

Research Paper

Dimension Exploration of Multi-dimensional Model of Parenting of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and its Effect on Parent-Child Interaction: A Mix Methods Research



Arezoo Shahmiveh Isfahani<sup>1</sup>, Ahmad Abedi<sup>\*2</sup>, Salar Faramarzi<sup>2</sup>, Ahmad Yarmohamadiyan<sup>2</sup>

1. Ph.D. in Psychology of Children with Special Needs, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Iran  
2. Associate Professor, Department of Psychology of Children with Special Needs, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Iran

**Citation:** Shahmiveh Isfahani A, Abedi A, Faramarzi S, Yarmohamadiyan A. Dimension exploration of multi-dimensional model of parenting of children with attention deficit hyperactivity disorder (adhd) and its effect on parent-child interaction: a mix methods research. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020; 7(2): 241-256.

<http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.7.2.21>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

**Keywords:**

Multidimensional parenting model, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), parent-child interaction

**Background and Purpose:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder. Its treatment specifically needs parental training. Most parents of children with ADHD show revengeful and confrontational behavior towards them and use ineffective parenting strategies that may increase the symptoms of this disorder and influence the parent-child interaction.

**Method:** Regarding the subject of this research, the exploratory mixed methods design was used. First, at the qualitative stage, problems of children with ADHD and problems of their parents were identified and encoded through content analysis and review of articles and books. Then, educational and therapeutic models and programs related to these problems were investigated. Next, the qualitative findings were used to create a parenting model. At the quantitative stage, this model was taught to 10 mothers of children with ADHD over 16 two-hour sessions for two months. Then their parent-child interaction was compared with the control group. Purposive sampling was used at the qualitative stage. The sample was selected by purposive sampling at the quantitative stage and then randomly assigned to either the experimental or control group (10 per group). Child-Parent Relationship Scale (CPRC) (Pianta, 1992) was used as the study tool. Data were analyzed by repeated-measures ANOVA at 95% confidence level with SPSS20.

**Results:** In content analysis, 10 themes and 50 sub-themes in the area of problems of children with ADHD were identified and then the sessions were organized based on them. Results of quantitative stage showed that the mean difference of the total score and all the sub-scales (conflict, positive relationship, and dependency) was significant at pretest, posttest and follow-up stages ( $P < 0.05$ ), indicating that multidimensional parenting model training can enhance parent-child interaction.

**Conclusion:** Results showed that multidimensional parenting model training (based on the problems of children with ADHD) is more suitable for the etiology and symptoms of this disorder and it is a mixture of different methods that have been shown to be effective based on different studies, so it can be effective on the enhancement of parent-child relationship.

Received: 15 May 2018

Accepted: 23 Oct 2018

Available: 21 Sep 2020

\* **Corresponding author:** Ahmad Abedi, Associate Professor, Department of Psychology of Children with Special Needs, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Iran.

E-mail addresses: A.abedi@edu.ui.ac.ir

2476-5740/ © 2019 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

## کشف ابعاد الگوی والدگری چندبعدی کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی و تأثیر آن بر تعامل والد- کودک: یک مطالعه ترکیبی

آرزو شاهمیوه اصفهانی<sup>۱</sup>، احمد عابدی<sup>۲\*</sup>، سالار فرامرزی<sup>۲</sup>، احمد یارمحمدیان<sup>۲</sup>

۱. دکترای روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران

### مشخصات مقاله

### چکیده

#### کلیدواژه‌ها:

الگوی والدگری چند بعدی،  
اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی،  
تعامل والد- کودک

**زمینه و هدف:** نارسایی توجه/ فزون کنشی، اختلالی عصبی تحولی است که در خط مقدم درمان آن، آموزش والدین جایگاه ویژه‌ای دارد. اغلب والدین دارای این کودکان رفتار تلافی‌جویانه و مقابله‌ای را نشان داده و راهبردهای والدگری غیر مؤثر را به کار می‌گیرند که ممکن است باعث افزایش علائم این اختلال شده و تعامل والد-کودک را تحت تأثیر قرار دهد. این پژوهش با هدف کشف و تدوین ابعاد الگوی والدگری چندبعدی و اثربخشی آن بر تعامل والد-کودک انجام شد.

**روش:** با توجه به موضوع این پژوهش از طرح ترکیبی مدل اکتشافی استفاده شد. بدین صورت که ابتدا در مرحله کیفی با روش تحلیل محتوا و بررسی مقالات و کتب، مشکلات کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی و خانواده‌های آنها، شناسایی و کدگذاری شد و سپس الگوها و برنامه‌های آموزشی- درمانی درباره آموزش و درمان این مشکلات مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله بعد، از یافته‌های کیفی جهت تدوین الگوی والدگری استفاده شد. در مرحله کمی این الگو، به ۱۰ مادر دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، طی ۱۶ جلسه دو ساعته و به مدت دو ماه، آموزش داده شد و تعامل والد-کودک آنها با مادران گروه گواه، مقایسه شد. روش نمونه‌گیری در مرحله کیفی و کمی به صورت هدفمند و روش جایدهی افراد نمونه در گروه‌های آزمایش (۱۰ نفر) و گواه (۱۰ نفر)، تصادفی انجام شد. ابزار پژوهش مقیاس تعامل والد-کودک پیاننا (۱۹۹۲) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS20 و تحلیل واریانس با سنجش مکرر استفاده شد.

**یافته‌ها:** در تحلیل محتوا ۱۱ مضمون اصلی و ۵۰ مضمون فرعی در زمینه مشکلات این کودکان شناسایی و با توجه به آنها، جلسات مداخله تدوین شد. نتایج مرحله کمی نشان داد که در نمره کل و تمامی خرده‌مقیاس‌ها (تعارض، روابط مثبت، و وابستگی) تفاوت میانگین‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری معنادار بود ( $P < 0/05$ )؛ بدین معنی که آموزش الگوی والدگری چند بعدی، می‌تواند تعامل والد-کودک را بهبود بخشد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش نشان داد آموزش الگوی والدگری چندبعدی (براساس مشکلات این کودکان) به دلیل اینکه تناسب بیشتری با سبب‌شناسی و نشانه‌های اختلال دارد و ترکیبی از روش‌هایی است که اثربخشی آنها در مطالعات مختلف تأیید شده، بنابراین می‌تواند بر بهبود روابط والد-کودک مؤثر باشد.

دریافت شده: ۹۷/۰۲/۲۵

پذیرفته شده: ۹۷/۰۸/۰۱

منتشر شده: ۹۹/۰۶/۳۱

\* نویسنده مسئول: احمد عابدی، دانشیار گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران.

رایانامه: A.abedi@edu.ui.ac.ir

تلفن: ۰۳۱-۳۷۹۳۲۱۲۸

## مقدمه

اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین اختلالات تحولی است که تقریباً پنج درصد از کودکان سن مدرسه را شامل می‌شود (۱). ویژگی‌های این اختلال عبارت‌اند از: نارسایی توجه / فزون کنشی و تکانشگری که در دو محیط یا بیشتر (مثل خانواده یا مدرسه) نمود پیدا می‌کند و عملکرد کودک را دچار اشکال می‌کند (۲). این اختلال همچنین با دیگر انواع مشکلات سلامت روان نیز ممکن است همراه باشد؛ مانند اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۲</sup>، اختلال رفتار هنجاری<sup>۳</sup>، افسردگی، و اضطراب (۳ و ۴). کودکانی که تشخیص اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی دریافت می‌کنند، بیشتر در معرض خطر گروهی از مشکلات رایج و طولانی مدت هستند. گسیختگی‌های شدید در ارتباط با والدین، معلمان و همسالان در طول کودکی، مشکلات تحصیلی در طی سال‌های مدرسه (۵ و ۶) و تخلف و سواستفاده جنسی در نوجوانی و بزرگسالی، برخی از نتایج مضر همبسته با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی است (۴). در واقع، کودکان با این اختلال ویژگی‌های دیگری مانند تنیدگی زیاد و طلبکار بودن را نشان می‌دهند که احتمالاً به همین دلیل، پاسخ‌های منفی از والدین دریافت می‌کنند و روی روابط خانوادگی، تأثیر منفی می‌گذارند (۷ و ۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی با پیامدهای نامطلوبی مانند اختلال در ارتباط دوستی و خانوادگی، کاهش مشارکت در فعالیت‌های عملکردی داخل و خارج مدرسه، مصرف مواد، بزه و جرم، تأثیر بر سلامت روانی والدین، و هزینه‌های خانوادگی و اجتماعی ارتباط دارد (۹ و ۱۰). همچنین این کودکان دارای هیجانات ناپایدار بیشتری نیز هستند (۱۰-۱۲).

