



# The Effectiveness of Family-Oriented Interventions on Parents' Parenting Methods and Children's Hyperactivity Symptoms in Zanjan City

Maryam Mostafavi <sup>\*1</sup>, Masoud Hejazi <sup>2</sup>, Gholam Ali Afrooz <sup>3</sup>

<sup>1</sup> PhD Student, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> Assistant Professor, Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Humanities, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

<sup>3</sup> Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Iran

\* Corresponding author: mostafavi4568@yahoo.com

Received: 2023-08-04

Accepted: 2024-11-08

## Abstract

The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of family-oriented interventions in parents' parenting methods and reducing hyperactivity symptoms of children with attention deficit/hyperactivity disorder. This research is a semi-experimental type with a pre-test, post-test and control group design, and the statistical population was all the children of Zanjan city in the academic year of 2023 (age range 8 to 11 years). Based on this, through multi-stage cluster sampling in the form of random selection, 4 schools were selected from the 1st and 2nd education districts of Zanjan city and the students who had hyperactivity disorder were identified and 20 people were selected from among them. After homogenization according to the age, gender and level of attention deficit/hyperactivity disorder, they were divided into two experimental (10 people) and control (10 people) groups. Two experts were used to diagnose attention deficit hyperactivity disorder and then Connors parent questionnaire was used and Alabama questionnaire was used for parenting methods. Participants in the experimental group participated in parenting sessions with play therapy for 8 weeks (16 90-minute sessions) with their mothers. During this period, the control group was placed in the waiting line without any intervention, and then the post-test was performed on them. The data were analyzed using covariance analysis. The results showed that family-oriented interventions led to a significant improvement in parenting practices and a significant reduction in the symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder (with an effect intensity of 0.62) in the control group. Based on the results of the research, it can be concluded that this method is suitable to help reduce the symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and improve parenting methods.

**Keywords:** Family-oriented interventions, Parenting methods, Attention deficit/hyperactivity disorder

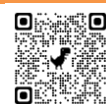
© 2019 Journal of New Approach to Children's Education (JNACE)



This work is published under CC BY-NC 4.0 license.

© 2022 The Authors.

**How to Cite This Article:** Mostafavi, M & et al. (2023). The Effectiveness of Family-Oriented Interventions on Parents' Parenting Methods and Children's Hyperactivity Symptoms in Zanjan City. *JNACE*, 5(3): 229-239.





## اثربخشی مداخلات خانواده محور بر شیوه های فرزندپروری والدین و نشانه های بیش فعالی کودکان در شهر زنجان

مریم مصطفوی<sup>۱\*</sup>، مسعود حجازی<sup>۲</sup>، غلامعلی افروز<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.  
<sup>۲</sup> استادیار، روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم انسانی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.  
<sup>۳</sup> استاد، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران.  
 \* نویسنده مسئول: mostafavi4568@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۸/۱۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۵/۱۳

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخلات خانواده محور در شیوه های فرزندپروری والدین و کاهش نشانه های بیش فعالی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی اجرا شد. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل است و جامعه آماری کلیه کودکان شهر زنجان در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ (رده سنی ۸ تا ۱۱ سال) بود. بر این اساس از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای به صورت انتخاب تصادفی، ۴ مدرسه از ناحیه ۱ و ۲ آموزش و پرورش شهر زنجان انتخاب و دانش‌آموزانی که دچار اختلال بیش فعالی بودند شناسایی و ۲۰ نفر از میان آن‌ها انتخاب شد. پس از یکسان سازی با توجه به متغیرهای سن، جنسیت و میزان اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) قرار گرفتند. برای تشخیص اختلال نقص توجه بیش فعالی از نظر دو متخصص بهره گرفته و سپس از پرسشنامه کانرز والدین و برای شیوه های فرزندپروری از پرسشنامه آلاباما استفاده شد. شرکت کنندگان در گروه آزمایش به مدت ۸ هفته (۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) به همراه مادران در جلسات فرزندپروری همراه با بازی درمانی شرکت کردند. در این مدت گروه کنترل بدون هیچ مداخله‌ای در نوبت انتظار قرار گرفتند و سپس از آن‌ها پس آزمون به عمل آمد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تحلیل شد. نتایج نشان داد که مداخلات خانواده محور منجر به بهبود معنادار شیوه های فرزند پروری و کاهش معنادار نشانه های اختلال نقص توجه/ بیش فعالی (با شدت اثر ۰/۶۲) در گروه کنترل شده است. بر اساس نتایج پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که این روش برای کمک به کاهش نشانه های اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و بهبود شیوه های فرزند پروری مناسب می‌باشد.

**واژگان کلیدی:** مداخلات خانواده محور، شیوه های فرزندپروری، اختلال نقص توجه/ بیش فعالی

تمامی حقوق نشر برای فصلنامه رویکردی نو بر آموزش کودکان محفوظ است.

شیوه استناد به این مقاله: مصطفوی، م و همکاران (۱۴۰۲). اثربخشی مداخلات خانواده محور بر شیوه های فرزندپروری والدین و نشانه های بیش فعالی کودکان در شهر زنجان. فصلنامه رویکردی نو بر آموزش کودکان، ۵(۳): ۲۳۹-۲۲۹.

