ شهر تهران مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری هدفمند بود و آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. در گروه آزمایشی، والدین تحت آموزش برنامه تعامل مثبت والد-کودک قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه علائم مرضی کودکان-CSI-4 (گادو و اسپرافکین، ۱۹۹۴) پرسشنامه پرخاشگری کودکان (واحدی و همکاران، ۱۳۸۷) و پرسشنامه والد-کودک (بیانتا، ۱۹۹۴) بود. داده‌های حاصل از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس با استفاده از برنامه SPSS نسخه ۲۲ نشان داد که برنامه آموزش تعامل مثبت والد-

کودک اثر معنی داری بر کاهش پرخاشگری کودکان مبتلابه اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی دارد ($P < 0/05$). با توجه به نتایج می توان جهت کنترل و پیش گیری از پرخاشگری به عنوان یکی از پیامدهای اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی کودکان و توانمندسازی والدینشان در تعامل مؤثر با فرزندان، برنامه آموزشی تعامل مثبت والد-کودک را به والدین این کودکان آموزش داد.

کلیدواژه‌ها: تعامل مثبت والد-کودک، اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی، پرخاشگری.



مقدمه

اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی^۱ 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 طرد شده یا دچار رفتارهای ضداجتماعی در مدرسه می‌گردند و حتی پس‌از آن با مشکلات زیادی مواجه می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳؛ سونوگا، سرگینت، نینگ و ویلکات^۳، ۲۰۰۸).

اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی علاوه بر این که تأثیر جدی بر کودک و ارتباط وی با همسالان دارد، بر روابط خانوادگی نیز تأثیر می‌گذارد (کوگیل و همکاران^۴، ۲۰۰۸). به باور دوح^۵ (۲۰۱۲) طی چند دهه گذشته، یکی از گسترده‌ترین موضوعات مطالعاتی در رشد کودک و از دلایل مهم ارجاع خانواده‌ها و مربیان مهدهای کودک به مراکز مشاوره، پرخاشگری کودکان است. پرخاشگری در سال‌های پیش‌دبستانی بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد و می‌توان آن را رفتاری تعریف کرد که باعث آسیب به دیگران می‌شود (رجب پور، مکوندحسینی، رفیعی نیا، ۱۳۹۱).

تحقیقات نشان می‌دهد که پرخاشگری یکی از ویژگی‌های مهم مرتبط با بیش‌فعالی است و در درک تأثیر اختلال و درمان آن ضروری است (رتز و رززر^۶، ۲۰۰۹). علت پرخاشگری در بیش‌فعالی به‌وضوح مشخص نشده است. با این حال، پرخاشگری را می‌توان نتیجه تعامل عوامل ژنتیکی و محیطی دانست (هادزیاک و همکاران^۷، ۲۰۱۰). نگرش والدین به‌ویژه در اختلالات روان‌پزشکی از جمله پرخاشگری و بیش‌فعالی بسیار مهم است. با این حال، در ادبیات در مورد ماهیت رابطه بین نگرش منفی والدین و اختلالات

1 Attention-deficit hyperactivity disorder-ADHD

2. American Psychiatric Association

3 Sonuga, Sergeant, Nigg & Willcutt

4 Coghil

5 Doh

6. Retz, Rözler

7. Hudziak et al.

روان‌پزشکی که بر پرخاشگری کودکان تأثیر می‌گذارد، شکاف وجود دارد. بحث در مورد این که آیا پرخاشگری کودکان ناشی از عدم علاقه والدین و / یا نگرش خصمانه و انتقادی آن‌ها نسبت به فرزندان است، یا این که والدین علت مشکلات رفتاری کودکان هستند، حل نشده است (امیری، ۱۳۹۴). هم‌چنین احساسات منفی مادران نسبت به کودکان مبتلا به بیش‌فعالی (مثلاً سردی عاطفی و خصومت / انتقاد) بیشتر از احساساتی که نسبت به کودکان عادی ابراز می‌شود آسیب‌زا است. در این حالت، علاوه بر تأثیر واکنش منفی والدین بر مشکلات رفتاری در کودکان، توجه به تأثیر مشکلات رفتاری فرزندان بر نگرش والدین نیز مهم است (ارکان، سومار، امدو و توماپسون^۱، ۲۰۰۹). از نگاه دیگر، مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در مقایسه با مادران کودکان بهنجار، هنگام برقراری ارتباط با فرزند خود مشکلات بیشتری دارند (تولی، ایاکونو و مک گو^۲، ۲۰۰۸؛ دیتزن^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). والدین (به‌خصوص مادران) این کودکان معمولاً هنگام تعامل با کودک خود از روش‌های دستوری بیشتر استفاده می‌کنند، باورهای غیرواقع‌بینانه در مورد خود و فرزندشان داشته (کردلو، اسماعیلی و آزادی، ۱۳۹۲) و تعامل مثبت کمتری با فرزندان خود دارند (دلوآچ^۴، ۲۰۱۵).

مداخلات مختلفی برای کاهش مشکل پرخاشگری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی صورت گرفته است؛ مانند استفاده از هنر درمانی، نقاشی (نزادی کاشانی، میر زمانی، داور منش و صالحی، ۲۰۱۰)، موسیقی‌درمانی (حسینی و حسینی، ۲۰۱۸) آموزش هوش هیجانی (کیمیایی، رفتار و سلطانی فر، ۲۰۱۱)، آموزش مهارت‌های اجتماعی (کیم، دوح، هانگ و چوی^۵، ۲۰۱۱)، بازی‌درمانی متناسب با رشد کودک (لاندرت^۶، ۲۰۱۲) بازی‌درمانی عروسکی (آزادی منش، حسین خانزادی، حکیم جوادی و

1. Ercan, Somer, Amado & Thompson

4 Tully, Iacono, & McGue

5 Ditzen

4. DeLoatche

5. Kim, Doh, Hong & Choi

6. Landreth

وطن خواه، ۱۳۹۵) و طب سوزنی (فرخزادی و همکاران، ۱۳۹۷). از طرف دیگر پیشرفت علم و فناوری موجب ظهور درمان‌های متفاوت و غیر دارویی مانند نوروفیدبک (موناسترا^۱ و همکاران، ۱۹۹۹)، بازخورد زیستی^۲ شده است.