اغلب والدین رفتار تلافی‌جویانه و مقابله‌ای را گسترش می‌دهند و راهبردهای والدگری غیر موثر را برای رفتارهای کودک‌شان به کار می‌گیرند که این روش ممکن است تأثیر تقویت‌کننده یا نگهدارنده در تحول نشانگان نارسایی توجه / فزون کنشی کودک داشته باشد و اختلالات همبود با آن را نیز به وجود آورد (۷، ۸ و ۱۳). نتایج مطالعات نشان داده‌اند در مقایسه با جمعیت کلی، والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی، سطح تنیدگی بالاتر و سطح پایین‌تر احساس

خودارزشمندی را گزارش کرده‌اند و از سبک‌های والدگری منفی‌تر و متناقض‌تری استفاده می‌کنند (۸ و ۱۴).

اگرچه داروها در کاهش نشانگان نارسایی توجه / فزون کنشی موثرند، اما والدین ممکن است هنوز نیازمند یادگیری راهبردهای رفتاری برای کمک به مدیریت رفتارهای کودک‌شان باشند. آموزش والدین نوعی روی آورد روانی-آموزشی است که به والدین تکنیک‌های اجرایی رفتاری-شناختی را آموزش می‌دهد که می‌تواند در خانه و در برخورد با مشکلات رفتاری کودک مورد استفاده قرار گیرد (۱۵). این تکنیک‌ها بر مبنای قوانین یادگیری اجتماعی هستند و هدف‌شان تعدیل مسائل رفتاری در محیط کودک است. تغییرات در سوابق محیطی (مانند فرمان دادن‌ها)، و پیامدها (مانند محرومیت) منجر به تعدیل رفتارهای کودک می‌شود (۱۶). والدین راهبردهای مدیریت رفتار را با هدف افزایش رخداد رفتارهای سازش‌گرایانه (مانند فرمان‌برداری) از طریق تعامل مثبت، جایزه و پاداش، و کاهش فراوانی رفتارهای ناکارآمد یاد می‌گیرند (۲). آموزش والدین برای استفاده از تکنیک‌های تعدیل رفتار، سبک والدگری مثبت، و کاهش استفاده از سبک‌های والدگری خشن و ناملایم، علائم اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی کودکان را کاهش می‌دهد و از گسترش دیگر مشکلات رفتاری، جلوگیری می‌کند. روی آورد آموزش والدین از روش‌های ترجیحی در درمان اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای است و شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهند این شیوه برای خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی باعث بهبود رفتارهای والدگری والدین، کاهش تنیدگی والدینی، و کاهش مشکلات رفتاری کودک می‌شود (۱۷).

مطالعات زیادی وجود دارد که تشخیص دادند بین سبک والدگری والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی با کودکان فاقد این اختلال، تفاوت‌هایی وجود دارد. نتایج مطالعاتی که روی کودکان هفت تا سیزده ساله انجام شد، نشان داد که والدین آنها گرایش دارند که خودشان را سرد (کم‌تر عاطفی)، گرفتار، کمتر پاسخ‌گو، و کمتر مراقبت‌کننده نشان دهند. آنها همچنین حالت‌های گسترده‌تر و فراوان‌تری از مهارگری مانند تنبیه بدنی، قدرت‌نمایی، و مداخله‌گری را نشان

1. Attention deficit and hyperactivity disorder
2. Oppositional defiant disorder

## 3. Conduct disorder

می‌دهند (۱۸ - ۲۰) و در مقایسه با سایر والدین دارای فرزند فاقد این اختلال، ناهماهنگی بیشتری دارند (۲۱). در مطالعه‌ای که فقط دیدگاه مادران را در مورد روش‌های والدگری مورد استفاده‌شان بررسی کرد، نشان داد که آنها قوانین هیجانی بیشتری (مانند واکنش نشان دادن با محروم‌سازی بیش از اندازه، کج خلقی، و خشم) را استفاده می‌کنند (۲۲). از یک زاویه، شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه شیوه‌های والدگری معینی ممکن است شدت برخی علائم اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی را افزایش دهد؛ مانند اینکه انتظارات بالای والدین درباره میزان فرمان‌برداری فرزندشان از آنها، خطر فزون کنشی را پیش‌بینی می‌کند (۲۳). ناهماهنگی تربیتی والدین نیز با شدت نشانگان نارسایی توجه / فزون کنشی مرتبط بوده است (۲۱). پدران فاقد رفتارهای پاسخ‌گو یا نه مادران فاقد توجه مثبت در طی دوران پیش از دبستان، پیش‌بینی‌کننده سطوح بالاتری از بی‌توجهی در دوره کودکی میانه است؛ در حالی که بر اساس این مطالعه، پدران مداخله‌گر پیش‌بینی‌کننده سطوح بالاتری از ریخت‌ترکیبی اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی هستند (۲۰).

درمان‌های زیادی برای کودکان مبتلا به نارسایی توجه / فزون کنشی ارائه شده است. اولین راه درمان اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی درمان دارویی است، اما برای سنین پایین‌تر، درمان غیردارویی از جمله اصلاح رفتار و آموزش والدین پیشنهاد می‌شود (۲۴ و ۲۵). برای مثال مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات رفتاری در بهبود شیوه‌های والدگری، مشکلات رفتاری کودکان، مهارت‌های اجتماعی، و دستاوردهای تحصیلی آنها موثر بوده است (۲۵ و ۲۶). با توجه به یافته‌های مطالعات ذکر شده، منطقی به نظر می‌رسد که مداخلات درمانی مؤثر برای کاهش آثار تعامل‌های نامناسب والد-کودک، مورد نیاز است. در این میان نقش اصلی جلوگیری از چنین شرایطی و برقراری مجدد تعادل در خانواده بر عهده والدین به‌ویژه مادران است که به عنوان پایه‌های اصلی خانواده در نظر گرفته می‌شوند. تعدادی از برنامه‌های آموزش والدین برای مداخله در زمینه اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی وجود دارد (۲۷ و ۲۸). لویس، پاورز، کلی، و نیوکامر (۲۹)، تود، هرنز، سوگای و اسپراگو (۳۰)، و بارکلی (۳۱) معتقدند که آموزش مادران دارای کودک با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی در بهبود روابط آنها با کودکانشان موثر است.

به دلیل تنوع مشکلات مربوط به اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی، بی‌تردید امکان آن که یک نوع درمان، به‌تنهایی بتواند تمام الزامات درمانی این اختلال را پوشش دهد، وجود ندارد. به همین دلیل، متخصصان اغلب راهبردهای درمانی متعددی را در ترکیب با هم اتخاذ می‌کنند تا جنبه‌های متفاوتی از مشکلات روانی اجتماعی کودک را مورد توجه قرار دهند. در میان مطالعاتی که از ترکیب روش‌های درمانی مانند دارودرمانی و درمان رفتاری حمایت می‌کنند، مطالعات درباره درمان چندبعدی اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی نشان دادند که درمان‌های ترکیبی (مانند درمان رفتاری و دارویی با هم)، هم در کاهش علائم اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی و هم در بهبود رفتارهای مقابله‌ای مشکلات رفتاری درون‌نمود، ارتقای مهارت‌های اجتماعی، دستاوردهای تحصیلی، و تعاملات والد-کودک، مؤثر هستند. برای مثال دو مطالعه فراتحلیل که درمان دارویی، درمان رفتاری، و ترکیب آنها را مقایسه کرده بود، نشان داد که درمان ترکیبی از دو شیوه دیگر، موثرتر بوده است (۳۲ و ۳۳).

با توجه به این که کودکان با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی مشکلاتی در زمینه توجه، مهارت‌تکانه، و انجام تکالیف تحصیلی دارند و این مشکلات باعث به وجود آمدن تنش‌های زیاد در خانواده و در روابط والد-کودک می‌شوند و از سویی بیشتر درمان‌های مبتنی بر والدین بر اساس نظریه‌های رفتاری و بیشتر تک‌بعدی هستند، و بالاخره از سویی دیگر با توجه به اینکه تاکنون در کشورمان پژوهشی درباره درمان‌های چندبعدی انجام نشده است؛ بنابراین به نظر می‌رسد که می‌توان بر اساس روی آوردهای گوناگون از جمله علوم عصب‌شناختی در مورد ماهیت اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی، نظریه‌های مربوط به تحول کودک، نظریه یادگیری اجتماعی، نظریه رفتاری‌نگر، و نظریه شناختی-رفتاری و مدل‌های آموزش والدین و درمان‌های رایج اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی، بسته آموزشی - درمانی چند بعدی تدوین کرد.