### مقدمه

ترکیبی<sup>۴</sup> است [۱]. کودکان با این اختلال در یادگیری، روابط خانوادگی و تعامل اجتماعی با مشکلاتی روبرو هستند [۲]. اختلال نقص توجه بیش فعالی ۵ تا ۷ درصد از کودکان و نوجوانان را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد [۳]. شیوع

در اختلال نقص توجه/ بیش فعالی<sup>۱</sup> یک اختلال عصبی تحولی است که با بی‌توجهی، بیش فعالی و تکانشگری مشخص می‌شود و شامل سه زیرگروه، نقص توجه<sup>۲</sup>، بیش فعالی/ تکانشگری<sup>۳</sup> و نوع

این اختلال در پسران نسبت به دختران در دوران کودکی و در مردان نسبت به زنان در بزرگسالی بیشتر است [۴]. اگرچه علت اختلال نقص توجه بیش فعالی تا حد زیادی ناشناخته و پیچیده است، اما با تعاملات ژن-محیطی متعدد مشخص می‌شود [۵]. تغذیه مادر در دوران بارداری، قرار گرفتن در معرض آلودگی هوا، سموم و فلزات سنگین در دوران بارداری، زایمان زودرس، شرایط روانی اجتماعی نامطلوب، وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین به عنوان عوامل خطر اختلال نقص توجه بیش فعالی در کودکان گزارش شده است [۶].

فرزندپروری یکی از عوامل کلیدی در شکل‌گیری رفتارهای کودکان و به‌ویژه در مدیریت اختلالات رفتاری مانند بیش فعالی است. در زمینه سبک‌های فرزند پروری نظریات متعددی ارائه شده است. بر اساس مراحل ۸ گانه روانی اجتماعی اریکسون، اهداف و سبک‌های فرزندپروری والدین در مراحل مختلف رشد تغییر می‌کند، به عنوان مثال در کودکان ۵ تا ۱۱ ساله که مرحله کارایی در برابر احساس حقارت می‌باشد، هدف اصلی فرزندپروری ترقی دادن و پیشرفت کودک است [۷]. نتایج پژوهش‌های اخیر، موجب تمرکز فراوانی بر تجارب اولیه، بویژه روابط کودک با مراقب اولیه خود شده است. این پژوهش‌ها نشان داده که روابط حمایت‌کننده اولیه ی کودک-مراقب می‌تواند بویژه در زمینه مهارت‌های اجتماعی و سلامت روانی، نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد [۸] و الگوی تعامل منفی والد-کودک پیش‌بینی‌کننده مشکلات رفتاری در کودک است [۹] و این مشکلات احتمال رفتار ضداجتماعی را در اواخر کودکی یا نوجوانی افزایش داده است [۱۰]. همچنین احتمال رفتارهای پرخطر از جمله مصرف سیگار در نوجوانان اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بالاتر است.

از سوی دیگر، مشکلات رفتاری کودکان در سال‌های اولیه زندگی با رفتار و ارتباطات منفی مادر و استرس آن‌ها در ارتباط است [۱۱]. والدین این کودکان با انواع اختلال‌های افسردگی و احساس عدم کفایت مواجه می‌شوند و ارتباطات مثبت خود را با خانواده از دست می‌دهند [۱۲]. همچنین، مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعال پریشانی و اضطراب بیشتری را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند [۱۳]. در ارتباط با پریشانی و اضطراب مشاهده شده در والدین این کودکان، می‌توان شاهد تفاوت‌هایی در شیوه فرزندپروری آنها بود و مادران این کودکان در مقایسه با دیگر مادران، رفتار فرزندپروری منفی‌تری را نشان می‌دهند [۱۴].

طبق مطالعه برویدی<sup>۵</sup> و همکاران [۱۵]، والدگری توأم با هیجان‌های منفی و مدیریت ضعیف کودک منجر به مشکلات رفتاری و عاطفی در کودک می‌شود. در نتیجه استرس بالایی در روابط

والد-کودک پدید آمده و حمایت والدین از نیازهای تحولی کودک دچار مشکل می‌گردد. این امر موجب خشم، نافرمانی و اجتناب بیشتر در کودک و ناکامی در والدین می‌شود که نوعی چرخه معیوب را راه‌اندازی می‌کند و ضرورت توجه به رابطه والد-کودک و آموزش والدین در این راستا را آشکار می‌نماید. پژوهش‌های ناظمی و همکاران [۱۶] و لرنر<sup>۶</sup> و همکاران [۱۷] به اهمیت آموزش والدین به عنوان یکی از رویکردهای روانی-آموزشی کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در جهت کاهش سوء رفتار والدین و هدایت‌گری دوستانه مادران اشاره دارد. در همین راستا دانش و همکاران [۱۸] با استفاده از آموزش مهارت‌های مدیریت به مادران کودکان دچار نقص توجه-بیش‌فعالی توانستند شدت نشانه‌های اختلال کودکان را کاهش دهند.

بهره‌گیری از روش‌های جدید درمانی چون بازی درمانی با در نظر گرفتن شرایط خانواده‌ها، تأثیرگذاری چنین مداخلاتی را افزایش داده است. بر اساس نظر پیازه، کودکان تا قبل از سن یازده سالگی، توانایی شناختی برای تفکر انتزاعی را ندارند و تجربیات خود را در بازی نشان می‌دهند [۱۹]. بازی اولین شیوه‌ای است که کودکان به واسطه آن خود را ابراز کرده و با جهان پیرامون خود منطبق می‌شوند. کودکان از طریق بازی ارتباط و تعلق خاطر ایجاد کرده و در ابعاد مختلف پیشرفت می‌کنند. والدین و دیگر مراقبان با استفاده از بازی می‌توانند احساسات، انگیزه‌ها، ادراکات، افکار و رفتارهای کودک را درک کنند. همچنین بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای او تهدیدکننده است را نشان دهد [۲۰].

