



(DOI): 10.22059/JAPR.2022.331862.644027

## اثربخشی برنامه ارتقای دانش، نگرش و عملکرد با رویکرد مثبت‌نگری به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بر تعامل والد-کودک، استرس فرزندپروری و خودکارآمدی

### The Effectiveness of a Knowledge, Attitude, and Practice Promotion Program with a Positive Approach to Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder on Parent-Child Interaction, Parental Stress, and Self-Efficacy

Khadije Ghandiyani Arani  
Saeed Hasanzadeh  
Masoud Gholamali Lavasani  
Mohammad Parsa Azizi

خدیجه قندیانی آرانی\*  
سعید حسن زاده\*\*  
مسعود غلامعلی لواسانی\*\*\*  
محمدپارسا عزیزی\*\*\*\*

#### Abstract

The present study was conducted to investigate the effectiveness of the Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) support program with a positive approach to attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on parent-child interaction, parental stress, and self-efficacy. The current study is a quasi-experiment with a pre-test-post-test design and a follow-up with a control group, which is practical in terms of the purpose of the study. The study population included mothers of children aged 6-10 years with attention deficit/hyperactivity disorder in Kashan city in 2020, of which 30 subjects were randomly selected and divided into two groups of 15 subjects for test and control. The Awareness, Attitude and Practice (KAP) program, developed with a positive approach to ADHD and with a systematic review of research related to the psychological skills of these people, was taught to the mothers of the experimental group individually (3 sessions) and in groups (7 sessions); but the control group was not given training. The instruments used were the parental form of the Behavioral Rating Scale (CBRS) and the diagnostic interview based on the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM5, the Parent-Child Relationship Scale (P-CRS), Children's Self-Efficacy Questionnaire (SEQ-C), (Parenting Stress Scale PSS) and to analyze the data, the method of repeated measures analysis of variance was used, using SPSS 26. The results of the research show that the implementation of the program has a significant impact on the reduction of mothers' parenting stress and the improvement of parent-child interaction and child self-efficacy.

**Keywords:** Positivizes, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Interaction, Self-Efficacy.

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه ارتقای دانش، نگرش و عملکرد (KAP)، مبتنی بر توانمندی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD) بر روابط والد-کودک، استرس فرزندپروری و خودکارآمدی انجام شد. مطالعه حاضر شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه و از جهت هدف کاربردی است. جامعه مورد مطالعه شامل مادران کودکان ۶-۱۰ سال با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در شهر کاشان در سال ۱۳۹۹ بودند که از میان آنان ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار داده شدند. برنامه ارتقای آگاهی، نگرش و عملکرد (KAP) که با رویکردی مثبت‌نگر به ADHD و با مرور نظام‌دار پژوهش‌های مرتبط با توانمندی‌های روان‌شناختی این افراد تدوین شده بود، به مادران گروه آزمایشی به صورت انفرادی (۳ جلسه) و گروهی (۷ جلسه) آموزش داده شد، اما به گروه گواه، آموزشی ارائه نشد. ابزار استفاده شده فرم والدین مقیاس درجه‌بندی رفتاری (CBRS) و مصاحبه تشخیصی مبتنی بر ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM5)، مقیاس رابطه والد-کودک (P-CRS)، پرسشنامه خودکارآمدی کودکان (SEQ-C) و مقیاس استرس فرزندپروری (PSS) بود و برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و با نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۶) انجام گرفت. نتایج تحقیق، تأثیر معنادار اجرای برنامه را بر کاهش استرس فرزندپروری مادران، ارتقای تعامل والد-کودک و خودکارآمدی کودک نشان داد.

**واژه‌های کلیدی:** مثبت‌نگری، نارسایی توجه و بیش‌فعالی، تعامل، خودکارآمدی.

\* دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

\*\* نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

\*\*\* دانشیار گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

\*\*\*\* استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

## مقدمه

شایع‌ترین اختلالات عصبی تحولی دوران کودکی و نوجوانی، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی<sup>۱</sup> است (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۵) که در بسیاری از موارد به دوره بزرگسالی نیز منتقل می‌شود (بارکلی، ۲۰۱۴). این اختلال که تأثیر عمیقی بر زندگی هزاران کودک و خانواده آن‌ها دارد، شیوعی بین ۲ تا ۷ درصد (میانگین حدود ۵ درصد) داشته است (سایال، پارساد، دیلی، فورد و کوگیل، ۲۰۱۸). هرچند نتایج پژوهش‌های بررسی نرخ شیوع در ایران متفاوت بوده، به‌طور متوسط عدد ۸/۷۲ درصد گزارش شده است (حسن‌زاده، امرایی و صمدزاده، ۱۳۹۸). در ویرایش پنجم، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup> (DSM5)، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با سه نشانه فراگیر نارسایی توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری تعریف شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳).

مطالعات گذشته نشان داده که رفتارهای کودکان ADHD به‌عنوان محرک تنش‌زا عمل می‌کند و به‌نوبه خود بر رفتار والدین و همچنین تعامل میان والدین و کودک تأثیر می‌گذارد (لیفورد، هارولد و تاپار، ۲۰۰۸). آنها در مقایسه با کودکان عادی رفتارهای نامناسب بیشتری نشان می‌دهند و کمتر از والدین تبعیت می‌کنند (مک‌بورنت و فیفینر، ۲۰۰۸). چنین شرایطی سبب می‌شود والدین فکر کنند نمی‌توانند وظیفه خود را در قبال فرزندشان به‌درستی انجام دهند. از طرفی والدین دانش و تصور درستی از این اختلال ندارند (بوسینگ، ماسون، بل، پورتر و گراوان، ۲۰۱۲). با توجه به موارد بیان‌شده، والدگری برای کودکی که از نظر سلامتی شرایط ویژه‌ای دارد، فرایندی پیچیده و بالقوه استرس‌زا است؛ به‌طوری‌که بیش از ۶۴ درصد از والدینی که کودکانشان با اختلال یا بیماری درگیرند، دچار اختلالات استرسی هستند (هت، کورتیس، فن و مک‌فرسون، ۲۰۱۵). استرس والدگری نوعی فشار و اضطراب افراطی است که به نقش والد و تعاملات والد-کودک وابسته است (وبستر-استراتون، ۱۹۹۰) که حتی سطح اندکی از استرس می‌تواند این تعامل را به خطر بیندازد (آبیدین، ۱۹۹۰). از سوی دیگر هیمن، اولنیک و ادن (۲۰۱۵) و هارتر (۲۰۱۵) بیان می‌کنند که کودکان و نوجوانان به‌دلیل افزایش باور کمبود شایستگی در خود دچار احساس حقارت و افت خودکارآمدی می‌شوند که می‌تواند بر موفقیت اجتماعی، تحصیلی و رشد عاطفی آن‌ها تأثیر منفی بگذارد (رجبی، ابوالقاسمی، نریمانی و قائمی، ۱۳۹۱).

یکی از روش‌های برتر برای درمان این اختلال، آموزش والدین کودکان ADHD است. پژوهش‌های بسیاری بر تکنیک آموزش والدین کودکان ADHD تمرکز داشته‌اند و نتایج مثبتی نیز بر متغیرهای مورد نظر خود گزارش داده‌اند، ولی برنامه‌هایی که تاکنون برای آموزش والدین دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، تدوین و اجرا شده اغلب مبتنی بر اصول اصلاح رفتار هستند و تأکیدشان بر آموزش والدین در زمینه افزایش فرمانبرداری کودکان است (علیزاده، ۱۳۹۱). از طرفی دانش ناکافی و نگرش منفی به

1. Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD)

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

3. American Psychiatric Association (APA)

ADHD و درمان آن در بین والدین موجب اجرای شیوه‌های فرزندپروری نامطلوب می‌شود (زوی، جونز، سورگارد، یورک و آدنیس، ۲۰۱۱).

از برنامه‌های آموزشی والدین، برنامه دانش، نگرش و عملکرد، موسوم به KAP<sup>۱</sup> است (سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). این برنامه‌ها با افزایش میزان دانش و تغییر نگرش به موضوع مورد بررسی، تغییراتی را در رفتار ایجاد می‌کنند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸). بدین ترتیب اگر والدین درمورد کودکان ADHD آموزش ببینند و دانش و نگرش مطلوب‌تری به توانمندی این افراد داشته باشند، با این کودکان رفتارهای آگاهانه و مناسبی خواهند داشت و پذیرش و تحمل که شرط لازم برای برقراری تعامل مثبت است، در والدین این کودکان افزایش خواهد یافت (بارکلی، ۲۰۰۶).