همچنین با توجه به بررسی مقالات منتشر شده درباره روش‌های درمان اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی مشاهده شد که عمده این مقالات و طرح‌ها به روش کمی و تک‌بعدی انجام شده‌اند؛ بنابراین هر کدام از آنها دارای کاستی‌ها و کمبودهایی هستند که به نظر می‌رسد ضرورت انجام یک مطالعه کیفی به منظور تدوین مداخله‌ای چندبعدی،

مقالات و کتب داخلی و خارجی مرتبط با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی، تعداد ۳۲۰ مقاله و کتاب انتخاب شده و مورد تحلیل محتوا قرار گرفتند.

روش نمونه‌گیری مرحله‌کمی نیز به صورت هدفمند و جایدهی تصادفی در گروه‌های آموزش و گواه بود؛ بدین صورت که از مراجعان مرکز مشاوره رویش شهر اصفهان، تعداد ۲۰ مادر دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی بر حسب ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی کودک توسط یک روانپزشک و یک متخصص روان‌شناسی، نداشتن هیچ نوع اختلال دیگر، قرار داشتن کودک در دامنه سنی مورد نظر، و رضایت کتبی مادران برای شرکت در مطالعه. بدین ترتیب تمامی مادران، موافقت کتبی خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند و تا پایان جلسات، حضور فعال داشتند.

لازم به ذکر است دامنه سنی کودکان شامل ۱۵ پسر با میانگین سنی ۶/۸ و ۵ دختر با میانگین سنی ۶/۵ سال بودند که همگی از مقطع پیش‌دبستانی انتخاب شدند. همچنین توان آزمون کل که نشان دهنده کفایت حجم نمونه است (جدول ۱)، نشان داد که حجم نمونه به لحاظ آماری برای انجام فرضیه کافی بوده است (۳۶ و ۳۷).

### (ب) ابزار

مقیاس تعامل والد-کودک<sup>۱</sup> پیناتا: این مقیاس با ۳۰ گویه توسط پیناتا برای ارزیابی کیفیت روابط والد-کودک ساخته شده است. گویه‌های این مقیاس بر مبنای نظریه دلبستگی و پیشینه پژوهشی درباره روابط مادر-کودک طراحی شده‌اند. در این مقیاس به منظور ارزیابی کیفیت روابط مادر-کودک از مادران خواسته می‌شود که این ۳۰ گویه را در یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی کنند. پیناتا با تحلیل عاملی به سه عامل اصلی در این مقیاس دست یافت. عامل نخست: تعارض با ۱۲ گویه، عامل دوم: روابط مثبت با ۱۰ گویه، و عامل سوم: وابستگی با چهار گویه. عامل تعارض، جنبه‌های منفی رابطه مانند کشمکش با یکدیگر، عصبانی شدن نسبت به یکدیگر، نافرمانی و عدم پذیرش مهارگری، و غیرقابل پیش‌بینی بودن را در برمی‌گیرد؛ عامل روابط مثبت بر روابط

محسوس است تا بتوانیم به درک عمیق‌تر از این اختلال در درمان برسیم. به همین دلیل برای انجام این پژوهش از روش ترکیبی استفاده شد و هدف عمده این مطالعه، تدوین بسته آموزشی درمانی والدگری چندبعدی و بررسی تأثیر آن بر تعامل والد-کودک بود.

در بخش کیفی، مهم‌ترین موضوع این مطالعه، کشف مؤلفه‌های درمان چندبعدی بر اساس مشکلات والدین و کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی و روش‌های درمانی موثر برای این اختلال بود. همچنین در بخش مهم‌ترین سوال پژوهش در بخش کمی این مطالعه این بود که آیا الگوی والدگری چندبعدی تدوین شده بر تعامل والد-کودک مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی تأثیر دارد؟ بالاخره در قسمت ترکیبی، مهم‌ترین سوال این مطالعه، جایابی نتایج مطالعه کیفی در تدوین الگوی والدگری چند بعدی بود.

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** برای انجام این پژوهش از طرح ترکیبی مدل اکتشافی استفاده شد. هدف از این طرح دو مرحله‌ای آن است که نتایج روش نخست (کیفی)، باعث شکل‌گیری و روشن شدن روش دوم (کمی)، شود. طرح اکتشافی بر این پیش‌فرض بنا شده است که به چند دلیل نیازمند اکتشاف هستیم: اندازه‌گیری‌ها یا ابزارها در دسترس نیستند، متغیرها ناشناخته هستند، یا چارچوب هدایت‌کننده یا نظریه‌ای وجود ندارد. از آنجایی که این طرح به صورت کیفی آغاز می‌شود، بیشتر مناسب کشف یک پدیده است (۳۴ و ۳۵). همچنین از آنجایی که هدف این مطالعه، کشف متغیرهایی بود که در تدوین بسته آموزشی-درمانی به کار برده شود، به همین دلیل برای انجام این پژوهش از روش ترکیبی اکتشافی استفاده شد.

جامعه آماری بخش نخست (کیفی) پژوهش شامل تمامی منابع، مقالات، کتاب‌ها، و افراد متخصص در حیطه اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی بود و جامعه آماری بخش دوم (کمی)، شامل تمامی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی مقطع پیش از دبستان شهر اصفهان در سال ۹۵-۹۶ و مادران آنها بود. روش نمونه‌گیری در مرحله کیفی به صورت هدفمند انجام شد؛ بدین صورت که از بین

1. Child-parent relationship scale

نزدیک و صمیمی کودک - والد تأکید دارد؛ و عامل وابستگی، میزان وابستگی نابهنجار کودک و مادر را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پیاپنا همسانی درونی این عوامل را به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۲، و ۰/۵۰ گزارش کرده است (۳۸). ضرایب آلفای کرونباخ برای یک نمونه از کودکان چهار تا پنج ساله در زیرمقیاس تعارض با مادر، ۰/۸۴ و در زیرمقیاس روابط نزدیک، ۰/۶۹ گزارش شد (۳۹).

روایی محتوا و اعتبار این مقیاس در ایران توسط خداپناهی، قبری، نادعلی و سید موسوی محاسبه شد. ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از عوامل روابط نزدیک و تعارض، به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۳ به دست آمد. همچنین ضرایب همبستگی حاصل از اجرای این آزمون در دو وهله زمانی، نشان‌دهنده تغییرناپذیری نمره‌ها در یک فاصله زمانی ۱۱ روزه بود و برای عوامل روابط نزدیک و تعارض به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۶۱ گزارش شد (۴۰).

لازم به ذکر است که مقیاس تعامل والد-کودک، یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی است و نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (نمره ۵ برای قطعاً صدق می‌کند و نمره ۱ برای قطعاً صدق نمی‌کند)، انجام می‌شود. نمره کل این ابزار، حاصل جمع نمره‌های تمامی گویه‌ها است که در قالب یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. در مورد زیرمقیاس تعارض نیز باید توجه داشت که نمره‌گذاری گویه‌های این عامل به شکل معکوس انجام شود (۴۱).

**ج) برنامه‌ی مداخله‌ای:** برنامه مداخله‌ای مطالعه حاضر، بسته آموزشی - درمانی الگوی والدگری چندبعدی بوده است که برای تدوین آن، ابتدا تمامی مشکلات کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی از ۳۲۰ منبع مختلف استخراج شد. ۵۰ مضمون فرعی (از جمله: مشکل در مدیریت زمان، مشکل در مدیریت و برنامه‌ریزی کارها، مشکل در به تعویق انداختن لذت، میانبر زدن، خطرپذیری بالا، رفتار قانون شکنانه، مشکل در انجام تکالیف، ترک تحصیل، مشکل با معلمان، بی‌نظمی، پرخاشگری و بی‌دقتی کودک، درگیری و تنش مادر با کودک دارای

اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، مشکلات با خواهر برادرها، فشار مالی بر خانواده، هزینه‌های گزاف اجتماعی، اعتمادبه‌خود پایین، و ...)، مشکلات والدین (درگیری و تنش والدین با کودک، فشار روانی، تعارضات زناشویی، افسردگی، اختلالات خلقی و اضطرابی، جدایی، انزوا، احساس بی‌کفایتی و شرمساری، خشم و عصبانیت، مهارطلبی، عدم هماهنگی، محدود شدن ارتباطات و...) و ۱۱ مضمون اصلی (مشکلات شناختی، مشکلات ادراکی - حرکتی، مشکلات رفتاری، مشکلات مادران، مشکلات مدیریت پول و زمان، مشکلات تحصیلی، مشکلات اجتماعی، مشکلات هیجانی، مشکلات والدین دارای این کودکان، مشکلات خانواده) تدوین شد (شکل ۱).