چون در میان اعضای خانواده راه ارتباط با کودکان از طریق کلام کمتر مقدور است و روان‌درمانی‌های معمول هم نمی‌تواند مشکلات این کودکان را حل نماید، بنابراین باید به دنبال فضایی بود که بتوان به دنیای طبیعی کودک وارد شد و مشکلات او را شناسایی کرده و کاهش داد. در این مورد بازی به عنوان یکی از فرآیندهای مهم دوران کودکی که همراه با کشفیات بی‌شمار بوده و از فعالیت‌های جدایی‌ناپذیر کودکان به شمار می‌رود و پژوهشگران بازی درمانی را بعنوان شکلی از درمان متناسب با رشد و تحول کودک می‌دانند [۲۱]. توجه به کاربرد بازی به عنوان طبیعی‌ترین فعالیت کودکان می‌تواند بر کودکان دچار کاستی توجه/فزون‌کنشی تأثیر مثبت بگذارد و باعث تحول قشر قطعه‌پیشانی گردد. بلوتسکی شیرر<sup>۷</sup> و همکاران [۲۲] با استفاده از بازی و تعامل کودکان دریافتند که نشانه‌های مشکلات رفتاری درونی و برونی‌سازی شده کودکان کاهش و توانایی یادگیری آن‌ها افزایش یافت.

زندگی کردن با مادر زیستی خود، حضور پدر و مادر در خانواده، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم برای والدین و علاقه مندی شرکت کنندگان برای مشارکت در پژوهش بود.

پس از شناسایی این کودکان، با نظر دو متخصص روانشناس و روانپزشک، پرسشنامه های کانرز نسخه والدین برای مادران فرستاده شده و ۶۰ نفر از دانش آموزان تشخیص بیش فعالی داده شده و انتخاب شدند. پس از برگزاری جلسه توجیهی برای والدین این کودکان، تعداد ۲۰ نفر از آنها اعلام آمادگی کرده و انتخاب گردیدند. در مرحله بعد به هریک از کودکان شماره شناسایی تعلق گرفته و از بین این کدها به صورت تصادفی، اعداد استخراج شده به دو گروه اختصاص می یابد و در پایان به صورت تصادفی گروه های آزمایش و کنترل مشخص گردید. این طرح شامل جایگزینی تصادفی آزمودنی ها به گروه های آزمایش و کنترل، ارزیابی و سنجش اولیه متغیرهای مورد نظر (پیش آزمون)، ارائه برنامه مداخله ای و ارزیابی و سنجش پایانی متغیرهای مورد نظر (پس آزمون) است.

### ابزارهای پژوهش

**مصاحبه بالینی:** در این پژوهش آزمودنی ها توسط یک روانپزشک و یک روانشناس مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند.

**مقیاس درجه بندی کانرز والدین:** این مقیاس دارای ۲۶ پرسش است که می توان به وسیله آن، اختلال بیش فعالی- تکانشگری را ارزیابی کرد. «بیش فعالی» این مقیاس برای محدوده سنی ۳ تا ۱۷ سالگی ساخته شده و به هر پرسش آن به صورت (هیچ وقت)، (کمی)، (تقریباً زیاد) و (زیاد) پاسخ داده می شود. و برحسب مورد، به آن ها صفر تا سه نمره داده می شود. به دست آوردن میانگین ۱/۵ یا بالاتر بر وجود اختلال «بیش فعالی» دلالت دارد. کانرز<sup>۱</sup> و همکاران [۲۷] در سال (۱۹۹۸) پایایی این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نموده اند. روایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ توسط شهاییان و همکاران [۲۸] ۰/۷۳ گزارش شده است.

**پرسشنامه فرزندپروری آلاباما:** شیوه فرزند پروری والدین از طریق پرسشنامه فرزند پروری آلاباما که توسط شلتون<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۶) [۲۹] تهیه شده است ارزیابی می شود. این آزمون، آزمونی ۴۲ سوالی است که پنج حوزه فرزندپروری را اندازه گیری می کند. این پنج حوزه عبارتند از: تنبیه بدنی، نظم و انضباط ناپایدار، نظارت ضعیف، درگیری و فرزند پروری مثبت. این مقیاس براساس مقیاس لیکرتی از هرگز (۱) تا همیشه (۵) تهیه شده که آزمودنی یا مشارکت کننده باید متناسب با رفتار خود یکی از آنها را علامت گذاری کند. همسانی درونی برای مقیاس ها از متوسط تا بالا بین دامنه ۰/۴۶ تا ۰/۸۰ توسط

نکته قابل ذکر این است که بیشترین مسئولیت و تأثیر والدین در تربیت فرزندان مربوط به دوران کودکی آنان است، زیرا در اواخر دوره نوجوانی و پس از آن نقش فرزندان در تربیت خود به شدت افزایش می یابد. ادبیات پژوهشی مربوط به عوامل ارتقاء دهنده سلامت روانی کودکان، عمدتاً بر اهمیت خانواده و روابط والدین و فرزندان تأکید دارند [۲۳]. به دلیل نقش محوری مادر در تحول روانی و عاطفی کودک، سلامت روانی مادر از بنیادی ترین عوامل شکل دهی مناسب شخصیت کودک است [۲۴]. مورفی<sup>۸</sup> (۲۰۰۷) معتقد است آموزش مادران علاوه بر سودمندی فردی و ایجاد فضایی مطلوب در خانواده، در الگوهای رفتارهای مورد قبول و اجتماعی به کودکان نیز موثر است. در نتیجه استفاده مادر از شیوه های فرزندپروری می تواند دارای پیامدهای مناسب در پرورش کودکان باشد. بر این اساس آموزش این مهارت ها به مادران را می توان از ارکان اصلاح فرآیندهای خانوادگی و سلامت خانواده تلقی کرد. نتایج پژوهش های صورت گرفته در زمینه آموزش شیوه های فرزندپروری به والدین نشان داده است که این مداخلات می تواند در کاهش مشکلات فرزندان، از جمله اختلالات رفتاری و همچنین مشکلات خود والدین موثر باشد [۲۵، ۲۶].

