Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Spring 2024, Volume 10, Issue 3 10.22034/IJRN.10.3.66

The Effectiveness of Parent-child interaction Training on Mothers' Well-being and Response Inhibition of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Tayebeh Ebadi[1], Hayede Saberi[2*], Nasrin Bagheri[3]

1-Ph.D Student in Psychology from the Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.
2- Associate Professor, Department of Psychology, Roudhan Branch, Islamic Azad University, Roudhan, Iran.
3- Assistant Professor, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.

Corresponding Author: Hayede Saberi, Associate Professor, Department of Psychology, Roudhan Branch, Islamic Azad University, Roudhan, Iran.
Email: H.saberi@riau.ac.ir

Received: 2023/3/11 Accepted: 2023/8/21

Abstract

Introduction: The present study was conducted to determine the effectiveness of parent-child interaction training on psychological well-being and response inhibition of children with attention deficit hyperactivity disorder.

Methods: The current research was semi-experimental with a pre-test-post-test and follow-up design with two experimental and control groups. The statistical research population of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder who were referred to the Rastin Clinic in the 3rd district of Tehran in 1400, 30 people were selected through available sampling based on the entry criteria in the first step and then randomly in the second step. A group of 15 people, including the experimental and control groups, were replaced by ten sessions of parent-child interaction training. The sessions were weekly and the control group was placed on the waiting list. Research tools were parent-child interaction protocol, psychological well-being questionnaire (Reif, 2002), and color-word test (Stroop, 1935).

Results: The research findings showed that parent-child interaction training significantly increases the psychological well-being of mothers with children with attention deficit hyperactivity disorder and children's response inhibition ($P<0.001$).

Conclusions: The present study emphasizes the importance of parent-child interaction training in increasing the psychological well-being of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder and providing new horizons in clinical interventions. Therefore, parent-child interaction training can be used to create a positive and appropriate change in the mothers of children with attention deficit hyp eractivity disorder.

Keywords: Parent-child interactions, Psychological well-being, Response inhibition, Attention deficit hyperactivity disorder.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.66]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی
بهار ۱۴۰۳، دوره ۱۰، شماره ۳
10.22034/IJRN.10.3.66

اثربخشی آموزش تعاملات والد - کودک بر بهزیستی مادران و بازداری پاسخ کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی

طیبه عبادی[۱]، هایده صابری[۲*]، نسرین باقری[۳]

۱- دانش آموخته دکتری روانشناسی واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
۲- دانشیار گروه روانشناسی واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی،رودهن، ایران.
۳- استادیار گروه روانشناسی واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

نویسنده مسئول: هایده صابری، دانشیار گروه روانشناسی واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی،رودهن، ایران.
ایمیل: H.saberi@riau.ac.ir

دریافت مقاله: ۲۰ /۱۲/ ۱۴۰۱
پذیرش مقاله: ۳۰/ ۵/ ۱۴۰۲

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش تعاملات والد – کودک بر بهزیستی روانشناختی و بازداری پاسخ کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه – بیش فعالی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون – پس آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش مادران کودکان دارای اختلال نقص توجه – بیش فعالی مراجعه کننده به کلینیک راستین در منطقه ۳ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ که تعداد ۳۰ نفر از طریق نمونه گیری در دسترس بر اساس ملاک‌های ورود در گام اول انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری که شامل گروه آزمایش و کنترل بودند، جایگزین شدند که ده جلسه آموزش تعاملات والد – کودک دریافت کردند. جلسات به صورت هفتگی بود و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. ابزارهای پژوهش پروتکل تعاملات والد – کودک، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی (ریف، ۲۰۰۲) و آزمون رنگ – واژه (استروپ، ۱۹۳۵) بودند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد آموزش تعاملات والد – کودک به طور معناداری موجب افزایش بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه – بیش فعالی و بازداری پاسخ کودکان می شود ($P<۰/۰۰۱$)

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر بر اهمیت آموزش تعاملات والد – کودک در افزایش بهزیستی روانشناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه – بیش فعالی و ارائه افق های جدید در مداخلات بالینی تأکید دارد. بنابراین آموزش تعاملات والد – کودک می تواند با ایجاد تغییر مثبت و مناسب در مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه – بیش فعالی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: تعاملات والد – کودک، بهزیستی روانشناختی، بازداری پاسخ، اختلال نقص توجه – بیش‌فعالی.

مقدمه

رفتار والدین می‌تواند کودک را آماده فراگیری مهارت ها و استفاده از آنها کند، مهارت‌هایی که انعطاف‌پذیری کودک را بیشتر می‌کند و در حالت معکوس، آنان را بیش از پیش در معرض مشکلات قرار می‌دهد. رابطه والد – کودک نقش مهمی در آسیب‌پذیر شدن یا منعطف شدن کودکان دارد (۱). شواهد تجربی نشان داده اند که جدا از عوامل مرتبط با کودک، عوامل محیطی درآمد پایین خانواده، همسایگان، تاثیر همسالان، رسانه ها و شبکه های اجتماعی ناکافی و متغییرهای خانوادگی از قبیل والدگری ضعیف ، آشفتگی¬های

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-01]
[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.66]

