Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 12 / No .6 /2026
Page: 19-37

The effectiveness of an integrated counseling program based on individual and family factors on impulsive behaviors and attention/concentration in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Zahra Zarei[1], Parviz Karimisani[2*], Mahmoud Goudarzi[3]
1. PhD Student of Counseling, Department of Counseling, Sa.C., Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.
2. Corresponding Author, Associate Professor of Counseling, Department of Psychology and Counseling, Shab.C., Islamic Azad University, Shabestar, Iran. E-mail: karimisani@iau.ac.ir
3. Associate Professor of Family Counseling, Department of Counseling, Sa.C., Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

Received: 25/09/2025 **Accepted:** 12/11/2025

Abstract

Introduction: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is characterized by impulsive behaviors and difficulties in attention and concentration in children, which can significantly affect their quality of life and that of their families. Counseling programs based on individual and family factors may help improve these challenges and enhance children's functioning**.**
Aim: The present study aimed to evaluate the effectiveness of a counseling program based on individual and family factors on impulsive behaviors and attention and concentration levels in children aged 7 to 9 years with ADHD in the city of Hamadan.
Method: This study was a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group and a two-month follow-up was conducted.The statistical population consisted of all children aged 7 to 9 years with ADHD who referred to counseling centers in Hamadan during the 2024–2025 academic year. Twenty-four children were selected through purposive sampling, and randomly assigned to experimental and control groups. Participants completed the Barkley Children's Impulsivity Scale (2004) and the Bricken Attention Test (1962) at three stages: pretest, posttest, and follow-up. Data were analyzed using repeated measures ANOVA and SPSS 23 software.
Results: Findings indicated that the counseling program based on individual and family factors significantly reduced impulsive behaviors and improved attention and concentration in children with ADHD ($p < 0.001$). Additionally, follow-up results confirmed the persistence of these effects ($p < 0.05$).
Conclusion: The counseling program based on individual and family factors has a positive and lasting impact on the impulsive behaviors, attention, and concentration of children with ADHD. It is recommended that this program be used in effective interventions to address these issues.
Keywords: accuracy, Attention deficit/hyperactivity disorder, children, concentration, impulsive behaviors.

Zarei Z, Karimisani, P, Goudarzi M. The effectiveness of an integrated counseling program based on individual and family factors on impulsive behaviors and attention/concentration in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2026; 12 (6) :19-37. URLhttps://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2675-fa.html
Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دوازدهم شماره : ۶ ، ۱۴۰۴
صفحات: ۳۷-۱۹

اثربخشی برنامه مشاوره‌ای تلفیقی مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی بر رفتارهای تکانشی و دقت و تمرکز کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی

زهرا زارعی[۱]، پرویز کریمی ثانی[۲*]، محمود گودرزی[۳]

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.
۲. دانشیارمشاوره، گروه روان شناسی و مشاوره، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران (مولف مسئول). ایمیل: karimisani@iau.ac.ir
۳. دانشیار مشاوره خانواده، گروه مشاوره، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۷/۰۳ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۴/۰۸/۲۱

چکیده

مقدمه: اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی با رفتارهای تکانشی و مشکلات دقت و تمرکز در کودکان همراه است که می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها و خانواده‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. برنامه‌های مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی می‌تواند به‌بهبود این مشکلات و بهبود عملکرد کودکان کمک کند.

هدف: هدف پژوهش حاضر، تعیین میزان اثربخشی برنامه مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی بر میزان رفتارهای تکانشی، دقت و تمرکز کودکان ۷ تا ۹ سال دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در شهر همدان بود.

روش: این پژوهش به شیوه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون، گروه کنترل با دوره پیگیری دوماهه اجرا گردید. جامعه آماری شامل کلیه کودکان ۷ تا ۹ سال دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره استان همدان بود که ۲۴ کودک بر اساس نمونه‌گیری هدفمند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه تکانش گری کودکان بارت و همکاران (۲۰۰۴) و آزمون توجه بریکن (۱۹۶۲) را در سه نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل یافته‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار spss-23 استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد برنامه مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی بر رفتارهای تکانشی، دقت و تمرکز کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تأثیر داشت (p < ۰/۰۰۱). همچنین نتایج دوره پیگیری، ماندگاری این تأثیرات را تائید نمود (p < ۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: برنامه مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی تأثیر مثبت و پایدار بر رفتارهای تکانشی، دقت و تمرکز کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی دارد. پیشنهاد می‌شود از این برنامه در مداخلات مؤثر برای بهبود این مشکلات استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، تمرکز، دقت، رفتارهای تکانشی، کودکان.

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

مقدمه

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی[1] یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عصب‌تحولی در دوران کودکی است که سه مؤلفه اصلی بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانش گری[2] را دربر می‌گیرد. این اختلال، به‌طور گسترده‌ای در سراسر جهان و در بسترهای فرهنگی گوناگون مورد شناسایی قرارگرفته و چالش‌های زیادی را برای نظام‌های آموزشی، بهداشتی و خانوادگی ایجاد کرده است (کلاسن، هالبروک، هوتچینس و کامینسکی[3] ۲۰۲۴). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، این اختلال زمانی تشخیص داده می‌شود که مجموعه‌ای از علائم در دو یا چند موقعیت مانند خانه، مدرسه یا محیط‌های اجتماعی به مدت حداقل شش ماه مشاهده شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[4] ۲۰۱۳). شیوع این اختلال در جمعیت کودکان مدرسه‌ای بین ۵ تا ۱۲ درصد تخمین زده‌شده است که در برخی کشورها به‌مراتب بالاتر نیز گزارش‌شده است (دی‌ترانی، بالاروتو، رنزی، سوگوس و تامبلی[5] ۲۰۲۰). در ایران نیز پژوهش‌های مختلف شیوع این اختلال را بین ۳ تا ۶ درصد در کودکان دبستانی گزارش کرده‌اند (میردامادی، حسن‌زاده، لواسانی و وکیلی، ۱۴۰۱). این اختلال نه‌تنها یک چالش پزشکی، بلکه مسئله‌ای چندبعدی در حوزه‌های روان‌شناسی، آموزش و خانواده است که بر جنبه‌های مختلف زندگی کودک و اطرافیانش اثرگذار است. از مهم‌ترین مشکلات رفتاری کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، رفتارهای تکانشی است که به واکنش‌های سریع و بدون تفکر و بدون ارزیابی پیامدها گفته می‌شود و می‌تواند به بروز مشکلات گسترده‌ای در روابط بین فردی، نظم‌پذیری، رعایت قوانین و مشارکت در فعالیت‌های گروهی منجر شود (چانگ، وانگ و هوانگ[6] ۲۰۲۲؛ بارکلی[7] ۲۰۱۹). همچنین کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی با ضعف جدی در توجه و تمرکز مواجه‌اند؛ آنان دقت کافی در انجام تکالیف ندارند، اغلب بی‌احتیاطی می‌کنند، به‌راحتی دچار حواس‌پرتی می‌شوند و توانایی حفظ توجه پایدار را ندارند (سایفرت، بوراتینی، کوکیرت، بالدوکی و باس زونگ[8]، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مشکلات رفتاری کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی ریشه در نارسایی‌های شناختی و عصبی دارد. اختلال در عملکرد لوب پیش پیشانی، نقص در سامانه‌های توجهی، بازداری پاسخ، حافظه کاری و کنترل هیجانی از عوامل زمینه‌ساز این اختلال هستند (سورمن و والش[9] ۲۰۲۳؛ به نقل از رحمانیان،۱۴۰۳).

