



تدوین و اعتباریابی برنامه مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی در کودکان با اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی

زهرا زارعی^۱، پرویز کریمی ثانی^۲، محمود گودرزی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۶

چکیده

هدف از انجام این تحقیق تدوین و اعتباریابی برنامه مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی در کودکان (۷-۹ ساله) دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی شهر همدان بود. تحقیق از لحاظ هدف کاربردی، از نظر ماهیت داده‌ها کیفی و از نظر شیوه اجرا اکتشافی بود. برای جمع‌آوری و ارزیابی اطلاعات از روش پدیدارشناسی توصیفی (تجربه زیسته) استفاده شده است. جامعه آماری درمانگران متخصص و در حوزه کودک (دارای پروانه اشتغال سازمان نظام روان‌شناسی ج.ا.ا)، در شهر همدان بودند که تعداد ۱۲ نفر از آنها بر اساس اصل اشباع نظری به صورت هدفمند انتخاب شدند. تحلیل و تفسیر داده‌ها به روش گلیزری و رویکرد پدیدارشناسی انجام شد. پس از تحلیل نتایج در زمینه‌ی عوامل فردی سه مضمون اصلی کنترل شناختی، تنظیم هیجان و آموزش مهارت‌ها و شش مضمون فرعی و در زمینه‌ی عوامل خانوادگی چهار مضمون اصلی ساختار خانواده، سبک زندگی، تعاملات خانوادگی و توانمندسازی والدین و نه مضمون فرعی دسته‌بندی و از نظر اعتباریابی برازش شدند ($p < 0.05$). نتایج نشان داد برنامه مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی از روایی محتوایی مناسبی بهره‌مند است و روایی و پایایی لازم را برای کاربردهای آموزشی و پژوهشی دارد. پیشنهاد می‌شود از نتایج یافته‌های این پژوهش برای بهبود علائم اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در خانواده، مدارس و نیز در سایر مراکز همچون مراکز خدمات روانشناختی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: تدوین، اعتباریابی، نقص توجه، بیش‌فعالی، کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی.

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

۲. دانشیار مشاوره، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران Email: karimisani.counsel@gmail.com

۳. دانشیار مشاوره خانواده، گروه مشاوره، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

مقدمه

دوره کودکی، از مهمترین مراحل زندگی به شمار می رود که در آن شخصیت فرد شکل می گیرد. اغلب ناسازگاری ها و اختلالات رفتاری در نوجوانی و بزرگسالی، از بی توجهی به مسائل و مشکلات عاطفی- رفتاری دوران کودکی و عدم هدایت روند تحول و تکامل کودک ناشی می شود (وایت^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). در این میان، یکی از شایع ترین اختلالات عصبی تکاملی، اختلال نقص توجه بیش فعالی است (لی و همکاران^۲، ۲۰۲۳). بر اساس پنجمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ۵-DSM، اختلال نقص توجه/ بیش فعالی به عنوان یک زیرمجموعه در اختلالات عصبی رشدی گنجانده شده (کاپلان و سادوک^۳، ۲۰۲۴). و با نشانه های بی توجهی، بیش فعالی و تکانشگری، یا ترکیبی از بیش فعالی، تکانشگری و بی توجهی که با سطح رشد ناسازگار است و عملکرد روزانه را مختل می کند مشخص می شود (کاساهارا^۴ و همکاران، ۲۰۲۳) که موجب آسیب دیدن فرایندهای شناختی، مهارت های اجتماعی و هیجانی کودکان می شود؛ به گونه ای که فراوانی مشکلات تحصیلی، هوشی، رفتاری، شخصیتی و شغلی در این گروه از افراد، بیش از جمعیت عادی است (چانگ و همکاران^۵، ۲۰۲۲). فیبرت و همکاران (۲۰۱۸) بیان می کنند که اختلال نقص توجه/ بیش فعالی یکی از مشکلات رایج بسیاری از کودکان ارجاع داده شده به مراکز خدمات روانشناختی است و تبدیل به یک نگرانی رو به رشد در سطح جهان شده است (ژو و همکاران^۶، ۲۰۲۳). شیوع این اختلال در سراسر جهان با تغییرات قابل توجه در میان مطالعات مختلف گزارش شده است و ۵٪ از کودکان را تحت تأثیر قرار می دهد (مک دوگال^۷ و همکاران، ۲۰۲۳؛ راسل و همکاران، ۲۰۱۶).

مشکل اساسی کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی نارسایی در بازداری رفتاری و اختلال در کارکردهای اجرایی است، این کودکان از مهارت کافی و لازم برای نظارت بر رفتار خود برخوردار نیستند و نمی توانند رفتار خود را برای زمانی طولانی تنظیم کنند، علائم رفتاری مثل تکانشگری، بی توجهی، ناپختگی، بی اعتنائی مقابله جویانه، نقص در مهارتهای اجتماعی و حواسپرتی اغلب تا نوجوانی ادامه می یابند (کاپلان و سادوک، ۲۰۲۲). به نظر می رسد که اختلال های مغز در برخی از بخش ها - قطعه های پیشانی، عقده های پایه و مخچه با اختلال نقص توجه/بیش فعالی مرتبط باشد (بار کلی، ۲۰۱۵). کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی در توانایی های هیجانی، شناختی (محمدی دولت آبادی، میرصالح و چوبفروش زاده، ۱۴۰۲)، تعاملات اجتماعی و اغلب بیماری های روانی و نیز در زمینه آموزش (جیانگ^۸ و همکاران، ۲۰۲۲؛ ناظمی، تجلی، ابراهیم پور و صالحی، ۱۴۰۲)، مشکلات عمده ای دارند که منجر به پیامدهای جدی بر عملکرد تحصیلی و اجتماعی آنها می گردد (محمدزاده گان، فرید، چلبیانلو حسرتانلو و مصرآبادی، ۱۴۰۲).

تاکنون هیچ عاملی به تنهایی به عنوان علت اختلال بیش فعالی و نقص توجه شناخته نشده است، تصور می شود که این اختلال از تعامل پیچیده بین ژنتیک، محیط و عوامل زیستی حاصل می شود (کیلینگ^۹ و همکاران، ۲۰۰۸). حتی با در نظر گرفتن آمادگی زیستی به عنوان یک عامل قوی در اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، عوامل فردی و خانوادگی به عنوان عوامل مهم در بروز و پیامدهای این اختلال نقش عمده ای دارند و شدت نشانه ها، اختلال های همراه و سیر و پیامد اختلال نقص توجه/بیش فعالی تحت تاثیر این عوامل قرار دارد (شرودر و گوردون، ۲۰۰۲). از جمله مهمترین عوامل فردی که در پژوهش های مختلف در

1. White
2. Li et al.
3. DSM-5
4. Kaplan & Sadock
5. kasahara
6. Chuang YC, Wang CY, Huang WL. et al
7. Zhou et al
8. McDougal, E., Tai, C., Stewart, T. M., Booth, J. N., & Rhodes, S. M
9. Jiang
10. Kielsing

زمینه ی اختلال نقص توجه/ بیش فعالی مورد بررسی قرار گرفته اند می توان به عملکرد تحصیلی، بحران هویت، جنس، حافظه کاری، هوش، نارسایی یادگیری، نارساخوانی، پایه تحصیلی، راهبرد مقابله ارزیابی محور، راهبرد مقابله حل مسئله، ترتیب تولد، مهارت اجتماعی، تیپ الف و ب و وزن هنگام تولد اشاره کرد(دلاور و همکاران، ۱۳۹۴). پژوهشگران مختلف، عوامل گوناگون زیستی، خانوادگی، محیطی را برای سبب شناسی این اختلال، بررسی و عنوان نموده اند. خانواده، الگویی برای شکل گیری رفتار فرد در سنین کودکی و حتی نوجوانی می باشد. اهمیت و توجه و حفظ چنین ساختاری با در نظر گرفتن نقش روحی، روانی، عاطفی و اجتماعی، رفتاری خانواده و الگوبرداری فرزندان در یک محیط عاطفی، به خصوص برای کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی مضاعف می باشد (درتاج، ۲۰۱۰).