در قرن بیستم، روان‌شناسی مثبت‌نگر برای دوری از تمرکز روی ضعف‌های بیماران، به جنبه‌های مثبت، کارآمد و توانایی افراد توجه کرد. در این راستا لچ (۲۰۱۸) بیان کرد صفات مثبت افراد دارای نارسایی توجه/بیش‌فعالی ممکن است نقص‌های مرتبط با این بیماری را جبران کند، ولی بسیاری از متخصصان از دیدگاه آسیب‌شناسی به این اختلال می‌نگرند و فقط به نقاط منفی آن توجه می‌کنند. این دیدگاه سبب می‌شود متخصصان از ویژگی‌های شناختی مثبت این اختلال که برای مقابله با چالش‌هایشان مهم است، غافل شوند (کویل، ۲۰۰۳). از نشانه‌های مثبت بارز این اختلال می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: خلاقیت<sup>۳</sup> (بوت، نویکا و بالاس، ۲۰۲۰؛ کریستینسون و اندرسون، ۲۰۱۷؛ زافی، ریس، رنزولی و کافمن، ۲۰۱۷؛ وایت و شاه، ۲۰۰۶؛ وایت و شاه، ۲۰۱۱؛ قندیانی، ۱۳۸۸)، کارآفرینی<sup>۴</sup> (ورهل و همکاران، ۲۰۱۶)، بیش‌تمرکز<sup>۵</sup> (هاپفلد، آباگیس و شاه، ۲۰۱۸؛ اوزیل کیزیل و همکاران، ۲۰۱۶؛ اوزل کیزیل و همکاران، ۲۰۱۳؛ اسکالر، ۲۰۱۳؛ گودوین و اوبرکر، ۲۰۱۱؛ تراویس، ۲۰۱۰؛ کانر، ۱۹۹۴)، تاب‌آوری (سدویچ، مروود و آشرسون، ۲۰۱۹؛ دی‌شپیرو و همکاران، ۲۰۱۵؛ ارچر، ۲۰۱۵؛ ویلمشرث و پیل، ۲۰۱۱)، انرژی بالا (سدویچ، مروود و آشرسون، ۲۰۱۹؛ دی‌شپیرو و همکاران، ۲۰۱۵؛ ارچر، ۲۰۱۵؛ وانست، هریسون و رینولدز، ۲۰۱۲؛ هونوس وب، ۲۰۱۰)، توانایی انجام چند تکلیف هم‌زمان<sup>۱</sup> (دی‌شپیرو و همکاران، ۲۰۱۵؛ وانست، هریسون و رینولدز، ۲۰۱۲)، تخصص هنری مانند نویسندگی، نقاشی، موسیقی و بازیگری (لی، سئو و باهن، ۲۰۲۰)، شوخ‌طبعی، تشخیص احساسات، توانایی شروع مکالمات اجتماعی (سدویچ، مروود و آشرسون، ۲۰۱۹)، پشتکار، تفکر و تصمیم‌گیری سریع (دی‌شپیرو و همکاران، ۲۰۱۵)، خلق ایده‌هایی بدون محدودیت، روحیه ماجراجو، حس شوخ‌طبعی، کنجکاو و ریسک‌پذیری (ارچر، ۲۰۱۵)، توانایی شهودی و درک محیط، توانایی مدیریت (گریسون، ۲۰۱۵)، توانایی عملکرد خوب در محیط‌های شلوغ و پرتحرک، جهش سریع در فعالیت‌های قبلی و بعدی (وانست، هریسون و رینولدز، ۲۰۱۲). پژوهش‌های انجام‌شده در حیطه ویژگی‌های مثبت در اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نشان

1. Knowledge, Attitude and Practice (KAP)
2. World Health Organization (WHO)
3. creativity
4. entrepreneurship
5. hyper focus

می‌دهد علی‌رغم نشانه‌های اصلی این اختلال، افراد مبتلا می‌توانند در زمینه‌های متعدد عملکرد نسبتاً خوبی داشته باشند (لچ، ۲۰۱۸).

با توجه به نگرانی‌ها و دید منفی‌ای که والدین از منظر پزشکی به کنترل این اختلال با داروهای تجویزی دارند (بارکلی، ۲۰۱۴) و عدم تأثیر مطلوب روش‌های اصلاح اصول رفتار و افزایش فرمانبرداری در این کودکان (علیزاده، ۱۳۹۱)، نیاز به ایجاد شیوه آموزشی مطلوب در کنترل این اختلال که بتواند نگرانی‌های والدین را کاهش دهد و تأثیر مطلوبی بر این افراد داشته باشد، بیش از پیش احساس می‌شود. از طرفی توانمندی‌های افراد از بهترین عوامل جلوگیری از آسیب‌های روانی و مشکلات رفتاری هستند (سلیگمن، ۲۰۱۱) و تقریباً هیچ تحقیق تجربی در مورد درمان و آگاهی‌سازی در زمینه جنبه‌های مثبت ADHD یافت نشده است (سدویچ، مروود و آشرسون، ۲۰۱۹)؛ بنابراین مطالعه حاضر با توجه به برطرف کردن خلأ پژوهشی و ایجاد نوآوری در این حیطه، با ایجاد شیوه جدید آموزشی مبتنی بر ارتقای دانش، نگرش و عملکرد با رویکرد مثبت به توانمندی‌های این افراد، آموزش‌های والدین را به سمت آگاهی‌بخشی با نگاه مثبت هدایت می‌کند. همچنین به این سؤال پاسخ می‌دهد که آیا برنامه تدوین‌شده ارتقای دانش، نگرش و عملکرد (KAP) با رویکرد مثبت‌نگر به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بر استرس فرزندپروری مادران، تعامل والد-کودک و خودکارآمدی کودک مؤثر است.

## روش

### جامعه، نمونه و روش اجرا

طرح پژوهش حاضر از نوع ترکیبی (کیفی و کمی) است. چارچوب بخش کیفی پژوهش از مطالعه مروری سیستماتیک ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی افراد دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شکل گرفت و در ادامه با استفاده از روش دلفی، در چندین مرحله، برنامه ارتقای دانش، نگرش و عملکرد تدوین شد. بخش کمی، پارادایمی اثبات‌گرایانه دارد و نیازمند رویکردی استدلالی از نوع قیاسی است. براساس این استدلال، رویه‌های کمی را برای انجام پژوهش با راهبرد شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل به کار گرفتیم. جامعه مورد مطالعه، شامل مادران دارای کودک با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شش تا ده‌ساله بود که به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی آموزش و پرورش کاشان طی سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ مراجعه کرده بودند. با توجه به اینکه حجم نمونه در طرح‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی برای گروه‌های مورد مطالعه معمولاً بین ۷ تا ۱۵ نفر در نظر گرفته می‌شود. حجم نمونه پژوهش حاضر با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند، شامل ۳۰ والد دارای کودک با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه انتظار با جایگزینی تصادفی) بود.

برای شناسایی افراد نمونه تحقیق، با مراجعه به کلینیک‌ها، از مادرانی که سابقه مراجعه به کلینیک‌های مشاوره شهر کاشان برای مشکل ADHD کودکان داشتند، فهرستی تهیه شد و سپس با برقراری تماس و هماهنگی با این مادران، پرسشنامه گزارش والد کودکان کانرز (به‌منظور تشخیص اولیه اختلال نارسایی

توجه/بیش‌فعالی) برای ۴۰ نفر از آن‌ها که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند، ارسال شد و بعد از تکمیل و جمع‌آوری، اطلاعات پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت. در گام بعدی، از مادرانی که کودکانشان حدنصاب نمره تشخیصی ADHD را به‌دست آورده بودند، برای انجام مصاحبه تشخیصی براساس DSM5 به‌صورت انفرادی، دعوت به عمل آمد. پس از تحلیل مجدد اطلاعات نمونه‌های تحقیق، افرادی که شاخص‌های ورود به مطالعه را نداشتند، حذف شدند. درنهایت ۳۰ نفر از مادران دارای کودک اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و کنترل) قرار گرفتند. هر دو گروه براساس ویژگی سن، دارو و تحصیلات مادران هم‌تا شدند. اجرای این پژوهش در دو مرحله صورت گرفت: مرحله اول تدوین برنامه‌ای با رویکرد مثبت‌نگر به ویژگی‌های روان‌شناختی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است. مرحله دوم برنامه تدوین‌شده برای گروه آزمایش اجرا و اثربخشی آن بررسی شد.

### ابزار سنجش

داده‌های پژوهش از بخش اطلاعات جمعیت‌شناختی کودک و خانواده، شامل پایه تحصیلی، سن، جنس، وضعیت مصرف دارو توسط کودک و وضعیت تحصیلات والدین، مقیاس رابطه والد-کودک پیانتا<sup>۱</sup> (P-CRS)، پرسشنامه خودکارآمدی کودکان و نوجوانان موريس<sup>۲</sup> (SEQ-C) و مقیاس استرس فرزندپروری بری و جونز<sup>۳</sup> (PSS) به‌دست آمدند.

### فرم کوتاه و تجدیدنظرشده مقیاس درجه‌بندی کانرز-والدین<sup>۴</sup> (CPRS)

این پرسشنامه دارای ۲۷ سؤال است که توسط مادران تکمیل شده و دارای چهار زیرمقیاس مخالفت‌جویی (۶ سؤال)، مشکلات شناختی-بی‌توجهی (۶ سؤال)، بیش‌فعالی (۶ سؤال) و شاخص بیش‌فعالی کمبود توجه (۱۲ سؤال) است. ضرایب اعتبار درونی (روایی) از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ و ضریب بازآزمایی (پایایی) با هشت هفته فاصله، ۰/۶۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (شهائیان، شهیم، بشاش و یوسفی، ۱۳۸۶).