نظریه بازداری رفتاری بارکلی (۱۹۹۷) اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی را به‌عنوان نارسایی در مهارت‌های اجرایی و ضعف در خودتنظیمی معرفی کرده و نقش حافظه کاری، برنامه‌ریزی، کنترل هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی را در مدیریت رفتارهای فرد پررنگ می‌داند (ژونگ، وانگ، لای، لیو، لیائو، چِن و جیا[10] ۲۰۱۸). مطالعات تصویربرداری عصبی نشان داده‌اند که نواحی مرتبط با توجه، بازداری پاسخ و حافظه فعال، ازجمله قشر پیش پیشانی، در کودکان مبتلابه اختلال نقص

[1]. Attention-deficit/hyperactivity disorder
[2].Impulsiveness
[3].Claussen, Holbrook, Hutchins & Kaminski
[4].American Psychiatric Association
[5].Di Trani, Ballarotto, Renzi, Sogos & Tambelli
[6]. Chuang, Wang, Huang
[7].Barkley
[8].Sifret, Burattini, Cukiert, Baldochi, Base-Zung
[9].Sormen & Walsh
[10] . Zhong, Wang, Lai, Liu, Liao, Chen, Jia

توجه/بیش‌فعالی عملکرد ضعیف‌تری دارند (بارکلی، ۲۰۱۹).

علاوه بر عوامل زیستی و عصبی، عوامل فردی و خانوادگی نقش مهمی در شدت و تداوم علائم اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی دارند. عوامل فردی مانند سطح هوش، نارسایی در کارکردهای اجرایی، حافظه کاری، مهارت‌های مقابله‌ای و عوامل خانوادگی نظیر سبک‌های فرزند پروری نامناسب، تعارضات والد-کودک و فشار روانی والدین، از مؤلفه‌های کلیدی در تشدید علائم اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی هستند (دلاور و همکاران، ۱۳۹۴؛ جانستون و مش[1] ۲۰۰۱). همچنین پژوهش‌های داخلی ارتباط سبک‌های فرزند پروری نامناسب با افزایش رفتارهای تکانشی و کاهش تمرکز کودکان را نشان داده‌اند (اعتمادی، گیتی پسند و مرادی ، ۱۳۹۲؛ موسی زاده مقدم، ارجمندنیا، افروز و غباری بناب ،۱۳۹۷).

پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که مشارکت والدین در فرآیند درمانی، نه‌تنها باعث کاهش فشار روانی خانواده می‌شود بلکه می‌تواند بهبود قابل‌توجهی در رفتارهای کودک ایجاد کند (پلهم، ویلر و کرونیس[2] ۱۹۹۸؛ اعتمادی و همکاران ، ۱۳۹۲). در همین راستا، درمان‌های نوین بیش‌ازپیش به سمت رویکردهای چندبعدی حرکت کرده‌اند. برنامه‌های مشاوره‌ای تلفیقی که هم متغیرهای شناختی فرد و هم عوامل خانوادگی را هدف قرار می‌دهند، اثربخشی بیشتری نسبت به مداخلات سنتی دارند (پلهم و همکاران، ۱۹۹۸). این برنامه‌ها می‌توانند شامل آموزش مهارت‌های خودتنظیمی، تقویت حافظه کاری و تمرکز و درعین‌حال آموزش والدین در حوزه فرزند پروری کارآمد، حل مسئله خانوادگی و کاهش تنش‌های والد-کودک باشند (مائوری، گراتزیولی، کریپا، باکِتا، پوتزولی و بارتلا [3] ، ۲۰۲۰).با توجه به گستردگی و پیامدهای منفی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بر زندگی کودک، خانواده، مدرسه و اجتماع و با توجه به محدود بودن مداخلات بومی که به‌صورت هم‌زمان عوامل فردی و خانوادگی را پوشش دهند، ضرورت طراحی برنامه‌های مشاوره‌ای جامع، تلفیقی و بومی احساس می‌شود. چنین برنامه‌ای می‌تواند با افزایش دقت و تمرکز، کاهش رفتارهای تکانشی و ارتقای تعاملات خانوادگی، به‌بهبود عملکرد تحصیلی و اجتماعی کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی منجر شود. ازاین‌رو، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی برنامه‌ای مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی در جهت بهبود دو مؤلفه اصلی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، یعنی رفتارهای تکانشی و دقت و تمرکز طراحی‌شده است. انتظار می‌رود این مداخله، با درگیر کردن والدین در کنار توانمندسازی شناختی کودک، نتایج مؤثرتری نسبت به مداخلات سنتی کودک محور ایجاد کند. در این راستا، پرسش اصلی پژوهش این بود که آیا برنامه مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی می‌تواند به‌طور معناداری باعث کاهش رفتارهای تکانشی و افزایش دقت و تمرکز در کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی شود؟

روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان ۷ تا ۹ ساله دارای

[1].Johnston & Mash
[2].Pelham, Wheeler, Chronis
[3].Mauri, Grazioli, Crippa, Bacchetta, Pozzoli, Bertella

اختلال نقص توجه/بیش فعالی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آموزش‌وپرورش شهر همدان در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بودند. پس از اخذ مجوزهای لازم از آموزش‌وپرورش استان همدان، با مراجعه به مراکز مشاوره آموزش‌وپرورش در سطح شهر همدان از بین کودکان ۷ تا ۹ ساله دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی مراجعه‌کننده به این مراکز در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳؛ تعداد ۲۴ کودک و والدین آن‌ها به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل). معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن سن ۷ تا ۹ سال، تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش فعالی توسط یک روانشناس بالینی یا روانپزشک، عدم استفاده از دارو در بازه زمانی انجام پژوهش، عدم استفاده از مداخلات روان‌شناختی در بازه زمانی انجام پژوهش، همکاری والدین برای شرکت در جلسات و معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل کودک و والدین به همکاری بود.

همچنین، برای شرکت در این پژوهش، توضیحات لازم برای آزمودنی‌ها و والدینشان داده شد و از دانش‌آموزان و والدین آن‌ها، رضایت‌نامه کتبی اخذ شد. ضمن اینکه به شرکت‌کنندگان درباره حفظ حریم شخصی، صداقت و رازداری در مورد اطلاعات آزمودنی‌ها و خانواده‌ها اطمینان‌خاطر داده شد.به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها دو سطح آمار توصیفی و استنباطی بکار گرفته‌شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون کولموگروف اسمیرنف، به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین به‌منظور بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی به‌منظور بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و آماره ام باکس فرض صفر را مورد آزمون قرار داد. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار spss-23 استفاده‌شد.