نقش خانواده در شکل گیری یا تداوم اختلالات روانی بسیار شناخته شده است و حجم عظیمی از یافته های پژوهشی نیز از این موضوع حمایت می کند(به نقل از عباسی و همکاران، ۱۳۸۸). واکنش اعضای خانواده به مشکلات کودک می تواند دامنه ای از طرد یا پذیرش کامل، غفلت یا مراقبت کامل باشد(قندیانی، ۱۴۰۱). رفتارهای ناسازگارانه کودک با اختلال نقص توجه/بیش فعالی (مانند تکانشگری، عدم تبعیت از دستورات والدین، رفتارهای تخریبی، لجبازی، نافرمانی و تحریک پذیری) احساس بدی در والدین (مانند خشم، عصبانیت، درماندگی، خستگی، کاهش تحمل به وجود می آورد (یائو و همکاران، ۱۴۰۰). و این احساسات بد والدین در نهایت مشکلات کودک را تشدید می کند. به این ترتیب چرخه معیوبی به وجود می آید، طوری که به تدریج تشخیص دقیق علت و معلول بسیار بعید به نظر می رسد (های و همکاران، ۱۴۰۰). پژوهش ها نشان داده اند به دلیل ویژگی های خاصی که این کودکان دارند مداخله در مشکلات آنها متفاوت از کودکان دیگر است و مداخله باید در بافت خانواده صورت گیرد(پلهام و همکاران، ۱۹۹۲). حسین پور و ملائی امجز (۱۴۰۳)، در تحقیق خود دریافتند که آموزش والدین با رویکرد آدلر- درایکورس با تمرکز بر اصول توانایی شناختی، بر کنترل توانمندیهای شناختی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی تأثیر معنادار داشته است. بر اساس نتایج تحقیق سپهری نسب (۱۴۰۱)، میزان اثر آموزش های مبتنی بر خانواده در کاهش علائم اختلال نقص توجه / بیش فعالی، مطابق جدول کوهن در حد بالاست. یافته های پژوهش افضلی و همکاران(۱۳۹۸) نشان داد که مداخلات خانواده محور منجر به افزایش مهارت های اجتماعی و کاهش نشانه های بالینی کودکان دارای اختلال بیش فعالی می شود.

تا^۳ و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که تکنیک های مدیریت رفتار در کاهش اضطراب در کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی نسبت به کودکان بدون اختلال نقص توجه بیش فعالی مؤثر است. لیم^۴ و همکاران (۲۰۲۳) نیز نشان دادند که برنامه آموزش توجه مبتنی بر رابط مغز و رایانه در بهبود اختلال نقص توجه و بیش فعالی تأثیر مثبتی دارد. گینگ جهلی^۵، آرنولد و وان زاندت (۲۰۲۳) در پژوهشی نشان دادند که آموزش مهارت های شناختی در افراد دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی باعث کاهش علائم این اختلال خواهد شد. شعبانعلی فمی، قاسم زاده و نجاتی (۱۴۰۲) نشان دادند که توانبخشی شناختی مبتنی بر فناوری های نوین بر بهبود عملکرد شناختی کودکان مبتلا به اختلال ذکر شده تأثیر مثبت و بالا داشته است.

با توجه به اینکه بسیاری از مسائل و مشکلاتی که این اختلال در خود کودکان، خانواده ها و معلمان به وجود آورده است(آیانو^۶ و همکاران، ۲۰۲۳) و نیز شیوع بالای اختلال، ویژگی های افراد مبتلا و تأثیر نامطلوب آن بر مهارت های تحصیلی در مدرسه، اجتماعی در میان همسالان و خانواده (موسی زاده مقدم و همکاران، ۱۳۹۷)، و از آنجا که پژوهش های انجام شده در زمینه ی سبب شناسی این اختلال عوامل فردی و خانوادگی را در این اختلال مورد حمایت قرار داده اند، ضرورت طراحی برنامه ی مشاوره ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی برای بهبود نشانه های این اختلال، مشکلات رفتاری و ضعف های شناختی از اهمیت ویژه

1. Hai
2. Pelham
3. TA, A. S.
4. Lim, C. G
5. Ging-Jehli
6. Ayano, G

ای برخوردار است. از این جهت پژوهش حاضر کوشیده است با توجه به تجارب زیسته درمانگران مجرب در این حوزه، به صورت کامل به همه جوانب و عوامل فردی و خانوادگی در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی پرداخته شود. از آنجا که یکی از مهمترین وظایف مشاوران و روانشناسان تربیتی، پژوهش و تحقیق در خصوص ارائه روش های مختلف در جهت پیشبرد بهتر اهداف تربیتی و آموزشی است، سوالات مشخص این تحقیق عبارت بود از: ۱- برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی برای کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی چگونه است؟ ۲- آیا برنامه مشاوره ای مبتنی برعوامل فردی و خانوادگی برای کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی از اعتبار کافی از نظر متخصصان برخوردار است؟

روش

روش پژوهش: هدف پژوهش حاضر تدوین برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی (با استفاده از تجربه زیسته درمانگران) می باشد. با توجه به اینکه از نتایج این تحقیق مستقیماً می توان استفاده کرد لذا پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نظر ماهیت داده ها به صورت کیفی بود. از نظر شیوه اجرا هم پژوهش از نوع اکتشافی بود که متناسب با شرایط مطالعه، مدل تدوین بسته مشاوره ای طرح اکتشافی مورد استفاده قرار گرفته است. روش پژوهش از نوع مصاحبه نیمه ساختار یافته و اجرای روش پدیدار شناسی بود. از دیدگاه روش شناسان کیفی برای مطالعه تجربه زیسته افراد از پدیده ها، مناسب ترین روش پدیدارشناسی است و مطالعه عمیق معنای پدیده ها با روش کیفی امکان پذیر است (موستاکاس، ۱۹۹۴؛ به نقل از کرسول، ۲۰۱۶).

جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش درمانگران متخصص در حوزه کودک و خانواده (دارای پروانه اشتغال سازمان نظام روان شناسی ج.ا.ا)، در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ در شهر همدان بودند. معیارهای انتخاب نمونه عبارتند از: حداقل ۵ سال تجربه فعالیت در حوزه کودک، عضو هیئت علمی دانشگاه و علاقه مند و متمایل به در اختیار گذاشتن تجربیات خود بودند.