بر این اساس درمان‌های این مشکلات و مبانی نظری آن‌ها بیرون کشیده شد که از جمله می‌توان به این موارد اشاره کرد: روی آوردهای درمانی انسان‌گرایانه، رفتارین‌گر، شناختی- رفتاری، مداخلات زود هنگام، آموزش رایانه‌ای، بازی درمانی، حرکت و تمرین بدنی، درمان‌های ترکیبی، و درمان‌های موج سوم).

در نهایت بر اساس این روی آوردهای درمانی و مشکلات کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی و والدین شان، الگوی والدگری چندبعدی که ترکیبی از روش‌های فوق بود، تدوین شد و سپس در اختیار ۵ متخصص در زمینه کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی قرار داده شد و آنها نظراتشان را در سطح مقیاس لیکرت در مورد هر جلسه ارائه دادند.

این بسته طی ۱۶ جلسه دو ساعته و دو روز در هفته به مدت دو ماه، بر روی ۱۰ مادر دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی (گروه آزمایش) توسط پژوهشگر در مرکز مشاوره ریش شهر اصفهان، اجرا شد و مادران با تکنیک‌های رفتاری، شناختی، بازی، مهارت‌تندگی، و سایر موارد، آشنا شدند. شرح جلسات الگوی والدگری چندبعدی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شرح جلسات الگوی والدگری چند بعدی

جلسه	موضوع	محتوا و اهداف	بعد مورد نظر
۱	آشنایی با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی ارائه پیش‌آزمون	تعریف اختلال، طبقه‌بندی، نشانگان، سبب‌شناسی	مشکلات والدین، نابسامانی خانوادگی
۲	سیر تحولی اختلال در نشانگان درمان‌های رایج	آشنایی با سیر تحولی اختلال در سنین مختلف؛ آشنایی مادران در مورد درمان‌های رایج	مشکلات والدین، نابسامانی خانوادگی
۳	درک رفتار کودک: شناسایی نیازهای کودک	آشنایی با: ۱. نیاز همیشگی به تعلق؛ ۲. نیاز به رشد شایستگی و احساس توانایی ۳. نیاز اساسی به مهم بودن و ارزشمندی؛ و ۴. نیاز همیشگی به دلگرمی آشنایی مادران در مورد اهداف بدر رفتاری کودکان و تدابیری برای جهت‌دهی رفتار:	مشکلات روان‌شناختی، مشکلات رفتاری
۴	اهداف بدر رفتاری کودک	۱. به دنبال توجه بیش از حد بودن به عنوان راهی برای کسب تعلق؛ ۲. جستجوی قدرت به عنوان راهی برای احساس توانایی؛ ۳. تلافی کردن به عنوان راهی برای به حساب آمدن؛ و ۴. استفاده از اجتناب برای جبران از دست دادن ارائه راهبردهای مناسب به والد جهت:	مشکلات روان‌شناختی، مشکلات رفتاری
۵	کمک به کودک تا نیازهای حیاتی را احساس کند	۱. کمک به کودک تا احساس تعلق کند؛ ۲. کمک به کودک تا احساس توانایی کند؛ ۳. کمک به کودک تا احساس به حساب آمدن و ارزشمندی کند؛ ۴. کمک به کودک برای دلگرم شدن	مشکلات روان‌شناختی، مشکلات رفتاری
۶	آموزش والدین به منظور مهار رفتار کودک	رأیه تکنیک‌های ثبت و مشاهده رفتار؛ ثبت پیشایندها و پسایندهای رفتار و افکار مرتبط با آنها؛ و آموزش تکنیک توقف کن، فکر کن، و از یک طرح استفاده کن	تفکر و عمل تکانشی، مشکلات رفتاری
۷	افزایش فرمانبری و قانونمندی در کودک	آموزش مراحل آموزش فرمانبری؛ نمودار پاداش در برابر گوش دادن و اطاعت کردن؛ محروم سازی؛ استفاده از طرح امتیازدهی ژتونی	تفکر و عمل تکانشی، مشکلات رفتاری
۸	ایجاد فرهنگ پیروی از قوانین در کودکان	آموزش طرح رفتاری برای پیروی از قوانین؛ قراردادهای رفتاری روزانه؛ قرارداد رفتاری روزانه را تغییر دهید	تفکر و عمل تکانشی، مشکلات رفتاری
۹	بهبود مهارت‌های تحصیلی خودفرمان در کودکان	آموزش: تقویت مهارت‌های سازمان‌دهی در کودک؛ راهکارهایی جهت پیشرفت تکالیف مدرسه؛ تقویت پشتکار کودک با ایجاد مهارت «نظارت بر خود» و یادداشت مدرسه-خانه	مشکلات تحصیلی

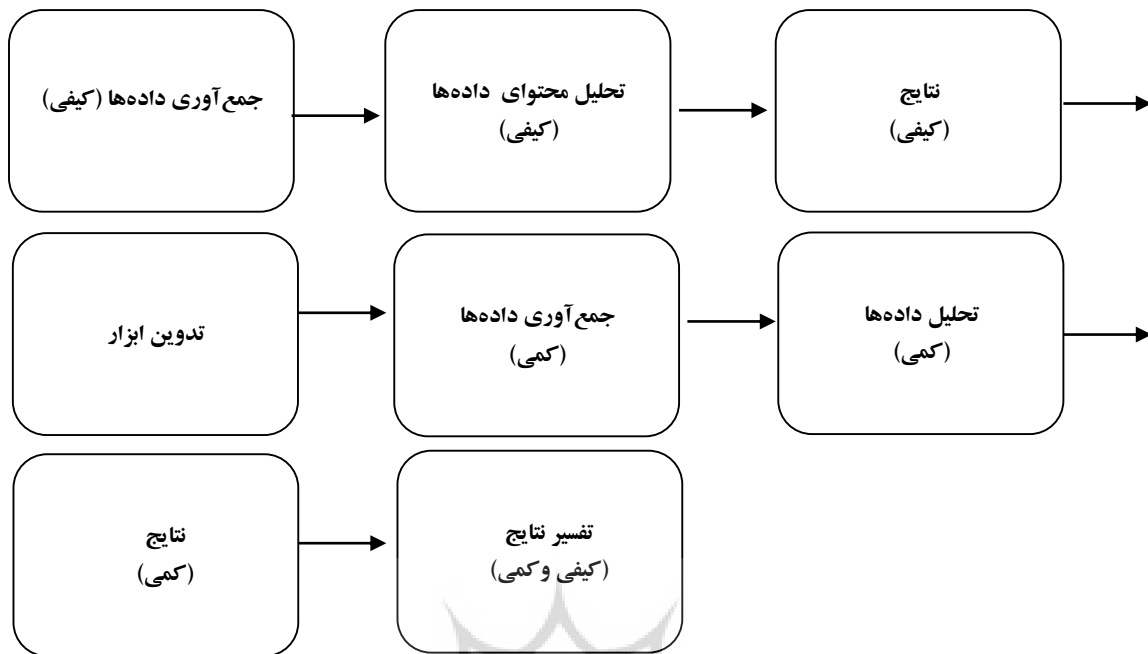
۱۰	مدیریت کودکان در مکان‌های عمومی	آموزش روش بلند فکر کردن و پیش‌اندیشی کردن؛ استفاده از روش محروم‌سازی در صورت ضرورت؛ و پیش‌بینی بدرفتاری در حین گذار از فعالیت‌های عمدۀ با همان روش	مشکلات اجتماعی، مدیریت پول
۱۱	بازی‌ها و قصه‌هایی برای بازداري از پاسخ و تکانشگری	معرفی بازی‌های مناسب در این زمینه و آموزش مادران جهت انجام صحیح بازی در منزل	- مشکلات شناختی، تفکر و عمل تکانشی، - مشکلات ادراکی - حرکتی
۱۲	بازی‌هایی برای افزایش دقت و توجه	آشنایی مادران با حدود ۱۰ بازی و تمرین مناسب در زمینه افزایش دقت و توجه	- مشکلات شناختی، تفکر و عمل تکانشی - مشکلات ادراکی - حرکتی
۱۳	انجام بازی‌های والدین و کودکان در حضور درمانگر همراه با برقراری قوانین	انجام بازی‌ها به صورت گروهی (مادران و کودکان) و تحت نظارت پژوهشگر	- مشکلات شناختی، تفکر و عمل تکانشی - مشکلات ادراکی - حرکتی
۱۴	ارائه پسخوراند درباره بازی‌ها	ارائه پسخوراند به مادران در مورد طریقه صحیح انجام بازی‌ها و رفتار با کودک؛ پرسش و پاسخ	مشکلات ارتباطی
۱۵	کنار آمدن با تنیدگی و افکار منفی	کمک به والدین برای کاهش تنیدگی و کنار آمدن با افکار منفی	احساسات منفی مادران، مشکلات والدین، و نابسامانی خانوادگی
۱۶	جمع‌بندی و انجام پس‌آزمون	پاسخ به سوالات مادران و دریافت پسخوراند	