با توجه به افزایش شیوع اختلال نقص توجه / بیش فعالی و تأثیرات منفی آن بر کیفیت زندگی کودکان و خانواده ها، نیاز به مداخلات مؤثر احساس می شود. مداخلات خانواده محور نه تنها به کاهش نشانه های بیش فعالی کمک می کنند، بلکه می توانند روابط خانوادگی را تقویت کرده و سلامت روانی کلی خانواده را بهبود بخشند. این مداخلات به والدین این امکان را می دهند که با چالش های ناشی از این اختلال بهتر کنار بیایند و مهارت های فرزندپروری خود را بهبود بخشند؛ از این رو این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی مداخلات خانواده محور بر شیوه های فرزندپروری والدین و نشانه های بالینی اختلال نقص توجه / بیش فعالی در کودکان انجام گرفت.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، یک پژوهش کاربردی و برحسب نحوه گردآوری داده ها، از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه کودکان با اختلال نقص توجه / بیش فعالی مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰، در پایه های دوم تا پنجم دبستان های شهر زنجان بودند که از میان مدارس ابتدایی پسرانه، دو مدرسه از ناحیه ۱ و دو مدرسه از ناحیه ۲ بصورت نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند. ملاک های ورود که شامل داشتن ضریب هوشی متوسط، سن ۸ تا ۱۱ سال،

قرار گرفت. پس از جمع آوری داده های پیش آزمون، برنامه مداخله ای ارائه شد. این برنامه به صورت چهار جلسه عمومی و گروهی ۱۲۰ دقیقه ای با حضور مادران، که شامل جلسات آموزش فرزندپروری بود اجرا گردید. سپس ۱۲ جلسه بازی درمانی برای کودکان، که به صورت دو روز در هفته به مدت یک ساعت و نیم به صورت حضوری (مادر و کودک)، تحت برنامه آموزشی به شیوه بازی درمانی گروهی (گروههای سه نفره) برگزار شد و پس از پایان آموزش، همزمان پس آزمون ها اجرا گردید. شرح مختصری از برنامه آموزشی در جدول ۱ آمده است:

شلتون و همکاران [۲۹] گزارش شده است. لازم به ذکر است که در پژوهش عصمت و همکاران (۱۳۹۲) [۳۰] ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۶۲ و برای خرده مقیاسها بین دامنه ی ۰/۵۳ تا ۰/۷۹ به دست آمد که نشان دهنده ضریب پایایی بین متوسط تا بالا می باشد.

**شیوه اجرا:** در ابتدا ۲۰ نفر از کودکان مبتلا به اختلال نقص-توجه/ بیش فعالی به همراه پدران و مادرانشان به تصادف در دو گروه قرار گرفتند و ابزارهای پیش آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. گروه آزمایش در برنامه آموزشی شرکت کرد، اما گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرده و در صف مداخله گروه بعدی

جدول ۱: جلسات آموزشی برنامه غنی سازی روابط درون خانوادگی

جلسه	شیوه اجرا	اهداف	محتوا	تکلیف منزل	رفتار مورد انتظار
۱	گروهی	آشنایی با این اختلال و قوانین و اهداف برنامه	معارفه، علائم بالینی اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و عوارض احتمالی آن در صورت عدم درمان، اهمیت بهبودبخشی روابط درون خانوادگی و سبک های ارتباطی	یادداشت علائم کودک از میان مطالب گفته شده	آگاهی از علائم فرزند و نقاط قوت و ضعف کودک و مادر
۲	گروهی	انواع درمان و بازی درمانی، بازی درمانی خانواده محور، اهمیت بازی	دارودرمانی، رفتار درمانی، درمان شناختی، بازی درمانی، بازی درمانی خانواده محور، مزایای بازی درمانی و مثال هایی از انواع بازی های مناسب برای این کودکان	بازی با فرزند در منزل توسط پدر و مادر	آگاهی از نحوه برقراری رابطه با این کودکان و درک آنها
۳	گروهی	رفتارهای مناسب با کودکان دارای این نوع اختلال در زندگی و آشنایی با قوانین موجود در برنامه	بیان لیست رفتارها و تربیت صحیح با این کودکان، غیبت نداشتن در طول درمان، انجام تکالیف منزل بصورت کامل، گزارش روزانه در دفتر کار و رعایت شیوه های رفتاری	تهیه لیست رفتارهای مثبت و منفی قبلی والدین،	رعایت شیوه های رفتاری مناسب با فرزند
۴	گروهی	ارتباط مناسب والدین و آشنایی با روش های فرزندپروری	راهکارهای تربیت سالم و کاهش رفتارهای ناسالم، و پرسش و پاسخ	مرور لیست تهیه شده قبلی و اصلاح آن	رعایت شیوه های رفتاری مناسب با فرزند
۵	گروهی (مادر و فرزند)	آگاهی از شرایط کودک	شناسایی رفتارهای سالم و ناسالم در کودک و انتخاب ۲ یا ۳ ویژگی ناسالم کودک و گزینش آن رفتارها به عنوان هدف اصلاح، همراه با بازی مادر و کودک	بازی با کودک در خانه و یادداشت تعداد رفتارهای منفی	درک متقابل مادر و کودک و پذیرش اشتباهات ارتباطی
۶	گروهی (مادر و فرزند)	ارتباط مناسب طرفین	بازی مادر و کودک با نظارت پژوهشگر و صحبت درباره ارتباط مناسب با فرزند	بازی با کودک در خانه و یادداشت تعداد رفتارهای منفی	درک متقابل مادر و کودک و پذیرش اشتباهات ارتباطی
۷	گروهی (مادر و فرزند)	آگاهی از راهکارهای مؤثر	بازی تعاملی مادر و کودک با نظارت پژوهشگر و صحبت درباره تربیت سالم	اجرای راهکارهای فرزندپروری مناسب	برخورد مناسب با کودک
۸	گروهی (مادر و فرزند)	تعامل مناسب طرفین	بازی تعاملی مادر و کودک با نظارت پژوهشگر و صحبت درباره فرزندپروری	بازی با کودک در خانه و یادداشت تعداد رفتارهای منفی	درک متقابل مادر و کودک و پذیرش اشتباهات ارتباطی
۹	گروهی (مادر و فرزند)	آگاهی از شرایط کودک	بازی تعاملی مادر و کودک با نظارت پژوهشگر و صحبت درباره فرزندپروری	بازی با کودک در خانه و یادداشت تعداد رفتارهای منفی	درک متقابل مادر و کودک و پذیرش اشتباهات ارتباطی