زناشویی، آسیب های روانشناختی والدین از جمله پیش بینی کننده های قوی پیامدهای منفی در کودک به حساب می‌آیند (۲). در این میان تولد نوزادی با نارسایی‌های رشدی یا نوزادی که مشکلات رفتاری او بیش از حد طبیعی، مشکلاتی است که مربوط به ویژگی های رشدی کودک می‌باشد که ساختار خانواده را مختل خواهد کرد و موجب بروز تنش‌هایی در وظایف والدگری می‌شود. بخصوص در دوره حاضر که با پدیده همه گیری کرونا روبرو هستیم و این تنش‌ها می تواند در کنار استرس ناشی از این ویروس تشدید گردد (۳). از جمله مشکلات رفتاری که تاثیرات مخربی بر روی والدین دارد، اختلال نقص توجه – بیش فعالی است. این کودکان قادر به کنترل فعالیت هایشان در مواقعی که باید آنها را محدود کنند نیستند. آنها بیش از حد جنب و جوش دارند، آرام نمی‌نشینند و دائم در حال حرکت هستند، نمی توانند آرام بازی کنند و اغلب در دست ها و پا ها حالت بی‌قراری دارند (۴). کودکانی که دچار این اختلال هستند طیف گسترده ای از مشکلات را تجربه می‌کنند از جمله کاستی در مهارت های خود تنظیمی، مشکلات رفتاری و اجتماعی، نشانه هایی انگیزشی از قبیل سطح بالای پرخاشگری، نقص در حفظ توجه مستمر، کمبود انعطاف‌پذیری شناختی (۵). نارسایی بازداری پاسخ ، آسیبی اساسی در اختلال نقص توجه بیش فعالی است. بازداری پاسخ قدرتی جهت سرکوب یا لغو فعالیت رایج، پیشقدم و یا شروع شده به انسان می‌بخشد، به این معنی که پیش از انجام عمل به سنجش وضعیت و رفتار می‌پردازد. مثل جلوگیری از رد شدن از خیابان وقتی که چراغ راهنمایی قرمز است. این توانمندی جهت سازگاری فکر و عمل با یک وضعیت متغیر سریع بوده و از جمله نشانگان کنترل شناختی است (۶). تعاملی که بین بازداری و کارکردهای اجرایی وجود دارد رفتار را کنترل می‌کند. اشکال در این تعامل منجر به نارسایی توجه می‌گردد. کنترل تداخل یکی از کارکردهای بازداری است (۷). در واقع می توان گفت که نارسایی توجه نوعی پیامد ثانویه است که در اثر اختلال در کارکردهای اجرایی به وجود می‌آید یعنی آسیب به بازداری رفتاری و کنترل ضعیف باعث می شود که خودگردانی کارآمد نباشد و منجر به رفتارهای تکانشی می‌گردد. نارسایی بازداری رفتاری، باعث می‌شود تا عملکردهای اجرایی فرصت کافی برای وقوع نداشته باشند (۸). در این میان عمل خودنظارتی که مستلزم مهار پاسخ کنونی است، ایجاد تأخیر می کند و منجر می‌شود تا کارکردهای اجرایی فعال شوند و رفتار را به دور از محیط فوری و به سمت اهداف درازمدت، هدایت می‌کنند (۹). در دنیای واقعی، کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه – بیش فعالی بیشتر تحت تأثیر وقایع نزدیک و عواقب آنها قرار می‌گیرند و مشکلات قابل توجهی با عملکرد به سمت پاداش‌های دورتر یا اهداف دراز مدت دارند. فرض می شود که کارکرد اجرایی طبیعی، رفتار را به دور از «همین الان» هدایت می کند و آن را تحت کنترل و هدایت اطلاعات ارائه شده درونی قرار می دهد. بر اساس این مدل، می توان پیش‌بینی کرد که مهار رفتاری ضعیف و اختلال ثانویه در عملکرد اجرایی، منجر به رفتارهایی می‌شود که کمتر به طور درونی هدایت شده هستند، کمتر هدف دارند، کمتر توسط زمان اداره یا جهت‌دهی می‌شوند و کمتر احتمال دارد آینده گرا باشند (۱۰). در واقع، اصلی ترین مشکل این افراد ناتوانیشان در ارزیابی و نظارت بر رفتارشان می‌باشد که منجر به این می‌شود که توانایی انتظارکشیدن را نداشته باشند و بدون توجه به پیامدهای احتمالی دست به انجام کاری بزنند (۱۱). افزایش حساسیت کودک به عدم تعدیل می‌تواند بر پویایی خانواده به طور کلی تأثیر بگذارد (۱۲). کودکان دارای اختلال نقص توجه – بیش فعالی فضای خانوادگی و روابط زناشویی والدین را تحت تاثیر قرار می‌دهند؛ افسردگی، اضطراب و محدود شدن نقش والدینی، احساس عدم کفایت در تربیت فرزند، دلبستگی ضعیف عاطفی بین کودک و والد، بالا رفتن سطح تنیدگی در خانواده، منجر شود. بنابراین این اختلال نه تنها فرد، بلکه نظام یکپارچه و گسترده تر خانواده به عنوان اولین منبع مراقبتی و حمایتی برای کودکان نقص توجه – بیش فعالی محسوب می‌شود. نوع نگرش خانواده نسبت به بیماری و اختلالات عاطفی ناشی از آن تاثیر ویژه‌ای بر این کودکان دارد. یکی از مولفه‌های مهم بهزیستی روانشناختی است (۱۳). بهزیستی روانشناختی یکی از مفاهیم مثبت بهداشت بهزیستی روانی استکه به معنای فقدان عواطف منفی و رضایتمندی از زندگی است. بهزیستی روانشناختی مقوله وسیعی از پدیده‌هایی است که پاسخ های هیجانی افراد، قلمروی رضایت‌ها و ارزیابی‌های کلی از زندگی را شامل می‌شود (۱۴). بر اساس الگوی ریف بهزیستی روانشناختی از ۶ عامل تشکیل می‌شود. پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود) رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)،

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.66]

خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن) رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) (۱۵).