### مقیاس رابطه والد-کودک پیانتا (P-CRS)

این مقیاس توسط پیانتا برای اولین بار در سال ۱۹۹۲ ساخته شد و شامل ۳۳ گویه است که ادراک والدین را درمورد رابطه خود با کودکشان می‌سنجد. مقیاس توسط طهماسیان (۱۳۸۶) ترجمه و روایی محتوی آن توسط متخصصان ارزیابی شد (ابارشی، طهماسیان، مظاهری و پناغی، ۱۳۸۸). دریسکول و پیانتا (۲۰۱۱) در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ (پایایی) این پرسشنامه را در هریک از مؤلفه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به‌ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۹ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند.

1. Pianta Parent-Child Relationship Scale (P-CRS)
2. Morris Standard Child and Adolescent Self-Efficacy Questionnaire (SEQ-C)
3. Barry and Jones Parenting Stress Scale (PSS)
4. Conner's Parents Rating Scale (CPRS)

**پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی کودکان و نوجوانان (SEQ-C): موریس (۲۰۰۱)**  
این پرسشنامه دارای ۲۳ سؤال و سه مؤلفه خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و خودکارآمدی هیجانی براساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت است. روایی محتوایی و صوری این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده و ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این پرسشنامه ۰/۸۹ است. در این تحقیق، منظور از خودکارآمدی نمره‌ای است که پاسخ‌دهندگان به سؤالات ۲۳ گویه‌ای پرسشنامه خودکارآمدی می‌دهند. امتیازات خود را از ۲۳ عبارت فوق با یکدیگر جمع کنید. حداقل امتیاز ممکن ۲۳ و حداکثر ۱۱۵ خواهد بود.

نمره بین ۲۳ تا ۳۸: میزان خودکارآمدی در حد پایینی است.

نمره بین ۳۸ تا ۷۶: میزان خودکارآمدی در حد متوسطی است.

نمره بالاتر از ۷۶: میزان خودکارآمدی در حد بالایی است (طهماسیان، ۱۳۸۶).

#### **مقیاس استرس فرزندپروری بری و جونز (PSS)**

مقیاس استرس فرزندپروری (بری و جونز، ۱۹۹۵) به صورت ویژه برای ارزیابی استرس والدین کودکان معلول، کودکان دارای اختلالات رفتاری یا مبتلا به بیماری‌های مزمن طراحی شده است. این مقیاس در ایران توسط حسن‌زاده (۱۳۹۱) به فارسی ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن بررسی شده است. سازندگان مقیاس، اعتبار درونی (روایی) و اعتبار آزمون-پس‌آزمون (پایایی) این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (بری و جونز، ۱۹۹۵). این مقیاس دارای ۱۸ گویه است که توسط والدین پاسخ داده می‌شود. در واقع گویه‌ها خوشایند بودن و جنبه‌های مثبت وظایف والدینی و همچنین جنبه‌های منفی آن را مورد توجه قرار می‌دهند. از والدین خواسته می‌شود موافقت یا عدم موافقت خود را با هر گویه براساس رابطه‌ای که به طور معمول با فرزند خود دارند، در یک مقیاس لیکرت شامل کاملاً مخالف (یک نمره)، مخالف (دو نمره)، نظری ندارم (سه نمره)، موافق (چهار نمره) و کاملاً موافق (پنج نمره) اعلام کنند. هشت گویه یعنی گویه‌های ۱، ۲، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۷، ۱۸ به صورت معکوس و بقیه به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره در این مقیاس ۱۸ و حداکثر ۹۰ است. هرچه نمره در این مقیاس بالاتر باشد، نشانگر استرس بیشتر در والدین است.

**جدول ۱. متغیرها، مؤلفه‌ها و شاخص‌های تحقیق**

| پرسشنامه/مقیاس   | متغیر           | مؤلفه‌ها   | شاخص‌ها  |
|--|-----------------|--|--|
| پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی کودکان و نوجوانان (SEQ-C) موریس (۲۰۰۱) | خودکارآمدی      | خودکارآمدی اجتماعی<br>خودکارآمدی تحصیلی<br>خودکارآمدی هیجانی | سؤالات ۱ تا ۸<br>سؤالات ۹ تا ۱۶<br>سؤالات ۱۷ تا ۲۳                     |
| مقیاس رابطه والد-کودک پیاننا (P-CRS)                                 | رابطه والد-کودک | تعارض<br>عامل نزدیکی<br>عامل وابستگی                         | سؤالات ۲، ۴، ۷، ۱۲، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۳۱، ۳۲، ۳۳ |
| مقیاس استرس فرزندپروری (PSS)   | استرس والدین    | -  | سؤالات ۱، ۳، ۵، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۲۲، ۲۳، ۲۹، ۳۰                          |
|  |                 |  | سؤالات ۶، ۹، ۱۱، ۱۵، ۲۰ و ۲۶<br>سؤالات ۱ تا ۱۸                         |

جدول ۲. مراحل برنامه مداخله‌ای ارتقای دانش، نگرش، عملکرد (KAP)

| نحوه اجرا | شرح و توصیف محتوا   | اهداف   | جلسه | حیطه   |
|-----------|---|---|------|--------|
| گروهی     | - معرفی افراد گروه با هم و تشریح برنامه<br>- محرمانگی، محدودیت‌ها، نقش‌ها، مسئولیت‌های مربوط به افراد، اهمیت انجام تکالیف منزل<br>- معرفی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و نشانه‌های آن  | - آشنایی، بیان اهداف و برنامه‌ها<br>- افزایش دانش درمورد ADHD   | ۱    | دانش   |
| گروهی     | - شیوع و درمان اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی<br>- سبب‌شناسی<br>- سیر اختلال<br>- خانواده و افرادی که در یک خانواده اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی هستند؛ نگرانی‌ها از داشتن یک فرزند با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی  | - افزایش دانش درمورد ADHD                                       | ۲    | دانش   |
| گروهی     | - خودآگاهی و شناخت خود و تفاوت‌ها و ویژگی‌های رفتاری خود والدین<br>- شناخت کودک خود و تفاوت‌ها و ویژگی‌های رفتاری منحصربه‌فرد کودک با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی   | - خودآگاهی و تفاوت فردی   | ۳    | دانش   |
| گروهی     | - بیان علت‌های تفاوت در رفتار کودک اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی با دیگر کودکان   | - تفاوت در افراد ADHD   | ۴    | دانش   |
| گروهی     | - معرفی افراد موفق و برتر جهانی در زمینه‌های مختلف دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی<br>- زندگی از نگاه افراد بیش‌فعال موفق   | - مثبت‌نگری   | ۵    | نگرش   |
| فردی      | - بیان ویژگی‌های مثبت افراد دارای اختلال نارسانی توجه/بیش‌فعالی<br>- ارائه چک‌لیست مربوط به بررسی توانمندی این کودکان به والدین و توضیح هرکدام از آن‌ها   | - شناخت ویژگی‌های مثبت فردی                                     | ۶    | نگرش   |
| فردی      | - بیان خاطراتی از موفقیت‌ها و رفتارهای توانمندانه این افراد توسط والدین<br>- گفت‌وگو با مادر درمورد توانمندی‌های کشف‌شده هر کودک به صورت مجزا و شیوه‌های هدایت این توانمندی‌ها<br>- نشان دادن ویژگی مثبت کودک، توسط مادر با تصویر یا فیلم در گروه مجازی که مادران اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی عضو هستند   | - باور مادر از ویژگی مثبت کودکان<br>- به‌کارگیری ویژگی‌های مثبت | ۷    | نگرش   |
| فردی      | - بیان این ویژگی‌ها به کودکان و پررنگ کردن آن‌ها برای کودک (در انجام کارها تمرکز بر توانمندی‌ها به جای فعالیت‌های دشوار، در کارهایی که برایشان دشوار است از بله پابین شروع شود، ارائه بازخورد مثبت)<br>- بیان راهکارهایی برای والدین در زمینه تقویت حس توانمندی در کودکانشان (همدلی با این افراد، همراهی آن‌ها در طبیعت، کمک به آن‌ها در درک روابط میان‌فردی) | - ارائه راهکارهای رفتاری برای تقویت حس توانمندبودن کودکان       | ۸    | نگرش   |
| گروهی     | - سبک‌های فرزندپروری و شیوه اجرای قوانین در این کودکان<br>- نیازهای اساسی کودکان (امنیت، دوست‌داشته‌شدن بی‌قیدوشرط، استقلال، عزت‌نفس، ابراز وجود، محدودیت)<br>- تکنیک‌های کنترل رفتار و اجرای قوانین در این کودکان  | - ارائه راهکارهای رفتاری در زمینه مهارت فرزندپروری              | ۹    | عملکرد |
| گروهی     | - شیوه‌های رفتاری با این کودکان<br>- شیوه‌های ارتباط مثبت با این کودکان (محبت، توجه، تأیید)<br>- شیوه‌های درخواست از کودکان<br>- عکس‌العمل‌های بی‌نتیجه والدین  | - ارائه راهکارهای رفتاری در زمینه مهارت فرزندپروری              | ۱۰   | عملکرد |

## اجرا

اجرا در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول که ماهیت کیفی دارد، تدوین برنامه براساس مطالعه مروری