ابزار

پرسشنامه تکانش گری بارت[1]: این پرسشنامه توسط بارت (۲۰۰۴) طراحی و دارای ۳۰ گویه است. این پرسشنامه دارای مؤلفه‌های تکانش گری عدم برنامه‌ریزی، تکانش گری حرکتی و تکانش گری شناختی است. شیوه پاسخگویی به این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (هرگز =۱ تا همیشه=۴) است. بالاترین و پایین‌ترین نمرات به ترتیب ۳۰ و ۱۲۰ است. هر چه نمره فرد در این پرسشنامه کمتر و به عدد کمینه، ۳۰ نزدیک‌تر باشد به معنای آن است که رفتارهای تکانش گری در کودک مطلوب‌تر است. در پژوهش بارت و همکاران (۲۰۰۴)، پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۳ و برای زیر مقیاس‌های حرکتی، شناختی و بی‌برنامگی به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۷۴ و ۰/۷۳ گزارش‌شده است و روایی همگرای این مقیاس نیز به ترتیب در متغیرهای تکانش گری شناختی ۰/۸۴، تکانش گری حرکتی ۰/۷۹ و بی‌برنامگی ۰/۸۲ بیان‌شده است (بارت[2]، ۲۰۰۴). اختیاری و همکاران (۱۳۸۷) روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه را بررسی کردند. نتایج آن‌ها حاکی از این بود که ضریب آلفای کرونباخ، برای امتیاز کل در افراد وابسته به اعتیاد و افراد سالم به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۳ به دست آمد. پایایی این پرسشنامه

[1].Barratt Impulsivity Scale
[2].Barratt

در پژوهش جاوید و همکاران (۱۳۹۱) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های تکانش گری عدم برنامه‌ریزی، حرکتی، شناختی و کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۷، ۰/۷۰ و ۰/۸۱ به‌دست‌آمده است؛ و ضریب باز آزمایی دو هفته به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۳، ۰/۴۹ و ۰/۷۷ محاسبه‌شده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

آزمون توجه انتخابی، تمرکز و تلاش مندی[1]: آزمون توجه در دهه پنجم قرن بیستم، بعد از پایان جنگ جهانی دوم، در سال ۱۹۶۲ توسط بریکن کمپ در مؤسسه وابسته به سازمان نظارت فناوری شهر اسن در آلمان تولید شد. در سال ۱۹۷۰ دومین ویراست آزمون که برای دامنه سنی ۹ تا ۶۰ سال هنجاریابی گردید، معرفی شد. این آزمون از چهارده سطر و هر سطر از ۴۲ حرف متفاوت d و P همراه با تعداد متفاوتی از خطوط ریز، تشکیل‌شده است. آزمودنی باید از سمت چپ شروع کند و تمامی حروف d را که درمجموع دو خط ریز دارد، علامت بزند. برای هر سطر بیست ثانیه و برای انجام کل آزمون هشت دقیقه زمان لازم است. نمره‌گذاری این آزمون بر اساس جداول هنجار با نمرات استاندارد برای گروه‌های سنی بین ۹ تا ۶۰ سال است. برای سنجش همسانی درونی مقیاس‌های آزمون $d2$ پژوهش‌های متعددی در جوامع آماری مختلف همانند دانش آموزان، دانشجویان، بزرگ‌سالان، افراد دارای برخی اختلالات رفتاری و نیز بیماران بستری در بیمارستان‌های روانی انجام گرفت و درمجموع از انواع روش‌های تقسیم آزمون همانند دونیمه کردن اسپیرمن و گودمن و محاسبه همبستگی استفاده شد. میزان پایایی این آزمون برابر ۰/۷۹ بود. در ایران نیز این آزمون توسط باقری هنجاریابی شد. ضریب آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۹۱ به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ آزمون در مطالعه پیرامونی ۰/۸۱ گزارش شد. در این پژوهش پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد.

روش اجرا

بدین‌صورت بود که در ابتدا از هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون گرفته شد، سپس شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در جلسات برنامه مشاوره‌ای که ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه، به‌صورت گروهی) بود، شرکت کردند (در جدول شماره ۱ و ۲ شرح مختصر جلسات برنامه مشاوره‌ای فردی و خانوادگی ارائه‌شده است) درحالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخلات حاضر بودند. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون اجرا و برای اطمینان از ثبات نتایج، مرحله پیگیری نیز دو ماه بعد اجرا شد. جدول (۱) خلاصه‌ای از یک پروتکل مداخله‌ای و مشاوره‌ای طراحی‌شده برای کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی را نشان می‌دهد. این برنامه در ۸ جلسه تنظیم‌شده و هدف اصلی آن بهبود عملکردهای اجرایی، مدیریت هیجانات و ارتقای مهارت‌های اجتماعی در این کودکان است.

[1]. D2 test of attention & concetration

جدول۱. خلاصه محتوای جلسات برنامه مشاوره‌ای برای کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی

جلسات	هدف	محتوا
اول	برقراری ارتباط با درمانگر و بازی های تقویت توجه	برقراری ارتباط بین درمانگر و کودک و تقویت تمرکز از طریق بازی (دارت، پازل، تمرینات جدا کردنی، ماز بازی)
دوم	تقویت مهارت پایداری توجه	آموزش فیلتر کردن اطلاعات نامربوط از طریق داستان‌ها و تمرین‌های شنیداری و دیداری باهدف تمرکز بر نکات اصلی، تشخیص اطلاعات مهم و نادیده گرفتن جزئیات اضافی در موقعیت‌های اجتماعی و آموزشی
سوم	مهار پاسخ از طریق بازی	آموزش تأخیر در واکنش‌ها(با استفاده از فن چراغ راهنما-توپ و نوبت و بازی‌های اجتماعی دارای قواعد ساده- بازی منچ و مارپله)
چهارم	پیش‌بینی و آمادگی	آموزش تفکر درباره پیامد رفتارها از طریق داستان‌ها و انیمیشن
پنجم	شناخت هیجانات	آموزش شناسایی و نام‌گذاری احساسات اولیه (از طریق بازی عروسکی-قصه-نقاشی- استفاده از ابزارهایی مثل گل و شن)
ششم	کنترل هیجانات	فعالیت‌هایی مثل کار برگ و پاسخ مناسب به هیجانات (از طریق بیان قصه، بیان مثال‌های موردی و تجربیات شخصی)، تمرین تنفس و فنون آرام‌سازی
هفتم	مهارت‌های مطالعه	آموزش مفهوم مدیریت زمان
هشتم	آموزش مهارت‌های اجتماعی	آموزش سلام و معرفی خود (از طریق بازی نقش)، دعوت به بازی، بازی شنیداری «شنیدن و تکرار» برای تمرین تمرکز و گوش دادن و رعایت نوبت در گفتگو

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود ساختار جلسات به‌گونه‌ای تدوین‌شده که با استفاده از بازی‌درمانی و فنون شناختی-رفتاری، از تمرینات پایه (مانند توجه و تمرکز) آغازشده و به‌تدریج به سمت مهارت‌های پیچیده‌تر (مانند کنترل تکانه، شناخت هیجانات و مهارت‌های ارتباطی) حرکت می‌کند. جهت بررسی روایی محتوایی و اطمینان از اثربخشی و تناسب تمارین، نسخه اولیه این بسته آموزشی در اختیار جمعی از متخصصان روانشناسی کودک، مشاوران خانواده و اساتید صاحب‌نظر قرار گرفت. پس از بررسی دقیق اهداف، محتوا و تکالیف هر جلسه توسط داوران، اصلاحات پیشنهادی اعمال گردید و روایی صوری و محتوایی پروتکل مورد تأیید قرار گرفت تا از کفایت لازم برای اجرا برخوردار باشد.

جدول (۲) چارچوب یک مداخله آموزشی و مشاوره‌ای ۹ جلسه‌ای را نمایش می‌دهد که به‌طور اختصاصی برای والدین و خانواده‌های کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی طراحی‌شده است.

جدول۲. خلاصه محتوای جلسات برنامه تدوین‌شده برای خانواده کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی

جلسات	هدف	محتوا
اول	معارفه، قوانین جلسات، آشنایی با اختلال نقص توجه/بیش فعالی باهدف توانمندسازی والدین	ابتدا در یک فضای صمیمی و دوستانه و برقراری ارتباط عاطفی، اعضای گروه به همدیگر معرفی شدند. سپس قوانین گروه شرح داده شد. در ادامه به شناخت اختلال، آشنایی با علائم و تشخیص رفتارهای مرتبط، آشنایی با درمان‌های رایج و به‌کارگیری صحیح آن‌ها و تصحیح نگرش و باورهای والدین پرداخته شد.