مداخلات موثر در درمان اختلال نقص توجه – بیش فعالی، کانون اصلی مداخلات خود را بر بهبود این نقص‌ها متمرکز می‌کنند، و در این راستا مداخلات متعددی موثر گزارش شده است؛ از جمله داروهای محرک، رفتار درمانی، آموزش روانی – اجتماعی والدین و آموزش مهارت های شناختی – اجتماعی (۱۶). یکی از بهترین این روش ها روش درمانی تعامل والد – کودک است. درمان تعامل والد – کودک مدل درمان هانف (۱۹۶۹) یک مدل دوره مرحله‌ای نظریه یادگیری اجتماعی و نظریه دلبستگی است. درمان تعامل والد – کودک شامل دو مرحله تعامل با فرزند و تعامل با والدین است. همانند دیگر برنامه های آموزش والدین مدل هانف، درمان تعامل والد – کودک شامل یک مؤلفه افزایش رابطه و یک رویکرد رفتاری برای کاهش اختلال است (۱۷). به‌طور کلی شواهد حاکی از آن است که اختلال نقص توجه – بیش‌فعالی با آشفتگی‌های خانوادگی و زناشویی، روابط ناکارآمد والد– کودک، نداشتن شناخت والدین از رفتار کودک، بهزیستی روانشناختی ضعیف مادران در فرزندپروری و آسیب روانی والدین همراه است (۱۸). آموزش تعاملات والد – کودک به عنوان متغیر مستقل در این پژوهش، علاوه بر حفظ افراد در برابر شرایط روحی، نقش بسزایی در بهزیستی روانشناختی مادران دارد (۱۹). در پژوهشی بهزیستی روانی والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه – بیش‌فعالی را در پاکستان بررسی کردند. نتایج این پژوهش نشان داد که والدین این کودکان خطر بیشتری برای آسیب شناسی روانی داشته و به ارزیابی سلامت روان احتیاج دارند. بنابراین بهزیستی روان شناختی در جنبه‌های مختلف زندگی افراد، همچون: پذیرش اجتماعی، روابط افراد، عزت نفس، صمیمیت، احساس کارامدی و برخورداری از جایگاه اجتماع، تنظیم مدیریت امور زندگی، خودمختاری، حل مسئله سهم بسزایی دارد، و به معنای قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد است (۲۰). مرور پژوهش‌های صورت گرفته حکایت از وجود مشکلات قابل توجهی در بازداری پاسخ کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه – بیش‌فعالی دارد (۲۱). به طوریکه، لی و همکاران اشاره داشتند که این کودکان اختلالات قابل توجهی در توجه انتخابی، توجه پایدار و بازداری پاسخ نشان می‌دهند (۲۲). در این راستا آموزش تعاملات والد – کودک به طور فزاینده ای به عنوان یک رویکرد مداخله ای برای افراد مبتلا به این اختلال مخصوصا در مورد علایم مرتبط با بازداری پاسخ پذیرفته شده است (۲۳). میانگین شیوع اختلال بیش فعالی در سراسر جهان به‌طورکلی تقریباً ۲/۲ درصد در کودکان و نوجوانان (کمتر از ۱۸ سال) تخمین زده می‌شود. متوسط شیوع این اختلال در بزرگسالان (۱۸ تا ۴۴ سال) به‌طورکلی تقریبا ۲/۸ درصد گزارش شده است (۲۴). شیوع بیش فعالی – نقص توجه در ایران در سنین مختلف و در گزارش‌های مختلف، متفاوت گزارش شده است. مثلاً این رقم در سنین پیش از مدرسه در مطالعات مختلف بین ۱۱ تا ۲۵ درصد، در سنین مدرسه بین ۳ تا ۱۷ درصد و در سنین بزرگسالی بین ۳/۹ تا ۲۵ درصد گزارش شده است (۲۵). از آنجا که اختلال نقص توجه – بیش فعالی در جوامع کنونی روز به روز در حال افزایش است و مادران به عنوان مراقبت کننده اصلی نقش اساسی در این حیطه دارند و با توجه به اینکه مراقبت دایمی از این کودکان باعث مشکلات روحی و روانی برای والدین می‌شود لذا ضرورت راهکارهای روان‌شناختی در این خصوص لازم می‌باشد چرا که اگر مادران شناخت درستی از اختلال کودکشان و همچنین توانایی خودشان داشته باشند کمک به سلامت خانواده و در نهایت جامعه می‌شود (۲۶). نوآوری این طرح در این است که فقط به کودک دارای نقص توجه – بیش فعالی توجه نشده بلکه به والد اصلی نگهدارنده کودک که معمولا مادر است توجه شده است. اگه مادران رضایتمندی کلی از زندگی و تعادل عاطفی لازم را داشته باشند مسلما با انگیزه و توان بیشتری به تربیت جسمی و روحی کودکشان می‌پردازند. با توجه به آنچه گفته شد در این پژوهش سعی بر این است مشخص شود که آیا آموزش تعاملات والد – کودک بر بهزیستی مادران و بازداری پاسخ کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه – بیش فعالی موثر است؟

روش‌کار

روش پژوهش نیمه ازمایشی با طرح پیش ازمون – پس ازمون و پیگیری با دو گروه ازمایش و کنترل بود و جامعه آماری شامل مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه – بیش فعالی مراجعه کننده به کلینیک راستین در منطقه ۳ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ و روش نمونه گیری این پژوهش در دسترس با توجه به معیار ورود و خروج بود. با توجه به

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.66]

اینکه در تحقیقات نیمه آزمایشی حداقل حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر است، نمونه‌ای به تعداد ۳۰ نفر انتخاب و بر اساس معیارهای ورود، در دو گروه ۱۵ نفری که شامل گروه آزمایش و کنترل بودند قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۱ ساعته به صورت هفته‌ای یک‌بار تحت برنامه آموزشی تعامل والد – کودک قرار گرفتند. بعد از اتمام جلسات آموزشی از هر دو گروه پس ازمون به عمل آمد. ازمون پیگیری بعد از یک ماه گرفته شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های زیر بودند:

الف) مقیاس بهزیستی روانشناختی

این مقیاس توسط ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. فرم کوتاه این پرسشنامه برگرفته از فرم اصلی با ۱۲۰ سؤال است. فرم کوتاه این ابزار دارای ۱۸ سؤال می‌باشد؛ مقیاس ریف شامل ۶ عامل خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود می‌باشد. مجموع نمرات این شش عامل به‌عنوان نمره کلی بهزیستی روانشناختی محاسبه می‌شود. این آزمون در یک پیوستار شش درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود. از بین کل سؤالات، چهل و چهار سؤال به‌طور مستقیم و چهل سؤال به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود (۲۷). این مقیاس در آغاز بر روی یک نمونه ۳۲۱ نفری اجرا و ضریب هماهنگی بین مقیاس‌ها بین (۰/۸۶ و ۰/۹۳) و ضریب پایایی باز آزمایی پس از شش هفته بر روی نمونه‌ی ۱۱۷ نفری بین (۰/۸۱ تا ۰/۸۶) به دست آمد (۲۸). در ایران بیانی، کوچکی و بیانی پایایی این مقیاس را مورد آزمون قرار دادند. همسانی درونی این مقیاس با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ، سنجیده شد. نتایج حاصل برای تسلط بر محیط ۰/۷۷، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۷۷، رشد شخصی ۰/۷۸، پذیرش خود ۰/۷۱، هدفمندی در زندگی ۰/۷۰ و خودمختاری ۰/۸۲ به‌دست آمد. در مطالعه حاضر برای بررسی پایایی ابزار از روش آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار ۰/۸۰ به دست آمد.

ب) آزمون رنگ – واژه استروپ

آزمون استروپ یک ابزار مناسب برای سنجش پردازش توجه و توانایی تغییر پردازش شناختی است که توسط استروپ در سال ۱۹۳۵ ساخته شد. این آزمون در شکل اصلی خود شامل چهار مرحله است (۲۹). این آزمون از چهار کارت تشکیل شده است: خواندن واژه (کارت اول)، نامیدن رنگ (کارت دوم)، خواندن واژه ها بدون توجه به رنگ (کارت سوم) و گفتن رنگ واژه ها بدون توجه به چیزی که نوشته شده است (کارت چهارم). هر کارت ۲۵ محرک را نشان میدهد که به ترتیب در ۵ سطر و ۵ ستون تنظیم شده اند. نمرات هر آزمودنی در این آزمون در دامنه ای از ۰ تا ۲۵ قرار میگیرد. ضریب پایایی بازآزمایی در تحقیق لزاک، هویسون، لورینگ، هانای (۳۰) برای زمان واکنش مرحله اول ۰/۶۰ و برای تعداد خطاهای همین مرحله ۰/۵۵ به دست آمده است. همچنین در مرحله دوم همین تحقیق زمان واکنش ضریب پایایی ۰/۸۳ و برای تعداد خطاها ضریب ۰/۷۸ گزارش شد. در مرحله سوم آزمایش ضریب پایایی برای زمان واکنش ۰/۷۹ و برای تعداد خطاها ۰/۷۹ بود (۳۰). این آزمون در طول زمان و بعد از طراحی اولیه بارها توسط محققان مورد بازنگری قرار گرفته و تنوع بسیاری یافته است، با این حال همگی در قالب آزمون استروپ طبقه بندی می شوند، همچنین اخیرا نرم افزارهای استروپ بسیار مورد توجه محققان بوده است؛ در مطالعه حاضر نیز به دلیل استفاده راحت مادران و فرزندان و توانایی انجام آن در منزل و از طریق گوشی همراه، از نسخه آنلاین این آزمون استفاده شده که شامل ارایه رنگ و کلمه می باشد، که به صورت تعداد پاسخ های صحیح، تعداد خطا و زمان واکنش سنجیده می شود؛ آزمون دارای ۲۹ بار ارایه می باشد که در ۶۰ ثانیه به اتمام می رسد، آزمودنی هر چقدر در زمان کمتر از ۶۰ ثانیه تعداد پاسخ های صحیح بالایی داشته باشد در واقع نمره بازداری پاسخ کمتری دارد. اعتبار آزمون کلاسیک استروپ از طریق بازآزمایی در دامنه ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (۳۱)، در مطالعه حاضر برای بررسی پایایی ابزار از روش بازآزمایی استفاده شد و ضریب پایایی ۰/۸۲ به دست آمد.

ج) پروتکل آموزشی تعامل والد – کودک

این پروتکل تلفیقی با درمان تعامل والد – کودک مدل درمان هانف می‌باشد. خلاصه‌ی محتوای جلسات تعامل والد – کودک، که در ۱۰ جلسه انجام شد در جدول ۱ ارائه شده است:

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.66]