بهبود کیفیت تعامل والد-کودک روشی مبتنی بر شواهد است که برای کاهش رفتار مخرب کودک، از جمله پرخاشگری و بهبود مدیریت رفتار والدین (شپریس^۳ و همکاران، ۲۰۱۵) است و هدف اصلی از بهبود کیفیت تعامل والد کودک، کاهش مشکلات رفتاری کودک و افزایش رفتارهای موافق اجتماعی، بهبود مهارت‌های فرزند پروری از جمله نظم و انضباط قاطعانه و کاهش استرس و تنیدگی والدین (دامداران^۴، ۲۰۱۳)، تقویت رفتار مثبت، ایجاد محیط مثبت یادگیری، داشتن انتظارات واقع‌گرایانه و خود مراقبتی والدین (ساندرز^۵، ۲۰۱۲)، ارتباط، پذیرش، کنترل، استقلال، کنترل پرخاشگرانه و عدم دل‌بستگی پرخاشگرانه است (شپریس و همکاران، ۲۰۱۵).

رامسی و راستین^۶ (۲۰۱۴) نیز اظهار می‌دارند که با در نظر گرفتن ماهیت مزمن و فراگیر ADHD ثابت شده است که الگوی فرا نظری پروچاسکا و نورکراس^۷ برای هماهنگ شدن با نیازهای هر مراجع چارچوب مفیدی است. چراکه والدین دارای تعاملات منفی با کودک دارای نارسایی توجه-بیش‌فعالی خود، بیشتر، کودکان را مقصر می‌دانند و نسبت به واکنش‌ها و رفتارهای خود تأملی ندارند (آوادیس یانس، ۱۳۹۹).

این الگو نوعی الگوی جامع تغییر رفتار، برای مطالعه تعیین‌کننده‌های رفتار است و بر چگونگی تغییر رفتار تأکید دارد. این الگو بر این ایده استوار است که در حین تغییر رفتار، افراد از مراحل مختلفی می‌گذرند. لذا تغییر یک اتفاق نیست بلکه یک فرایند است و افراد

-
1. Monastra
 2. Biofeedback
 3. Sheperis
 4. Damodaran
 5. Sanders
 - 9 Rusmay, Rostain
 7. Prochaska, & Norcross

برای تغییر رفتار از مجموعه‌ای از مراحل عبور می‌کنند که شامل پنج مرحله پیش قصد، قصد، آمادگی، عمل، نگهداری است (پروچاسکا، ردین و ایور^۱، ۲۰۰۸).

با وجود این تاکنون پروتکلی بر این اساس جهت بهبود تعاملات والد-کودک طراحی نشده است. از طرف دیگر از آنجایی که 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 به تنهایی سخن راند، زیرا کودک در یک سیستم تعاملی رشد می‌یابد. لذا تعامل والد-کودک و عواملی که به بهبود و ارتقای این تعامل منجر می‌شود، از زمینه‌های مهم و موردعلاقه پژوهشگران است (اسپیل فوگ، لترز، کریستین و مک مل^۲، ۲۰۱۱). لاندرت^۳ (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 تجربیات افراد بهترین منبع اطلاعات برای بررسی موضوع موردنظر است. از سوی دیگر بررسی تجربه والدین در زندگی با کودکان ADHD با پژوهش‌های رایج کمی، قابل تبیین نیست، درحالی‌که پژوهش‌های کیفی، با توجه به ارتباط مستقیم با پدیده، برتری چشمگیری، در شناخت و تبیین عمیق پدیده‌ها دارند (غریبی، فتحی آذر، ادیب، حاتمی و قلی زاده، ۱۳۹۰). لذا برای تدوین جلسات آموزشی تعامل والد-کودک مثبت، از طریق مصاحبه با والدین دارای تعاملات مثبت به تدوین برنامه‌ی تلفیقی با مضامین الگوی فرا نظری مراحل تغییر پروچاسکا و نورکراس (۱۹۷۹) پرداخته شد (آوادیس یانس، ۱۳۹۹).

نهایتاً، پژوهش‌های مختلفی به مشکلات والدین دارای کودک اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی پرداخته‌اند؛ اما با بررسی‌های انجام‌شده داخلی، هیچ پژوهشی مستقیماً به تدوین و اعتباریابی الگوی آموزشی تعامل والد-کودک دارای اختلال نارسایی توجه-