دوم	اهمیت ساختار خانواده در اختلال و نقش تعیین مرزها	سپس به آموزش تعیین حریم خصوصی و استقلال، تعیین مرزها و قوانین مشخص و پایدار، اعمال محدودیت‌های واقع‌بینانه، پیامد روشن برای تخطی از قوانین پرداخته شد.
سوم	اهمیت ساختار خانواده در اختلال و تعیین نقش‌ها	در این جلسه به تعیین نقش‌ها و تقسیم کار، انتظارات واقع‌بینانه متناسب با توانایی کودک، نحوه دستور دادن به کودک پرداخته شد.
چهارم	اهمیت ساختار خانوادهدر اختلال و نقش سازمان‌دهی	در این جلسه به اهمیت و آموزش ایجاد روتین منظم و قابل پیش‌بینی و محیط ساختارمند و منظم برای کودکان پرداخته شد.
پنجم	اهمیت و آموزش تعاملات خانوادگی مؤثر و کیفیت روابط	در این جلسه اهمیت و آموزش تعاملات خانوادگی مؤثر از طریق حضور فعال والدین، گوش دادن فعال، بازخورد مثبت و درک احساسات و هیجانات کودک موردبحث قرار گرفت.
ششم	اهمیت و آموزش تعاملات خانوادگی مؤثر و الگوهای ارتباطی	ابتدا اهمیت کیفیت تعامل بین والدین، همکاری و حمایت همسران، توافق و هماهنگی در روش‌های تربیتی، مدیریت تعارض و حل اختلافات خانوادگی تشریح شد سپس راهکارها ارائه گردید.
هفتم	اهمیت و آموزش تعاملات خانوادگی و حمایت‌های عاطفی	ابتدا موقعیت‌های دشوار و چالش‌های کودکان برای والدین شرح داده شد سپس راهکارهایی برای درک و همراهی در موقعیت‌های دشوار، اهمیت پذیرش و محبت بی‌قیدوشرط، پیش‌بینی موقعیت‌های استرس‌زا برای کودک ارائه گردید.
هشتم	توانمندسازی والدین	اهمیت حفظ سلامت روان والدین و آموزش فنون آرام‌سازی، درخواست کمک و مراجعه به درمانگر، خود مراقبتی در این جلسه بررسی شد.
نهم	توانمندسازی والدین	در این جلسه به آموزش و تقویت مهارت‌های والدگری و اهمیت حضور مستمر در جلسات درمانی همکاری با درمانگر، پیگیری تمرین‌ها و هماهنگی با مدرسه و درمانگر و ارتباط با معلمان پرداخته شد.

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود رویکرد این برنامه "منظومه‌ای" و "چندبعدی" است؛ به این معنا که درمانگر تنها کودک را نشانه نمی‌گیرد، بلکه با اصلاح ساختار خانواده، بهبود الگوهای ارتباطی و توانمندسازی والدین، محیطی حمایتگر و ساختارمند برای کاهش علائم کودک فراهم می‌آورد. این جلسات از آموزش‌های پایه شروع‌شده و به سمت مباحث پیچیده‌تر تعاملی و خودمراقبتی والدین پیش می‌رود.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که ازنظر جنسیت، کودکان شرکت‌کننده در پژوهش ۶۰ درصد پسر و ۴۰ درصد دختر بودند. همچنین نسبت جنسیت در بین والدین (پدر یا مادر) به‌گونه‌ای بود که ۹۰ درصد مادران و ۱۰ درصد پدران بودند. در مورد تحصیلات والدین، ۲۰ درصد از والدین تحصیلات دانشگاهی داشتند، ۳۰ درصد دیپلم و بقیه تحصیلات ابتدایی یا متوسطه داشتند. در جدول (۳) نتایج آزمون شاپیرو ویلک (در مورد نرمال بودن توزیع متغیرها)، نتایج آزمون لوین (برابری واریانس گروه‌ها)، نتایج آزمون ام باکس (برابری ماتریس واریانس کوواریانس) و نتایج آزمون ماچلی (پیش‌فرض کرویت) ارائه‌شده است.

جدول۳. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لوین، ام باکس و ماچلی در متغیر رفتارهای تکانشی و دقت و تمرکز

متغیر پژوهش	آزمون	آزمون شاپیرو-ویلک	آزمون لوین	آزمون ام باکس	آزمون موچلی
	مراحل	آماره سطح معناداری	آماره F سطح معناداری	آماره سطح معناداری	آماره سطح معناداری
رفتارهای تکانشی	پیش‌آزمون	۱/۲۵۴ ۰/۲۵۶	۲/۵۶۱ ۰/۲۱۳	۵/۲۴۱ ./۲۶۳	۰/۸۵۴ ۰/۴۱۰
	پس‌آزمون	۱/۵۳۲ ۰/۱۴۲	۱/۴۰۳ ./۴۵۲		
	پیگیری	۰/۸۷۴ ۰/۵۴۲	۲/۲۱۰ ./۲۳۶		
دقت و تمرکز	پیش‌آزمون	۱/۲۱۴ ۰/۴۱۵	۱/۸۵۹ ./۱۸۷	۹/۷۴۹ ./۲۱۸	۰/۸۶۸ ۰/۲۲۶
	پس‌آزمون	۱/۵۲۴ ۰/۲۰۱	۴/۱۰۹ ./۰۵۵		
	پیگیری	۱/۱۹۶ ۰/۲۵۴	۰/۰۹۰ ./۷۶۷		

چنان‌که در جدول (۳) بررسی نرمال بودن داده‌ها برای رفتارهای تکانشی با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که داده‌ها در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال (P>۰/۰۱) و نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر رفتارهای تکانشی بزرگ‌تر از (p>۰/۰۵) بود. نتایج آزمون ام باکس برای متغیر رفتارهای تکانشی (F =۵/۲۴۱، (p > ۰/۰۰۱) بیانگر همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس بود. همچنین نتایج آزمون لاندای ویلکز نشان داد که (p> ۰/۰۰۱) اثرات معنی‌دار است. نتیجه گرفته شد که واریانس پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر رفتارهای تکانشی برابر است. همچنین بررسی نرمال بودن داده‌ها برای میزان دقت و تمرکز با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که داده‌ها در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال (P>۰/۰۱) و نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر میزان دقت و تمرکز بزرگ‌تر از (p>۰/۰۵) بود. نتایج آزمون ام باکس برای متغیر میزان دقت و تمرکز (۹/۷۴۹= F، (p> ۰/۰۰۱) بیانگر همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس بود. همچنین نتایج آزمون لاندای ویلکز نشان داد که (p> ۰/۰۰۱) اثرات معنی‌دار است. نتیجه گرفته شد که واریانس پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر میزان دقت و تمرکز برابر است. جدول ۴. میانگین و انحراف معیار مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر رفتارهای تکانشی و میزان دقت و تمرکز در گروه‌های پژوهش در جدول ۴ ارائه‌شده است.