جلسه	شیوه اجرا	اهداف	محتوا	تکلیف منزل	رفتار مورد انتظار
۱۰	گروهی (مادر و فرزند)	تعامل مناسب طرفین	بازی مادر و کودک با نظارت پژوهشگر، پیگیری روند اجرای آموخته ها، پاسخ به سؤالات و بررسی مشکلات احتمالی	اجرای راهکارهای آموخته شده به همراه بازی	بکارگیری مهارت های آموخته شده
۱۱	گروهی (مادر و فرزند)	تعامل مناسب طرفین	بازی مادر و کودک با نظارت پژوهشگر، پیگیری روند اجرای آموخته ها، پاسخ به سؤالات و بررسی مشکلات احتمالی	اجرای راهکارهای آموخته شده به همراه بازی	تکرار مهارت های آموخته شده
۱۲	گروهی (مادر و فرزند)	تعامل مناسب طرفین	بازی مادر و کودک با نظارت پژوهشگر، پیگیری روند اجرای آموخته ها، پاسخ به سؤالات و بررسی مشکلات احتمالی	اجرای راهکارهای آموخته شده به همراه بازی	تکرار مهارت های آموخته شده
۱۳	گروهی (مادر و فرزند)	تعامل مناسب طرفین	بازی مادر و کودک با نظارت پژوهشگر و پاسخ به سؤالات	اجرای راهکارهای آموخته شده به همراه بازی	تکرار مهارت های آموخته شده
۱۴	گروهی (مادر و فرزند)	برطرف کردن ابهامات	بازی مادر و کودک با نظارت پژوهشگر و پاسخ به سؤالات	اجرای راهکارهای آموخته شده به همراه بازی	تکرار مهارت های آموخته شده
۱۵	گروهی (مادر و فرزند)	برطرف کردن ابهامات	بازی مادر و کودک با نظارت پژوهشگر و پاسخ به سؤالات	اجرای راهکارهای آموخته شده به همراه بازی	تکرار مهارت های آموخته شده
۱۶	گروهی (مادر و فرزند)	برطرف کردن ابهامات	بازی مادر و کودک با نظارت پژوهشگر و پاسخ به سؤالات	اجرای راهکارهای آموخته شده به همراه بازی	تکرار مهارت های آموخته شده

## یافته ها

جدول ۲ میانگین گروه آزمایشی و گروه کنترل را در خرده مقیاس های شیوه های فرزندپروری و نشانه های بیش فعالی، در مراحل پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد.

جدول ۲: تحلیل توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه کنترل		گروه آزمایش			متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	گروه	
۲/۷۶	۲۴/۶۰	۳/۰۳	۲۴/۶۰	پیش آزمون	فرزندپروری مثبت
۲/۲۵	۲۴/۲۰	۲/۷۲	۲۶/۶۰	پس آزمون	
۲/۵۹	۱۸/۴۰	۲/۹۸	۱۹/۰۰	پیش آزمون	نظارت ضعیف
۲/۹۱	۱۸/۷۰	۲/۵۴	۱۵/۷۰	پس آزمون	
۲/۴۹	۱۸/۳۰	۳/۰۹	۱۹/۷۰	پیش آزمون	نظم ناپایدار
۲/۰۴	۱۸/۲۰	۳/۶۲	۱۶	پس آزمون	
۱/۸۹	۸/۷۰	۱/۶۴	۸/۷۰	پیش آزمون	تنبیه بدنی
۲/۴۶	۹/۴۰	۱/۹۳	۶/۸۰	پس آزمون	
۴/۰۶	۴۰/۷۰	۳/۰۶	۳۸/۴۰	پیش آزمون	درگیری مثبت
۳/۴۲	۴۱/۲۰	۴/۱۵	۴۰/۲۰	پس آزمون	
۷/۲۴	۵۶/۳۰	۹/۸۲	۶۰/۰۰	پیش آزمون	نشانه های بیش فعالی
۶/۶۹	۵۶/۶۰	۷/۵۶	۴۹/۵۰	پس آزمون	

در گروه های آزمایشی، پس از دوره آموزش (مرحله پس آزمون) است.

نتایج جدول ۲ نشان دهنده افزایش میانگین خرده مقیاس های فرزندپروری مثبت و درگیری مثبت و کاهش خرده مقیاس های نظارت ضعیف، نظم ناپایدار، تنبیه بدنی و نشانه های بیش فعالی

جدول ۳: بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

شاپیرو ویلکز		شاخص‌ها		متغیر
سطح معناداری	درجه آزادی	آماره	کشیدگی	کجی
۰/۳۵۱	۲۰	۰/۹۴۹	۰/۰۳۴	-۰/۵۲۲
۰/۸۵۷	۲۰	۰/۹۷۵	-۰/۱۹۴	۰/۴۰۶
۰/۷۸۶	۲۰	۰/۹۷۲	۰/۹۵۷	-۰/۰۴۶
۰/۵۷۸	۲۰	۰/۹۵۷	-۰/۶۵۵	-۰/۰۱۴
۰/۷۵۹	۲۰	۰/۹۷۰	۰/۰۸۹	۰/۵۰۲
۰/۵۴۶	۲۰	۰/۹۶۰	-۰/۰۳۶	۰/۵۸۰

گروه نرمال می‌باشد ( $P > ۰/۰۵$ ). همچنین میزان کجی و کشیدگی نیز گویای نرمال بودن توزیع داده‌هاست؛ پس می‌توان از روش‌های پارامتریک استفاده نمود.

برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای مورد پژوهش، از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده شد؛ نتایج نشان داد که توزیع نمرات برای همه متغیرهای مورد بررسی در هر دو

جدول ۴: بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش

متغیر	آماره	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
فرزندپروری مثبت	۰/۰۱۰	۱	۱۸	۰/۹۲۲
نظارت ضعیف	۰/۲۲۳	۱	۱۸	۰/۶۴۳
نظم پایدار	۰/۰۰۰	۱	۱۸	۱/۰۰۰
تنبیه بدنی	۰/۲۰۳	۱	۱۸	۰/۶۵۸
درگیری مثبت	۰/۰۶۶	۱	۱۸	۰/۸۰۱
نشانیان بیش‌فعالی	۰/۲۰۰	۱	۱۸	۰/۶۶۰

بررسی رعایت شده است ( $P > ۰/۰۵$ )، پس معنی برای استفاده از آمار پارامتریک وجود ندارد.

جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها در هر دو متغیر مورد پژوهش از آزمون لوین استفاده شد که نتایج بدست آمده نشان داد همگنی واریانس‌ها در هر یک از شش متغیر مورد

جدول ۶: تحلیل داده‌ها و نتایج تحلیل کوواریانس یک طرفه برای متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	میزان F	سطح معناداری	اندازه اثر
فرزندپروری مثبت	۲۸/۸۰۰	۱	۲۸/۸۰۰	۹/۰۰۰	۰/۰۰۸	۰/۵۱۴
نظارت ضعیف	۵۷/۵۸۶	۱	۵۷/۵۸۶	۱۴/۶۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۳
نظم ناپایدار	۳۵/۲۵۰	۱	۳۵/۲۵۰	۴/۴۷۰	۰/۰۰۵	۰/۲۱۳
تنبیه بدنی	۱۸/۴۲۰	۱	۱۸/۴۲۰	۳۶/۰۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷۸
درگیری مثبت	۳۶/۹۶۰	۱	۳۶/۹۶۰	۴/۵۷۰	۰/۰۴۷	۰/۲۱۳
نشانیان بیش‌فعالی	۳۳۳/۹۹	۱	۳۳۳/۹۹	۲۸/۱۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲۴

( $F = ۲۸/۱۹۱$ ) و نشانیان بیش‌فعالی ( $F = ۲۸/۱۹۱$ ) تفاوت معناداری وجود دارد.

این یافته نشان می‌دهد که میانگین نمرات فرزندپروری مثبت و نظم پایدار پس از دریافت آموزش‌های لازم، در مقایسه با گروه

نسبت  $F$  تحلیل آزمون کوواریانس با کنترل نمره پیش‌آزمون نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه در متغیرهای فرزندپروری مثبت ( $F = ۹/۰۰۰$ )، نظارت ضعیف ( $F = ۱۴/۶۳۳$ )، نظم ناپایدار ( $F = ۴/۴۷۰$ )، تنبیه بدنی ( $F = ۳۶/۰۵۵$ )، درگیری مثبت ( $F = ۴/۵۷۰$ )

منطبق با پژوهش های دانش و همکاران [۱۸]، ناظمی و همکاران (۲۰۱۰) و لرنر و همکاران [۱۷] است که با استفاده از آموزش مهارت های مدیریت به مادران کودکان دچار نقص توجه/ بیش فعالی توانستند شدت نشانه های اختلال کودکان را کاهش دهند و به اهمیت آموزش والدین به عنوان یکی از رویکردهای روانی-آموزشی کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی در جهت کاهش سوء رفتار والدین و هدایت گری دوستانه مادران اشاره کرده اند.

پس می توان اینگونه بیان نمود که روابط حمایت کننده اولیه کودک-مراقب می تواند بویژه در زمینه مهارت های اجتماعی و سلامت روانی، نقش تعیین کننده ای داشته باشد و الگوی تعامل منفی والد-کودک پیش بینی کننده مشکلات رفتاری در کودک است. مشکلات رفتاری کودکان همواره بر شرایط والدین مانند افسردگی، اضطراب و تنیدگی والدین تاثیر گذار بوده است و لذا مداخلاتی که بر این زمینه مؤثر واقع شود طبیعتاً حوزه های دیگر را نیز با تغییراتی همراه ساخته و کاهش مشکلات رفتاری کودکان در ارتقاء کیفیت زندگی والدین نیز اثر می گذارد.

یکی از دلایل تأثیر درمان خانواده محور در زمینه مشکلات رفتاری کودکان، استفاده از ابزار ارتباطی بازی و وقت گذاشتن والدین برای بودن بی قید و شرط با فرزند در راستای بازی است. محتوای این جلسات بازی به گونه ای است که پذیرش و همدلی والدین با کودک را افزایش می دهد. اغلب والدین نیز در همین زمینه با کودک شان مشکل دارند و نمی توانند دنیا را از دریچه چشم آنها بنگرند، لذا بازی ابزاری مناسب در جهت ارتباط والدین با کودکان است که به رفع نیازها و تعارضات کودکان کمک می کند. این گونه اثربخشی ها احساس های منفی والدین را نیز کاهش می دهد و از تنیدگی های مرتبط با ایفای نقش والدینی می کاهد. بنابراین نتایج بدست آمده در این تحقیق ما را به یک جنبه رهنمون می کند و آن اینکه بهبود روابط متقابل کودک و والد گسترش دهنده رفتارهای مثبت و کاهش دهنده رفتارهای منفی خواهد بود.