-
1. Reddind, Ever
 2. Spielfogel, Leathers, Christian, McMeel
 3. Landreth

بیش‌فعالی مبتنی بر تجارب زیسته خانواده‌های دارای تعامل مثبت، بر اساس الگوی پروچاسکا و اثربخشی آن بر پرخاشگری کودک نپرداخته است. لذا هدف مطالعه حاضر اثربخشی آموزش برنامه تعامل مثبت والد-کودک بر کاهش پرخاشگری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی است.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح دوگروهی و گمارش تصادفی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. جامعه موردپژوهش شامل مادران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره مناطق ۱ و ۳ بهزیستی تهران در سال ۱۳۹۸ بود که دارای کودک با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی بوده‌اند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند صورت گرفت و مادرانی که دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی بودند مورد انتخاب قرار گرفتند. 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^۱، استفاده شد. درنهایت، با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج، افراد نمونه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل تشخیص اختلال بیش‌فعالی و پرخاشگری برای فرزند و تعامل مثبت با وی؛ و به‌علاوه، عدم ابتلا به اختلال روان‌پزشکی هم‌زمان و بیماری جسمانی شدید بود. معیار خروج نیز شامل شرایط حاد بیماری و ناتوانی در پاسخ به سؤالات مصاحبه و همچنین انصراف فرد از ادامه‌ی شرکت در پژوهش بوده است. بعد از انتخاب نمونه‌هایی که این معیارها را داشتند به صورت تصادفی به دو گروه ۱۰ نفر تقسیم شدند. یکی از این گروه‌ها به صورت تصادفی برنامه آموزشی تعامل مثبت والد-کودک را دریافت کنند. پس از پایان جلسات مجدداً پرسشنامه پرخاشگری اجرا و تفاوت پیش‌آزمون-پس‌آزمون در دو گروه باهم مقایسه شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4^۱: یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که به منظور غربال اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان سنین ۵ تا ۱۲ سال توسط گادو و اسپرافکین^۲ در سال ۱۹۹۷ ساخته و مورد اعتبار یابی قرار گرفته است و روایی و پایایی آن از طریق روایی محتوایی و آلفای کرونباخ (۰/۸۶) مطلوب گزارش شده است. این پرسشنامه دارای دو فرم والدین (۷۷ گویه) و معلم (۹۷ گویه) است که بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت به صورت 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 بیش‌فعالی - اختلال دقت، نوع فاقد تمرکز حواس، اختلال دقت بیش‌فعالی، نوع بیش‌فعالی بدون تأمل و اختلال دقت - بیش‌فعالی نوع مرکب استفاده شد. هر بخش شامل ۹ سؤال هست و به هر سؤال نمره‌ی صفر یا یک تعلق می‌گیرد. کمترین نمره ۱ و بالاترین نمره ۹ برای هر بخش از مقیاس است و طبق دستورالعمل چنانچه در بخش اول و دوم آزمودنی نمره بالاتر از ۶ 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 ۲ است و چنانچه آزمودنی نمره بالاتر از ۱۲ کسب کند دارای اختلال دقت - بیش‌فعالی نوع مرکب است. این پرسشنامه توسط محمد اسماعیل و علیپور (۱۳۸۱) به فارسی ترجمه شد و طی پژوهشی نشان دادند فرم والد از روایی سازه و پایایی مناسبی با ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۳) برای کودکان ایرانی برخوردار است. به طوری که همسانی درونی نمرات شدت سیاهه علائم مرضی کودک، حاکی از همبستگی بین گویه‌ها و ساختار زیر بنایی یکسان گونه‌های مقیاس بود. هم‌چنین روایی محتوایی توسط متخصصان مورد تأیید قرار گرفت. پایایی مقیاس نیز با روش باز آزمایی بافاصله دو هفته مناسب ارزیابی شد.

-
1. Children Symptom inventory-4
 2. Gado & Sperafkin

مقیاس رابطه والد-کودک^۱: این مقیاس توسط پینتا^۲ برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ ساخته شد و مورد اعتبار یابی با روش باز آزمایی و روایی محتوایی قرار گرفت. این پرسشنامه شامل ۳۳ ماده با خرده مقیاس‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی (مجموع تمام حوزه‌ها) است که به صورت خود گزارشی، ادراک والدین را در مورد رابطه خود با کودکان 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 برمی‌گیرد. این پرسشنامه توسط ابارشی (۱۳۸۸) ترجمه شد. شیوه نمره‌گذاری برحسب پاسخ‌های ۵ تا ۱ انجام می‌پذیرد (ابارشی، ۱۳۸۸). نمره‌ی بالا در هر یک از خرده مقیاس‌ها نشان‌گر وجود بیشتر مؤلفه‌های یادشده و رابطه مثبت 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 تأیید 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.

پرسشنامه پرخاشگری کودکان^۳: این پرسشنامه ۴۳ گوی‌های باهدف سنجش میزان پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی توسط واحدی و همکاران در سال (۱۳۸۷) با بهره‌گیری از پرسشنامه پرخاشگری کودکان دبستان شهیم، پرسشنامه پرخاشگری اهواز و ملاک‌های تشخیصی DSM-۵ طراحی شده است. چهار بعد این پرسشنامه پرخاشگری کلامی-تهاجمی (پرسش‌های ۱-۱۴)، پرخاشگری فیزیکی-تهاجمی (پرسش‌های ۱۵-۲۷)، پرخاشگری رابطه‌ای (پرسش‌های ۲۸-۶۳) و خشم تکانشی (پرسش‌های ۲۴-۳۷) را در برمی‌گیرد. شیوه نمره دهی آن بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای از صفر تا ۴ بوده که صفر به معنای اصلاً، ۱ به ندرت، ۲ یک‌بار در ماه، ۳ یک‌بار در هفته و ۴ اغلب روزها است.

1. Parent-child relationship scale

2. Pianta

3. child aggression questionnaire

نمره این مقیاس از ۰ تا ۱۶۸ است و نمره بالا نشان‌دهنده میزان بالای پرخاشگری کودکان است. در پژوهش واحدی و همکاران (۱۳۸۷) روایی و پایایی این پرسشنامه مورد آزمایش قرار گرفته است. برای بررسی روایی سازه از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد و بعد از چرخش واریماکس، چهار عامل پرخاشگری کلامی - تهاجمی، پرخاشگری فیزیکی - تهاجمی، پرخاشگری رابطه‌ای و خشم تکانشی را فراهم کرد که معرف روایی سازه مقیاس است. میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۸ به دست آمده که حاکی از پایایی خوب پرسشنامه است. در خرده مقیاس‌های چهارگانه نیز پرخاشگری کلامی - تهاجمی، پرخاشگری فیزیکی - تهاجمی، پرخاشگری رابطه‌ای و خشم تکانشی به ترتیب پایایی ۹۳، ۹۲، ۹۴ و ۸۸ درصد به دست آمده است.