نمونه و روش نمونه گیری: در این پژوهش برای انتخاب نمونه، از نمونه گیری هدفمند استفاده شد. مفهوم نمونه گیری هدفمند که در پژوهش های کیفی به کار می رود، بدین معناست که پژوهشگر افراد و مکان مطالعه را به این دلیل برای مطالعه انتخاب می کند که می توانند در فهم مسئله پژوهش و پدیده محوری مطالعه مؤثر باشند (کلاسن، کرسول، پلانو کلارک و همکاران^۲، ۲۰۱۲). کفایت نمونه گیری در انجام مصاحبه ها بر اساس اشباع و تکرارپذیری داده های جمع آوری شده انجام گردید. از این رو حجم نمونه تعداد ۱۲ نفر از درمانگران حوزه کودک استان همدان بودند.

ابزار سنجش: جهت گردآوری داده ها از مصاحبه ی نیمه ساختاریافته استفاده شد. سوالات مصاحبه باز پاسخ بودند که با این سؤال کلی به این مضمون: درمانگر گرامی در کار با کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی، عوامل فردی و خانوادگی را چگونه دخیل می دانید؟ شروع می شود.

روش اجرا: در ادامه، برای کشف عمیق پدیده از سوالات پیگیرانه مانند می توانید دراین باره بیشتر توضیح دهید؟ استفاده شد. در راستای اجرای پژوهش یک هفته قبل از مصاحبه، عنوان و هدف پژوهش برای اساتید تشریح شد. مسائل اخلاقی در این پژوهش شامل: کسب رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان برای شرکت در پژوهش و اجازه ضبط صدا، اطمینان به محرمانه باقی ماندن اطلاعات و استفاده از محتوای پیاده سازی شده در جهت اهداف پژوهشی حاصل شد. همچنین استفاده از نام مستعار برای آنها و اعطای حق انصراف از پژوهش در همه مراحل تحقیق به مشارکت کنندگان بود. همزمان با ضبط مصاحبه، یادداشت برداری از بخش های مهم انجام شد. سپس محتوای جلسات با تمام جزئیات پیاده سازی و نسخه ی پیاده سازی شده با مصاحبه ی ضبط شده تطبیق داده شد تا اعتبار نسخه ی نهایی تأیید شود. برای دستیابی به تحلیل کامل و جامع در این پژوهش از دو شیوه ی IPA (Lyons & Coyle, 2007) و همچنین روش مشهور گلیزری (Creswell & Poth 2016) استفاده شد. جهت

1. Moustakas

2. Klassen, Creswell, Plano Clark & et al

دستیابی به ادراک کلی از اظهارات شرکت کننده ها، متن هر یک از مصاحبه ها چندین بار مطالعه و بازخوانی شد. عبارت ها و جمله های مهم و مرتبط با تجربه ی مصاحبه شوندگان در متن شناسایی و مشخص شد و در جدولی جداگانه قرار گرفت. عبارات خاص با محتویات روانشناختی (مطابق روش IPA) و مفاهیم فرموله شده (طبق روش گلیزری) به عنوان کدهای اولیه در ستون دیگری در مقابل آن نوشته شد. در همین جدول روبه روی عمده ی اظهارات، کدبندی مطابق روش گلیزری انجام شد. سپس در جدول جدیدی، مفاهیم و مضامین مشترک میان مشارکت کنندگان در یک ستون قرار گرفت. این مضامین در ستون دیگری از این جدول دسته بندی شد و در نهایت مقوله های اصلی و فرعی حاصل از جمع بندی آن استخراج و در ستون آخر نوشته شد. این مراحل مطابق روش گلیزری صورت گرفت و در نهایت مقوله های مشخصی ارائه شدند. در جدول شماره ۱، چند نمونه از اظهارات مهم، معانی، مقوله ها و نقل قول ها ارائه شده است. برای بررسی اعتبار، نتایج استخراج شده برای دو متخصص آشنا با روش تحلیل کیفی، ارسال شدند و کدها، تم ها و مقوله ها مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین جهت بررسی روایی مقوله های به دست آمده، نتایج برای نیمی از مشارکت کنندگان ارسال شد و مورد تأیید قرار گرفت.

نتایج

یافته های حاصل از مطالعه عوامل فردی و خانوادگی در اختلال نقص توجه/بیش فعالی، در قسمت عوامل فردی در سه مقوله اصلی کنترل شناختی، تنظیم هیجان و آموزش مهارت ها و شش خوشه فرعی و ده موضوع که در جدول شماره ۱ در طبقات مشخص قرار گرفته اند، مفهوم پردازی شده است.

جدول ۱: مضمون های اصلی و زیر مضمون ها (عوامل فردی)

مقوله اصلی	مقوله فرعی	مفاهیم (تم ها)	کدهای باز
کنترل شناختی	تقویت مهارت های توجه و تمرکز	کنترل محرک های مزاحم	کاهش شلوغی اطراف
			حذف عوامل حواسپرتی
			استراحت های مکرر
			بازیهای توجه دیداری و شنیداری
			تمرین های توجه، تمرکز
	تقویت مهارت های توجه و تمرکز	تقویت مهارت های توجه و تمرکز	استفاده از نشانه های دیداری
			برنامه ریزی و تقسیم بندی
			فعالیت ها
			حرکت و تخلیه انرژی پیش از
			فعالیت های تمرکزی
مهار پاسخ	پیش بینی و آمادگی	پیش بینی و آمادگی	تنظیم محیط
			زمان بندی و برنامه ریزی
			تقسیم وظایف پیچیده به
			مراحل کوچکتر
			استفاده از تکنیک توقف-فکر
	توقف یا مکث قبل از انجام رفتار	توقف یا مکث قبل از انجام رفتار	تمرین تفکر درباره پیامد رفتار
			بازی های بازدار
			تکنیک مکث کردن قبل از

پاسخ			
تمرین خودگویی			
آموزش مهارت حل مسئله	در	کنترل پاسخ‌ها	
الگو سازی توسط والدین		موقعیت‌های فشار	
شناسایی و آگاهی از هیجانات خود			
و دیگران		شناسایی هیجانات	شناخت هیجان
ابراز هیجان به شکل مناسب			
گفتگو درباره هیجانات			
تمرین تجربه و پاسخ مناسب به هیجانات			
تمرین مدیریت موقعیت چالش زا با ایفای نقش	پاسخ مناسب به هیجان	کنترل هیجان	تنظیم هیجان
پیش بینی عواقب و نتایج رفتار			
تکنیک های آرام سازی خودگویی مثبت			
شمارش یا تاخیر در واکنش			
افزایش تحمل ناکامی	آموزش تکنیک های آرام سازی		
استفاده از تکنیک‌های تنفس و آرام‌سازی			
اولویت بندی و مدیریت زمان	آموزش شیوه های مطالعه و یادگیری	آموزش مهارت های مطالعه و یادگیری	
تقسیم تکالیف به قسمت‌های کوچک	تقویت تمرکز از طریق فعالیت های فیزیکی		آموزش مهارت ها
تطبیق با سبک یادگیری کودک			
تمرین در موقعیت های واقعی یا بازی	آموزش از طریق الگوسازی	آموزش مهارت های اجتماعی	
آموزش منتظر نوبت ماندن			
آموزش مهارت حل تعارض			