(۵) روش اجرا: این مطالعه یک طرح دو مرحله‌ای بود. مرحله نخست، یک مطالعه کیفی و شامل تهیه الگوی والدگری چند بعدی بود. در این مرحله از روش تحلیل محتوا استفاده شد که یکی از روش‌های انجام پژوهش کیفی است. واحد زمینه، کل متن مقاله‌ها و کتاب‌های داخلی و خارجی منتشر شده در زمینه اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی بود که بعد از مطالعه ۳۲۰ منبع، مقوله‌های اصلی و فرعی طبقه‌بندی و شناسایی شدند. در تحلیل محتوا ۱۱ مضمون اصلی و حدود ۵۰ مضمون فرعی در زمینه مشکلات این کودکان شناسایی شد، سپس راهکارهای درمانی که برای این مشکلات وجود داشت و روی آورده‌های نظری آنها از پژوهش‌ها استخراج شد و بر اساس آنها، بسته آموزشی طراحی شده و سپس مورد تأیید ۵ متخصص روان‌شناسی که در زمینه کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی نیز فعالیت علمی و بالینی داشتند، قرار گرفت.

لازم به ذکر است که یافته‌های این بخش به علت محدودیت در تعداد واژه‌های این مقاله فقط به صورت مختصر ارائه شدند).  
مرحله دوم، مطالعه کمی و شامل بررسی تأثیر الگوی والدگری چند بعدی تهیه شده بر تعامل والد- کودک بود. بعد از تهیه بسته آموزشی- درمانی، ۲۰ دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند. این بسته طی ۱۶ جلسه بر روی مادران گروه آزمایش اجرا شد. یک ماه بعد از اتمام مداخله نیز نتایج پیگیری جمع‌آوری شد. گروه گواه (۱۰ مادر) هیچ آموزشی دریافت نکردند و آنها در فهرست انتظار قرار گرفتند و بعد از پایان مداخله، آموزش دریافت کردند. پس از پایان جلسات آموزشی پس‌آزمون از تمامی مادران گرفته شد و سپس نتایج نمرات تعامل والد- کودک با یکدیگر مقایسه و مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت. دیاگرام طرح به صورت زیر بود (۳۵).

مرحله نخست، یک مطالعه کیفی و شامل تهیه الگوی والدگری چند بعدی بود. در این مرحله از روش تحلیل محتوا استفاده شد که یکی از روش‌های انجام پژوهش کیفی است. واحد زمینه، کل متن مقاله‌ها و کتاب‌های داخلی و خارجی منتشر شده در زمینه اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی بود که بعد از مطالعه ۳۲۰ منبع، مقوله‌های اصلی و فرعی طبقه‌بندی و شناسایی شدند. در تحلیل محتوا ۱۱ مضمون اصلی و حدود ۵۰ مضمون فرعی در زمینه مشکلات این کودکان شناسایی شد، سپس راهکارهای درمانی که برای این مشکلات وجود داشت و روی آورده‌های نظری آنها از پژوهش‌ها استخراج شد و بر اساس آنها، بسته آموزشی طراحی شده و سپس مورد تأیید ۵ متخصص روان‌شناسی که در زمینه کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی نیز فعالیت علمی و بالینی داشتند، قرار گرفت.





بر اساس یک طیف چهار قسمتی مشخص می‌کنند. در این روش متخصصان، مربوط بودن هر جلسه را از نظر خودشان از بر اساس گزینه‌های ۱ «مربوط نیست»، ۲ «نسبتاً مربوط است»، ۳ «مربوط است» تا ۴ «کاملاً مربوط است»، مشخص کردند. برای هر گویه، یک شاخص و برای گویه‌های هر جلسه نیز میانگین‌های شاخص روایی محتوایی آن جلسه محاسبه شد. حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص روایی محتوایی برای هر گویه و کل جلسه برابر با ۰/۷۹ به دست آمد و اگر شاخص روایی محتوایی گویه و یا جلسه‌ای کمتر از ۰/۷۹ به دست می‌آمد، حذف شود. با توجه به فرمول زیر شاخص روایی محتوایی هر جلسه محاسبه شد که میانگین کل ۰/۸۸ به دست آمد.

به دلیل رعایت اخلاق پژوهشی پس از پایان پژوهش، گروه گواه نیز مورد آموزش قرار گرفت و تمامی مشارکت‌کنندگان فرمی جهت اعلام موافقت کتبی خود امضا کردند. همچنین تمامی ملاحظات اخلاقی در مورد نمونه‌ها و سایر موارد پژوهشی بر اساس کدهای اخلاق پژوهشی کشور، رعایت و تنظیم شد.

### یافته‌ها

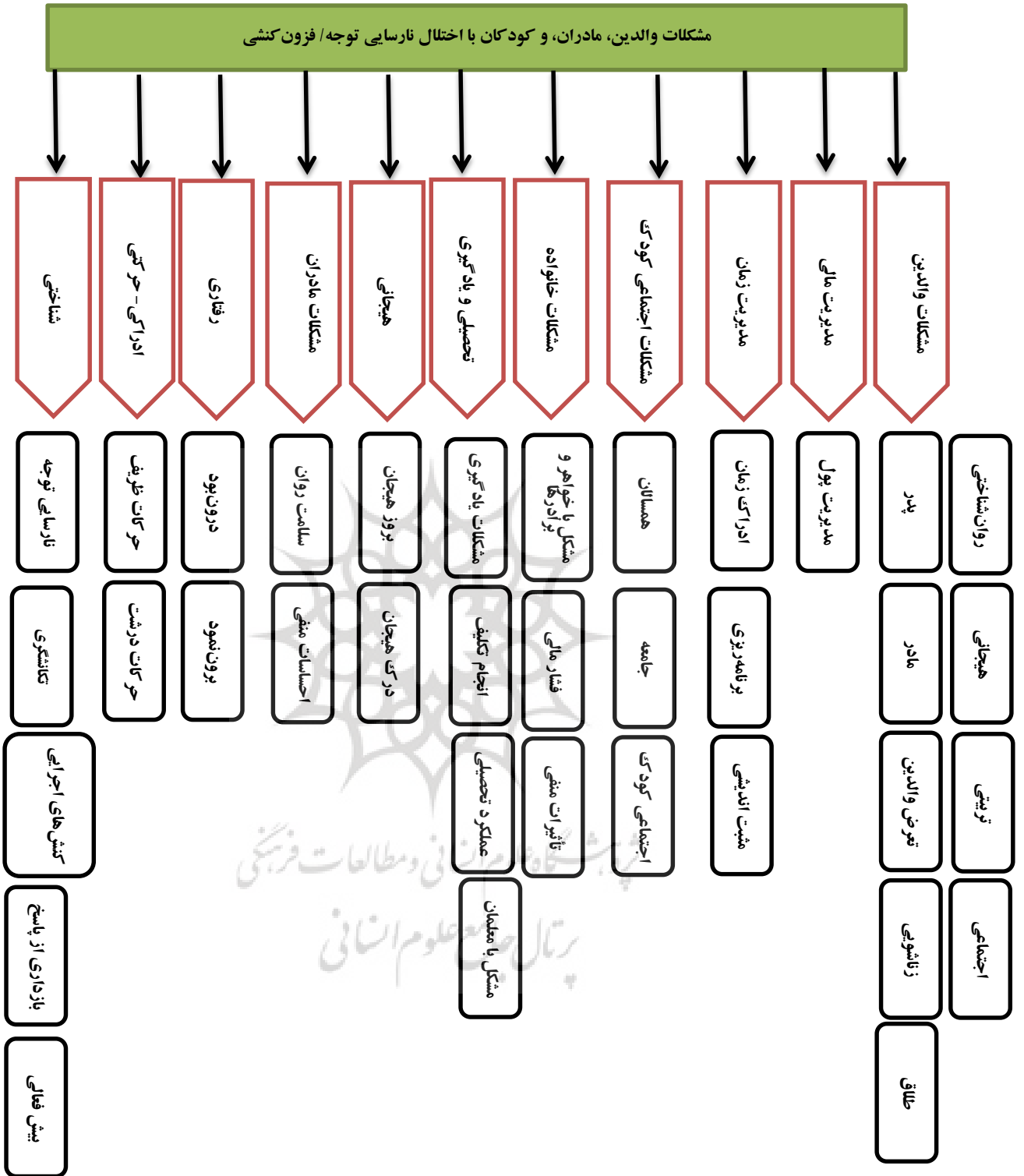
**مرحله کیفی:** همان طور که در بخش قبلی اشاره شد هدف از مرحله کیفی، تهیه الگوی والدگری چندبعدی بود که با استفاده از روش تحلیل محتوا انجام شد. جهت بررسی شاخص روایی محتوایی<sup>۱</sup> از روش والتز و باسل استفاده شد. بدین صورت که متخصصان «مربوط بودن» هر گویه را

$$\text{تعداد متخصصینی که به آیتم نمره ۳ و ۴ داده‌اند} \\ \text{تعداد کل متخصصان} = \text{شاخص روایی محتوایی}$$

در تحلیل محتوا ۱۱ مضمون اصلی و حدود ۵۰ مضمون فرعی در زمینه مشکلات این کودکان شناسایی شد که در شکل ۱ ارائه شده است.<sup>۲</sup>

۲. نتایج تحلیل محتوا در مقاله دیگری به صورت کامل ارائه شده است.