تدوین الگو و طرح پژوهش:

برای تدوین الگو، پس از تحلیل و طبقه‌بندی داده‌های مصاحبه برای طراحی الگوی اولیه تعامل مثبت والد-کودک از روش تلفیق مضمونی استفاده شد که در آن مضامین مصاحبه‌ها با مفاهیم مراحل تغییر پروچاسکا و نورکراس (۱۹۷۹) تطبیق داده شد (نقل از شریعتمدار، ۱۳۹۷). اعتبار یابی الگو از طریق متخصصان و بر اساس بررسی روایی محتوایی جهت بررسی ضرورت محتوای هر جلسه انجام شد. به این صورت که الگوی تدوین شده با ۳ نفر از متخصصان مطرح شد تا در مورد آن نظرشان را بیان کنند. این مداخله طی ۱۱ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی تعامل والد- فرزند (پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۷۹)

اهداف	فعالیت‌هایی که آموزش داده شد	مراحل و جلسات
<ul style="list-style-type: none"> کسب تأمل بر وضعیت فعلی ارتباط والدین با کودک القای امید به تغییر رابطه والدین با کودک تقویت بیان احساسات کودک (هیجانات مثبت و منفی) 	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی، اعتمادسازی، بیان اهمیت دوران کودکی بیان تفاوت‌های فردی و کشف آن از سوی والد در کودک خودش	مرحله پیش تأمل جلسه اول: برقراری رابطه مناسب با مادران جلسه دوم: ارتباط مثبت با کودک

مراحل و جلسات	اهداف	فعالیت‌هایی که آموزش داده شد
مرحله تأمل: جلسه سوم: آگاهی دادن به والدین در خصوص جنبه‌های مثبت تغییر در فرزندان	<ul style="list-style-type: none"> • تأمل والدین بر پیامدهای منفی وضعیت موجود فرزندان • شناسایی و ارائه بازخورد در خصوص وضعیت حال 	بیان افکار و احساسات والدین و همشیران نسبت به کودک
مرحله آمادگی: جلسه چهارم: آموزش کلیات برنامه به والدین جلسه پنجم: شروع برنامه آموزشی	<ul style="list-style-type: none"> • شفاف‌سازی برنامه آموزشی برای والدین و رفع ابهامات • آماده‌سازی والدین برای شروع برنامه آموزشی تعامل والد کودکانش پیش‌فعال 	مشاهده و بررسی الگوهای رفتاری والدین در خانواده‌های دارای تعامل منفی والد-کودک آموزش برنامه تعامل والد کودک مبتنی بر تجارب زیسته خانواده‌های دارای تعامل مثبت
مرحله برنامه‌ریزی: جلسه ششم: هدف‌گذاری واقع‌گرایانه	<ul style="list-style-type: none"> • تدوین اهداف روشن و شفاف در خصوص نتایج برنامه آموزشی 	بارش مغزی والدین در خصوص اجزای برنامه عملیاتی، اعمال نظرات مثبت و سازنده والدین در خصوص تغییر در اهداف
مرحله پنجم: اقدام جلسه هفتم: آماده کردن والدین برای اجرای طرح	<ul style="list-style-type: none"> • شروع برنامه آموزشی الگوی آموزشی تعامل والد کودکانش پیش‌فعال 	آموزش و اجرای روش فاصله‌گیری از موقعیت در مواقع پرتنش به والدین آموزش و اجرای روش جلب‌توجه فرزند با موضوعات موردعلاقه‌اش
مرحله ششم: نگهداشت جلسه هشتم: کنترل محرک‌ها جلسه نهم: تقویت رفتار مثبت	<ul style="list-style-type: none"> • کنترل محرک‌ها برای جلوگیری از حواس‌پرتی کودکان و والدین در طی فرایند برنامه • تشویق کودکان و والدین و اطمینان دادن به آن‌ها از اثربخشی برنامه در طی اجرای برنامه 	تقویت رابطه والد-کودک (اختصاص وقت باکیفیت، اعتماد و امنیت، محبت غیر مشروط، تفکیک رفتار از شخصیت)، مهارت‌های مشاهده و نظارت، مهارت تشویق، مدیریت رفتار نامطلوب
مرحله هفتم: پایان جلسه دهم: ارزیابی گام یازدهم: بازخورد	<ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی و بازخورد 	مرور جلسات، خلاصه کردن آموخته‌ها، بیان مهم‌ترین تجارب اعضا، بیان احساسات و اجرای پس‌آزمون (اجرای پرسشنامه پرخاشگری)