سیستماتیک با روش دلفی به این صورت انجام گرفت: در گام اول به بررسی ادبیات نظری مرتبط با موضوع، در پایگاه داده‌ها، مقاله‌ها و کتاب‌های موجود پرداخته شد که منتج به مطالعه مروری سیستماتیک در زمینه ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی افراد دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و همچنین جمع‌آوری اطلاعات در زمینه برنامه KAP شد. در گام دوم، پیش‌نویس برنامه براساس هدف مورد نظر در این پژوهش تدوین شد. برنامه براساس ترکیبی از برنامه آموزشی بارکلی (۱۹۹۷) که یکی از برنامه‌های مشهور در زمینه آموزش والدین است و همین‌طور برنامه‌های آموزشی والدین با رویکرد مثبت‌نگر و افزودن قسمت جدیدی به‌عنوان تغییر در دانش، نگرش و عملکرد والدین در زمینه ویژگی‌های روان‌شناختی مثبت در افراد دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ساخته شد. در گام سوم، فهرستی از خبرگان تهیه شد. با متخصصان به‌صورت مجازی تماس برقرار شد و با اعلام آمادگی آنان، به معرفی برنامه، اهداف تدوین برنامه و انتخاب محتواهای آن پرداخته شد. در گام چهارم، بعد از ارائه برنامه تدوین‌شده اولیه، متخصصان به بررسی ابتدایی موضوع و ارائه نظرات کارشناسی مرتبط با آن پرداختند. نظرات متخصصان در این مرحله بررسی، جمع‌بندی، اصلاح و دسته‌بندی شدند و پاسخ‌های تکراری حذف شد. طی سه مرحله دیگر، دیدگاه‌ها و پیشنهادهای آنان در مورد نهایی‌سازی برنامه دریافت و اعمال شد. البته در هر مرحله، تغییرات برنامه به اطلاع تمامی اعضای گروه متخصصان رسانده شد تا در نهایت پژوهشگر با کمک متخصصان به جمع‌بندی نهایی برنامه رسید. به‌منظور بررسی روایی محتوایی برنامه از روش لاوشه استفاده شد و ضریب نسبی روایی محتوایی ۰/۸۴ به‌دست آمد. در مرحله دوم که بخش کمی مطالعه بود، برنامه برای گروه آزمایش اجرا شد. قبل از اجرای برنامه، مقیاس تعامل کودک-والد، استرس فرزندپروری و پرسشنامه خودکارآمدی برای پیش‌آزمون توسط هر دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد. در اجرای برنامه تدوین‌شده، جلسات به‌صورت ترکیبی از هفت جلسه گروهی با ارائه محتوا به‌صورت کارگاهی و پرسش و پاسخ و سه جلسه انفرادی برای هریک از والدین گروه آزمایش با هدف افزایش دانش، نگرش و عملکرد با نگاه مثبت به اختلال ADHD برگزار شد. در طول دوره آموزشی با تشکیل گروه مجازی در واتس‌آپ، از فیلم‌های آموزشی و مستندهای مرتبط، فیلم ضبط‌شده آموزش حضوری، عکس‌نوشته و بروشورهای آموزشی برای گروه آزمایش استفاده شد. برای گروه کنترل، هیچ‌گونه مداخله‌ای مرتبط با آموزش والدین صورت نگرفت. در نهایت، از دو گروه کنترل و آزمایش پس‌آزمون به عمل آمد. در این پژوهش به‌منظور سنجش اثر برنامه آموزش والدین در مدت طولانی‌تر، مطالعه پیگیری پس از یک ماه روی گروه آزمایش صورت گرفت. به‌منظور اجرای بهتر برای هر جلسه پذیرایی ساده و جوایزی برای کودکانشان در نظر گرفته شد. در تمام مراحل پژوهش، ملاحظات اخلاقی اعم از شرکت آگاهانه و آزادانه نمونه‌ها و حفظ اصل رازداری و حریم خصوصی به‌طور کامل رعایت شد و این مطالعه از کمیته اخلاق<sup>۱</sup> دانشگاه مجوز لازم را کسب کرده است.



### روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تجزیه و تحلیل نتایج پژوهش، از روش‌های آمار توصیفی (توزیع فراوانی، شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی استفاده شد. تجزیه و تحلیل استنباطی، با توجه به اینکه مداخله روی یک گروه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صورت می‌گیرد و تعداد متغیرهای وابسته در مطالعه بیش از یک متغیر است و با توجه به فرضیه‌های پژوهش، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 26 انجام شد.

### یافته‌ها

جدول ۳ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران شرکت‌کننده نمونه تحقیق دارای کودکان ADHD را توصیف می‌کند.

جدول ۳. بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

| گروه نمونه      | فراوانی | درصد | ویژگی‌های جمعیت‌شناختی |
|-----------------|---------|------|------------------------|
| جنسیت کودک      | ۳۴      | ۸۰   | پسر                    |
|                 | ۶       | ۲۰   | دختر                   |
| وضعیت مصرف دارو | ۱۲      | ۴۰   | با مصرف دارو           |
|                 | ۱۸      | ۶۰   | بدون مصرف دارو         |
| سن کودک         | ۱۸      | ۶۰   | ۶-۷ سال                |
|                 | ۷       | ۲۳   | ۸-۹ سال                |
|                 | ۵       | ۱۷   | ۱۰-۱۱ سال              |
| تحصیلات مادر    | ۶       | ۲۰   | پایین‌تر از دیپلم      |
|                 | ۳۴      | ۸۰   | دیپلم و بالاتر         |

در این پژوهش یک عامل بین‌گروهی (گروه آزمایش و کنترل) و یک عامل درون‌گروهی سه نمره سنجنش اثر مداخله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) وجود دارد. مقادیر میانگین و انحراف استاندارد سه بار اندازه‌گیری تعامل والد-کودک، خودکارآمدی و استرس فرزندپروری و زیرمقیاس‌های آن‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. ترکیب توصیفی متغیرهای تحقیق در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

| مرحله            | پیش‌آزمون |       | پس‌آزمون |       | پیگیری |       |
|------------------|-----------|-------|----------|-------|--------|-------|
|                  | آزمایش    | کنترل | آزمایش   | کنترل | آزمایش | کنترل |
| خرده‌مقیاس       | SD        | M     | SD       | M     | SD     | M     |
| نزدیکی           | ۱۳/۸۴     | ۵/۹۴  | ۱۳/۸۴    | ۵/۹۴  | ۱۳/۸۴  | ۵/۹۴  |
| وابستگی          | ۲۱/۴۷     | ۴/۳۱  | ۲۱/۴۷    | ۴/۳۱  | ۲۱/۴۷  | ۴/۳۱  |
| تعارض            | ۱۳/۳۱     | ۴۷/۴۱ | ۱۳/۳۱    | ۴۷/۴۱ | ۱۳/۳۱  | ۴۷/۴۱ |
| رابطه مثبت کلی   | ۱۸/۱۷     | ۸۳/۷۹ | ۱۸/۱۷    | ۸۳/۷۹ | ۱۸/۱۷  | ۸۳/۷۹ |
| اجتماعی          | ۲۳/۱      | ۴/۷   | ۲۳/۱     | ۴/۷   | ۲۳/۱   | ۴/۷   |
| هیجانی           | ۲۰/۰۷     | ۲/۴   | ۲۰/۰۷    | ۲/۴   | ۲۰/۰۷  | ۲/۴   |
| تحصیلی           | ۳۰/۲      | ۴/۱   | ۳۰/۲     | ۴/۱   | ۳۰/۲   | ۴/۱   |
| استرس فرزندپروری | ۶۲/۲۷     | ۵/۱   | ۶۲/۲۷    | ۵/۱   | ۶۲/۲۷  | ۵/۱   |

ابتدا پیش‌فرض‌های انجام هر یک از آزمون‌ها شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها، همخوانی ماتریس‌های کوواریانس بین گروهی و درون گروهی و همسانی واریانس‌ها به‌طور جداگانه بررسی شد و پس از اطمینان از برقراری مفروضه‌ها، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت.

برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها از روش کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. سطح معنی‌داری در همه متغیرها و وضعیت‌ها بیشتر از ۰/۰۵ بود؛ بنابراین توزیع همه متغیرهای تعامل والد-کودک، خودکارآمدی و کاهش استرس فرزندپروری والدین در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نرمال است. به‌منظور سنجش همگنی کوواریانس‌های درون گروهی متغیرها از آزمون کرویت موشلی<sup>۱</sup> استفاده شد که معنادار بودن حاکی از نبود برقراری کرویت است. بدین ترتیب آزمون گرینهاوس-گیسر<sup>۲</sup> اجرا شد که برای متغیرهای تعامل والد-کودک، خودکارآمدی و استرس فرزندپروری به ترتیب ۰/۵۴۶، ۰/۵۵۱ و ۰/۵۴۹ گزارش شد. نتایج آزمون ام‌باکس برای متغیر تعامل والد-کودک  $F = ۱۳/۱۷$  و  $Box's M = ۱/۹۴$  و استرس فرزندپروری  $F = ۱۳/۱۸$  و  $Box's M = ۱/۹۷$  و  $P = ۰/۰۵ < ۰/۷۳۹$  و استرس واریانس-کوواریانس‌ها بین گروه‌ها رعایت شده است. از آزمون لوین در متغیرهای تعامل والد-کودک، خودکارآمدی و کاهش استرس فرزندپروری والدین در سه موقعیت اندازه‌گیری استفاده شد که مقادیر معنی‌داری به‌دست‌آمده همه متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ بود؛ بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد.