جدول۱. پروتکل آموزشی تعامل والد – کودک

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
جلسه اول	آشنایی با طرح خودآگاهی	معرفی و خوش‌آمدگویی، تشریح هدف و اهمیت پروتکل آموزشی، اهمیت خودشناسی و خودآگاهی در سلامت روان خود و فرزندان، یادداشت نقاط ضعف و قوت توسط مادران، آموزش انواع حالات هیجانی و هیجانات اصلی	لیست رفتارهای فرزند که منجر به ایجاد حالات هیجانی در مادر می شود، مثل خوشحالی موقع دیدن منظم بودن فرزند. تهیه برگه هیجانات روزانه
جلسه دوم	مراقبه و آرام سازی	آموزش تمرینات مراقبه و رکلسیشین به صورت حرکات آرام کششی همراه با ریتم تنفسی، تمرین وارسی بدنی و توجه هشیارانه به محرک های اطراف (اعم از سر و صدا یا رنگ ها)	انجام مراقبه در منزل
جلسه سوم	شناخت تخصصی تر در خصوص اختلال	به کمک یک متخصص، در خصوص اختلال بیش فعالی – نقض توجه و ویژگی های این کودکان توضیحاتی ارایه می شود، در خصوص انواع این اختلالات آموزش های لازم ارایه می شود، در ادامه متخصص به سوالات هر یک از مادران در مورد اینکه فرزند آنها جزء کدام دسته تلقی می شود پاسخ داده می شود و سایر ابهامات رفع می‌گردد.	انجام تمرینات مراقبه و مطالعه در خصوص اختلال نقص توجه بر اساس جزوه آموزشی ارسال شده
جلسه چهارم	کنترل محرکی روش‌های اصلاح رفتار	بررسی اثرات پاداش و تنبیه و سیستم تقویتی به کودکان، در خصوص روش های تغییر و اصلاح رفتار همچون تکنیک پریماک، سیستم ژتونی و یا شکل دهی رفتار بحث می شود. و سپس هر یک از والدین لیستی از محرک های مرتبط با رفتار کودک خود را لیست می‌کنند.	تهیه لیستی از رفتارهای مخرب و همچنین رفتارهای هدف یا جایگزین
جلسه پنجم	مهارت همدلی مهارت های ارتباطی	شناسایی و آموزش موانع ارتباطی، نحوه گوش دادن، ابراز همدلی و آشنایی با انواع روابط کلامی و غیر کلامی. تشریح انواع سبک های تربیتی سهل گیر، مقتدر و سخت گیر	تمرین مهارت های گوش دادن انعکاسی در منزل
جلسه ششم	توجه به محرک ها و آسیب های محیطی	آموزش کنترل و تغییر محیط، ایجاد محیط شاداب و رنگی در اتاق کودک، کاهش سر و صدا در محیط خانه و شناسایی عوامل خطر در محیط اطراف کودک	شناسایی عوامل خطر در منزل و شناسایی محرک های مخل تمرکز کودک در محیط
جلسه هفتم	تمرینات افزایش توجه و دقت	آموزش افزایش توجه و دقت، تمرینات افزایش دهنده دقت و توجه کودکان	مادران برحسب امکانات موجود در منزل و توانایی انجام آن، هر کدام چند بازی را انتخاب و انجام آن در منزل
جلسه هشتم	حمایت اجتماعی	تشریح اهمیت حمایت اجتماعی به همسران، تشکیل گروه‌های مجازی تا خانواده ها ضمن احساس همدلی به هم و ایجاد حالتی از گروه درمانی، مسائل و راه های حل خود را هنگام مواجهه و راه های حل خود را هنگام واجهه به یک مشکل بیان کنند و به اشتراک بگذارند.این جلسه یک گروه مجازی تشکیل شد تا خانواده ها ضمن به یک مشکل بیان کنند و به اشتراک بگذارند.	
جلسه نهم	بازداری پاسخ	شرح اهمیت بازداری پاسخ به مادران و ارائه تمریناتی برای افزایش بازداری در پاسخ دهی	انجام این تمرینات با کودک خود در منزل، پارک یا باشگاه
جلسه دهم	مرور و جمع بندی	جمع بندی و مرور مباحث، پاسخ به سوالات مادران	

تجزیه و تحلیل داده‌ها

ابتدا در امار توصیفی میانگین و انحراف‌معیار داده‌ها اورده شد و در سطح امار استنباطی از ازمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. قبل از استفاده از ازمون تحلیل واریانس چند متغیری، پیش‌فرض‌ها با استفاده از ازمون موچلی، ام باکس و ازمون لون مورد بررسی قرار گرفت و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها

در این قسمت نخست به بیان نتایج توصیفی مرتبط با متغیرهای پژوهش پرداخته می‌شود. در ادامه این قسمت ابتدا نمرات پیش آزمون گروه کنترل و آزمایش مورد مقایسه قرار گرفت. سپس به نتایج نهایی پژوهش پرداخته شد.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.66]

جدول۲. توزیع فراوانی نمونه بر حسب تحصیلات و سن

متغیر	مقوله	فراوانی	درصد فراوانی
تحصیلات	سیکل	۱۲	۴۰
	دیپلم	۸	۲۶/۷
	فوق‌دیپلم و لیسانس	۶	۲۰
	فوق‌لیسانس و دکترا	۴	۱۳/۳
سن	۳۰-۲۰	۵	۱۶/۷
	۴۰-۳۱	۱۲	۴۰
	۵۰-۴۱	۷	۲۳/۳
	۵۱ به بالا	۶	۲۰
تعداد فرزند	اول	۱۴	۴۶/۷
	دوم	۸	۲۶/۷
	سوم	۶	۲۰
	سه به بالا	۲	۶/۷

در جدول (۳) شاخص‌های توصیفی نمونه پژوهش گزارش شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی گروه آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای متغیر بهزیستی روانشناختی و بازداری پاسخ

متغیر	گروه	وضعیت	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
بهزیستی روانشناختی	آزمایش	پیش‌آزمون	۶۳/۸۶	۱۰/۲۶	-۰/۷۷	-۰/۷۲
		پس‌آزمون	۸۳/۶۰	۱۰/۲۹	-۱/۱۲	۰/۳۶
		پیگیری	۶۳/۶۰	۹/۴۶	۰/۲۸	-۱/۲۲
	کنترل	پیش‌آزمون	۶۳/۳۳	۸/۹۴	-۱/۵۴	۱/۹۴
		پس‌آزمون	۶۴/۳۳	۱۱/۴۶	-۱/۶۵	۱/۹۱
		پیگیری	۶۵/۴۶	۱۰/۷۵	-۱/۴۹	۱/۳۸
بازداری پاسخ	آزمایش	پیش آزمون	۶۵/۵۶	۱۰/۵۶	-۰/۶۶	-۰/۶۱
		پس آزمون	۵۶/۴۷	۱۰/۲۲	-۱/۴۵	۰/۴۵
		پیگیری	۶۵/۵۲	۹/۹۸	۰/۳۱	-۱/۵۴
	کنترل	پیش آزمون	۷۰/۷۲	۹/۹۵	-۱/۶۶	۱/۸۸
		پس آزمون	۶۹/۶۶	۱۰/۲۵	-۱/۷۸	۱/۷۹
		پیگیری	۶۷/۶۸	۱۰/۱۰	-۱/۵۹	۱/۴۶