در این پژوهش، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی (میانگین) و شاخص‌های پراکندگی (انحراف استاندارد) و در سطح استنباطی پس از بررسی مفروضه‌های آمار پارامتریک از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس (ANCOVA) با استفاده از نرم‌افزار SPSS صورت گرفت.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون پس‌آزمون متغیر پرخاشگری دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپرو ویلکز برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به این جدول نتایج آزمون شاپرو-ویلکز برای تمامی متغیرها معنی‌دار نیست. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار	شاپرو-ویلکز	P
پرخاشگری کلامی-تهاجمی	پیش‌آزمون	گواه	۳۴/۵۰	۶/۳۹۹	۰/۹۰۶	۰/۲۵۶
		آزمایش	۳۳/۱۰	۵/۹۱۵	۰/۹۳۵	۰/۵۰۱
	پس‌آزمون	گواه	۳۲/۶۰	۷/۴۷۱	۰/۹۶۵	۰/۸۳۷
		آزمایش	۲۵/۲۰	۵/۸۶۵	۰/۹۵۹	۰/۷۷۹
پرخاشگری فیزیکی-تهاجمی	پیش‌آزمون	گواه	۲۹/۵۰	۷/۱۰۶	۰/۹۶۹	۰/۸۷۷
		آزمایش	۲۸/۴۰	۶/۲۰۴	۰/۹۶۱	۰/۷۹۴
	پس‌آزمون	گواه	۲۸/۸۰	۵/۷۳۱	۰/۹۳۷	۰/۵۱۹
		آزمایش	۲۲/۵۰	۷/۶۶۳	۰/۸۸۹	۰/۱۶۷
پرخاشگری رابطه‌ای	پیش‌آزمون	گواه	۱۹/۹۰	۴/۴۰۸	۰/۹۰۷	۰/۲۶۱
		آزمایش	۲۰/۴۰	۵/۱۹۰	۰/۹۶۸	۰/۸۷۶
	پس‌آزمون	گواه	۲۰/۳۰	۵/۰۵۶	۰/۸۸۷	۰/۱۵۷
		آزمایش	۱۵/۱۰	۵/۷۰۵	۰/۸۶۸	۰/۰۹۴
خشم تکانشی	پیش‌آزمون	گواه	۱۴/۹۰	۴/۶۵۴	۰/۸۷۲	۰/۱۰۵
		آزمایش	۱۴/۲۰	۳/۲۹۳	۰/۹۳۳	۰/۴۷۸
	پس‌آزمون	گواه	۱۳/۸۲	۵/۳۶۴	۰/۹۱۸	۰/۳۴۴
		آزمایش	۹/۸۰	۳/۰۴۸	۰/۸۹۱	۰/۱۷۳

به منظور بررسی اثربخشی آموزش برنامه تعامل مثبت والد-کودک به والدین کودک دارای اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی بر کاهش پرخاشگری، از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات در گروه آزمایش و گواه، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F_{8,18}=1/222$, $P>0/05$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس پرخاشگری کلامی-تهاجمی ($F_{1,18}=0/893$, $p>0/05$)، پرخاشگری فیزیکی-تهاجمی ($p>0/05$)، پرخاشگری رابطه‌ای ($F_{1,18}=0/491$, $p>0/05$) و خشم تکانشی ($F_{1,18}=0/141$, $p>0/05$) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($F=1/986$, $p>0/05$)، $\text{Box M}=13/060$. نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین متغیرها نشان داد که رابطه بین این مؤلفه‌ها معنی‌دار است ($p<0/01$ ، $df=9$ ، $\chi^2=36/720$). پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در مؤلفه‌های پرخاشگری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/01$)، $\text{Wilks Lambda}=0/249$ ، $F_{4,11}=8/309$. برای بررسی اینکه گروه آزمایش و گواه در کدام یک از ابعاد پرخاشگری با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری تفاوت گروه آزمایش و گواه در ابعاد پرخاشگری

متغیر	منبع	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	F	P	اندازه اثر
پرخاشگری کلامی-تهاجمی	آزمایش	۲۵/۲۹۴	۶/۸۱۲	۱/۸۱۴	۶/۹۲۴	۰/۰۲۰	۰/۳۳۱
	گواه	۳۲/۳۰۶					
پرخاشگری فیزیکی-تهاجمی	آزمایش	۲۲/۸۹۷	۵/۵۰۶	۱/۵۳۷	۶/۳۰۰	۰/۰۲۵	۰/۳۱۰
	گواه	۲۸/۴۰۳					

متغیر	منبع	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	F	P	اندازه اثر
پرخاشگری رابطه‌ای	آزمایش	۱۴/۸۸۳	۵/۶۳۴	۱/۶۵۴	۵/۶۹۷	۰/۰۳۲	۰/۲۸۹
	گواه	۲۰/۵۱۷					
خشم تکانشی	آزمایش	۱۰/۰۴۳	۳/۵۳۴	۱/۰۹۱	۵/۱۵۳	۰/۰۴۰	۰/۲۶۹
	گواه	۱۳/۵۷۷					

با توجه به جدول ۳ آماره F برای ابعاد پرخاشگری کلامی-تهاجمی ($P < ۰/۰۵$)، پرخاشگری فیزیکی-تهاجمی ($F_{1,14} = ۶/۹۲۴$)، پرخاشگری رابطه‌ای ($F_{1,14} = ۵/۶۹۷$)، و خشم تکانشی ($F_{1,14} = ۵/۱۵۳$) معنی‌دار است. این یافته‌ها نشان‌گر آن هستند که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌ها در جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین تعدیل‌شده نمرات گروه آزمایش در پرخاشگری کلامی-تهاجمی (۲۵/۲۹۴)، پرخاشگری فیزیکی-تهاجمی (۲۲/۸۹۷)، پرخاشگری رابطه‌ای (۱۴/۸۸۳) و خشم تکانشی (۱۰/۰۴۳) کمتر از میانگین گروه گواه در این متغیرها به ترتیب با میانگین (۳۲/۳۰۶)، (۲۸/۴۰۳)، (۲۰/۵۱۷) و (۱۳/۵۷۷) هست. با توجه به این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که آموزش برنامه تعامل مثبت والد-کودک به والدین کودک دارای اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی مؤثر بوده و موجب کاهش پرخاشگری می‌گردد. همچنین اندازه اثر در جدول ۲ نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۳۳/۱ درصد از تغییرات پرخاشگری کلامی-تهاجمی، ۳۱ درصد از تغییرات پرخاشگری فیزیکی-تهاجمی، ۲۸/۹ درصد از تغییرات پرخاشگری رابطه‌ای و ۲۶/۹ درصد از تغییرات خشم تکانشی را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به‌منظور بررسی اثربخشی آموزش برنامه تعامل مثبت والد-کودک بر پرخاشگری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی انجام شد. نتایج پژوهش

نشان داد که آموزش برنامه والد-کودک به والدین منجر به کاهش پرخاشگری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی شده است.