جدول ۵. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به متغیرهای پژوهش

| متغیر            | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F    | سطح معناداری | مجذورات |
|------------------|--------------|---------------|-------------|-----------------|------|--------------|---------|
| تعامل والد-کودک  | گروه         | ۵۱۶۸/۰۸       | ۲۸          | ۵۱۶۸/۰۸         | ۱۴/۱ | ۰/۰۰۵        | ۰/۲۵۱   |
|                  | خطا          | ۱۵۸۳۵/۲۵      | ۱           | ۵۶۵/۸۷          |      |              |         |
| استرس فرزندپروری | گروه         | ۵۰۹۸/۴۲       | ۲۸          | ۵۰۹۸/۴۲         | ۱۴/۲ | ۰/۰۰۵        | ۰/۲۵۷   |
|                  | خطا          | ۱۵۵۴۷/۳۵      | ۱           | ۵۶۵/۳۸          |      |              |         |
| خودکارآمدی کودک  | گروه         | ۵۱۸۳/۲۷       | ۲۸          | ۵۱۸۳/۲۷         | ۱۴/۴ | ۰/۰۰۵        | ۰/۲۶۳   |
|                  | خطا          | ۱۵۷۸۶/۳۸      | ۱           | ۵۷۱/۴۲          |      |              |         |

1. Mauchly's Sphericity test
2. Greenhouse-Geisser correction

یافته‌های تحلیل واریانس جدول ۵ نشان داد تغییرات نمرات تعامل والد-کودک، کاهش استرس فرزندپروری والدین و خودکارآمدی در دو گروه آزمایشی و کنترل (به‌عنوان عامل بین‌گروهی) بدون توجه به عامل زمان (به‌عنوان عامل درون‌گروهی) معنادار است. براین اساس، برنامه مداخله مبتنی بر ارتقای دانش، نگرش، عملکرد والدین کودکان با اختلال ADHD (با تأکید بر توانمندی‌های این کودکان) بر بهبود تعامل والد-کودک، کاهش استرس فرزندپروری والدین و خودکارآمدی مؤثر بوده است. با توجه به شاخص مجذور اتا، این آموزش به‌تنهایی ۲۵/۱ درصد از واریانس تعامل والد-کودک، ۲۵/۷ درصد از واریانس کاهش استرس فرزندپروری والدین و ۲۶/۳ درصد از واریانس خودکارآمدی را تبیین کند. به‌منظور مشخص شدن اینکه در کدام مراحل بین نمرات متغیرهای وابسته دو گروه تفاوت وجود دارد، از نتایج جدول ۵ استفاده شده است.

جدول ۶. مقایسه نمرات بین‌آزمودنی در مراحل سه‌گانه

| متغیر            | زمان      | T      | درجات آزادی | سطح معناداری |
|------------------|-----------|--------|-------------|--------------|
| تعامل والد-کودک  | پیش‌آزمون | -۰/۸۷۴ | ۲۸          | ۰/۳۷۸        |
|                  | پس‌آزمون  | -۲/۷۱۵ | ۲۸          | ۰/۰۹         |
|                  | پیگیری    | -۴/۸۵۶ | ۲۸          | ۰/۰۰۰        |
| استرس فرزندپروری | پیش‌آزمون | -۰/۹۵۴ | ۲۸          | ۰/۴۲۵        |
|                  | پس‌آزمون  | -۲/۸۹۶ | ۲۸          | ۰/۰۴         |
|                  | پیگیری    | -۴/۸۵۱ | ۲۸          | ۰/۰۰۰        |
| خودکارآمدی کودک  | پیش‌آزمون | -۰/۹۶۱ | ۲۸          | ۰/۴۰۱        |
|                  | پس‌آزمون  | -۲/۹۸۶ | ۲۸          | ۰/۰۴         |
|                  | پیگیری    | -۴/۹۲۱ | ۲۸          | ۰/۰۰۰        |

طبق نتایج جدول ۶، در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بین نمرات دو گروه در متغیر تعامل والد-کودک تفاوت معناداری وجود ندارد، اما در مرحله پیگیری، این تفاوت با احتمال ۹۹ درصد معنادار است. همچنین در مرحله پیش‌آزمون بین نمرات دو گروه در متغیر استرس فرزندپروری والدین و خودکارآمدی تفاوت معناداری وجود ندارد، اما در مرحله پس‌آزمون با احتمال ۹۵ درصد و در مرحله پیگیری با احتمال ۹۹ درصد در متغیرهای استرس فرزندپروری و خودکارآمدی بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده می‌شود.

جدول ۷. نتایج وضعیت تقابل میان نمرات درون‌آزمودنی‌ها در مراحل سه‌گانه

| زمان               | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F     | سطح معناداری | مجذور اتا |
|--------------------|---------------|-------------|-----------------|-------|--------------|-----------|
| پیش‌آزمون*پس‌آزمون | ۳۷۳/۰۳        | ۱           | ۴۷۳/۰۳          | ۴/۲۲  | ۰/۰۴۹        | ۰/۱۳۱     |
| پیش‌آزمون*پیگیری   | ۲۰۹/۰۳        | ۱           | ۲۰۹/۰۳          | ۱۶/۵۳ | ۰/۰۰۰        | ۰/۳۷۲     |
| پیش‌آزمون*پس‌آزمون | ۶۴۵/۰۳        | ۱           | ۶۴۵/۰۳          | ۵/۷۳  | ۰/۰۲۵        | ۰/۱۷۱     |
| پیش‌آزمون*پیگیری   | ۸۶۵/۰۳        | ۱           | ۸۶۵/۰۳          | ۶۸/۵۸ | ۰/۰۰۰        | ۰/۷۲۱     |
| پیش‌آزمون*پس‌آزمون | ۳۱۵۳/۹        | ۲۸          | ۱۱۲/۶۳          |       |              |           |
| پیش‌آزمون*پیگیری   | ۳۵۳/۹         | ۲۸          | ۱۲/۶۳           |       |              |           |

ادامه جدول ۷. نتایج وضعیت تقابل میان نمرات درون آزمودنی‌ها در مراحل سه‌گانه

| مجدور | سطح معناداری | F     | میانگین مجدورات | درجات آزادی | مجموع مجدورات | زمان               |                  |
|-------|--------------|-------|-----------------|-------------|---------------|--------------------|------------------|
| ۰/۱۳۴ | ۰/۰۳۹        | ۴/۹۲  | ۵۷۶/۰۳          | ۱           | ۵۷۶/۰۳        | پیش‌آزمون*پس‌آزمون | استرس فرزندپروری |
| ۰/۳۷۹ | ۰/۰۰۰        | ۱۷/۶۹ | ۲۱۴/۰۳          | ۱           | ۲۱۴/۰۳        | پیش‌آزمون*پیگیری   |                  |
| ۰/۱۷۲ | ۰/۰۲۴        | ۶/۰۱  | ۶۵۱/۰۳          | ۱           | ۶۵۱/۰۳        | پیش‌آزمون*پس‌آزمون |                  |
| ۰/۶۹۷ | ۰/۰۰۰        | ۶۸/۱۲ | ۸۶۹/۰۳          | ۱           | ۸۶۹/۰۳        | پیش‌آزمون*پیگیری   |                  |
|       |              |       | ۱۱۱/۶۵          | ۲۸          | ۳۱۵۲/۹        | پیش‌آزمون*پس‌آزمون |                  |
|       |              |       | ۱۳/۴۹           | ۲۸          | ۳۵۶/۹         | پیش‌آزمون*پیگیری   |                  |
| ۰/۱۳۵ | ۰/۰۲۸        | ۴/۹۷  | ۴۸۱/۰۳          | ۱           | ۴۸۱/۰۳        | پیش‌آزمون*پس‌آزمون | خودکارآمدی       |
| ۰/۳۸۱ | ۰/۰۰۰        | ۱۷/۷۵ | ۲۱۴/۰۳          | ۱           | ۲۱۴/۰۳        | پیش‌آزمون*پیگیری   |                  |
| ۰/۱۷۸ | ۰/۰۲۴        | ۶/۰۶  | ۶۵۴/۰۳          | ۱           | ۶۵۴/۰۳        | پیش‌آزمون*پس‌آزمون |                  |
| ۰/۷۳۳ | ۰/۰۰۰        | ۶۹/۰۹ | ۸۷۱/۰۳          | ۱           | ۸۷۱/۰۳        | پیش‌آزمون*پیگیری   |                  |
|       |              |       | ۱۱۳/۷۸          | ۲۸          | ۳۱۶۱/۹        | پیش‌آزمون*پس‌آزمون |                  |
|       |              |       | ۱۳/۶۳           | ۲۸          | ۳۵۷/۹         | پیش‌آزمون*پیگیری   |                  |

جدول ۷ وضعیت تقابل میان نمرات درون آزمودنی در مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. یافته‌های گزارش شده در این جدول بیانگر آن است که در تمام سطوح سه‌گانه، عامل زمان بین مقادیر گزارش شده از نمرات متغیرهای وابسته تعامل والد-کودک، استرس فرزندپروری و خودکارآمدی تفاوت معناداری در سطح ۹۵ درصد وجود دارد. همچنین با توجه به تعامل گروه-زمان نیز با توجه به مقادیر sig که در تمامی حالات کمتر از ۰/۰۱ است، بین مقادیر گزارش شده از نمرات متغیرهای وابسته تعامل والد-کودک، استرس فرزندپروری و خودکارآمدی تفاوت معناداری در سطح ۹۹ درصد وجود دارد.