در بخش عوامل فردی سه مضمون اصلی تحت عنوان توانایی شناختی، تنظیم هیجانی و آموزش شناختی و شش خوشه فرعی شامل توجه و تمرکز، مهار پاسخ، شناخت هیجان، کنترل هیجان، آموزش مهارت های مطالعه و یادگیری و آموزش مهارت های اجتماعی استخراج گردید. توانایی شناختی یکی از مقوله های اصلی است که تعداد زیادی از مصاحبه شوندگان به عنوان یکی از

عوامل فردی به آن اشاره کردند و به مهارت های توجه و تمرکز که از طریق فعالیت های شناختی و حرکتی تقویت می گردد و همچنین به توانایی مهار پاسخ اشاره دارد به عنوان مثال مصاحبه کننده شماره ۵ اشاره کرد "انجام تمریناتی که نیاز به دقت و هماهنگی دارد، مانند انداختن توپ در سبد، پرش از روی موانع خاص و... میتونه به تقویت تمرکز کودک کمک کنه." همچنین مصاحبه شونده شماره ۱۱ اظهار کرد "ورزش و تمرینات جسمی می‌توانند ابزاری مؤثر برای تقویت خودکنترلی در کودکان مبتلا به ADHD باشند. این فعالیت‌ها به کودکان کمک می‌کنند تا انرژی اضافیشون روتخلیه کنن، تمرکزشون هم بالا بره."

تنظیم هیجان نیز یکی از عواملی است که در این پژوهش همه شرکت کنندگان آن را به عنوان یکی از اساسی ترین عوامل فردی در کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی به آن اشاره نمودند و به اهمیت شناسایی و کنترل هیجانات می پردازد به عنوان مثال مصاحبه کننده شماره ۸ در این خصوص بیان نمود که "به نظر من، خیلی مهمه که به بچه ها یاد بدیم که احساساتشون رو بشناسن و بتونن در موردشون صحبت کنن. وقتی بچه بدونه که چه احساسی داره، می تونه بهتر اون رو مدیریت کنه." و مصاحبه کننده شماره ۳ اشاره کرد "برخی کودکان ADHD از طریق بازی یا نقاشی می تونن احساساتشون رو بهتر شناسایی کنند. برای مثال، از کودک می خوایم یه نقاشی بکشه که نشون بده چه احساسی داره."

آموزش مهارت ها نیز از عواملی است که ده نفر از شرکت کنندگان در این پژوهش آن را به عنوان یکی از عوامل فردی مهم در اختلال نقص توجه/بیش فعالی به آن پرداختند و به آموزش مهارت های مطالعه و یادگیری و آموزش مهارت های اجتماعی اشاره دارد. برای مثال مصاحبه کننده شماره ۴ گفت "یکی از مشکلات عمده بچه های مبتلا به ADHD اینه که کارهای بزرگ و پیچیده ممکنه اونها رو دچار اضطراب یا سردرگمی کنه. بنابراین، باید فعالیت ها و وظایف رو به بخش های کوچک تر و قابل مدیریت تقسیم کرد. به جای اینکه بخوایم تمام یک فصل را یک جا مطالعه کند، اون رو به قسمت های کوچک تر تقسیم کنید و هر بار تنها روی یک بخش تمرکز کنیم. این کار به کودک کمک می کند تا تمرکز خود را برگردونه و از خستگی ذهنی جلوگیری بشه."

جدول ۲: مضمون های اصلی و زیر مضمون ها (عوامل خانوادگی)

مقوله اصلی	مقوله فرعی	مفاهیم و مضامین	کدهای باز
ساختار خانواده	مرز بندی	تعیین نقش ها	تقسیم وظایف بین اعضای خانواده
			آموزش در مورد مسئولیت ها
	تعیین مرزهای فیزیکی و زمانی	احترام به حریم دیگران	
		تنظیم زمان مشخص برای فعالیت ها مثل بازی و ...	
قانون گذاری	محدودیت های واقع بینانه	قوانین مشخص و پایدار	قوانین و دستورالعمل های ساده و کوتاه و روشن و مستقیم
			پیامد روشن برای تخطی از قوانین
	تعیین محدودیت بر اساس آموزش و نه فقط تنبیه و واکنش قاطع	تنظیم انتظارات واقع بینانه متناسب با سن و توانایی کودک	
		سازماندهی و برقراری نظم در محیط خانه	
سبک زندگی			تعریف مکان مشخص برای فعالیت ها
			شناسایی و محدود سازی محرک های هیجان انگیز

جدول ۲: مضمون های اصلی و زیر مضمون ها (ادامه)		
سازماندهی محیط	فراهم کردن فضای امن و قابل پیش بینی	برنامه ریزی اوقات فراغت
ایجاد روتین روزانه منظم	ایجاد روتین ثابت	داشتن روال های تکرارشونده و قابل پیش بینی
روابط موثر والدین	تقویت روابط زوجین	حمایت همسر و پشتیبانی عاطفی
		در صورت لزوم مراجعه به زوج درمانگر
		توافق در مورد روش ها و قوانین تربیتی
	هماهنگی و توافق در تربیت فرزند	هماهنگی در تصمیم گیری ها
		پرهیز از تضاد رفتاری
		پذیرش مثبت نامشروط
تعاملات خانوادگی	حمایت عاطفی	جدا کردن کودک از رفتارارش
روابط موثر والد-کودک		گفتگو، بازی و تفریح
	اختصاص زمان پرمحتوا با کودک	انجام فعالیت های مشترک با کودک
		اختصاص زمان برای ارتباط با کودک، مانند بازی کردن، گفتگو
	ایجاد فضای ابراز گری	گوش دادن به نگرانی ها و احساسات کودک بدون قضاوت
آموزش مهارت ها	آموزش شیوه های صحیح فرزندپروری	آشنایی با سبک های فرزندپروری
		مدیریت رفتار کودک
	آموزش مهارت مدیریت هیجان	آموزش مهارت کنترل خشم
		تمرین در موقعیت های اجتماعی
توانمندسازی والدین	آموزش ویژگی های اختلال نقص توجه/بیش	آگاهی از علائم و نشانه های اختلال نقص توجه/بیش فعالی

جدول ۲: مضمون های اصلی و زیر مضمون ها (ادامه)

مشارکت در درمان	فعالی	درک ویژگی های کودک با اختلال نقص توجه/بیش فعالی
خودمراقبتی	آموزش تکنیک های مدیریت رفتار	استفاده از تقویت مثبت در خانه
	ارتباط با مدرسه و معلمان و مشاور	کاهش رفتارهای نامطلوب با نادیده گرفتن
	عضویت در گروه های حمایتی	شرکت در جلسات آموزشی، مشاوره ای و درمانی
	توجه به رفع مشکلات فردی	ارتباط و همکاری مستمر با معلمان و مشاور
یادگیری تکنیک های آرام سازی	توجه به رفع مشکلات فردی	کمک گرفتن از دوستان و اقوام
	توجه به رفع مشکلات فردی	ابرازگری و بیان احساسات
	توجه به رفع مشکلات فردی	توجه به نیازهای فردی و سلامت جسمانی و روانی
مدیریت استرس	توجه به رفع مشکلات فردی	در صورت لزوم مراجعه به درمانگر
	توجه به رفع مشکلات فردی	تمرینات ریلکسیشن و ذهن آگاهی

همچنین بر اساس داده های به دست آمده از مصاحبه ها، در قسمت عوامل خانوادگی یافته ها در چهار مقوله اصلی ساختار خانواده، سبک زندگی، تعاملات خانوادگی و توانمند سازی والدین و شش خوشه فرعی و ده موضوع که در جدول شماره ۲ در طبقات مشخص قرار گرفته اند، مفهوم پردازی شده است. همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود سه مقوله از تحلیل مضمون استخراج شد که در ادامه به هریک پرداخته می شود. ساختار خانواده یکی از موارد مورد اشاره اکثر مصاحبه شوندگان بود. به عنوان مثال مصاحبه شونده شماره ۶ عنوان کرد "تعیین نقش و آموزش مسئولیت ها کمک می کنه بچه ها بدونن چه انتظاری ازشون داریم." همچنین مصاحبه شونده شماره ۱۰ عنوان کرد "قوانینی برای مسائل مثل ساعت خواب، زمان استفاده از موبایل ... و مسئولیت های خانگی باید وجود داشته باشه."