جدول٤. میانگین و انحراف استاندار متغیر رفتارهای تکانشی و دقت و تمرکز در سه مرحله آزمون

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رفتارهای تکانشی	آزمایش	۷۵/۹۱	۴/۳۷	۶۵/۱۶	۴/۰۱	۶۴/۹۱	۴/۵۶
	کنترل	۷۴	۴/۶۵	۷۲/۳۳	۴/۳۳	۷۳/۳۳	۴/۴۵
دقت و تمرکز	آزمایش	۱۰۲/۶۶	۲/۹۱	۱۰۹/۳۳	۴/۹۶	۱۰۶/۸۲	۳/۲۱
	کنترل	۱۰۳/۱۶	۴/۱۷	۱۰۲/۸۳	۲/۹۷	۱۰۲/۴۱	۳/۸۴

چنان‌که در جدول (۴) مشاهده می‌شود در متغیر رفتارهای تکانشی گروه برنامه‌ی مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی نسبت به گروه کنترل کاهش چشمگیرتری را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان داده‌اند. همچنین در متغیر میزان دقت و تمرکز گروه برنامه‌ی مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی نسبت به گروه کنترل کاهش چشمگیرتری را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان داده‌اند. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده برای رفتارهای تکانشی و میزان دقت و تمرکز نیز در جدول (۵) ارائه‌شده است.

جدول۵. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بررسی اثرات بین گروهی و درون‌گروهی متغیر رفتارهای تکانشی و دقت و تمرکز

	آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	مقدار $\mathcal{F}$	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
درون‌گروهی متغیر رفتارهای تکانشی	زمان	۵۸۱/۶۹۴	۲	۲۹۰/۸۴۷	۳۱/۹۹۸	./۰۰۱	./۵۹۳	۱
	زمان × گروه	۳۸۱/۶۹۴	۲	۱۹۰/۸۴۷	۲۰/۹۹۶	./۰۰۱	./۴۸۸	۱
	خطا	۳۹۹/۹۴۴	۴۴	۹/۰۹۰	–	–	–	–
بین گروهی متغیر رفتارهای تکانشی	گروه	۳۷۳/۵۵۶	۱	۳۷۳/۵۵۶	۳/۱۵۷	./۰۱۵	./۱۹۴	۱
	خطا	۲۶۰۲/۸۸۹	۲۲	۱۱۸/۳۱۳	–	–	–	–
درون‌گروهی متغیر دقت و تمرکز	زمان	۱۲۰/۵۸۳	۲	۶۰/۲۹۲	۵/۰۹۱	./۰۱۰	./۱۸۸	۱
	زمان × گروه	۱۵۵/۰۲۸	۲	۷۷/۵۱۴	۶/۵۴۶	./۰۰۳	./۲۲۹	۱
	خطا	۵۲۱/۰۵۶	۴۴	۱۱/۸۴۲	–	–	–	–
بین گروهی متغیر دقت و تمرکز	گروه	۲۱۷/۰۱۴	۱	۲۱۷/۰۱۴	۱۱/۴۱۶	./۰۰۳	./۳۴۲	۱
	خطا	۴۱۸/۱۹۴	۲۲	۱۹۰/۰۰۹	–	–	–	–

چنان‌که در جدول (۵) مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون‌گروهی و در عامل زمان ($\mathcal{F}$ =۳۱/۹۹۸، df۲= و P<۰/۰۱) و تعامل عامل زمان و گروه ($\mathcal{F}$ =۲۰/۹۹۶، df۲= و P<۰/۰۱) نشان می‌دهد که در رفتارهای تکانشی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و تعامل زمان با دو گروه تفاوت معناداری (p<۰/۰۱) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۵۹ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۴۹ و توان آزمون برابر با ۱ است. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۵۹ و ۴۹ درصد تفاوت در رفتارهای تکانشی مربوط به اعمال متغیر مستقل (گروه آزمایش) بوده که با

۱۰۰ درصد توان تائید شده است. همچنین چنان‌که در جدول (۵) در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود در رفتارهای تکانشی تفاوت معناداری (p<۰/۰۱) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل گروه برابر با ۰/۳۵ و توان آزمون برابر با ۱ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام‌شده با ۱۰۰ درصد توان ۱۹ درصد تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل را در رفتارهای تکانشی معنادار نشان داده است. بر اساس نتایج جدول (۵) برنامه‌ی مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی بر رفتارهای تکانشی کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی تأثیر داشت (p<۰/۰۰۱). همچنین چنان‌که در جدول (۵) مشاهده می‌شود، در متغیر میزان دقت و تمرکز، در بخش اثر درون‌گروهی و در عامل زمان (F =۵/۰۹۱، df=۲ و P<۰/۰۱) و تعامل عامل زمان و گروه (F =۶/۵۴۶، df=۲ و P<۰/۰۱) نشان می‌دهد که در میزان دقت و تمرکز بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و تعامل زمان با دو گروه تفاوت معناداری (p<۰/۰۱) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۱۹ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۲۳ و توان آزمون برابر با ۱ است. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۵۶ و ۳۷ درصد تفاوت در میزان دقت و تمرکز مربوط به اعمال متغیر مستقل (گروه آزمایش) بوده که با ۱۰۰ درصد توان تائید شده است. همچنین چنان‌که در جدول (۵) در بخش اثر بین گروهی در متغیر میزان دقت و تمرکز مشاهده می‌شود در میزان دقت و تمرکز تفاوت معناداری (p<۰/۰۱) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل گروه برابر با ۰/۳۴ و توان آزمون برابر با ۱ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام‌شده با ۱۰۰ درصد توان ۳۴ درصد تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل را در میزان دقت و تمرکز معنادار نشان داده است. بر اساس نتایج جدول (۵) برنامه‌ی مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی بر میزان دقت و تمرکز کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی تأثیر داشت (p<۰/۰۰۱).

در جدول (۶) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه جفتی دو گروه آزمایش و گروه کنترل درمتغیر رفتارهای تکانشی و میزان دقت و تمرکز ارائه شده است.

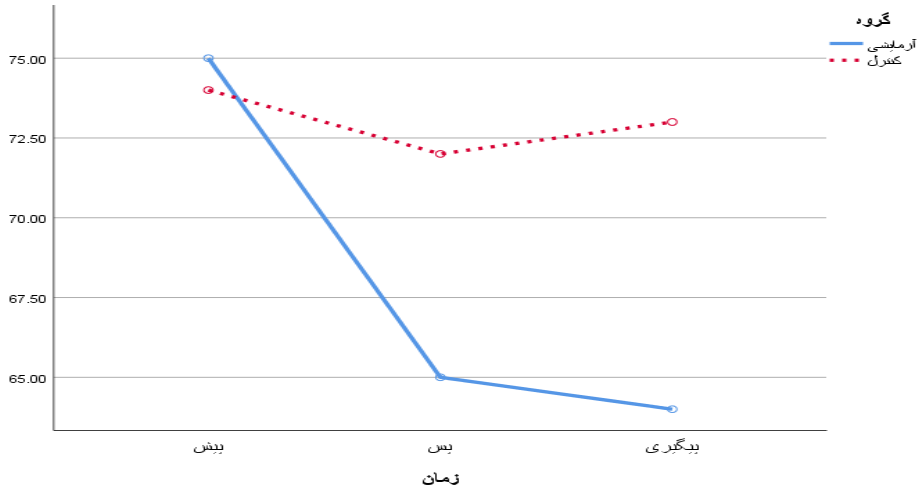
جدول٦. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین‌های اثر زمان در گروه آزمایش