در مجموع نتایج تحلیل‌های مختلف، فرضیه‌های پژوهشی تحقیق مبنی بر اینکه برنامه مداخله مبتنی بر ارتقای دانش، نگرش و عملکرد مادران کودکان با اختلال ADHD (با تأکید بر توانمندی‌های این کودکان) بر متغیرهای تعامل والد-کودک، استرس فرزندپروری مادران و خودکارآمدی کودکان مؤثر است، مورد تأیید است.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه تدوین‌شده ارتقای دانش، نگرش و عملکرد (KAP) با رویکرد مثبت‌نگر در افراد دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بر استرس فرزندپروری مادران، تعامل والد-کودک و خودکارآمدی کودک انجام شد. یافته‌ها نشان می‌دهد مداخله مبتنی بر ارتقای دانش، نگرش، عملکرد والدین کودکان با اختلال ADHD (با تأکید بر توانمندی‌های این کودکان) موجب بهبود تعامل والد-کودک، کاهش استرس فرزندپروری و افزایش خودکارآمدی کودک می‌شود. اگرچه پژوهشی درباره اثربخشی برنامه KAP با نگاه مثبت به اختلال ADHD صورت نگرفته است، یافته‌های پژوهش حاضر به‌طور غیرمستقیم با یافته‌های پژوهش‌هایی که سایر روش‌های مداخلاتی را بر تعامل والد-کودک، کاهش

استرس فرزندپروری و افزایش خودکارآمدی کودک مثبت نشان داده‌اند، همسو است. نتیجه پژوهش حاضر، با پژوهش تیانو و مک‌نیل (۲۰۱۱)، روشن‌بین، پورا اعتماد و خوشایبی (۱۳۸۶) مبنی بر اینکه استفاده از برنامه‌های افزایش دانش سبب بهبودی رابطه والد-کودک می‌شود هم‌راستا است. همچنین با نتایج حسن‌زاده و مساح بوانی (۱۴۰۰)، وارسته، اصلانی و امان‌الهی (۱۳۹۵)، عابدی، جمالی، فرامرزی، آقایی و بهروز (۱۳۹۱)، آناستاپولوس، شلتون، دوپائول و گورمونت (۱۹۹۳) مبنی بر اینکه برنامه‌های مداخلاتی مثبت‌نگری والدین سبب بهبود رابطه والد-کودک می‌شود همخوانی دارد. همچنین نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های روشن‌بین، پورا اعتماد و خوشایبی (۱۳۸۶)، سیسیلسکی، لورن و تام (۲۰۱۹)، هسه (۲۰۱۲)، گردس، هاک و اشنایدر (۲۰۱۰)، زوی و همکاران (۲۰۱۱)، علیزاده (۱۳۹۱)، دنفورث (۲۰۰۷)، لمب (۲۰۰۶)، لهنر-دوا و لوئیس (۲۰۰۱)، آناستاپولوس و همکاران (۱۹۹۳)، مبنی بر اثربخشی برنامه آموزش والدین بر کاهش استرس فرزندپروری والدین همسو است. در مقابل، نتایج ما با تحقیقات بارلو، کورن و استوارت براون (۲۰۰۳)، ولز (۲۰۰۰) و موتایل ناوا و همکاران (۲۰۰۲) همخوانی ندارد؛ زیرا یافته‌های این تحقیقات، تأثیر مثبت مداخلات درمانی والدین را بر کاهش استرس فرزندپروری نشان نداده‌اند.

به‌منظور تبیین یافته‌های همسو با یافته‌های پژوهش می‌توان بیان کرد درمان مبتنی بر ارتقای دانش، نگرش و عملکرد با رویکرد مثبت به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی مادران دارای کودک با این اختلال بر تعامل والد-کودک، استرس فرزندپروری و خودکارآمدی کودک اثربخشی معناداری داشته است. به‌طور کلی در تبیین این موضوع می‌توان گفت کسب آگاهی و دانش درمورد اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به‌دلیل شرکت در جلسات برنامه آموزشی و افزایش دانش مادران سبب شده مادران رفتارهای این کودکان را کمتر به ضعف مهارت‌های فرزندپروری خود نسبت دهند و رفتار کودک خود را جزئی از ویژگی‌های این اختلال بدانند؛ به‌طوری‌که کمتر به دلیل لجبازی و نافرمانی عمدی کودک پی ببرند یا شیوه‌های فرزندپروری را بشناسند. بدین ترتیب که ناتوانی در کنترل رفتارهای کودک ممکن است موجب شود والدین درمورد نقش والدگری خود احساس بی‌مهارتی داشته باشند (مش و جانستون، ۱۹۹۰). نارضایتی والدین از نقش فرزندپروری با خودسرزندی همراه است (محمداسماعیل، ۱۳۸۵) که موجب ضعف در رابطه والد-کودک و شدت یافتن رفتارهای تعارضی در آن‌ها می‌شود (کرنیک، گیز و هافمن، ۲۰۰۵). از طرفی چون این خانواده‌ها فکر می‌کنند نمی‌توانند وظیفه خود را در قبال فرزندشان به‌درستی انجام دهند، دچار استرس زیادی می‌شوند (فریک و همکاران، ۱۹۹۱). با توجه به نظر وبستر-استراتون (۱۹۹۰)، استرس والدگری نوعی فشار و اضطراب افراطی است که به نقش والد و تعاملات والد-کودک وابسته است؛ بنابراین فشار روانی و ناتوانی در برقراری تعامل میان والد و کودک دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، اضطراب والدین را افزایش می‌دهد (بور، ساندرز و مارکی-دادز، ۲۰۰۲). برنامه‌های فرزندپروری سبب می‌شود والدین به مهارت ارتباط با کودکان خود مجهز باشند (ورت، بالستر، ایور، پاسکال و ویوز، ۲۰۱۳). این توانمندسازی والدین در مدیریت رابطه خود با فرزندانشان می‌تواند علی‌رغم بهبود رابطه والد-کودک به‌طور چشمگیری استرس فرزندپروری را کاهش دهد (مونوز سیلوا، لاگو- اوربانو، سانچز- گارسیا و کرامونا- مارکز، ۲۰۱۷؛ آناستاپولوس و همکاران، ۱۹۹۳).

در تبیین دیگری نیز می‌توان گفت برنامه آموزشی و تغییر نگرش مادران، توجه آن‌ها را به نقاط مثبت کودکان متمرکز می‌کند. تصورات و نگرش بسیاری از والدین نسبت به کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی منفی است (بوسینگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ بارکلی، ۲۰۰۶؛ اعظم و همکاران، ۲۰۲۱) و حتی بعضی والدین آن‌ها را به‌عنوان «لکه ننگ» گزارش می‌کنند (گافمن، ۱۹۶۳؛ مولداوسکی و سایال، ۲۰۱۳). این کودکان در مقایسه با کودکان عادی، رفتارهای نامناسب بیشتری نشان می‌دهند، کمتر از والدین تبعیت می‌کنند و رابطه مطلوبی با والدین ندارند (مک‌بورنت و فیفتر، ۲۰۰۸). با توجه به نکات بیان‌شده می‌توان گفت این موارد موجب فشار روانی والدین و استرس می‌شود (بور، ساندرز، مارکی-دادز، ۲۰۰۲؛ عزیزاده، ۱۳۹۱)؛ بنابراین تأثیرداشتن این کودکان بر مادران، تا حد زیادی به ارزیابی شناختی و نگرش آنان از مسئله بستگی دارد (بارکلی، ۱۹۹۷). بدین معنا که اگر والدین کودک و نوجوان آن‌ها را همان‌طور که هستند بپذیرند، هرچند ممکن است رفتار آن‌ها مورد پسند والدین نباشد (احمدی، ۲۰۰۷)، این تفکر مثبت به‌عنوان یک مانع در برابر فشار روانی، به آن‌ها کمک می‌کند تا راهبردهای کنارآمدن با مسائل را افزایش دهند و با تعاملات سالم موجب افزایش بهزیستی خود شوند (باسون، ۲۰۰۸).