سبک زندگی نیز یکی از عوامل اشاره شده توسط بسیاری از مصاحبه شوندگان بود. به عنوان مثال شرکت کننده شماره ۱۲ گفت: "زمانی که بچه بدانه چه چیزی بعد از چه چیزی می آد احساس امنیت و آرامش می کنه. داشتن برنامه ی منظم و قابل پیش بینی برای روزهای کودک خیلی کمک کنندس، کمک می کنه که بچه ها احساس امنیت و آرامش بیشتری داشته باشن. یعنی زمان بندی مشخص برای کارهای روزانه داشته باشن." مصاحبه شونده شماره ۵ نیز بیان کرد "مشخص کردن مکان مشخص برای فعالیت ها مثلاً میز مطالعه ثابت و مشخص داشته باشه؛ نه هر بار در جای متفاوت (مثلاً روی تخت یا زمین). محل بازی، خواب، غذا و درس از هم جدا باشن تا ذهن کودک تفکیک کنه که هر فضا چه نقشی داره."

تعاملات خانوادگی نیز از عواملی است که ده نفر از شرکت کنندگان در این پژوهش آن را به عنوان یکی از عوامل خانوادگی مهم در اختلال نقص توجه/بیش فعالی به آن پرداختند. برای مثال مصاحبه شونده شماره ۵ اشاره کرد "وقتی پدر و مادر رابطه خوبی با هم دارن، بچه هم احساس امنیت می کنه و آروم تره. برای همین، خیلی مهمه که زن و شوهر به همدیگه توجه کنن، حمایت کنن و برای رابطه شون وقت بذارن." همچنین مصاحبه شونده ۱۲ عنوان کرد "والدین باید در مورد نحوه برخورد با مشکلات

کودک به توافق برسند و از همدیگر حمایت کنند. مشکلات زناشویی می‌تونه روی رفتار بچه ها تأثیر منفی بذاره و باعث تشدید علائم ADHD بشه."

توانمندسازی والدین نیز یکی دیگر از عوامل خانوادگی مهم مورد اشاره مصاحبه شوندگان بود. برای مثال مصاحبه شونده شماره ۸ گفت: "والدین باید در درجه اول مراقب سلامت جسمی و روانی خودشان باشند تا دچار فرسودگی نشن. والدینی که خودشان سالم نباشن نمی‌تونن به وضعیت بچه هاشون رسیدگی کنن."

برای تدوین پروتکل آموزشی برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل فردی درمان کودکان با اختلال نقص توجه / بیش فعالی براساس تحلیل بخش کیفی و متن مصاحبه ها و همچنین مضامین استخراج شده، ۸ جلسه آموزشی است که به آموزش برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل فردی درمان کودکان با اختلال نقص توجه / بیش فعالی پرداخته است. در جدول (۳) جزئیات هر جلسه ارائه شده است:

جدول ۳: برنامه تدوین شده مبتنی بر عوامل فردی

جلسه	هدف	محتوا
اول	برقراری ارتباط بین درمانگر و کودک	آشنایی با گروه - فعالیت های بازی محور جهت غنی سازی رابطه
دوم	شناسایی و نامگذاری هیجان ها و پاسخ مناسب	آموزش شناسائی و نامگذاری احساسات اولیه(از طریق بازی عروسکی-قصه-نقاشی)یا فعالیت هایی مثل کاربرگ.آموزش و پاسخ مناسب به هیجانات(از طریق بیان قصه، بیان مثال های موردی و تجربیات شخصی-انیمیشن)
سوم	مهار پاسخ و تاخیر در واکنش ها	بازی های توقف-فکر مثل چراغ راهنما، توپ و نوبت ،استفاده از داستان
چهارم	آموزش تکنیک های آرام سازی جهت کنترل هیجان	آموزش تکنیک های آرام سازی و ریلکسیشن(استفاده از تکنیک های خودآرام سازی (مثل نفس عمیق، شمردن تا ۱۰).
پنجم	تقویت تمرکز	تقویت تمرکز از طریق بازی(دارت-شطرنج-پازل-تمرینات جدا کردنی - ماز بازی)
ششم	آموزش مهارت های حل مسئله	آموزش مهارت حل مسئله و تصمیم گیری با استفاده از استفاده از مثال های موردی، انیمیشن و داستان و تمثیل
هفتم	آموزش مهارت های مطالعه و یادگیری	تقسیم تکالیف به قسمت های کوچک تر(تمرین با کودک و الگو دهی مناسب با سبک یادگیری)
هشتم	آموزش مهارت های اجتماعی	تمرین بازی های قانون دار و آموزش منتظر نوبت ماندن

برای تدوین پروتکل آموزشی برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل خانوادگی درمان کودکان با اختلال نقص توجه / بیش فعالی براساس تحلیل بخش کیفی و متن مصاحبه ها و همچنین مضامین استخراج شده، ۹ جلسه آموزشی است که به آموزش برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل خانوادگی درمان کودکان با اختلال نقص توجه / بیش فعالی پرداخته است. در جدول (۴) جزئیات هر جلسه ارائه شده است:

جدول ۴: برنامه تدوین شده مبتنی بر عوامل خانوادگی

جلسه	هدف	محتوا
اول	برقراری ارتباط بین درمانگر و والدین و اعضای گروه	معرفی و آشنائی اعضا با یکدیگر - مطرح کردن قوانین و مقررات گروه- آشنایی با اهداف و محتوای برنامه
دوم	آموزش و افزایش آگاهی والدین درباره اختلال نقص توجه/بیش فعالی	آشنایی با اختلال نقص توجه/بیش فعالی(علائم و نشانه ها-سبب شناسی و شیوع)آشنایی با درمان های رایج ، تصحیح نگرش و باورهای والدین
سوم	آموزش تکنیک های مدیریت رفتار	استفاده از تکنیک های تقویت مثبت و پاداش برای رفتارهای مطلوب و همچنین تعیین محدودیت ها و پیامدهای مشخص برای رفتارهای منفی
چهارم	آموزش و ارتقای مهارت های والدین	آموزش شیوه های صحیح فرزندپروری
پنجم	سازمان دهی محیط زندگی	سازماندهی و برقراری نظم در محیط خانه- پرهیز از شلوغی،ایجاد نظم در چیدمان وسایل،محیط خلوت و سازمان یافته. برنامه ریزی زمان فعالیت ها (خواب، غذا، بازی، تفریح)
ششم	آموزش و ارتقای مهارت های والدین	آموزش مهارت حل مسئله
هفتم	تقویت روابط والدین	همکاری و هماهنگی والدین و اهمیت توافق در شیوه فرزندپروری و قوانین وضع شده-حمایت والدین از یکدیگر، توجه به نیازهای یکدیگر و تقویت رابطه زوج
هشتم	تقویت رابطه والد-کودک	جدا کردن کودک از رفتارش،گوش دادن فعال جهت تقویت رابطه ، اختصاص زمان پرمحتوا با کودک، ابراز محبت و حمایت عاطفی
نهم	خودمراقبتی	آموزش تکنیک های آرام سازی، اهمیت توجه به رفع مشکلات فردی