این یافته با نتایج پژوهش‌های هاشمی و گودرزی (۱۳۹۵)، امیری (۱۳۹۴)، شامخی (۱۳۹۲)، شفیع کاهانی (۱۳۹۳)، اسپچلینگ و همکاران (۲۰۱۷) و گرینو و همکاران (۲۰۱۷) شپرس و همکاران (۲۰۱۵)، ساندرز و همکاران (۲۰۱۲)، لافورت، مورای و کالیس (۲۰۰۸) مبنی بر تأثیر آموزش برنامه والد-کودک بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی همسوست.

در تبیین یافته فوق می‌توان گفت بسیاری از مشکلات رفتاری در محیط طبیعی خانواده فراگرفته می‌شوند و عوامل نگه‌دارنده آن‌ها نیز در همین محیط واقع شده‌اند. بنابراین آموزش کسانی که بیشترین زمان را با کودک می‌گذرانند و بیشترین تأثیر را بر او دارند، احتمال کاهش رفتارهای نامناسب را در آن‌ها افزایش می‌دهد. بسیاری از مادران، خود را به خاطر مشکلات کودکانشان مقصر می‌دانند و یا برعکس، اعتقاد دارند که کودکان آن‌ها به صورت ارادی راهی برای آزار آن‌ها انتخاب کرده‌اند. توضیح در مورد ماهیت و علت اختلال‌های برونی‌سازی شده مثل غیرعادی بودن حرکات مفرط کودکان اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی و ناتوانی غیرارادی آن‌ها در تمرکز بر تکالیف خود توانسته است شناخت‌های نادرست والدین را چه در مورد خودش و چه در مورد کودکانشان اصلاح کند و احساس گناه، به خاطر مقصر بودن و احساس خشم، به دلیل مقصر دانستن کودکان را کاهش دهد. بدین ترتیب کاهش احساسات منفی در والدین به ایجاد روابط بهتر با کودکان کمک کرده است. از آنجایی که رفتارهای نامناسب در این کودکان فراوان رخ می‌دهند، اغلب والدین نگاهی توأم با بدبینی به کودکان خود دارند و آن‌ها را طرد می‌کنند و چون رفتارهای مناسب بسیار اندک رخ می‌دهند، در چنین فضایی نادیده انگاشته می‌شوند.

والدین در این جلسات آموختند که چگونه می‌توانند با نادیده انگاشتن رفتارهای نامناسب خفیف، آن‌ها را کاهش دهند و از پاداش دادن تصادفی به آن‌ها جلوگیری کنند و

بعای آن رفتارهای مناسب کودک خود را تقویت نمایند. از آنجا که بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به مشکلات برونی‌سازی شده در ارتباط با والدین و بخصوص مادر به وجود می‌آید و ادامه پیدا می‌کند. بنابراین آموزش روش‌های درست رفتار به مادران این چنین 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. هم‌چنین بیشتر این مادران در تلاش برای اداره رفتار ناکام کننده این اختلال سبک‌های والدینی خشن و منفی را اتخاذ می‌کنند و چون مهارت‌های توجه در شکل دادن رفتار کودکان حائز اهمیت هستند، این حوزه از آموزش اداره رفتار، شامل تغییر دادن شیوه‌ای که بر اساس آن مادران به کودکانشان توجه می‌کنند نیز می‌شود. مهارت‌های توجه مهم از قبیل گوش دادن و ارائه توجه مثبت، در طی درمان ممکن است برای والدین فرصتی فراهم آورده باشد تا یاد گرفته باشند که چگونه بدون دخالت کردن و پرسیدن سؤال، به کودکانشان توجه کنند و چگونه به صورت مثبت با اظهارنظرهای خود رفتارهای مطلوبی را که می‌خواهند کودکان آن‌ها را افزایش یا ادامه دهند به وجود آورند.

و در نهایت، آموزش برنامه تعامل مثبت والد-کودک جوی غیر قضاوتی، پذیرنده و همراه با درک متقابل برای کودک در جریان بازی به وجود می‌آورد که منجر به بهبود رابطه با والدین و کاهش رفتارهای مخرب کودک می‌گردد؛ چراکه برای کودکان، اغلب بیان شفاهی احساسات مشکل است، درحالی‌که کودک در فرایند بازی می‌تواند احساساتش را بیان کند. این مسئله نقش مهمی در کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودک و به تبع آن افزایش سلامت روانی دارد.





پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی همراه بود. اول این که به دلیل محدودیت زمانی و همچنین مشکل در دسترسی دوباره به شرکت کنندگان دوره پیگیری انجام نشد. عدم استفاده از نمونه‌گیری تصادفی که باعث کاهش تعمیم‌پذیری داده‌ها می‌شود، دیگر محدودیت این پژوهش بود؛ بنابراین در سطح پژوهشی پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی دوره پیگیری انجام شود. همچنین، برای افزایش تعمیم‌پذیری نتایج

از نمونه گیری تصادفی بهره گرفته شود. در پایان پیشنهاد می شود برنامه آموزشی مبنی بر عوامل کلیدی تعامل والد-کودک جهت کاهش مشکلات کودکان نارسایی توجه-بیش فعالی در مهدکودک ها، مراکز آموزشی و درمانی مورداستفاده قرار گیرد.

سپاس و قدردانی

گروه پژوهش بر خود لازم می دانند از شرکت کنندگان در پژوهش و همه افرادی که به هر نحوی پژوهشگران را در انجام بهتر پژوهش یاری نمودند تقدیر و تشکر به عمل آورند.