1. Content validity index (CVI)



شکل ۱: مضامین اصلی و فرعی استخراج شده درباره مشکلات کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی و والدین آنها

سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری بود و یک عامل بین‌آزمودنی وجود داشت که آن عضویت گروهی بود. لذا طرح مورد استفاده طرح درون-بین‌آزمودنی است. در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای گروه‌ها ارائه شده است.

**مرحله کمی:** برای بررسی تاثیر آموزش الگوی والدگری چندبعدی کودکان با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی بر تعامل والد-کودک از تحلیل واریانس با سنجش مکرر استفاده شد. در این پژوهش یک عامل درون‌آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش در

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجدورات	آماره F	سطح معناداری	توان آماری
	گروه‌ها	۹۹۱۴۵/۳۵	۱	۹۹۱۴۵/۳۵	۶۳۴/۸۱	۰/۰۰۰۱	۱
تعارض	مراحل	۹۴۲/۳۰	۱/۰۹	۸۶۱/۰۱	۲۹/۵۳	۰/۰۰۰۱	۱
	تعامل مراحل با گروه	۶۰۳/۴۳	۱/۰۹	۵۵۱/۳۸	۱۸/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸
	گروه‌ها	۱۶۳/۳۵	۱	۱۶۳/۳۵	۱/۸۴	۰/۱۹	۰/۲۵
روابط مثبت و نزدیک	مراحل	۱۸۲/۶۳	۱/۱۱	۱۶۳/۳۳	۴۱/۸۹	۰/۰۰۰۱	۱
	تعامل مراحل با گروه	۲۰۲/۹۰	۱/۱۱	۱۸۱/۴۵	۴۶/۵۴	۰/۰۰۰۱	۱
	گروه‌ها	۱۸۳/۷۵	۱	۱۸۳/۷۵	۶/۹۱	۰/۰۱	۰/۷۰
وابستگی	مراحل	۳۴/۶۳	۱/۸۴	۱۸/۸۳	۷/۳۸	۰/۰۰۳	۰/۹۰
	تعامل مراحل با گروه	۴۶/۹۰	۱/۸۴	۲۵/۴۵	۹/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	گروه‌ها	۲۸۷۰/۴۱	۱	۲۸۷۰/۴۱	۱۳/۴۹	۰/۰۰۲	۰/۹۳
کل	مراحل	۱۶۹۳۵۵/۴۳	۱/۰۳	۱۶۳۷۷۷/۲۴	۹۴۱/۴۴	۰/۰۰۰۱	۱
	تعامل مراحل با گروه	۱۷۲/۲۲	۱/۰۳	۱۶۷/۲۰	۶/۳۴	۰/۰۲	۰/۶۶

گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جهت بررسی تفاوت گروه آموزش والدگری چندبعدی با گروه گواه در متغیرهای پژوهش در جدول ۳ نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری گزارش شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر تعارض (۱۸/۹۱)، روابط مثبت و نزدیک (۴۶/۵۴)، و وابستگی (۹/۹۹) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. همچنین میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای نمره کل (۶/۳۴) به دست آمد که در سطح ۰/۰۵ معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که

جدول ۳: نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری در متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله	میانگین آزمایش	میانگین گواه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
	پیش‌آزمون	۴۷/۷۰	۴۴/۷۰	۳	۲/۹۲	۰/۳۱
تعارض	پس‌آزمون	۳۱/۴۰	۴۳	-۱۳/۹۳	۳/۱۲	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۳۲/۸۴	۴۴/۲۵	-۱۱/۴	۲/۲۳	۰/۰۰۲
	پیش‌آزمون	۴۱/۴۰	۳۲/۹۰	۸/۵۰	۲/۳۴	۰/۰۰۲
روابط مثبت و نزدیک	پس‌آزمون	۴۱/۲	۴۰/۴۰	۰/۰۸	۱/۸۳	۰/۷۶
	پیگیری	۴۴/۷۱	۳۷/۰۸	۷/۶۳	۰/۹۱	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	۱۲/۶۰	۱۳/۸۰	-۱/۲۰	۱/۴۵	۰/۴۲
وابستگی	پس‌آزمون	۱۰/۲۰	۱۴	-۲/۸۵	۰/۹۹	۰/۰۱
	پیگیری	۹/۰۱	۱۳/۶۸	-۴/۶۷	۰/۷۰	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	-۲۷/۴۰	-۱۷/۱۰	-۱۰/۳۰	۳/۱۸	۰/۰۳
کل	پس‌آزمون	۸۱/۶۳	۹۸/۵۶	-۱۶/۹۲	۶/۲۰	۰/۰۱۴
	پیگیری	۸۲/۶۶	۹۸/۹۳	-۱۶/۲۷	۴/۲۴	۰/۰۲

با توجه به جدول ۳ در متغیر تعارض، تفاوت میانگین گروه آزمایش با گواه در مرحله پیش‌آزمون (۳) معنادار نیست و در نتیجه بین گروه آزمایش و گواه در این مرحله تفاوتی وجود ندارد. تفاوت میانگین گروه آزمایش با گواه در مرحله پس‌آزمون (۱۳/۹۳-) و پیگیری (۱۱/۴-) معنادار است ( $p < 0/05$ ). در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معناداری کمتر از میانگین گروه گواه است. در متغیر روابط مثبت و نزدیک تفاوت میانگین گروه آزمایش با گواه در مرحله پیش‌آزمون (۸/۵۰) و پیگیری (۷/۶۳) معنادار است ( $p < 0/05$ ) و در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معناداری بیشتر از میانگین گروه گواه است. تفاوت میانگین گروه آزمایش با گواه در مرحله پس‌آزمون (۰/۰۸) معنادار نیست و در نتیجه بین گروه آزمایش و گواه در این مرحله تفاوتی وجود ندارد. در متغیر وابستگی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گواه در مرحله پیش‌آزمون (۱/۲۰-) معنادار نیست و در نتیجه بین گروه آزمایش و گواه در این مرحله تفاوتی وجود ندارد. تفاوت میانگین گروه آزمایش با گواه در مرحله پس‌آزمون (۲/۸۵-) و پیگیری (۴/۶۷-) معنادار است ( $p < 0/05$ ) و در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معناداری کمتر از میانگین گروه گواه است. در نمره کل تفاوت میانگین گروه آزمایش با گواه در مرحله پیش‌آزمون (۱۰/۳۰-)، پس‌آزمون (۱۶/۹۲-)، و پیگیری (۱۶/۲۷-) معنادار است ( $p < 0/05$ )؛ بدین معنی که تعارضات و وابستگی، کاهش یافته و روابط مثبت، افزایش پیدا کرده است و در کل منجر به بهبود ارتباط والد-کودک شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف کشف ابعاد الگوی والدگری چندبعدی و تأثیر آن بر تعامل والد-کودک (کودکان با نارسایی توجه/فزون کنشی) انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش الگوی والدگری چندبعدی می‌تواند تعامل والد-کودک را بهبود بخشد. نتایج این پژوهش با نتایج فایانو و همکاران (۱۶)، تارور، دیلی، و سیال (۲)، ایوانز، آونز، و بانفورد (۲۵)، ماجویسک-هفلای و کارلسون (۳۲)، وان‌در‌اورد، پرینز، اوسترلان، و

املکامپ (۳۳)، و بارکلی (۳۱) که معتقد بودند آموزش والدین با کودک با نارسایی توجه/فزون کنشی می‌تواند تعاملات آنها با کودکان‌شان را بهبود بخشد، همسو بوده است. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت برای درمان کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی یکی از موثرترین روش‌ها، آموزش شیوه صحیح والدگری است. همان گونه که بارکلی نیز اشاره کرده است خط مقدم درمان این کودکان، آموزش والدین خصوصاً مادران است (۳۱)، اما نوع والدگری که برای این کودکان مفید باشد، والدگری چندبعدی است که تمام ابعاد این اختلال را مورد توجه قرار دهد؛ از جمله ابعاد رفتاری (۳۱)، شناختی (۳۰)، و اجتماعی. همچنین در تبیین دیگر می‌توان گفت بسته والدگری تدوین شده در این مطالعه بر اساس تمامی نظریه‌های مربوط به این اختلال تدوین شده است. در این پژوهش سعی شد با روش کیفی تمامی دیدگاه‌های مربوط به این اختلال، واکاوی شود و سپس بسته الگوی والدگری چندبعدی (بر اساس نظریات رفتاری، شناختی، انسان‌گرایانه، و غیره) تدوین شد؛ در نتیجه در آموزش‌ها به دلیل اینکه حداکثر نیازهای والدین درباره این اختلال تأمین می‌شود، روابط والد-کودک روزبه‌روز بهبود پیدا کرده است.