برای تعیین میزان تمرکز و گستردگی مداخله آموزشی برای هر یک از مقولات پایه از دو ملاک مشخص، یکی فراوانی واحدهای معنایی، کدهای باز، مقولات فرعی و سپس مقولات اصلی و دیگری گستردگی اجزاء خرد تا کلان هر یک از مقولات پایه معرفی شده استفاده شد. در این مرحله مطابق با نظر کریپندورف (۱۳۸۷) فراوانی واحدهای معنایی به عنوان متداول ترین و پرکاربردترین معیار در زمان بررسی نشانه ها و علایم پدیده خاص مورد توجه و استفاده قرار گرفته است. نتایج حاصل از بررسی فراوانی و گستره مقولات استخراج و ارائه شده، در جداول (۵) ارائه شده است.

جدول ۵ نتیجه بررسی توافقی داوران در مورد پروتکل مداخله آموزشی

ردیف	موضوع توافق	داوران					میانگین توافق	توافق کلی
		اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم		
۱	تطابق محتوایی جلسات تنظیم شده با اهداف مداخله آموزشی	۰/۸۹	۰/۸۵	۰/۷۶	۰/۸۱	۰/۸۲	۰/۸۳	
۲	تناسب جلسات با ساختار مورد نیاز در مداخله آموزشی	۰/۹۰	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۸۹	۰/۹۱	۰/۹۱	
۳	کفایت زمان اختصاص یافته برای هر یک از جلسات مداخله آموزشی	۰/۹۵	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۹۴	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۸۶
۴	کفایت مداخله آموزشی	۰/۷۶	۰/۷۴	۰/۷۲	۰/۸۱	۰/۸۶	۰/۷۸	
۵	ارزیابی کلی مداخله آموزشی	۰/۸۶	۰/۷۹	۰/۷۸	۰/۸۹	۰/۸۸	۰/۸۴	

چنانچه در جدول ۵ مشاهده می شود، می توان گفت که مطابق با نظر داوران تخصصی، پروتکل مداخله آموزشی برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل فردی از نظر تطابق محتوایی، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۸۳، از نظر تناسب جلسات درمانی، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۹۱، از نظر کفایت زمان اختصاص یافته، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۹۳، از نظر کفایت مداخله آموزشی، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۷۸، و از نظر ارزیابی کلی، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۸۴، و توافق کلی تخصصی نیز برای پروتکل مداخله آموزشی ۰/۸۶ بود.

پروتکل مداخله آموزشی برای برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل خانوادگی بر اساس کدهای مستخرج از مصاحبه ها در اختیار پنج متخصص قرار گرفت و از آنها درخواست شد تا پس از مطالعه، نظراتشان را راجع به ساختار و محتوای هر یک از جلسات، در قالب پرسشنامه نظرسنجی که همراه پروتکل مداخله آموزشی تدوین شده در اختیار هر یک از متخصصان قرار گرفته بود، ارائه کنند. همچنین در ادامه فرم ارزیابی محتوایی و تخصصی، درخواست شده بود تا پیشنهادات و نظرات اصلاحی هر یک از متخصصان در جهت ارتقاء ساختار و محتوا پروتکل مداخله آموزشی برای برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل خانوادگی را ارائه نمایند. در مرحله بعد نظرات تخصصی پنج متخصص بررسی شده و نظرات اصلاحی آنها درباره پروتکل مداخله آموزشی اعمال و مداخله نهایی آموزشی آماده شد. در مرحله بعد پروتکل مداخله آموزشی به پنج نفر متخصص ارائه و ضریب توافق (توافق درونی) با استفاده از

ضریب کاپای کوهن متخصصان درباره ساختار، محتوا و فعالیت های مداخله آموزشی محاسبه گردید. نتایج توافق به دست آمده در جدول (۶) ارائه شده است.

جدول ۶ نتیجه بررسی توافق داوران در مورد پروتکل مداخله آموزشی

ردیف	موضوع توافق	داوران					میانگین توافق	توافق کلی
		اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم		
۱	تطابق محتوایی جلسات تنظیم شده با اهداف مداخله آموزشی	۰/۸۹	۰/۸۵	۰/۷۶	۰/۸۱	۰/۸۲	۰/۸۳	
۲	تناسب جلسات با ساختار مورد نیاز در مداخله آموزشی	۰/۹۰	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۸۹	۰/۹۱	۰/۹۱	
۳	کفایت زمان اختصاص یافته برای هر یک از جلسات مداخله آموزشی	۰/۹۵	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۹۴	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۸۶
۴	کفایت مداخله آموزشی	۰/۷۶	۰/۷۴	۰/۷۲	۰/۸۱	۰/۸۶	۰/۷۸	
۵	ارزیابی کلی مداخله آموزشی	۰/۸۶	۰/۷۹	۰/۷۸	۰/۸۹	۰/۸۸	۰/۸۴	

چنانچه در جدول (۶) مشاهده می شود، می توان گفت که مطابق با نظر داوران تخصصی، پروتکل مداخله آموزشی برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل خانوادگی از نظر تطابق محتوایی، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۸۳، از نظر تناسب جلسات درمانی، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۹۱، از نظر کفایت زمان اختصاص یافته، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۹۳، از نظر کفایت مداخله آموزشی، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۷۸، و از نظر ارزیابی کلی، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۸۴، و توافق کلی تخصصی نیز برای پروتکل مداخله آموزشی ۰/۸۶ بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تدوین برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی مبتنی بر تجارب زیسته درمانگران انجام شد. با تحلیل یافته های پژوهش از جمع بندی و تحلیل تجربه های بیان شده توسط مصاحبه شونده ها در بخش عوامل فردی سه مضمون اصلی تحت عنوان توانایی شناختی، تنظیم هیجانی و آموزش شناختی و شش خوشه فرعی شامل توجه و تمرکز، مهار پاسخ، شناخت هیجان، کنترل هیجان، آموزش مهارت های مطالعه و یادگیری و آموزش مهارت های اجتماعی استخراج گردید و در بخش عوامل خانوادگی چهار مضمون اصلی تحت عنوان ساختار خانواده، سبک زندگی، تعاملات خانوادگی و توانمند سازی والدین و نه خوشه فرعی تحت عنوان مرزبندی، قانون گذاری، سازماندهی محیط، ایجاد روتین روزانه منظم، روابط موثر والدین، روابط موثر والد- کودک، آموزش مهارت ها، مشارکت در درمان و خودمراقبتی به دست آمد.