ORCID

Kiiumars Farahbakhsh		http://orcid.org/
Asiyeh Shariatmadar		http://orcid.org/
Hossein Salimi		http://orcid.org/
Niloufar Tahghighi Ahmadi		http://orcid.org/

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- امیری، محسن. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش رفتاری والدین بر بیش‌فعالی تکانشگری و رفتارهای قانون‌شکنانه در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (نوع عمدتاً بیش‌فعال تکانشگر). فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۹(۴)، ۳۷-۴۹.
- آزادی منش، پگاه؛ حسین خانزادی، عباسعلی؛ حکیم جوادی، منصور؛ وطن‌خواه، محمد. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی‌درمانی عروسکی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه. مجله پزشکی ارومیه، ۲۸(۲)، ۸۳-۹۰.
- برجعلی، محمود؛ علی‌زاده، حمید؛ احدی، حسن؛ فرخی، نورعلی؛ سهرابی، فرامرز و محمدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). مقایسه تأثیر روش‌های آموزش دلگرم‌سازی، رفتاری و دارودرمانی بر مهارت‌های خودکنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۴(۱۶)، ۱۵۳-۱۷۵.
- پروچاسکا، جیمز. ا و نورکراس، جان. سی. (۱۳۹۹). نظریه‌های روان‌درمانی، تحلیل فرا نظری، ترجمه‌ی آوادیس یانس، تهران: رشد.
- رجب پور، مجتبی؛ مکوند حسینی، شاهرخ؛ رفیعی نیا، پروین. (۱۳۹۱). اثربخشی گروه‌درمانی رابطه والد-کودک بر پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی. روان‌شناسی بالینی، ۴(۱)، ۷۴-۶۵.
- شامخی، نجمه. (۱۳۹۲). مقایسه میزان اختلالات رفتاری (پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی، کمبود توجه و حواس‌پرتی) کودکان در گونه‌های مختلف خانواده بر اساس مدل فرایند و محتوای خانواده. نخستین همایش ملی علوم تربیتی و روان‌شناسی، مرودشت، شرکت اندیشه‌سازان مبتکر جوان.
- شفیعی کاهانی، تکت. (۱۳۹۳). بررسی ارتباط بین ابعاد جو خانواده با پرخاشگری نوجوانان دختر و پسر در پایه سوم دبیرستان منطقه ۵ تهران. کنفرانس بین‌المللی علوم رفتاری و مطالعات اجتماعی.
- صادق‌خانی، اسدالله. (۱۳۹۱). مقایسه‌ی شیوه‌های فرزند پروری مادران دانش‌آموزان پسر ۷ تا ۹ سال دوره ابتدایی با اختلال لجبازی نافرمانی و عادی در شهرستان ایلام، فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی، ۳(۶)، ۹۵-۱۱۴.

اثربخشی آموزش برنامه تعامل مثبت والد-کودک بر...؛ فرحبخش و همکاران | ۸۳

غریبی، حسن؛ فتحی آذر، اسکندر؛ ادیب، یوسف؛ حاتمی، جواد و قلی زاده، زلیخا. (۱۳۹۰).
پدیدارشناسی تجارب مادران در زندگی با کودکان ADHD. *تحقیقات خانواده،* ۷(۱)،
۵-۲۲.

فرزاد، فریده؛ خواجه‌نوشلی، افسانه؛ محمدی، محمدرضا؛ اکبرفهمی، ملاحظت و علی
بیگی، ندا. (۱۳۹۷). اثربخشی طب سوزنی گوش بر علائم اختلال کم توجهی-بیش‌فعالی
کودکان ۷-۱۴ ساله. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان،* ۲۰(۴)، ۴۴-۵۲.
کردلو، محسن؛ اسماعیلی، زینب؛ آزادی، اسماعیل. (۱۳۹۲). بیش‌فعالی: راهکارهای مطلوب در
تعامل با کودکان بیش‌فعال. *تعلیم و تربیت استثنایی،* ۴(۱۱۷)، ۳۸-۴۸.

کاتبی، امیررضا؛ کاتبی، یاسمینا؛ شعبانی، روناک؛ علی زاده، اکرم؛ رفیعی، مانی و سلیمانی،
منصوره. (۱۳۹۶). ریتالین و عوارض ناشی از سوء‌مصرف آن. *مجله دانشکده پزشکی
اصفهان،* ۴(۴)، ۱۷۶-۱۷۰.

محمد اسماعیل، الهه؛ علی پو، احمد. (۱۳۸۱). بررسی مقدماتی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش
اختلال‌های پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (CSI-4). *کودکان استثنایی،* ۲(۳)، ۲۳۹-
۲۵۴.

واحدی، شهرام؛ فتحی آذر، اسکندر؛ حسینی نسب، سید داوود و مقدم، محمد. (۱۳۸۷). بررسی
پایایی و روایی مقیاس پرخاشگری پیش‌دبستانی و ارزیابی میزان پرخاشگری در کودکان
پیش‌دبستانی ارومیه، *فصل‌نامه اصول بهداشت روانی،* ۱۰(۳۷)، ۱۵-۲۴.

هاشمی، راضیه و گودرزی، محمدعلی. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش رفتاری مادران بر میزان
پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک. *فصلنامه آموزش، مشاوره و روان‌درمانی،* ۵
(۱۹)، ۱۰۶-۱۱۲.

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

Barkely, R.A. (2002) International Consensus Statement on ADHD. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 5(2), 89-111.

Bradley, R., Corwyn, R., Burchinal, M., McAdoo, H., Garcia Coll, C. (2001). The home environments of children in the United States part II: Relations with behavioral development through age thirteen. *Child Dev.*, 72, 1868-1886.