همچنین همان گونه که بارکلی (۳۱) نیز اشاره کرده است، می‌توان گفت که آموزش والدگری صحیح می‌تواند راهبردهای مناسب در برخورد با کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی را به والدین آموزش دهد و آنها را به روش‌های مناسب جهت بازخورد دادن مناسب به رفتارهای کودکان مجهز کند. از آنجا که در جلسات آموزشی در مورد سیر تحول اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی در مراحل مختلف آموزش داده شد، بنابراین با درک علائم و نشانه‌های اختلال، والدین پذیرش بیشتری نسبت به رفتارهای کودکان‌شان پیدا کردند و بهتر توانستند رفتارهای آنها را درک کنند که همین موضوع آنها را به سمت تعامل بهتر با کودکان‌شان سوق داد. وضعیت مطلوب در آگاهی از وجود نارسایی توجه/فزون کنشی، پذیرش آن است، پذیرش آنچه کودک هست یا ممکن است به آن تبدیل شود، و پذیرش آنچه کودک نیست یا ممکن است هرگز نباشد. اگر پذیرش انجام شود، تسکین و آرامشی را به همراه خواهد داشت و والدین می‌توانند مشکلات کودک و واکنش‌های

خود به این مشکلات را با دید واقع‌گرایانه‌تری ببینند. با این دیدگاه جدید، والدین می‌توانند با وضوح بیشتری ببینند که فرزندشان مشکلی دارد که خودش در آن مقصر نیست و در اختیار خودش نیست و همچنین کودک برای کنار آمدن با آن و محافظت در برابر کسانی که این مشکل را درک نمی‌کنند، به کمک والدینش نیاز دارد. این تغییر دیدگاه هم برای والدین و هم برای کودکان مفید است و منجر به بهبود ارتباطشان می‌شود.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که در متغیر تعارضات بین والد-کودک در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت نمرات گروه آموزش با گروه گواه معنادار بوده است که با نتایج مطالعات بارکلی (۳۱) و دانفورث (۱۷) همسو بود. یکی از عوامل و مفروضه‌های به وجود آمدن تعارض والد-کودک، ضعف مهارت والدین در نحوه برخورد با این کودکان در نظر گرفته شده است که می‌توان با آموزش والدین و استفاده از فنون رفتاری مناسب، وقوع روابط تعارض‌آمیز را در زمینه‌های جسمانی و عاطفی کودکان کاهش داد. بنابراین، یکی دیگر از دلایل احتمالی بهبود روابط مادر-کودک را می‌توان به اقدامات آموزشی و تمرین‌هایی نسبت داد که مادران در طول جلسات مداخله، خود را متعهد به انجام آنها می‌دانستند. به این ترتیب، توجه مادران بیشتر صرف برقراری ارتباط مناسب‌تر با کودک می‌شد و متعاقباً میزان تنیدگی ناشی از تحمل رفتارهای کودک کاهش می‌یافت و تعاملات نامناسب مادر-کودک به بهبودی می‌گرایید. والدین در طی جلسات به راهبردهایی مجهز شدند که می‌توانستند از شیوه‌های تقویت‌کننده مناسب‌تری استفاده کنند و پاسخ‌های مناسبی نیز به بدرفتاری‌های کودک بدهند. همچنین مادران نیز با راهبردهایی جهت مدیریت هیجانات منفی‌شان آشنا شدند و بنابراین از واکنش‌های فوری و نامناسب آنها در مقابل رفتارهای کودک کاسته شد. مادران پس از شرکت در جلسات مداخله، راحت‌تر می‌توانستند رفتار کودک خود را تبیین کنند و به احتمال کمتری رفتار کودک را ناشی از لجبازی و نافرمانی عمدی کودک در نظر می‌گرفتند. در پایان جلسات، مادران اظهار داشتند که خیلی بهتر می‌توانند رفتارهای کودک خود را درک کنند و کودکان حرف‌شنوی بیشتری داشتند.

در متغیر روابط مثبت والد-کودک نتایج نشان داد که آموزش والدگری چندبعدی توانسته است روابط مثبت والد-کودک را بهبود بخشد. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات لویس و همکاران (۲۹)، تود و همکاران (۳۰)، و بارکلی (۳۱) که معتقدند آموزش مادران در روابط آنها با کودکان‌شان موثر است، کاملاً همسو است. زمانی که والدین به کودک نشان می‌دهند نیازها، عواطف و احساسات وی را درک کرده‌اند و نوع جدیدی از رابطه همدلانه را تجربه کرده‌اند، ضمن کاهش نیاز به توضیح کلامی، قدم مهمی در بهبود مشکلات تعامل والد-کودک برداشته‌اند و این دقیقاً یکی از مباحثی است که در الگوی والدگری چند بعدی به آن پرداخته شد تا والدین متوجه اهداف رفتاری کودک بشوند و بتوانند تعاملات مفیدتر و مثبت‌تری با کودکان داشته باشند. در طی جلسات والدین در بازی‌ها با کودک سهیم می‌شدند و با کمک و راهنمایی روان‌شناس می‌توانستند ادراک صحیح‌تری از رفتارهای کودک داشته باشند و پاسخ‌های مناسب‌تری ارائه کنند.

نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، الگوی والدگری چندبعدی توانست تغییرات معناداری در متغیر وابستگی به والد ایجاد کند؛ بدین معنی که این آموزش توانسته بود وابستگی کودکان با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی به مادران‌شان را کمتر کند. با توجه به این نکته که این گروه از کودکان در زمینه توجه و مهارت‌ها مشکل دارند و به تنهایی قادر به تکمیل تکالیف و برنامه‌های خود نیستند و به طور مداوم نیازمند همراهی و حمایت والدین هستند، در نتیجه می‌توان یکی از دلایل افزایش میزان وابستگی آنها را در مرحله پیش‌آزمون، همین مشکلات اخیر در نظر گرفت. اما از طریق آموزش چنانچه والدین به تکنیک‌هایی مجهز شوند که بتوانند تذکرات خود را مدیریت کنند و به جای اینکه مستقیماً به کودک امر و نهی کنند، خود کودک را به انجام مسئولیت‌هایش تشویق کنند، در بلندمدت شاهد کاهش وابستگی کودکان‌شان خواهند بود. در نهایت می‌توان بیان کرد با توجه به اینکه الگوی والدگری چندبعدی، تناسب بیشتری با ماهیت، سبب‌شناسی، و نشانگان این اختلال داشت، توانست روابط والد-کودک را بهبود بخشد؛ بنابراین می‌توان از این مداخله که شامل ترکیبی از روی‌آوردهای مختلف از جمله رفتاری، شناختی، شناختی-رفتاری،

انسان‌گرایانه، بازی‌درمانی، و غیره بوده است برای بهبود تعامل والد-کودک استفاده کرد.