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	مقدار احتمال
رفتارهای تکانشی	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۶/۲۰۸	۱/۰۵۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون – پیگیری	۵/۸۳۳	۱/۰۰۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون – پیگیری	۰/۳۷۵	۰/۳۹۵	۱
میزان دقت و تمرکز	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۳/۱۶۷	۰/۹۱۲	۰/۰۰۷
	پیش‌آزمون – پیگیری	۱/۷۰۸	۱/۱۶۰	۰/۰۴۵
	پس‌آزمون – پیگیری	۱/۴۵۸	۰/۸۸۵	۰/۳۴۱

بر اساس نتایج جدول (۶) در متغیر رفتارهای تکانشی بین پیش‌آزمون – پس‌آزمون و پیش‌آزمون – پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت (p<۰/۰۰۱) اما بین پس‌آزمون – پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت (p>۰/۰۰۱). بر

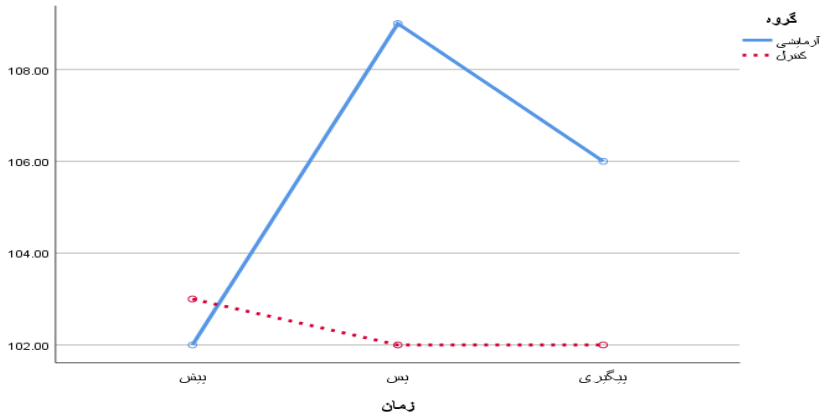
اساس نتایج جدول (۶) در مرحله پس‌آزمون برنامه‌ی مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی بر رفتارهای تکانشی کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی تأثیر داشت ($p<۰/۰۰۱$) همچنین در مرحله پیگیری چون تفاوت معناداری بین پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد، می‌توان گفت که برنامه‌ی مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی روی رفتارهای تکانشی با توجه به عدم معناداری ماندگار بوده است ($P>۰/۰۵$). همچنین بر اساس نتایج جدول (۶) در متغیر میزان دقت و تمرکز بین پیش‌آزمون – پس‌آزمون و پیش‌آزمون – پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۵$) اما بین پس‌آزمون – پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$). بر اساس نتایج جدول (۶) در مرحله پس‌آزمون برنامه‌ی مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی بر میزان دقت و تمرکز کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی تأثیر داشت ($p<۰/۰۵$) و در مرحله پیگیری چون تفاوت معناداری بین پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد، می‌توان گفت که برنامه‌ی مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی روی میزان دقت و تمرکز با توجه به عدم معناداری ماندگار بوده است ($P>۰/۰۵$).

نمودار (۱) میزان رفتارهای تکانشی در دو گروه آزمایش و کنترل را به‌صورت جداگانه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. خط آبی‌رنگ مربوط به میزان رفتارهای تکانشی در گروه آزمایش و خط قرمزرنگ نقطه‌چین مربوط به رفتارهای تکانشی در گروه کنترل است. این نمودار نشان می‌دهد که رفتارهای تکانشی در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری کاهش‌یافته درحالی‌که رفتارهای تکانشی در گروه کنترل تفاوتی نداشته است.



نمودار ۱. میزان رفتارهای تکانشی در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

به‌صورت جداگانه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. خط آبی‌رنگ مربوط به میزان دقت و تمرکز در گروه آزمایش و خط نقطه‌چین مربوط به میزان دقت و تمرکز در گروه کنترل است.



نمودار۲. میزان دقت و تمرکز در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگی

بحث

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی برنامه مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی در کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود دقت و تمرکز کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بود. نتایج نشان داد که این برنامه مشاوره‌ای، علاوه بر کاهش معنادار رفتارهای تکانشی در کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، اثرات مثبت خود را در دوره پیگیری نیز حفظ کرده است. این یافته‌ها با مطالعات حسنی و همکاران (۱۴۰۴) و میر[1] و همکاران (۲۰۲۰)، همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تنها یک مشکل فردی و عصب‌شناختی نیست، بلکه کل سیستم خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که وجود کودک مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی با افزایش تعارضات خانوادگی، استرس والدین و مشکلات بین‌فردی همراه است (بوستانی، برزگر، سامانی و سهرابی، ۱۳۹۸). این برنامه با هدف قرار دادن عوامل فردی و خانوادگی به‌صورت همزمان، این دیدگاه منظومه‌ای را به رسمیت شناخته است. در این برنامه از یک‌سو مداخلات فردی به کودک کمک می‌کند تا مهارت‌های خودتنظیمی، کنترل تکانه و کارکردهای اجرایی (لطفی، داوودی و صالحی، ۱۴۰۰) را بهبود بخشد. از سوی دیگر، مداخلات خانوادگی محیطی را فراهم می‌کند که در آن مهارت‌های آموخته‌شده توسط کودک، تقویت و تعمیم یابد.

نتایج پژوهش حسنی و همکاران (۱۴۰۴) نیز تأیید می‌کند که آموزش مدیریت رفتاری به مادران بر تکانش گری و همدلی دانش‌آموزان تأثیر دارد. بلکمن[2] (۲۰۰۳) معتقد است اثربخشی آموزش والدین در کنترل رفتارهای ناسازگار و نابهنجار فرزندانشان به‌وضوح قابل‌مشاهده است. درحالی‌که برخی از والدین ممکن است به‌خوبی قادر به یادگیری فنون به‌صورت مستقل باشند، ولی اساساً به راهنمایی و حمایت متخصصان نیاز دارند. آموزش مدیریت به والدین باعث کاهش علائم بیش فعالی

[1] Meyer

[2] Blackman

می‌شود. نتایج این پژوهش نیز آن را تأیید می‌کند (حسنی، رضایی فرد و افتخاری، ۱۴۰۴).

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که این برنامه مشاوره‌ای موجب بهبود دقت و تمرکز در کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی می‌شود و اثرات مثبت خود را در دوره پیگیری نیز حفظ کرده است. در همین راستا، پژوهش‌های اخیر مانند لیم و همکاران (۲۰۲۳) و گینگ‌جهلی[1] و همکاران (۲۰۲۳) تأثیر مثبت آموزش مهارت‌های شناختی و توجه را در کاهش علائم ADHD گزارش کرده‌اند. لطفی و همکاران (۱۴۰۰) و میر و همکاران (۲۰۲۰) نیز به نقش کلیدی مهار پاسخ در کنترل رفتارهای تکانشی در این گروه از کودکان اشاره‌کرده‌اند. همچنین با یافته‌های دکرز[2] و همکاران (۲۰۲۲)، دانا و رضایی (۱۴۰۱) و سلیمانی و همکاران (۱۳۹۲) که بر اهمیت مهارت‌های توجه، پایداری توجه و مهار پاسخ در بهبود عملکرد کودکان ADHD تأکیددارند، همخوانی دارد. مقصودلو و همکاران (۱۳۹۷) نیز دریافتند بسته آموزشی ترفندهای مدیریت شناختی کودکان را می‌توان به‌عنوان شیوه‌ای کارآمد برای بهبود کارکردهای اجرایی و کاهش نشانه‌های نقص توجه کودکان دارای نشانه‌های ADHD به کار برد.