در بررسی اثربخشی برنامه آموزشی والدین بر خودکارآمدی کودک، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش بهبهانی و زرگر (۱۳۹۵) مبنی بر اینکه پژوهش آن‌ها برنامه مداخلاتی برای مادران را بر خودکارآمدی کودک مثبت ارزیابی کرده‌اند همسو است. مطابق نظر نیوارک، الساسر و استیگلیت (۲۰۱۶)، افراد دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی باورهای منفی در مورد خود و شایستگی‌های خود دارند که این باور موجب کاهش در خودکارآمدی آن‌ها می‌شود. اصول روان‌شناسی مثبت‌گرا دارای منابع درونی و بیرونی است و یکی از منابع بیرونی روان‌شناسی مثبت‌گرا، خانواده یا دوستان هستند (پارک، پترسون و سان، ۲۰۱۳). این منابع با تشویق‌ها و ترغیب‌های خود می‌توانند به افراد دارای نارسایی توجه/بیش‌فعالی برای بهبود کار خود کمک کنند (بارکلی، ۲۰۱۰) و در این صورت افراد متقاعد می‌شوند که دارای مهارت‌ها و قابلیت‌های لازم برای موفقیت هستند (بندورا، ۲۰۰۰). یکی دیگر از زمینه‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا، منابع درونی مانند صفات مثبت فردی (ارزش‌ها و استعدادها) هستند که نقش محافظتی در مقابل اختلالات روانی و فیزیکی مختلف دارند (پارک، پترسون و سان، ۲۰۱۳). علی‌رغم تمام مشکلاتی که افراد مبتلا به بیش‌فعالی باید از عهده آن برآیند، آن‌ها تمایل دارند منابع درونی مثبت مانند خلاقیت و انعطاف‌پذیری را در خود افزایش دهند (هالوول و ریتی، ۱۹۹۴؛ ویس و هچمن، ۱۹۹۳). کودکان بیش‌فعال دارای ویژگی‌هایی هستند که توجه به جنبه‌های مثبت آن‌ها، از راهکارهایی است که می‌توان برای جبران نقایص مربوط به اختلالشان (سدویچ، مروود و آشرسون، ۲۰۱۹) و درمان این افراد (هسلینگر و همکاران، ۲۰۰۲) مورد استفاده قرار داد و مطالعات درمانی، تأثیرات سودمند تمرکز این افراد را بر توانمندی و نقاط مثبت خود نشان می‌دهد (فیدلر، ۲۰۰۷؛ کلمنز، ۲۰۰۹)؛ بنابراین برنامه‌های آموزش والدین می‌تواند نگرش‌های مثبت والدین به این افراد را بهبود بخشد تا با استفاده از تشویق کلامی به آن‌ها کمک کنند که شک و تردید نسبت به توانایی‌های خود را کنار بگذارند و منابع (صفات) درونی مثبت خود را افزایش دهند. به‌طور کلی، این افراد با آگاهی از توانایی‌های خود

و به‌کارگیری آن در مقابله با شرایط دشوار زندگی می‌تواند بر زندگی خود تأثیر مثبت بگذارد و موجب ایجاد و افزایش کارآمدی و عزت‌نفس خویش شوند (نیوارک و همکاران، ۲۰۱۶).

علی‌رغم موارد گفته‌شده، با توجه به اینکه پژوهش‌های اندکی در زمینه مقایسه اثربخشی آموزش بر ارتقای دانش، نگرش و عملکرد با در نظر گرفتن ویژگی‌های مثبت کودکان دارای اختلال نارسانی توجه/بیش‌فعالی انجام شده است، تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش با محدودیت مواجه است. حجم کم نمونه پژوهش و همین‌طور نمونه‌گیری دردسترس به‌عنوان محدودیت موجب می‌شود تعمیم یافته‌ها با احتیاط لازم صورت بگیرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با تعداد افراد بیشتر و در گروه‌های سنی مختلف انجام گیرد. همچنین توصیه می‌شود پژوهش‌های آینده با در نظر گرفتن ویژگی‌های مثبت در این افراد، اثربخشی این روش درمانی را در والدین این کودکان بررسی کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان، مربیان تعلیم و تربیت کودکان و دست‌اندرکاران امور تربیتی و آموزشی به‌ویژه معلمان و مربیان، از نتایج این پژوهش در جهت افزایش نگاه مثبت به این افراد استفاده کنند.

## منابع

- ابارشی، ز.، طهماسیان، ک.، مظاهری، م. ع.، و پناغی، ل. (۱۳۸۸). تأثیر آموزشی ارتقای روانی اجتماعی کودک از طریق بهبود تعامل مادر کودک بر خود؛ برنامه اثرمندی والدگری و رابطه مادر و کودک زیر سه سال. *فصلنامه علمی-پژوهشی در سلامت روان شناختی*. ۳(۳)، ۵۸-۴۹.
- بهبهانی، م.، و زرگر، ف. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش فرزندپروری ذهن‌آگاهانه بر نشانه‌های بالینی و خودکارآمدی کودکان بیش‌فعال و کم‌توجه. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*. ۳۵(۴۲۹)، ۵۱۷-۵۱۱.
- رجبی، س.، ابوالقاسمی، ع.، نریمانی، م.، و قائمی، ف. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش کنترل تکانه بر خودکارآمدی و ابعاد آن در دانش‌آموزان دارای نشانه‌های ADHD. *مجله روان‌شناسی مدرسه*. ۱(۴)، ۷۳-۵۶.
- روشن‌بین، م.، پوراعتماد، ح.، و خوشابی، ک. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان ۴-۱۰ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه. *خانواده‌پژوهی*. ۳(۱۰)، ۶۲-۵۵.
- حسن‌زاده، س.، امرایی، ک.، و صمدزاده، ص. (۱۳۹۸). فراتحلیلی بر شیوع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در ایران. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی*. ۱۰(۲)، ۱۷۷-۱۶۵.
- حسن‌زاده، س. (۱۳۹۱). استرس والدینی در مادران دارای فرزند ناشنوا. *فصلنامه روان‌شناسی و علوم تربیتی*. ۱(۴)، ۴۲-۵۱.
- حسن‌زاده، س.، و مساح‌بوانی، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر ارتباط مادران با کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم. *پژوهش‌های روان‌شناختی کاربردی*. ۱۲(۳)، ۵۸-۴۳.
- شهبانیان، آ.، شهیم، س.، بشاش، ل.، و یوسفی، ف. (۱۳۸۶). هنجاریابی، تحلیل‌عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز برای کودکان ۶ تا ۱۱ ساله در شهر شیراز. *مطالعات روان‌شناختی*. ۳(۳)، ۹۷-۱۲۰.
- طهماسیان، ک. (۱۳۸۶). اعتباریابی و هنجاریابی پرسشنامه خوداثرمندی کودکان و نوجوانان. *روان‌شناسی کاربردی*. ۴(۵)، ۳۹۰-۳۷۳.

- عابدی، ا.، جمالی، س.، فرامرزی، س.، آقایی، ا.، و بهروز، م. (۱۳۹۱). فراتحلیل جامع مداخلات رایج در مورد اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی. *روان‌شناسی معاصر*، ۷(۱)، ۱۷-۳۴.
- علیزاده، ح. (۱۳۹۱). تدوین برنامه آموزش والدین برای خانواده‌های دارای فرزندان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و تأثیر آن بر کاهش نشانه‌ها و کارکرد خانواده. *فصلنامه افراد استثنایی*، ۲(۷)، ۶۲-۵۴.
- قندیانی، خ. (۱۳۸۸). بررسی و مقایسه خلاقیت در دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و دانش‌آموزان عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- کاپلان، ه. و، و سادوک، ب. (۱۳۸۵). خلاصه روان‌پزشکی (علوم رفتاری و روان‌پزشکی بالینی). ترجمه فرزین رضاعی. تهران: ارجمند.
- محمداسماعیل، ا. (۱۳۸۵). *درسنامه درمان رفتاری-شناختی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی/نارسایی توجه*. تهران: دانژه.
- وارسته، م.، اصلانی، خ.، و امان‌الهی، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت بر کیفیت تعامل والد-کودک. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷(۲)، ۶۲-۵۶.

## References

- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 298-301.
- Ahmadi, M. R. (2006). Psychological principles of effective communication of parents with children in the family. *Marefat*, 104, 18-25.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J., & Guevremont, D. C. (1993). Parenttraining for attention deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal of Psychology*, 21(5), 581-596.
- Archer, D. (2016). *The ADHD advantage: what you thought was a diagnosis may be your greatest strength*. Penguin.
- Azzam, H., Hasan, H., Elhabiby, M., El Ghamry, R., Mansour, M., & Elhamshary, M. (2021). Perceived parenting attitudes in relation to ADHD symptoms and aggressive behaviors in a sample of Egyptian children with ADHD. *Middle East Current Psychiatry*, 28(1), 1-8.
- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current directions in psychological science*, 9(3), 75-78.
- Barkley, R. A. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Publications.
- Barkley, A. R. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
- Barkley, R. A. (2006). *A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Publications.
- Barkley, R. A. (2010). *Attention deficit disorder in adults: The latest assessment and treatment strategies*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.