مطالعه حاضر روی مادران کودکان با گروه سنی پیش از دبستان با گستره تحصیلات پراکنده و همچنین با عدم مشارکت فعال پدران انجام شده است که در نتیجه تعمیم نتایج باید بر اساس همین موارد انجام شود. عدم هم‌تاسازی جنسی در طرح پژوهشی، بررسی تأثیر جنسیت و تغییرات احتمالی درمانی را مقدور نساخت که از جمله محدودیت‌های این پژوهش است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، این روش بر روی دیگر مقاطع تحصیلی انجام شود و همچنین اثربخشی آموزش این الگو روی پدران نیز آزمایش شود و تأثیر جنسیت نیز مورد پژوهش قرار گیرد. از آنجاکه آموزش به مادران دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی، به آنها و در نتیجه کودکان‌شان کمک می‌کند تا چرخه معیوب تعامل شکسته شود و الگوهای تعاملی و تقابلی حمایت‌کننده و مثبت به وجود آید و در نتیجه والدین دارای کودک با این اختلال، خواهند توانست به صورت سازنده‌تری با کودک خود ارتباط برقرار کنند، بنابراین پیشنهاد می‌شود الگوی والدگری چندبعدی به طور

گسترده در درمان مشکلات کودکان مبتلا به این اختلال و خانواده آنها مورد استفاده قرار گیرد و نیز این الگو به صورت گروهی در مدارس و مراکز تربیت کودک و همچنین در کارگاه‌های مربوط به آموزش روش‌های والدگری، مورد استفاده قرار گیرد. همچنین مربیان و درمانگران می‌توانند از محتویات این الگو جهت مشاوره والدین و درمان کودکان با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی استفاده کنند.

**تشکر و قدردانی:** این پژوهش برگرفته از رساله دکترای خانم آرزو شاه‌میوه اصفهانی در رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان است و شناسه اخلاقی اختصاص یافته به آن 1397. IR.U.I.REC. 084 است. همچنین مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی مرکز تخصصی مشاوره و روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص رویش در استان اصفهان در تاریخ ۹۵/۱۰/۷ صادر شد. بدین وسیله از تمامی افراد نمونه که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند و همچنین استاد راهنما و مشاور این پژوهش، تشکر و قدردانی می‌شود.

**تضاد منافع:** نتایج این پژوهش به صورت شفاف بیان شده‌است و برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی به دنبال نداشته است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2013, pp: 102-104 [Link]
2. Tarver J, Daley D, Sayal K. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): An updated review of the essential facts. *Child Care Health Dev.* 2014; 40(6): 762-774. [Link]
3. Daley D, van der Oord S, Ferrin M, Danckaerts M, Doepfner M, Cortese S, et al. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014; 53(8): 835-847. [Link]
4. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. Guilford Press; 2006, pp: 35-36. [Link]
5. DuPaul GJ, Langberg JM. Educational impairments in children with ADHD. In: Barkley RA, editor. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 4th Ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2015, pp: 169-190. [Link]
6. Kuriyan AB, Pelham WE, Molina BSG, Waschbusch DA, Gnagy EM, Sibley MH, et al. Young adult educational and vocational outcomes of children diagnosed with ADHD. *J Abnorm Child Psychol.* 2013; 41(1): 27-41. [Link]
7. Johnston C, Jassy JS. Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: links to parent-child interactions. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007; 16(2): 74-49. [Link]
8. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2001; 4(3): 183-207. [Link]
9. Sayal K, Washbrook E, Propper C. Childhood behavior problems and academic outcomes in adolescence: longitudinal population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015; 54(5): 360-368. [Link]
10. Walerius DM, Reyes RA, Rosen PJ, Factor PI. Functional impairment variability in children with ADHD due to emotional impulsivity. *J Atten Disord.* 2018; 22(8): 724-737. [Link]
11. Factor PI, Reyes RA, Rosen PJ. Emotional impulsivity in children with ADHD associated with comorbid—not ADHD—symptomatology. *J Psychopathol Behav Assess.* 2014; 36(4), 530-541. [Link]
12. Rosen PJ, Factor PI. Emotional impulsivity and emotional and behavioral difficulties among children with ADHD: an ecological momentary assessment study. *J Atten Disord.* 2015; 19(9): 779-793. [Link]
13. Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. A developmental perspective on antisocial behavior. *Am Psychol.* 1989; 44(2): 329-335. [Link]
14. Deault LC. A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev.* 2010; 41(2): 168-192. [Link]
15. Smith MD, Barrett MS. The effect of parent training on hyperactivity and inattention in three school-aged girls with attention deficit hyperactivity disorder. *Child Fam Behav Ther.* 2002; 24(3): 21-35. [Link]
16. Fabiano GA, Schatz NK, Aloe AM, Chacko A, Chronis-Tuscano A. A systematic review of meta-analyses of psychosocial treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2015; 18(1): 77-97. [Link]
17. Danforth JS. Training parents of children with comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. In Briesmeister JM, Schaefer CE, editor. Handbook of parent training: helping parents prevent and solve problem behaviors. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc. 2007; pp: 345-378. [Link]
18. Alizadeh H, Applequist KF, Coolidge FL. Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse Negl.* 2007; 31(5): 567-572. [Link]
19. Gerdes AC, Hoza B, Pelham WE. Attention-deficit/hyperactivity disorder boys' relationships with their mothers and fathers: child, mother, and father perceptions. *Dev Psychopathol.* 2003; 15(2): 363-382. [Link]
20. Keown LJ. Predictors of boys' ADHD symptoms from early to middle childhood: the role of father-child and mother-child interactions. *J Abnorm Child Psychol.* 2012; 40(4): 569-581. [Link]
21. Ellis B, Nigg J. Parenting practices and attention-deficit/hyperactivity disorder: partial specificity of effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009; 48(2): 146-154. [Link]
22. Casas AM, Sevilla DG, Miranda BR, Taberner RM. Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Revista de neurología.* 2007; 44(2): 23-25. [Link]

23. Trenas AFR, Cabrera JH, Osuna MJP. El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. [Parenting styles and their relationship with hyperactivity.]. *Psicothema*. 2008; 20(4): 691–696. [\[Link\]](#)
24. Antshel KM, Barkley R. Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008; 17(2): 421–437. [\[Link\]](#)
25. Evans SW, Owens JS, Bunford N. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2014; 43(4), 527–551. [\[Link\]](#)
26. Pelham WE, Fabiano GA. Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008; 37(1): 184–214. [\[Link\]](#)
27. Sanders MR, Turner KMT, Markie-Dadds C. The development and dissemination of the triple P—positive parenting program: a multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prev Sci*. 2002; 3(3): 173-189. [\[Link\]](#)
28. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Preventing conduct problems, promoting social competence: a parent and teacher training partnership in head start. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2001; 30(3): 283–302. [\[Link\]](#)
29. Lewis TJ, Powers LJ, Kely MJ, Newcomer LL. Reducing problem behaviors on the playground: an investigation of the application of school wide positive behavior supports. *Psychol Sch*. 2002; 39(2): 181–190. [\[Link\]](#)
30. Todd AW, Horner RH, Sugai G, Sprague J R. Effective behavior support: Strengthening school-wide systems through a team-based approach. *Effective School Practices*. 1999; 17(4): 23–37. [\[Link\]](#)
31. Barkley RA. Taking charge of ADHD: the complete, authoritative guide for parents. Fourth edition. The Guilford Press; 2020, pp: 250-253. [\[Link\]](#)
32. Majewicz-Hefley A, Carlson JS. A meta-analysis of combined treatments for children diagnosed with ADHD. *J Atten Disord*. 2007; 10(3): 239–250. [\[Link\]](#)
33. Van der Oord S, Prins PJM, Oosterlaan J, Emmelkamp PMG. Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2008; 28(5): 783–800. [\[Link\]](#)
34. Creswell JW, Clark VP, Garrett AL. Advanced mixed methods research. *Handbook of mixed methods in social and behavioural research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2003, 209-240. [\[Link\]](#)
35. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. Los Angeles: SAGE Publications; 2011, pp: 101-105. [\[Link\]](#)
36. Howitt D, Cramer D. Introduction to research methods in psychology. Pearson/Prentice Hall; 2005, p: 114. [\[Link\]](#)
37. Molavi H. Practical guide to SPSS 10-13-14 in behavioral science. Isfahan: Pouyesh Andisheh; 2008, p: 27. [Persian].
38. Pianta RC. Child-parent relationship scale (CPRS). University of Virginia; 1992. [\[Link\]](#)
39. Driscoll K, Pianta R. Mothers' and fathers' perceptions of conflict and closeness in parent-child relationships during early childhood. *J Early Child Infant Psychol*. 2011; 7: 1-24. [\[Link\]](#)
40. Khodapanahi MK, Ghanbari S, Nadali H, Seyed Mousavi P. Quality of mother-child relationships and anxiety syndrome in preschoolers. *Journal of Developmental Psychology (Iranian Psychologists)*. 2012; 9(33): 5–13. [Persian]. [\[Link\]](#)
41. Pianta RC, Nimetz SL, Bennett E. Mother-child relationships, teacher-child relationships, and school outcomes in preschool and kindergarten. *Early Child Res Q*. 1997; 12(3): 263–280. [\[Link\]](#)
42. Sroufe LA, Fox NE, Pancake VR. Attachment and dependency in developmental perspective. *Child Development*. 1983; 54(6): 1615–1627. [\[Link\]](#)