نتایج نشان داد یکی از مقوله های اصلی در مطالعه حاضر توانایی شناختی است. توانایی شناختی رابط میان رفتار و ساختار مغز بوده و بسیاری از توانایی ها همانند توجه، برنامه ریزی، حل مسئله، بازداری پاسخ، انجام همزمان تکالیف و انعطاف پذیری شناختی را در برمی گیرد (بلیس و کلینجراید، ۱۹۹۱). در استناد به این یافته تحقیق مطالعه دمی^۱ و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که توانایی های شناختی می توانند در ارتباط بین علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی و موفقیت تحصیلی نقش داشته باشند. این یافته ها بر اهمیت توجه به جنبه های شناختی در مداخلات آموزشی برای افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی تأکید می کند. نتایج تحقیق نریمانی و همکاران (۱۳۹۴)، نشان داد که از مداخله توانبخشی شناختی می توان برای بهبود نگهداری توجه و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی استفاده کرد. نتایج حاصل از مطالعه براتی و همکاران (۱۴۰۲)، نشان داد که درمان توانبخشی مبتنی بر واقعیت های مجازی توانسته به صورت معناداری نمرات پس آزمون کارکردهای اجرایی (توجه انتخابی، توجه پایدار و بازداری پاسخ) در گروه آزمایش را به صورت معناداری افزایش دهد.

مقوله دیگر تنظیم هیجانی می باشد. تنظیم هیجان به فرآیندی دلالت دارد که به وسیله آن تجربه هیجانی، ارزیابی، بازبینی و نگهداری یا اصلاح می شود. در مجموع، راهبردهای تنظیم هیجان یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی، نگهداشت و سازمندی رفتار سازش یافته و همچنین پیشگیری از هیجان های منفی و رفتارهای سازش نایافته محسوب می شود (نجو^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). عدم تنظیم هیجانی، با بسیاری از اختلالات روان شناختی ارتباط دارد (ميو^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). یافته های پژوهش فرزادی و همکاران (۲۰۱۹)، نشان داد که تنظیم هیجان، باعث افزایش توجه در افراد با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی می شود. نتایج تحقیق خورشید احمد^۴ (۱۴۰۱) نیز نشان داد که درمان متمرکز بر تنظیم هیجان بر علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی کودکان عراقی اثربخش است.

مقوله دیگر آموزش شناختی است. نتایج پژوهش سلیمانی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که برخی از مهارت های شناختی افراد دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی می تواند در اثر آموزش شناختی افزایش یابد. نیکبخت و همکاران (۱۴۰۳) نشان دادند برنامه های آموزشی توانبخشی شناختی و تنظیم هیجان موجب بهبود مشکلات رفتاری دانش آموزان شده است و این تأثیر در مرحله پیگیری دو ماهه پایدار ماند. یافته های ارائه شده از سوی برخی پژوهشگران اثربخشی تکنیک آموزش شناختی را بر افزایش مهارت های شناختی و کاهش علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی نشان می دهد. برای مثال در پژوهشی کلینبرگ^۵ و همکاران (۲۰۰۲)، تأثیر برنامه آموزش شناختی حافظه فعال را بر ۵۳ کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی بررسی کرده و عنوان کردند برنامه آموزش شناختی بر آزمودنی ها موثر بوده است. موریسون^۶ و چین (۲۰۱۱)، با استناد به شواهد پژوهشی، آموزش شناختی را ابزاری جهت ارتقای توانمندی شناختی معرفی می کنند.

مقوله بعدی ساختار خانواده است. پژوهشگران معتقدند که اختلال های برون نمود همچون اختلال نقص توجه/بیش فعالی نتیجه یک شکست در اعمال قوانین والدینی هستند که معمولاً دارای سه ویژگی عمده اند: قوانین بی ثبات، نظارت کم، مهارت های ضعیف حل مسئله. این نوع شیوه تعامل والدین و کودکان، فرزندانشان را به سمت اختلالات رفتاری سوق می دهد. یافته های پژوهشی نشان داده اند که وجود اختلال های رفتاری در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی بر تعامل والدین - فرزند و سایر اعضای خانواده تأثیر منفی می گذارد. اختلال نقص توجه/بیش فعالی عملکرد خانواده را دچار اختلال میکند، زیرا والدین از مشکلات روانشناختی بیشتری برخوردار گشته و در مهارت های فرزند پروری ضعیف تر عمل می کنند به همین دلیل بیشتر اوقات والدین این کودکان برای کنترل کودک، دچار احساس بی کفایتی می شوند (دهقان نژاد و همکاران، ۱۳۹۶). حکمتی پور و بنت الهدی (۱۳۹۹)، در پژوهش خود دریافتند که خانواده درمانی سیستمی بر احساس انسجام روانی و عملکرد خانواده در خانواده های

1. Bliss & Collingridge
2. Demi
3. Njau
4. Miu et al
5. Klingberg
6. Morrison

دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی اثربخش می باشد. نتایج پژوهش طاهر منش و معینی (۱۳۹۹)، حاکی از آن است که پس از اجرای خانواده درمانی، نشانه های اختلال نقص توجه / بیش فعالی در این کودکان کاهش یافته است. یافته های پژوهش متولی پور و همکاران (۱۳۹۸)، نشان داد می توان از برنامه بازی درمانی شناختی-رفتاری حاضر به عنوان ابزاری خانواده محور برای کاهش علائم اختلال نقص توجه/ بیش فعالی سود جست. مطالعه بیرامی و همکاران (۱۳۸۸)، نیز نشان داد که خانواده های دارای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی در ابعاد حل مسأله، پاسخ دهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل عملکردی نسبت به خانواده های دارای کودکان بهنجار تفاوت معناداری دارند. این یافته ها بر لزوم توجه به عملکرد خانواده در مدیریت اختلال نقص توجه/بیش فعالی تأکید می کند.

مقوله بعدی سبک زندگی است. شاهي گنزق (۱۴۰۴)، در پژوهش خود تحت عنوان مروری جامع بر اختلال نقص توجه/بیش فعالی اذعان کرد از جمله نکات قابل توجه به هنگام تعامل با کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی می توان به برنامه ریزی کارها، تنظیم خواب، بازخورد مثبت، تقویت مثبت، تقسیم بندی تکالیف پیچیده به ساده و درک شرایط و انتظار در حد توانایی اشاره کرد.