جدول فوق شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد را برای متغیر بهزیستی روانشناختی و بازداری پاسخ در دو گروه آزمایشی و کنترل و بر حسب سه دوره زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد، شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد نشانگر پراکندگی مناسب داده‌ها و شاخص‌های چولگی و کشیدکی نشانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها می‌باشد. در ادامه مفروضه‌های تحلیل آزمون واریانس بین – درون گروهی گزارش و سپس نتایج خود آزمون ارائه شده است. در جدول ۴ نتایج آزمون لون، ام باکس و موچلی برای بررسی همگنی ماتریس کواریانس در مورد متغیر بهزیستی روانشناختی و بازداری پاسخ در بین دو گروه گزارش شده است.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.66]

جدول٤. نتایج آزمون لون، ام باکس و موچلی برای بررسی همگنی ماتریس کواریانس

متغیر	لون		ام باکس		موچلی کرویت	
	F	P	M	F	W	χ^2
بهزیستی روانشناختی	۰/۱۷	۰/۶۸	۰/۹۴	۰/۴۶	۰/۷۹	۶/۲۹
بازداری پاسخ	۰/۹۲	۰/۴۱	۱۷/۷۱	۱/۳۲	۰/۹۸۹	۰/۸۸

در جدول ۴ نتایج آزمون لون، ام باکس و موچلی نشان دهنده‌ی برقراری همگنی واریانس گروه‌ها و معنادار نبودن آزمون ام باکس و ازمون کرویت موچلی برای متغیرها حاکی از برقراری شرط همگنی ماتریس‌های واریانس – کوواریانس و فرض برابری درون ازمودنی‌ها است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای بررسی تفاوت نمره‌های بهزیستی روانشناختی در سه دوره زمانی متفاوت

اثر	آماره	مقدار	F	Df	P	اندازه اثر
زمان * گروه	اثر پیلائی	۰/۴۷	۱۲/۳۷	۲و۲۷	۰/۰۱	۰/۴۸
	لامدای ویکلز	۰/۵۲	۱۲/۳۷	۲و۲۷	۰/۰۱	۰/۴۸
	اثر هوتلینگ	۰/۹۲	۱۲/۳۷	۲و۲۷	۰/۰۱	۰/۴۸
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۹۲	۱۲/۳۷	۲و۲۷	۰/۰۱	۰/۴۸

نتایج آزمون واریانس چند متغیری نشان می‌دهد که بر اساس مقدار f و لامبدای ویکلز بین سه دوره زمانی در میزان بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد، به عبارت دیگر معنی‌داری مقدار اثرات تعاملی زمان * گروه نیز نشان می‌دهد تفاوت میزان بهزیستی روانشناختی در سه دوره زمانی بر حسب سطوح گروهی (آزمایش و کنترل) نیز با هم متفاوت می‌باشد، همچنین برای بررسی معنی‌داری اثرات درون گروهی نتایج آزمون واریانس درون گروهی در جدول ۶ نیز گزارش شده است.

جدول ٦. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری درون گروهی برای بررسی تفاوت نمرات در اثرات اصلی زمان و اثرات تعاملی زمان و گروه

اثر	آماره	مجموع مجذورات	Df1	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر
زمان	گریس هوس کایزر	۱۶۲۶/۴۶	۲	۹۸۲/۱۴	۱۸/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹
زمان * گروه	گریس هوس کایزر	۱۳۲۸/۲۸	۲	۸۰۲/۰۹	۱۴/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۳۴

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت نمرات در متغیر بهزیستی روان شناختی بر اساس اثرات اصلی زمان و اثرات تعاملی زمان در گروه نیز معنی دار می‌باشد، لذا با توجه به مقادیر میانگین‌ها در جدول شاخص‌های توصیفی، نمرات پیش آزمون گروه آزمایشی (۶۳/۸۶)، در پس آزمون (۸۳/۶۰) و در پیگیری (۷۳/۸۰) می‌باشد و معنی‌داری اثرات اصلی زمان نشان می‌دهد که درمان خانواده محور بر افزایش نمرات بهزیستی روان شناختی در پس آزمون مؤثر بوده و این افزایش پایداری خود را در مرحله پیگیری نیز حفظ کرده است.

جدول زیر نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای بررسی متغیر بازداری پاسخ در سه دوره زمانی را نشان می‌دهد:

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای بررسی تفاوت نمره‌های پاسخ های صحیح در سه دوره‌ی زمانی متفاوت

اثر	آماره	مقدار	F	Df۲	P	اندازه اثر
زمان	لامدای ویکلز	۰/۵۸	۲۱/۱۲	۲ و۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱
زمان * گروه	اثر پیلائی	۰/۴۳	۲۲/۱۱	۲ و۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	لامدای ویکلز	۰/۵۷	۲۲/۱۱	۲ و۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	اثر هوتلینگ	۰/۷۵	۲۲/۱۱	۲ و۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۷۵	۲۲/۱۱	۲ و۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.66]

نتایج آزمون واریانس چند متغیری نشان می‌دهد که بر اساس مقدار f و لامبداری ویکلز بین سه دوره زمانی در میزان پاسخ های صحیح تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی معنی‌داری اثرات درون گروهی نتایج آزمون واریانس درون گروهی در جدول ۸ نیز گزارش شده است.

جدول ۸. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری درون گروهی برای بررسی تفاوت نمرات در اثرات اصلی زمان و اثرات تعاملی زمان و گروه

اثر	آماره	مجموع مجذورات	Df1	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر
زمان	مفروضه کروی بودن	۱۷۲/۴۶	۲	۲۳	۱۰/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۲۶
زمان * گروه	مفروضه کروی بودن	۱۸۶/۲۰	۲	۹۳/۱۰	۱۰/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۲۸

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که تفاوت نمرات در متغیر پاسخ هی صحیح بر اساس اثرات اصلی زمان و اثرات تعاملی زمان در گروه نیز معنی دار می‌باشد، لذا با توجه به مقادیر میانگین‌ها در جدول شاخص‌های توصیفی، نمرات پیش آزمون گروه آزمایشی (۱۳/۸۶)، در پس آزمون (۲۰/۷۳) و در پیگیری (۱۶/۶۰) می‌باشد و معنی‌داری اثرات اصلی زمان نشان می‌دهد که برنامه تعامل والد کودک بر افزایش تعداد پاسخ های صحیح کودکان بیش فعال در پس آزمون مؤثر بوده و این افزایش پایداری خود را در مرحله پیگیری نیز حفظ کرده است.