از دیدگاه نظری نیز، بر اساس نظریه بارکلی (۲۰۱۹) کنترل شناختی به‌عنوان بخشی از کارکردهای اجرایی در رفتار سازگارانه نقش مهمی ایفا می‌کند. مداخلاتی که بر این حوزه تمرکز دارند، نه‌تنها علائم رفتاری را کاهش می‌دهند، بلکه با فعال‌سازی مجدد مدارهای عصبی نواحی پیش‌پیشانی مغز، به بازتوانی عصبی نیز کمک می‌کنند. پژوهش فیض‌اللهی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داده‌اند که ارتقای این مهارت‌ها موجب بهبود وضعیت تحصیلی کودکان می‌شود. همچنین، لطفی و همکاران (۱۴۰۰) نقش بهبود کارکردهای اجرایی را در پیشرفت تحصیلی کودکان با ADHD مورد تأکید قرار داده‌اند. در حوزه مهارت‌های اجتماعی، آموزش‌های هدفمند منجر به بهبود تعاملات بین فردی، کاهش علائم و ارتقای عملکرد تحصیلی می‌شود. گارسیاکاستلار[3] و همکاران (۲۰۲۵) نشان دادند که آموزش این مهارت‌ها موجب بهبود تعاملات اجتماعی، کاهش علائم ADHD و ارتقای عملکرد تحصیلی می‌شود. استوربو[4] و همکاران (۲۰۱۹) نیز نشان دادند که این آموزش‌ها می‌توانند به بهبود مهارت‌های اجتماعی، توانایی‌های عاطفی، رفتار عمومی، کاهش علائم ADHD و بهبود عملکرد تحصیلی کمک کنند.

در بعد خانوادگی، پژوهش‌ها تأکیددارند که وجود مرزها و قوانین خانوادگی مشخص به کاهش اضطراب و رفتارهای تکانشی کودکان کمک می‌کند. در این زمینه، مطالعاتی مانند چوکسونگام[5] و همکاران (۲۰۲۲) بر نقش ساختار واضح در خانواده، ازجمله نقش‌های مشخص و کنترل رفتاری مؤثر، در بهبود علائم ADHD تأکید کرده‌اند. از منظر نظری، نظریه ساختاری مینوچین (۱۹۷۴) نیز بر اهمیت تعادل و وضوح نقش‌ها در انسجام خانواده و رشد هیجانی کودک تأکید می‌کند.افزون بر ساختار خانواده، سلامت روان والدین نیز در کنترل و درمان مؤثر

[1] Ging-Jehli
[2] Dekkers
[3]. García Castellar
[4]. Storebo
[5]. Choksomngam

اختلال ADHD نقش کلیدی دارد. این موضوع در نظریه سیستم‌های خانواده بوئن (۱۹۷۸) نیز موردتوجه قرارگرفته است که در آن سلامت هر عضو خانواده وابسته به سایر اعضا دانسته می‌شود. یافته‌های مطالعاتی مانند رابینسون[1] و همکاران (۲۰۲۴) و بوستانی و همکاران (۱۳۹۸) نشان می‌دهند که وضعیت روانی والدین، با شدت علائم ADHD در کودکان مرتبط است و حمایت از سلامت روان والدین می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش دهد.

آموزش والدین یکی از اجزای کلیدی در موفقیت مداخلات درمانی است. نتایج مطالعات متعددی از جمله بونگاردلارسن[2] و همکاران (۲۰۲۰)، حسین‌پور و ملائی‌امجز (۱۴۰۳)، طاهر منش و معینی (۱۳۹۹) و دکرز و همکاران (۲۰۲۲) نشان داده‌اند که آموزش والدین موجب بهبود تعاملات والد–کودک و مشارکت فعال والدین در درمان می‌شود.

یکی از عوامل کلیدی در اثربخشی بالای برنامه مشاوره‌ای حاضر، ترکیب هم‌زمان مداخلات فردی و خانوادگی است. مداخلاتی که صرفاً بر کودک متمرکزند، ممکن است در فضای کنترل‌شده کلینیک موفق عمل کنند، اما در مواجهه با محیط خانواده‌ای پرتنش ناکارآمد باشند. به‌عکس، مداخلاتی که تنها والدین را آموزش می‌دهند نیز نمی‌توانند به‌تنهایی پاسخگوی نیازهای شناختی و رفتاری کودک باشند. در این برنامه، کودک به مهارت‌های لازم برای کنترل تکانه مجهز می‌شود و والدین نیز می‌آموزند چگونه محیطی پیش‌بینی پذیر، ساختارمند و حمایتگر فراهم کنند. این الگوی ترکیبی، با نتایج پژوهش ترکمان و همکاران (۱۴۰۰)، نیز همسو است که مداخلات چندوجهی را مؤثرتر از مداخلات یک‌بعدی دانسته‌اند. درمجموع، برنامه مشاوره‌ای تلفیقی حاضر می‌تواند به‌عنوان رویکردی مؤثر در کاهش رفتارهای تکانشی و افزایش تمرکز کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در نظر گرفته شود. این یافته‌ها، ضمن تأکید بر ضرورت طراحی و اجرای مداخلات چندوجهی، زمینه‌ساز پژوهش‌ها و برنامه‌ریزی‌های آینده در این حوزه خواهند بود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که برنامه مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی بر میزان رفتارهای تکانشی و دقت و تمرکز کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی مؤثر بود. مهم‌ترین محدودیت این پژوهش مربوط به اعتبار بیرونی است، چراکه جامعه آماری کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی شهر همدان بودند، لذا تعمیم‌یافته‌ها به سایر فرهنگ‌ها و شرایط با محدودیت روبرو است. شیوه نمونه‌گیری و انتخاب آزمودنی به‌صورت غیر احتمالی و هدفمند بود و ازاین‌رو، در تعمیم‌یافته‌های این پژوهش باید احتیاط کرد. بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود برنامه تدوین‌شده به‌عنوان چارچوبی عملی و کاربردی در مراکز مشاوره کودک، کلینیک‌های روانشناسی و مراکز آموزشی جهت بهبود علائم اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و ارتقای کیفیت زندگی کودکان و خانواده‌هایشان به کار گرفته شود.

سپاسگزاری

[1]. Robinson
[2].Bundgaard Larsen

مقاله حاضر از رساله دکتری نویسنده اول با کد اخلاقیIR.IAU.SDJ.REC.1403.119 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج استخرج شده است. بدین‌وسیله از همه اساتید، کودکان و خانواده‌هایشان که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود. نویسندگان مقاله حاضر هیچ‌گونه تضاد منافع و منابع مالی نداشتند.

References

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author.

Barkley, R. A. (2019). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). Guilford Press.

Barratt, E. S. (2004). Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). In *Self-report measures of impulsivity*.

Boostani, F., Barzegar, M., Samani, S., & Sohrabi Shagefti, N. (2019). Providing a model to explain family conflicts in families with children with attention deficit hyperactivity disorder. *Methods and Psychological Models*, *37*(10), 207-224. (In Persian)

Bundgaard Larsen, L., Daley, D., Lange, A. M., Sonuga-Barke, E., Thomsen, P. H., & Rask, C. U. (2020). Effect of parent training on health-related quality of life in preschool children with ADHD: A secondary analysis of data from a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *59*(9), 1005-1098.