Broidy LM, Nagin DS, Tremblay RE, Bates JE, Brame B, Dodge KA, et al. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors

- and adolescent delinquency: A six-site, cross-national study. *Dev Psychol.*, 39, 222-245.
- Coghill, D., Soutullo, C., d'Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M., & Buitelaar, J. (2008). Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on the patient and family: results from a European survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 31.
- Crick, N.R., Grotpeter J.K. (1995) Relational aggression, gender, and social psychological adjustment. *Child Dev.*, 66, 710-722.
- Damodaran, K. D. (2013). Parent child interaction therapy: child well- being through an effective parenting intervention. *the journal of positive psychology*, 3, 1-12.
- 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.
- Doh, H., Shin, N., Kim, M., Hong, J., Choi, M. & Kim, S. (2012). Influence of marital conflict on young children's aggressive behavior in South Korea: The mediating role of child maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 34, 1742- 1748
- Eizadifard, R., Sobhi Gharamaleki, N., Arjmandnia, A.A., (2016). The effectiveness of parent-child interaction therapy on improving sustained attention of students. *Journal of school psychology*, (1)6, 161-168.
- Ercan, E.S., Somer, O., Amado, S., & Thompson, D. (2009). Parental recall of preschool behavior related to ADHD and disruptive behavior disorder. *Child Psychiatry and Hum Dev*, 35, 299-313.
- G,,,,, , DD aaaafki,, J. ())))) Qii kk gii ee to iii ng tee ytt '' s ivvntrr y -4 screening kit. Stony Brook, NY: Checkmate plus.
- Gimpel, G. A., Peacock, G. G., & Holland, M. L. (2003). Emotional and behavioral problems of young children: Effective interventions in the preschool and kindergarten years. Guilford Press.
- Greeno, E. J., Uretsky, M. C., Lee, B. R., Moore, J. E., Barth, R. P., & Shaw, T. V. (2017). Replication of the KEEP foster and kinship parent training program for youth with externalizing behaviors. *Children and youth services review*, 61, 75-82.
- Hosseini, S. E., & Hosseini, S.A. (2018). Therapeutic Effects of Music: A Review. *Report of Health Care*, 4(4), 1-13.
- Hudziak, J.J., van Beijsterveldt, C.E., Bartels, M., Rietveld, M.J., Rettew, D.C., Derks, E.M., & Boomsma, D.I. (2010). Individual differences in

- aggression: genetic analyses by age, gender, and informant in 3-, 7-, and 10-year-old Dutch twins. *Behav Genet*, 33, 575-589.
- Kim, M., Doh, H., Hong, J., & Choi, M. (2011). Social skills training and parent education programs for aggressive preschoolers and their parents in South Korea. *Children and Youth Services Review.*, 33, 838- 845.
- Kimiae, S.A., Raftar, M.R., & Soltanifar, A. (2011). Training emotional intelligence and effectiveness it on reducing aggression in aggressor teenagers. *Journal of Clinical Psychology and consulting*, 1(1), 153-166. (in Persian)
- Landreth, GL. (2012). *Play Therapy: The art of the relationship*, 2nded. New York: Routledge.
- Lee, K., Baillargeon, R.H., Vermunt, J.K., Wu, H., Tremblay, R.E. (2007). Age differences in the prevalence of physical aggression among 5-11-year-old Canadian boys and girls. *Aggressive Behav*, 33, 26-37.
- Leff, S.S., Crick, N.R. (2010). Interventions for Relational Aggression: Innovative Programming and Next Steps in Research and Practice. *School Psychol Rev.*, 39 (4), 504-507.
- Moharreri, F., Shahrivar, Z., Tehrani-doost, M., Mahmoudi Gharaei, J. (2008) Efficacy of the positive parenting program (Triple P) for parents of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Iran J Psychiatr*, 3(2), 59-63.
- Monastra VJ, Lubar JF, Linden MK, Van- Deusen P, Green G, Wing, et al. (1999). Assessing attention deficit hyperactivity disorder via quantitative electroencephalography: An initial validation study. *Neuropsychol*, 13(3), 424-433
- Monastra, V.J., Monastra, D.M., George, S. (2002). The effects of stimulant therapy, EEG biofeedback and parenting style on the primary symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 27(4), 231-249.
- Nezadi Kashani, GH., Mirzamani, S.M., Davarmanesh, A., Salehi, M. (2010). The Effect of Painting in Reduction of Aggression in Educable Mentally Retarded Female Students in Primary School. *Quarterly Journal of Rehabilitation*. 45, 78- 84. (in Persian)
- 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.
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2014). *Cognitive behavioral therapy for adult ADHD: An integrative psychosocial and medical approach*. Routledge.
- Retz, W., & Rözler, M. (2009). The relation of ADHAD and violent aggression: what can we learn from epidemiological and genetic studies?. *Int J Law Psychiatr*, 32, 235-243.

- Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the triple p- positive parenting program. *Annual review of clinical psychology*, 8, 345-379.
- Schilling, S., French, B., Berkowitz, S. J., Dougherty, S. L., Scribano, P. V., & Wood, J. N. (2017). Child-Adult Relationship Enhancement in Primary Care (PriCARE): A randomized trial of a parent training for child behavior problems. *Academic Pediatrics*, 17(1), 53-60.
- 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.
- 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.
- Vaillancourt, T., Brendgen, M., Boivin, M., Tremblay, R.E. (2003). A longitudinal confirmatory factor analysis of indirect and physical aggression: Evidence of two factors over time?. *Child Dev.*, 74, 1628-1638.
- Youn, C., Meza, J., & Hinshaw, S. (2018). Childhood Social Functioning and Young Adult Intimate Partner Violence in Girls With and Without ADHD: Response Inhibition as a Moderator. *Journal Of Attention Disorders*, 23(12), 1486-1496.
- Yuen, T., Landreth, G., Baggerly, J. (2002). Filial therapy with immigrant Chinese families. *International J Play Therapy*, 11, 63-90.

استناد به این مقاله: فرحبخش، کیومرث، شریعتمدار، آسیه، سلیمی بجستانی، حسین، تحقیقی احمدی، نیلوفر. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش برنامه تعامل مثبت والد-کودک به والدین کودک دارای اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی بر کاهش پرخاشگری، *روان شناسی افراد استثنایی*، ۱۱(۴۳)، ۶۳-۸۶.

DOI: 10.22054/JPE.2021.57328.2259



Psychology of Exceptional Individuals is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.