از جمله محدودیت های این پژوهش اجرای پژوهش بر روی پسران مقطع ابتدایی شهر زنجان بود بنابراین پیشنهاد می شود پژوهش های آتی بر روی کودکان دختر سایر شهرها اجرا شود تا روایی بیرونی پژوهش ارتقاء یابد. همچنین از آنجائیکه درمان مورد استفاده در این تحقیق بر بازی درمانی تأکید دارد، قطعاً برای کلیه والدین اعم از والدینی که با مشکلات رفتاری کودکان دست و پنجه نرم می کنند و یا خواستار بهبود ارتباط خود با کودکان هستند، تأثیر گذار خواهد بود. در مجموع باتوجه به یافته های پژوهش پیشنهاد می شود که کلیه درمانگران کودک و مشاوران خانواده از این روش برای بهبود روش های

کنترل بالاتر است و بیانگر این است که درمان خانواده محور توانسته است نقش مثبتی داشته باشد. همچنین این اثر بر روی متغیرهای نظارت ضعیف، تنبیه بدنی، درگیری و نشانگان بیش فعالی برعکس بوده و سبب کاهش هریک از این متغیرها شده است. قدرت تبیین کنندگی خانواده محور برای فرزندپروری مثبت، نظارت ضعیف، نظم ناپایدار، تنبیه بدنی، درگیری مثبت و نشانگان بیش فعالی بترتیب برابر ۰/۵۱۴، ۰/۴۶۳، ۰/۲۱۳، ۰/۶۷۸، ۰/۲۱۳ و ۰/۶۲۴ است.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخلات خانواده محور در شیوه های فرزندپروری والدین و کاهش نشانه های بیش فعالی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی اجرا شد. نتایج آزمون کوواریانس با کنترل نمره پیش آزمون نشان داد که مداخلات انجام شده بر متغیرهای فرزندپروری و نشانه های نقص توجه/ بیش فعالی مؤثر بوده است. به بیان ریگر میانگین نمرات فرزندپروری مثبت و درگیری مثبت پس از دریافت آموزش های لازم، در مقایسه با گروه کنترل افزایش داشته و بیانگر این است که درمان خانواده محور توانسته است بر متغیرهای نامبرده نقش مثبتی داشته باشد. همچنین این اثر بر روی متغیرهای نظارت ضعیف، نظم ناپایدار، تنبیه بدنی و نشانگان بیش فعالی برعکس بوده و سبب کاهش هریک از این متغیرها شده است.

از طرفی شاخص مربوط به اندازه اثر نشان داد که مداخلات انجام شده اولاً بر نشانه های بیش فعالی تأثیر زیادی داشته، که می توان گفت مداخلات انجام گرفته در پژوهش بر نشانه های بیش فعالی این کودکان و تنبیه بدنی والدین بیشترین تاثیر را داشته است. ثانیاً این مداخلات در شاخص های فرزندپروری مثبت و نظارت ضعیف نیز بسیار مؤثر بوده است. ولی در نظم ناپایدار و درگیری مثبت درگیری مثبت تأثیر کمی داشته است. در توجیه این امر باید گفت این نوع مداخلات به دلیل اینکه خانواده محور بوده و والدین را در فرآیند مداخلات درگیر نموده است، میزان نشانه های بیش فعالی را به میزان قابل توجهی کاهش داده است. در مورد تنبیه بدنی نیز باید ذکر نمود که آموزش های فرزندپروری به مادران موجب کاهش قابل قبول تنبیه بدنی از جانب مادر شده است.

این یافته ها با نتایج پژوهش های بلوتسکی شیرر و همکاران [۲۲]، فرزادفر و هومن [۳۱]، نجاتی و همکاران [۳۲] و تازیکی و مؤمنی [۳۳] همسو می باشد. چراکه همگی به این نتیجه دست یافته اند که مداخلات خانواده محور می تواند در شیوه های فرزندپروری و مشکلات فرزندان اثر مثبتی داشته باشد. همچنین

- deficit hyperactivity disorder symptoms. *Scientific reports*, 2023; 13(1): 3501.
- [4] Jung B, Ahn K, Justice C, Norman L, Price J, Sudre G, & Shaw P. Rare copy number variants in males and females with childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 2023; 28(3): 1240-1247.
- [5] Soman SM, Vijayakumar N, Ball G, Hyde C, & Silk TJ. Longitudinal changes of resting-state networks in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and typically developing children. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 2023; 8(5): 514-521.
- [6] Soler Artigas M, Sánchez-Mora C, Rovira P, Vilar-Ribó L, Ramos-Quiroga JA, & Ribasés M. Mendelian randomization analysis for attention deficit/hyperactivity disorder: studying a broad range of exposures and outcomes. *International Journal of Epidemiology*, 2023; 52(2): 386-402.
- [7] Frosch CA, Schoppe-Sullivan SJ, O'Banion DD. Parenting and child development: A relational health perspective. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2021; 15(1): 45-59.
- [8] Zablotsky B, Bradshaw CP, & Stuart EA. The association between mental health, stress, and coping supports in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 2013; 43, 1380-1393.
- [9] Richmond S, Schwartz O, Johnson KA, Seal ML, Bray K, Deane C, ... & Whittle S. Exploratory factor analysis of observational parent-child interaction data. *Assessment*, 2020; 27(8): 1758-1776.
- [10] Khoury JE, Rajamani M, Bureau JF, Easterbrooks MA, Lyons-Ruth K. Aspects of parent-child interaction from infancy to late adolescence are associated with severity of childhood maltreatment through age 18. *International journal of environmental research and public health*, 2020; 17(11): 3749.
- [11] Betts KS, Williams GM, Najman JM, & Alati R. Predicting spectrums of adult

فرزندپروری و کاهش نشانه های نقص توجه-بیش فعالی استفاده نمایند.

### موازین اخلاقی

در این مطالعه اصول اخلاق در پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان و حفظ اطلاعات محرمانه آنها رعایت گردیده است.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب قدردانی و تشکر خود را از کلیه شرکت کنندگان این پژوهش که با استقبال و بردباری، در روند استخراج نتایج همکاری نمودند، اعلام می‌دارند.

### تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ گونه تعارض منافی در انجام و نگارش آن ندارند.

### واژه نامه

1. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) / اختلال نقص توجه / بیش فعالی
2. Inattention (ADHD-I) / نقص توجه
3. Hyperactivity-impulsivity (ADHD-H) / بیش فعالی / تکانشگری
4. Combined (ADHD-C) / نوع ترکیبی
5. Broidy / برویدی
6. Lerner / لرنر
7. Bulotsky-shearer / بلوتسکی شیرر
8. Murphy / مورفی
9. Conners / کانرز
10. Shelton / شلتون

### فهرست منابع

- [1] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, (5<sup>th</sup> ed)*. Arlington: American Psychiatric. 2022.
- [2] Khare SK, & Acharya UR. An explainable and interpretable model for attention deficit hyperactivity disorder in children using EEG signals. *Computers in biology and medicine*, 2023; 155, 106676.
- [3] Choi YJ, Cho J, Hong YC, Lee DW, Moon, S, Park SJ, ... & Lim YH. DNA methylation is associated with prenatal exposure to sulfur dioxide and childhood attention-

- Theory. *Journal of Education and Practice*, 2016; 7(28): 72-79.
- [20] Taylor ME, Boyer W. Play-based learning: Evidence-based research to improve children's learning experiences in the kindergarten classroom. *Early Childhood Education Journal*, 2020; 48(2): 127-133.
- [21] Ferreira JM, Mäkinen M, de Souza Amorim K. Intellectual disability in kindergarten: possibilities of development through pretend play. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2016; 217: 487-500.
- [22] Bulotsky-Shearer RJ, Manz PH, Mendez JL, McWayne, CM, Sekino Y, Fantuzzo J W. Peer play interactions and readiness to learn: A protective influence for African American preschool children from low-income households. *Child Development Perspectives*, 2012; 6(3): 225-231
- [23] Kazdin AE, Whitley M, Marciano PL. Child-therapist and parent-therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*, 2006; 47(5): 436-445.
- [24] Barret JE. Training therapists in problem solving treatment of depressive disorders in primary care. *Families System and Health*, 2006; 18(4): 423-435.
- [25] Leijten P, Gardner F, Melendez-Torres G, Van Aar J, Hutchings J, Schultz S, ... & Overbeek G. What to teach parents to reduce disruptive child behavior: two meta-analyses of parenting program components. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2018; 58(2).
- [26] Thongseiratch T, Leijten P, & Melendez-Torres GJ. Online parent programs for children's behavioral problems: a meta-analytic review. *European child & adolescent psychiatry*, 2020; 29(11), 1555-1568.
- [27] Connors CK, Sitarenios G, Parker JD, & Epstein JN. The revised Connors' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of mania, psychosis and depression by prospectively ascertained childhood neurodevelopment. Journal of psychiatric research*, 2016; 72, 22-29.
- [12] Yurdakul Y, Şirin H, Uzun ME, Beyazit, U, Bütün Ayhan A, & Günbayi İ. A phenomenological study on the life experiences of parents of children with ADHD. *Current Psychology*, 2024; 1-15.
- [13] Alsaad AJ, Al Khamees MM, Alkadi A N, Alsaleh MA, Alshairdah AS, & Alessa, Z. AA. (2023). Factors associated with the prevalence of depression and anxiety among parents of children with neurodevelopmental disorders in Saudi Arabia. *BMC public health*, 2023; 23(1), 2320.
- [14] Craig F, Savino R, Fanizza I, Lucarelli E, Russo L, Trabacca A. A systematic review of coping strategies in parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Research in developmental disabilities*, 2020; 98, 103571.
- [15] Broidy LM, Nagin DS, Tremblay RE, Bates JE, Brame, B., Dodge KA, ... & Vitaro F. Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study. *Developmental psychology*, 2013; 39(2), 222.
- [16] Nazemi F, Mohammadkhani P, & Khoshabi K. Parent management training used in abusive parent-child interaction in children with ADHD. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2010; 5:244-249.
- [17] Lerner MD, Mikami AY, McLeod BD. The alliance in a friendship coaching intervention for parents of children with ADHD. *Behavior Therapy*, 2011; 42(3), 449-461.
- [18] Danesh A, Hakimi Z, Shamshirim M, & Saliminia N. The effectiveness of teaching behavior management skills to mothers on reducing the symptoms of attention deficit and hyperactivity disorder in their children. *Applied Psychology Quarterly*, 2014; 9(3): 25-41. [Persian]
- [19] Ahmad S, Ch, AH, Batool A, Sittar K, & Malik M. Play and Cognitive Development: Formal Operational Perspective of Piaget's

- [31] Farzadfar Z, Homan, H. The role of teaching parenting skills on reducing mothers' stress and children's behavioral problems. *Iranian Psychologist Quarterly*, 2008; 15: 292-277. [Persian]
- [32] Nejati A, Mousavi R, Roshan Chelasi R, Majmoodi Qaraei J. Effectiveness of group interventions based on parent-child relationship (CPRT) on improving parenting of mothers of 8-11-year-old children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 2015; 8(1), 37-49. [Persian]
- [33] Momeni K, Taziki T. Effectiveness of teaching positive parenting program on parent-child relationship and parental tension of students with attention deficit disorder. *Journal of Empowering Exceptional Children*, 2016; 8(21), 84-92. [Persian]
- abnormal child psychology, 1998; 26, 257-268.
- [28] Shahayian A, Shahim S, Bashash L, Yousefi F. Normization, factor analysis and reliability of short form for parents of Connors rating scale for children aged 6 to 11 years in Shiraz city. *Psychological Studies*, 2007; 3(3): 120-97. [Persian]
- [29] Shelton K, Frick, PJ, Wootton J. Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of clinical child psychology*, 1996; 25(3), 317-329.
- [30] Esmat D, Kakavand A, Saliminia A, Sabeghi L, Saheimi M. The relationship between five personality factors and parenting style in mothers of children with hyperactivity and attention deficit disorder. *Journal of New Educational Thoughts*, 2012; 10(1): 9-25. [Persian]