بحث

هدف مطالعه حاضر، اثربخشی آموزش تعاملات والد – کودک بر بهزیستی روانشناختی و بازداری پاسخ کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه – بیش فعالی بود. نتایج نشان داد بین نمرات پس آزمون گروه آزمایش و کنترل در بهزیستی روانشناختی و بازداری پاسخ رابطه معنی‌داری وجود دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که احتمال آموزش تعاملات والد – کودک، می‌تواند استرس ناشی از نحوه برخورد و تعامل با این فرزندان را کاهش دهد، همچنین افزایش آگاهی در خصوص اختلال بیش فعالی می‌تواند میزان استرس مادران در خصوص آینده فرزندان خود را نیز تعدیل نماید. در این زمینه مطالعه کوپنس و سئولمانز نشان داد که بخش اعظمی از استرس مادران دارای کودک بیش فعال ناشی از عدم شناخت نسبت به ویژگی‌های شخصیتی و عاطفی و شناختی این کودکان می باشد، این مادران نسبت به آینده شغلی، زناشویی و تحصیلی فرزندان خود نگران هستند این در حالی است که با آموزش و افزایش شناخت و آگاهی نسبت به این اختلال می‌توان این نگرانی‌ها را برطرف نمود (۳۲). یکی از مقولات مهم آموزشی در بسته طراحی شده مطالعه حاضر مقوله «شناخت خود» بود که در جلسات اول و دوم پروتکل به این مقوله پرداخته شد و شامل آگاهی از نقش والدینی، توجه به نیازهای عاطفی و توجه به نیازهای آموزشی مادر بود که می توانند بهزیستی روانشناختی مادران را افزایش دهند (۳۳).

با توجه به اینکه پژوهش بر روی مادران دارای فرزند اختلال نقص توجه – بیش فعالی انجام شد، توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی بر روی پدران تمرکز شود. محدودیت پژوهش حاضر استفاده از ابزار پرسشنامه بسته پاسخ بود، لذا امکان پیش‌بینی و اندازه‌گیری متغیرها به صورت کیفی مقدور نگردید. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از سایر ابزارها مثل مصاحبه استفاده گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که برنامه آموزشی مبتنی بر تعاملات والد – کودک بر بهزیستی روانشناختی و بازداری پاسخ مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه – بیش فعالی مراجعه کننده به کلینیک راستین در منطقه ۳ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تاثیر مثبتی داشته و منجر به کاهش پاسخ های نادرست و زمان واکنش شده است. همچنین کاهش تکانشگری منجر به بهبود بازداری پاسخ نیز می شود. برنامه های مرتبط با آموزش والدین و تعامل مادر کودک می تواند بر کارکردهای اجرایی و رفتارهایی مثل بازداری پاسخ یا کاهش تکانشگری نیز اثر مثبتی داشته باشد.

سپاسگزاری

از تمامی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه – بیش فعالی و کارکنان کلینیک راستین و اساتیدی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

هیچگونه تضاد منافع در این پژوهش صورت نگرفته است.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.66]

Refrences

1. Silva, L. A. D., Doyenart, R., Henrique Salvan, P., Rodrigues, W., Felipe Lopes, J., Gomes, K., ... & Silveira, P. C. Swimming training improves mental health parameters, cognition and motor coordination in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. International journal of environmental health research, 2020. 30(5), 584-592. https://doi.org/10.1080/09603123.2019.1612041
2. Rosa-Alcázar, A. I., Rosa-Alcázar, Á., Martínez-Esparza, I. C., Storch, E. A., & Olivares-Olivares, P. J. Response inhibition, cognitive flexibility and working memory in obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021. 18(7), 3642. https://doi.org/10.3390/ijerph18073642
3. Zhang, J. Shuai, L. Acute stress, behavioural symptoms and mood states among school-age children with attention-deficit/hyperactive disorder during the COVID-19 outbreak, Asian J Psychiatr. 2020. 51:102077. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102077
4. Morotti. H. Mastel, S. Autism and attention-deficit/hyperactivity disorders and symptoms in children with neurofibromatosis type 1, Dev Med Child Neurol, 2021. 63(2):226-232. https://doi.org/10.1111/dmcn.14558
5. O'Brien, J. Dowell, L. Mostofsky, S. Denckla, M. Mahone, E. Neuropsychological profile of executive function in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Clin Neuropsychol. 2019. 25(7):656-70. https://doi.org/10.1016/j.bbr.2019.03.036
6. Senderecka, M., Ociepka, M., Matyjek, M., & Kroczek, B. Short-Duration Affective States Induced by Emotional Words Improve Response Inhibition: An Event-Related Potential Study. In Neuroergonomics, 2018. 263-264. Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811926-6.00066-X
7. Siu, A. F., & Lo, J. W. Promising effect of a family rugby programme for children with ADHD: Promoting parent-child relationship and perceptual change on child's behaviors. Complementary therapies in clinical practice, 2020. 39, 101135. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101135
8. Abuhammad, S. Predictors of maternal parenting self-efficacy for infants and toddlers: A Jordanian study. Plos one, 2020. 15(11), e0241585. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241585
9. Bell, L. Scharke, W. Auditory and Visual Response Inhibition in Children with Bilateral Hearing Aids and Children with ADHD. Brain Sciences, 2020. 10.3390/brainsci10050307, 10, 5, (307). https://doi.org/10.3390/brainsci10050307
10. Gawrilow, C., & Gollwitzer, P. M. Implementation intentions facilitate response inhibition in children with ADHD. Cognitive Therapy and Research, 2018. 32(2), 261-280. https://doi.org/10.1007/s10608-007-9150-1
11. Chen, Q., Kong, Y., Gao, W., & Mo, L. Effects of socioeconomic status, parent-child relationship, and learning motivation on reading ability. Frontiers in psychology, 2018. 9, 1297. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01297
12. Ben-Naim, S. Gill, N. Parental Stress and Parental Self-Efficacy as Mediators of the Association Between Children's ADHD and Marital Satisfaction, Sage Journals. 2018. 23(5): 506-516. https://doi.org/10.1177/1087054718784659
13. Orang, S., Hashemi Razini, H., Ramshini, M., & Orang, T. Investigating the meaning of life and psychological well-being, in youth, adults, and elderly (a comparative study of three age groups). Iranian Journal of Ageing, 2018. 13(2), 182-197.(in Persian). https://doi.org/10.32598/sija.13.2.182
14. Ghazanfari, F. The Effectiveness of Positive Parenting Program (Triple-P) in Parental stress and Self Efficacy of mothers and behavioral problems of students with educable mental retardation. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, 2017. 5(1), 7-16. (in Persian). http://jms.thums.ac.ir/article-1-403-fa.html
15. Mousavi Tabshian, Azam El Sadat, Mahmoud Fakhe, Hayman. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the psychological well-being of mothers of ADHD children. Counseling and Psychotherapy Excellence Quarterly, 2016; 6(22): 33-45. (in Persian)
16. Nigg, J. T., Sibley, M. H., Thapar, A., & Karalunas, S. L. Development of ADHD: Etiology, heterogeneity, and early life course. Annual review of developmental psychology, 2020. 2, 559-583. https://doi.org/10.1146/annurev-