- Barlow, J., Coren, E., & Stewart-Brown, S. (2003). Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Basson, N. (2008). The influence of psychosocial factors on the subjective well-being of adolescents. *PhD Dissertation*. Magister Societates' Scientiae, Bloemfontein: University of the Free State.
- Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The parental stress scale: initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(3), 463-472.
- Boot, N., Nevicka, B., & Baas, M. (2020). Creativity in ADHD: goal-directed motivation and domain specificity. *Journal of attention disorders*, 24(13), 1857-1866.
- Bor, W., Sanders M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effectiveness of the triple p-positive parenting program a preschool children with co-occurring disruptive behavior and attention/hyperactivity difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 572-587.
- Bussing, R., Mason, D. M., Bell, L., Porter, P. H., & Garvan, C. (2012). Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(6), 595-605.
- Christiansson, R., & Andersson, G. (2017). *ADHD and creativity: a meta-analysis*. Retrieved from: [https://www.academia.edu/33822978/ADHD\\_and\\_Creativity\\_A\\_Meta\\_Analysis](https://www.academia.edu/33822978/ADHD_and_Creativity_A_Meta_Analysis).
- Ciesielski, H. A., Loren, R. E., & Tamm, L. (2020). Behavioral parent training for ADHD reduces situational severity of child noncompliance and related parental stress. *Journal of attention disorders*, 24(5), 758-767.
- Conner, M. L. (1994). *Attention deficit disorder in children and adults: Strategies for experiential educators*. Retrieved from <https://eric.ed.gov/>
- Coyle, T. R. (2003). A review of the worst performance rule: Evidence, theory, and alternative hypotheses. *Intelligence*, 31(6), 567-587.
- Crnic, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behavior at age 5. *Infant and Child Development*, 14(2), 117-132.
- Danforth, J. S. (2007). *Training parents of children with comorbid attention-deficit / hyperactivity disorder and Oppositional Defiant Disorder*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- De Schipper, E., Mahdi, S., Coghill, D., De Vries, P. J., Gau, S. S. F., Granlund, M., Holtmann, M., Karande, S., Levy, S., Almodayfer, O., Rohde, L., & Tannock, R., & Bölte, S. (2015). Towards an ICF core set for ADHD: a worldwide expert survey on ability and disability. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(12), 1509-1521.
- Driscoll, K., & Pianta, R. C. (2011). Mother's and father's perceptions of conflict and closeness in parent-child relationships during early childhood. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 7(1), 1-18.
- Fiedler, P. (2007). *Ressourcenorientierte Psychotherapie*. In R. Frank (Ed.),

- Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie (pp. 19-32). Heidelberg, Germany: Springer.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Kamphaus, R. W., Lahey, B. B., Loeber, R., Christ, M. A., Hart, E. L., & Tannenbaum, L. E. (1991). Academic underachievement and the disruptive behavior disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 289-294.
- Gerdes, A. C., Haack, L. M., & Schneider, B. W. (2012). Parental functioning in families of children with ADHD: evidence for behavioral parent training and importance of clinically meaningful change. *Journal of Attention Disorders*, 16(2), 147-156.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice – Hall.
- Goodwin, T. B., & Oberacker, H. (2011). *Navigating ADHD: you're guide to the flip side of ADHD*. Bloomington, Indiana: Author House.
- Grayson, P. (2015). *ADHD: a mental disorder or a mental advantage* (2<sup>nd</sup> Ed.). United Kingdom: CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Harter, S. (2015). Self-development in childhood and adolescence. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2<sup>nd</sup> Ed.), 492-497.
- Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (1994). *Driven to distraction*. New York: Pantheon.
- Heath, C. L., Curtis, D. F., Fan, W., & McPherson, R. (2015). The association between parenting stress, parenting self-efficacy, and the clinical significance of child ADHD symptom change following behavior therapy. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(1), 118-129.
- Heiman, T., Olenik-S, D., & Eden S. (2015). Cyberbullying involvement among students with ADHD: Relation to loneliness, self-efficacy and social support. *European Journal of Special Needs Education*, 30(1), 15–29.
- Hesse, M. (2012). The ASRS-6 has two latent factors: attention deficit and hyperactivity. *Journal of Attention Disorders*, 17(3), 203–207.
- Hesslinger, B., Van Elst, L. T., Nyberg, E., Dykieriek, P., Richter, H., Berner, M., & Ebert, D. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: A pilot study using a structured skills training program. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(4), 177-184.
- Honos-Webb, L. (2010). *The gift of ADHD: how to transform your child's problems into strengths*. United Kingdom: New Harbinger Publications.
- Hupfeld, K. E., Abagis, T. R., & Shah, P. (2018). Living “in the zone”: hyperfocus in adult ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 11(2), 191-208.
- Klemenz, B. (2009). *Ressourcenorientierte, psychologie, ermutigendebeiträge, einer, menschenfreundlichen, wissenschaft (Band 1)*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Lamb, K. (2006). Addressing the challenges of parenting: parent training with parents of children with ADHD. *PhD Dissertation*. Faculty of Psychology, Texas A&M University.
- Lee, J. W. Seo, K., & Bahn, G. H. (2020). The positive aspects of attention-deficit/hyperactivity disorder among famous people. *Psychiatry Investigation*,

- 17(5), 424-431.
- Lehner-Dua, L. L. (2001). The effectiveness of Russel: A Barkley's parent training program on parents with school-aged children who have ADHD on their perceived severity of ADHD, stress, and sense of competence. *PhD Dissertation*. Faculty of Psychology. Hofstra University.
- Lesch, K. P. (2018). Shine bright like a diamond: Is research on high functioning ADHD at last entering the mainstream? *J Child School Psychiatry*, 59(3), 191-192.
- Lifford, K. J., Harold, G. T., & Thapar, A. (2008). Parent-child relationships and ADHD symptoms: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(2), 285-96.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 313-328.
- McBurnett, K., & Pfiffner, L. (2008). *Attention deficit hyperactivity disorder: concepts, controversies, new directions psychiatry*. New York: In forma Health Care.
- Moldavsky, M., & Sayal, K. (2013). Knowledge and attitudes about attention-deficit /hyperactivity disorder (ADHD) and its treatment: the views of children, adolescents, parents, teachers and healthcare professionals. *Current Psychiatry Reports*, 15(8), 1-7.
- Montiel Nava, C., Peña, J. A., Espina Mariñes, G., Ferrer-Hernandez, M. E., López-Rubio, A., Puertas-Sánchez, S., & Cardozo-Durán, J. J. (2002). Estudio piloto de metilfenidato y entrenamiento a padres en el tratamiento de niños con trastorno por déficit de atención hiperactividad [A pilot study of methylphenidate and parent training in the treatment of children with attention-deficit hiperactivity disorder]. *Revista de neurologia*, 35(3), 201-205.
- Muñoz-Silva, A., Lago-Urbano, R., Sanchez-Garcia, M., & Carmona-Márquez, J. (2017). Child/adolescent's ADHD and parenting stress: the mediating role of family impact and conduct problems. *Frontiers in Psychology*, 8(1), 2252.
- Muris, P. (2001). A brief questionnaire for measuring self - efficacy in youth. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(3), 145-149.
- Newark, P. E., Elsässer, M., & Stieglitz, R. D. (2016). Self-esteem, self-efficacy, and resources in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(3), 279-290.
- Orte, C., Ballester, L.1., Oliver, J. L., Pascual, B., & Vives, M. (2013). Preventing child abuse: result from the application of a positive parenting program. *Program Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84(9), 259-263.
- Ozel-Kizil, E. T., Kokurcan, A., Mert Aksoy, U. K., Bilgen, B., Sakarya, D., Bastug Gulbahar f, Colaka, B., UmutAltunoz, Sevinc, K., Hatice D., & Bedriye, O. (2016). Hyperfocusing as a dimension of adult attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 59(1), 351-358.
- Ozel-Kizil, E., Demirbas, H., Bastug, G., Kirici, S., Tathan, E., Kasmer, N., & Baskak, B. (2013). P. 7. b. 012 a scale for the assessment of hyperfocusing in attention deficit and hyperactivity disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 23, S593.
- Park, N., Peterson, C., & Sun, J. K. (2013). Positive psychology: Research and

- practice. *Terapia Pscologica*, 31(1), 9-11.
- Pianta, R. C. (1992). Child-parent relationship scale. Unpublished measure, University of Virginia, 427.
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186.
- Sedgwick, J. A., Merwood, A., & Asherson, P. (2019). The positive aspects of attention deficit hyperactivity disorder: a qualitative investigation of successful adults with ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 11(3), 241-253.
- Seligman, M. E. P. (2012). *Flourish: a visionary new understanding of happiness and well-being*. India: Atria Books.
- Sklar, R. H. (2013). *Hyperfocus in adult ADHD: An EEG study of the differences in cortical activity in resting and arousal states*. University of Johannesburg (South Africa).
- Tiano, J. D., & McNeil, C. B. (2011). The inclusion of fathers in behavioral parent training: A critical evaluation. *Child & Family Behavior Therapy*, 27(4), 1-28.
- Travis, R. (2010). *Hyperfocus*. Bloomington: Author House.
- Vannest, K. J., Harrison, J. R., & Reynolds, C. R. (2011). *The energetic brain: understanding and managing ADHD*. Germany: Wiley.
- Verheul, I., Rietdijk, W., Block, J., Franken, I., Larsson, H., & Thurik, R. (2016). The association between attention-deficit/hyperactivity (ADHD) symptoms and self-employment. *European Journal of Epidemiology*, 31(8), 793-801.
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: a potential disruptor of parent perceptions and family of interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 302-312.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.
- Weiss, G., & Hechtman, L. (1993). *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents and adults* (2<sup>nd</sup> Ed.). New York: Guilford Press.
- White, H. A., & Shah, P. (2011). Creative style and achievement in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Personality and Individual Differences*, 50(5), 673-677.
- White, H. A., & Shah, P. (2006). Uninhibited imaginations: creativity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Personality and Individual Differences*, 40(6), 1121-1131.
- Wilmschurst, L., & Peele, M. (2011). Resilience and well-being in college students with and without a diagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 15(1), 11-17.
- World Health Organization (2008). *Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys* (No. WHO/HTM/STB/2008.46). World Health Organization.
- Zaghi, A. E., Reis, S. M., Renzulli, J. S., & Kaufman, J. C. (2017). Exploring the creativity potential of ADHD students in engineering programs. *International Journal for Talent Development and Creativity*, 5(1), 125-136.

Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Dennis, J. A. (2012). Parent training interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Campbell Systematic Reviews*, 8(1), 1-100.