Choksomngam, Y., Jiraporncharoen, W., Pinyopornpanish, K., Narkpongphun, A., Ongprasert, K., & Angkurawaranon, C. (2022). Associations between family functioning and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): A cross-sectional study. *Healthcare*, 10(8), 1502. Doi: 10.3390/healthcare10081502

Chuang, Y. C., Wang, C. Y., & Huang, W. L. (2022). Two meta-analyses of the association between atopic diseases and core symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Scientific Reports*, *12*, 3377. Doi: 10.1038/s41598-022-07232-1

Claussen, A. H., Holbrook, J. R., Hutchins, H. J., & Kaminski, J. W. (2024). All in the family? A systematic review and meta-analysis of parenting and family environment as risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. *Prevention Science*, *25*(2), 249-271. Doi: 10.1007/s11121-022-01358-4

Dana, A., & Rezaei, R. (2022). The effectiveness of balance training on static balance and selective attention of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, *9*(1), 151-163. Doi: 10.32598/shenakht.9.1.151 (In Persian)

Dekkers, T. J., Hornstra, R., van der Oord, S., Luman, M., Hoekstra, P. J., Groenman, A. P., & van den Hoofdakker, B. J. (2022). Meta-analysis: Which components of parent training work for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *61*(4), 478-494. Doi: 10.1016/j.jaac.2021.06.015

Delavar, A., Ebrahimi, A., & Soltani, M. (2015). Role of individual and family factors in ADHD: A meta-analysis of research in Iran. *Exceptional Individuals Quarterly*, *11*(5). (In Persian)

Di Trani, M., Ballarotto, G., Renzi, A., Sogos, C., & Tambelli, R. (2020). From emotional mutual to self-regulation in attention deficit/hyperactivity disorder: A pilot study on a sample of preschool-age children and their parents. *Psychology Hub*, *37*(3), 55-62.

Etemadi, A., Giti Pasand, Z., & Moradi, M. (2013). Effectiveness of group solution-focused therapy on reducing mother-child conflicts in mothers. *Quarterly Journal of Family Counseling and Psychotherapy*, *4*(3), 565-588. (In Persian)

Feyzollahi, J., Sadeghi, M., & Rezaei, F. (2020). Effect of cognitive-behavioral play therapy and parent management training on symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in children aged 7–11: A semi-experimental study. *Rafsanjan University of Medical Sciences Journal*, *19*(2), 155-172. (In Persian)

García Castellar, R., Sánchez Chiva, D., Roselló Miranda, B., & Flor Arasil, P. (2025). Exploring the effectiveness of combining social skills training and two parent programs in improving the social competence of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Children*, *12*(2), 132. Doi: 10.3390/children12020132

Ging Jehli, N. R., Arnold, L. E., & Van Zandt, T. (2023). Cognitive-attentional mechanisms of cooperation—with implications for attention-deficit hyperactivity disorder and cognitive neuroscience. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 23, 1545-157.

Hasani, E., Rezaei Fard, A., & Eftekhari, H. (2022). Effectiveness of parenting management training to mothers in reducing impulsivity and enhancing empathy of primary school students with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Early Childhood Health and Education*, *6*(1), 49-63. (In Persian)

Hosseinpour, N., & Malayi Amjaz, F. (2024). Effect of parent training based on Adlerian approach in ICURS on cognitive control abilities in students with ADHD in Zahedan. *Quarterly Journal of Child and Adolescent Psychotherapy Research*, *1*(1), 42-32, doi:

10.22098/rcap.2022.2135. (In Persian)

Johnston, C., & Mash, E. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review, 4*(3), 183-207.

Lim, C. G., Soh, C. P., Lim, S. S. Y., Fung, D. S. S., Guan, C., & Lee, T. S. (2023). Home-based brain–computer interface attention training program for attention deficit hyperactivity disorder: A feasibility trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 17*(1), 1-11.

Lotfi, P., Davoodi, A., & Salehi, A. (2021). Effectiveness of cognitive rehabilitation on symptoms and executive functions (planning and problem-solving) in children with ADHD. *Shafaye Khatam Neuroscience Journal, 9*(4), 21-30. (In Persian)

Maghsudloo, M., Nejati, V., & Fathabadi, J. (2018). Effectiveness of tricks for cognitive management of children (TAMESHK) on behavioral dimensions of executive functions in children at risk for ADHD symptoms. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 5*(4), 14-28. (In Persian)

Mauri, M., Grazioli, S., Crippa, A., Bacchetta, A., Pozzoli, U., & Bertella, S. (2020). Hemodynamic and behavioral peculiarities in response to emotional stimuli in children with attention deficit hyperactivity disorder: An fNIRS study. *Journal of Affective Disorders, 277*, 671-680. Doi: 10.1016/j.jad.2020.07.123

Meyer, K. N., Santillana, R., Miller, B., Clapp, W., Way, M., Bridgman-Goines, K., & Sheridan, M. A. (2020). Computer-based inhibitory control training in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Evidence for behavioral and neural impact. *PLoS ONE, 15*(11), e0241352. Doi: 10.1371/journal.pone.0241352

Mirdamadi, M., Hasanzadeh, S., Lavasani, M. G., & Vakili, S. (2022). Parenting styles of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review. *Empowerment of Exceptional Children Journal, 13*(1), 38-45. (In Persian)

Mousazadeh Moghadam, H., Arjmandnia, A., Afroz, G., & Ghabari Benab, B. (2018). Effectiveness of future-oriented working memory rehabilitation program on behavioral problems and working memory in children with ADHD. *Empowerment of Exceptional Children, 9*(2), 99-110. (In Persian)

Pelham, W. E., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 190-205.

Rahmanian, M., Agah Harris, M., Abdolhosseini, A., Rafieipour, A., & Dehbani, R. (2024). Effect of cognitive rehabilitation software

Captain Log on attention and working memory (visual/spatial and auditory) in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Quarterly Journal of Cognitive Psychology*, *12*(1), 2. (In Persian)

Robinson, L. R., Bitsko, R. H., O'Masta, B., Holbrook, J. R., Ko, J., & Barry, C. M. (2024). A systematic review and meta-analysis of parental depression, antidepressant usage, antisocial personality disorder, and stress and anxiety as risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. *Prevention Science*, *25*(Suppl 2), 272-290.

Sifret, A., Burattini, J., Cukiert, C. M., Baldochi, M., & Base-Zung, C. (2009). Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*, 1213-1226. Doi: 10.1097/00004583-199609000-00023

Soleimani, M., Motiee, S., Yaghoubi, H., & Hazrati, L. (2013). Effectiveness of cognitive training program on cognitive skills and ADHD symptoms in affected children. *Journal of Disability Studies, 3*(3), 39-49. (In Persian)

Storebo, O. J., Andersen, M. E., Skoog, M., Hansen, S. J., Simonsen, E., Pedersen, N., & Gluud, C. (2019). Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).

Tahermanesh, H., & Moeinirad, J. (2020). Effectiveness of family therapy based on cognitive-behavioral therapy on reducing attention deficit hyperactivity disorder symptoms in children: A case study. *Advances in Psychology, Educational Sciences and Training, 31*(3). (In Persian)

Torkaman, M., Kakaberaei, K., & Hosseini, S. (2021). Comparing the effectiveness of medication, neurofeedback, and integrated psychological interventions on behavioral problems of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Behavioral Sciences Research, 19*(1), 58-74. (In Persian)

Zhong, S., Wang, Y., Lai, S., Liu, T., Liao, X., Chen, G., & Jia, Y. (2018). Associations between executive function impairment and biochemical abnormalities in bipolar disorder with suicidal ideation. *Journal of Affective Disorders*, *241*, 282-290. Doi: 10.1016/j.jad.2018.08.031