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.66]

devpsych-060320-093413

17. Mostafavi, Maryam, Hejazi, Masoud, Afrooz, Gholamali. The effectiveness of family-oriented sensory and motor games in reducing the clinical symptoms of children with attention deficit/ hyperactivity disorder. Women and Family Studies, 2019; 13(49): 91-105.(in Persian).
18. Haack, L. M., Villodas, M. T., McBurnett, K., Hinshaw, S., & Pfiffner, L. J. Parenting mediates symptoms and impairment in children with ADHD-inattentive type. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2016; 45(2), 155-166. https//:doi.org10.1080/15374416.201/4.958840
19. Rajabi, Fahima, Aslami, Elaha. The effectiveness of life skills training on the psychological well-being and happiness of elderly women. Psychology of Aging, 2017; 4(4): 301-312. https://jap.razi.ac.ir/article_1091.html
20. Azadi, Sara, Hashemi Nasab, Fatemeh, Ghaemi, Roya. The effectiveness of emotion regulation training on optimism and psychological well-being of mothers of children with mucopolysaccharide type 1 (Hüller syndrome). New Psychological Research Quarterly, 1401; 17(65): 1-9.
21. Hwang S, Meffert H, Parsley I, Tyler PM, Erway AK, Botkin ML, Blair RJR. Segregating sus tained attention from response inhibition in ADHD: An fMRI s tudy. NeuroImage: Clinical. 2019; 21: 101677. https://doi.org/10.1016/j.nicl.2019.101677
22. Lee HJ, Kim EH, Yum MS, Ko TS, & Kim HW. Attention profiles in childhood absence epilepsy compared with attention-deficit/hyperactivity disorder. Brain and Development. 2018; 40(2): 94-99. https://doi.org/10.1016/j.braindev.2017.09.006
23. Griffiths KR, Quintana DS, Hermens DF, Spooner C, Tsang TW, Clarke S, & Kohn MR. Sus tained attention and heart rate variability in children and adolescents with ADHD. Biological Psychology. 2017; 124: 11-20. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.01.004
24. ADHD Institute: Epidemiology. https://adhd-institute.com
25. Hakim Shooshtari, M., Shariati, B., Kamalzadeh, L., Naserbakht, M., Tayefi, B., & Taban, M. The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Iran: An updated systematic review. Medical journal of the Islamic Republic of Iran, 2021; 35, 8. https://doi.org/10.47176/mjiri.35.8
26. Yadegari, N., Sayehmiri, K., Azodi, M. Z., Sayehmiri, F., & Modara, F. The prevalence of attention deficient hyperactivity disorder among Iranian children: A meta-analysis. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 2018; 12(4). https://doi.org/10.5812/ijpbs.8990
27. Mikaili Muni, Farzaneh. Examining the factor structure of RIF psychological well-being scale among students of Urmia University. New Psychological Research Quarterly, 2011; 5(18): 143-165. (in Persian). https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4209.html
28. Bayani A A, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales . IJPCP 2008; 14 (2) :146-151. (in Persian). http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-464-en.html
29. Golden, C. J., & Freshwater, S. M. 1978. Stroop color and word test.
30. Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W., & Fischer, J. S. 2004. Neuropsychological assessment. Oxford University Press, USA.
31. Mashhad Ali, , Rasulzadeh Tabatabai Seyed Kazem, , Azadfalah Parviz, , Soltanifar Atefeh, . Comparison of response inhibition and interference control in children with attention deficit/hyperactivity disorder and normal children. Clinical Psychology, 2010; 1(2): 37-50. (in Persian).
32. Kuppens, S., & Ceulemans, E. Parenting styles: A closer look at a well-known concept. Journal of child and family studies, 2019. 28(1), 168-181. https://doi.org/10.1007/s10826-018-1242-x
33. Wolraich, M. L., Chan, E., Froehlich, T., Lynch, R. L., Bax, A., Redwine, S. T., ... & Hagan, J. F. ADHD diagnosis and treatment guidelines: a historical perspective. Pediatrics,2019. 144(4). https://doi.org/10.1542/peds.2019-1682

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.66]