مقوله دیگر تعاملات خانوادگی است. درنظریه سیستمی خانواده رفتار هر فرد وابسته به کل سیستم و رفتار سایر اعضا و عناصر توصیف شده است. بسیاری از شواهد نشان می دهد که رفتارها و علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی در دوران رشد کودک ظاهر می شود و خانواده اهمیت ویژه ای در بروز علائم دارد (جانستون، مش، میلر و نینوفسکی، ۲۰۱۲). در این رابطه (بلیس و همکاران، ۲۰۱۶) نشان داده اند که نحوه رفتار والدین و جو حاکم بر روابط والدین و فرزندان می تواند بر تحول جنبه های شناختی، عاطفی، اجتماعی و اخلاقی آنان تأثیر عمیقی داشته باشد. یافته های تحقیق فرحبخش و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که برنامه آموزش تعامل مثبت والد- کودک اثر معنی داری بر کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال نارسایي توجه بیش فعالی دارد. نتایج حاصل از تحقیق بابائی و همکاران (۱۴۰۱) نشان داد که آموزش تعامل والد کودک بر تنظیم هیجان، انعطاف پذیری شناختی و خودشفقت ورزی مادران دارای کودک مبتلا به بیش- فعالی تأثیر دارد. با توجه به نتایج مادران دارای کودک مبتلا به بیش فعالی می توانند برای بهبود تنظیم هیجان، انعطاف پذیری شناختی و خودشفقت ورزی از آموزش تعامل والد کودک بهره ببرند. یافته های پژوهش عسگرزاده (۱۴۰۳) بر اهمیت تعارض زناشویی در مادران با کودک مبتلا به اختلال نارسایي توجه/ بیش فعالی تأکید می کند. با توجه به یافته های پژوهش فیروزی و همکاران (۱۴۰۱) می توان دریافت که جو عاطفی خانواده و تنظیم شناختی هیجان در بروز نشانه های اختلال نارسایي توجه/بیش فعالی نقش دارد. بنابراین، می توان در درمان کودکان و نوجوانان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی به فضا و جو عاطفی خانواده توجه نمود و مورد مداخله قرار گیرد. همچنین درمانگران، آموزش راهبردهای تنظیم شناختی را در درمان این کودکان، مدنظر قرار دهند. همان گونه که یافته های دکرز^۲ و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند، والدین دارای فرزندان با اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، بیشتر از والدین دیگر از شیوه های فرزندپروری منفی استفاده می کنند. همچنین نتایج تحقیق میردامادی (۱۴۰۱)، نشان داد که والدین کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی بیشتر از سبک فرزندپروری مستبدانه استفاده می کردند. مادران این گروه از کودکان، بیشتر فرمان دهنده و کمتر پاداش دهنده می باشند. همچنین، این مادران تعامل کمتری با فرزندان خود داشتند. با توجه به اینکه احتمالاً کودکان با اختلال نقص توجه/ بیش فعالی دارای مشکلات رفتاری، تحصیلی و بی توجهی هستند؛ رفتارهای منفی، تقاضامندانه و انتقادی والدین به عنوان واکنش نسبت به این اختلال بیشتر از والدین دارای فرزند بهنجار بود و بیشتر از شیوه های فرزندپروری مستبدانه استفاده کردند. همچنین یافته ها نشان می دهند که آموزش رفتاری به مادران، موجب کاهش مشکلات رفتاری و علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی می شود. اهمیت توجه به الگوی رفتاری والدین، در این است که والدین با در نظر گرفتن پیامدهای نامطلوب برای رفتارهای تکانشی از قبیل پرخاشگری و قانون شکنی و در نظر گرفتن پیامدهای مطلوب برای رفتارهای درست، اهمیت تأخیر در تصمیم گیری را که برای

انجام کارکردهای اجرایی حل مسئله از قبیل تفکر و نظم دهی به هیجانات در مقابل دیگران است را مورد تأکید قرار می دهند خدابخشی و همکاران (۲۰۱۵). بنابراین، با آموزش والدین می توان نشانه های اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی را در نوجوانان مدیریت کرد.

در تدوین این برنامه مشاوره ای ضمن مطالعه تجربه زیسته درمانگران حوزه کودک هم عوامل فردی و هم عوامل خانوادگی، مورد توجه قرار گرفت و گستره بزرگتری برای تدوین برنامه مشاوره ای ایجاد کرد. و از طرفی توجه به مهارت های فردی-هیجانی و ارتباطی دوره کودکی، چالش های تحصیلی، توجه به تفاوت های فردی-اجتماعی، استفاده از مفاهیم ساده آموزشی و همراهی فعال کودکان و خانواده ها در تدوین برنامه مشاوره ای مورد توجه قرار گرفت. در نهایت، نتایج پژوهش نشان داد برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی از روایی محتوایی مناسبی بهره مند است و روایی و پایایی لازم را برای کاربردهای آموزشی و پژوهشی دارد. از آنجاکه هیچ پژوهشی خالی از محدودیت نیست، پژوهش حاضر نیز با محدودیت هایی روبه رو بود. با توجه به اینکه پژوهش حاضر با رویکرد پدیدارشناسی انجام شد و تحلیل داده ها به صورت کیفی مبتنی بر پارادایم تفسیری صورت گرفت، ممکن است به دلیل سیال و پویانده بودن ذهن آدمی، در کدگذاری ها و نحوه استخراج مقوله ها جهان بینی پژوهشگران تاثیرگذار بوده باشد. درواقع، امکان دارد پژوهشگران با دخالت دادن تعصبات و پیش فرض های ذهنی خود، یافته ها و نتایج پژوهش را دستکاری کرده باشند. البته در مطالعه حاضر پژوهشگران تلاش نمودند تنها به نگرش تجربیات مصاحبه شوندگان بپردازند و تا حد امکان بدون سوگیری عمل کنند. پیشنهاد می شود از نتایج یافته های این پژوهش برای بهبود علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی در خانواده، مدارس و نیز در سایر مراکز همچون مراکز خدمات روانشناختی، و ... استفاده شود.

- افضلی، لیلا؛ قاسم زاده، سوگند؛ هاشمی بخشی، مریم، (۱۳۹۸). اثربخشی مداخلات خانواده‌محور بر نشانه‌های بالینی و مهارت‌های اجتماعی کودکان بیش فعال. فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۷(۳)، ۲۲۹-۲۴۳.
- بابایی، ه. رجب پور عزیزی، ز. عالمیان گاوزن، ف. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش تعامل والد کودک بر تنظیم هیجان، انعطاف‌پذیری شناختی و خودشفقت ورزی مادران دارای کودک مبتلا به بیش فعالی. پایان نامه برای دریافت کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی. مؤسسه آموزش عالی غیر انتفاعی غیر دولتی فروردین قائمشهر.
- براتی، ز. سپاه منصور، م. رادفر، ش. (۱۴۰۳). اثربخشی توانبخشی شناختی مبتنی بر واقعیت مجازی بر کارکردهای شناختی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / نقص توجه. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۱۰(۱)، ۱۲۴-۱۳۲.
- بیرامی، منصور، حکمتی، عیسی، و سودمند، محسن. (۱۳۸۸). مقایسه عملکرد خانواده های دارای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی (ADHD) با خانواده های دارای کودکان بهنجار. پژوهش های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)، ۴(۱۶)، ۴۱-۲۱.
- ثنائی، ب. و امینی، ف. (۱۳۷۹). مقایسه عملکرد خانواده در دو گروه دانش آموزان دختر مستقل و وابسته به دیگران، تازه ها و پژوهش های مشاوره. جلد دوم. شماره ۷ و ۸. صص. ۸۲-۹.
- حسین پور، ن. ملائی امجز، ف. (۱۴۰۳). تاثیر آموزش والدین مبتنی بر رویکرد آدلر درایکورس بر کنترل توانمندی های شناختی در دانش آموزان مبتلا به اختلال بیش فعالی شهرستان زاهدان. فصلنامه پژوهش در رواندرمانی کودک و نوجوان، دوره ۱، شماره ۱.
- حکمتی پور، بنت الهدی، دوستکام، محسن (۱۳۹۹). اثر بخشی خانواده درمانی سیستمی بر احساس انسجام روانی و عملکرد خانواده در خانواده های دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی. سومین کنفرانس بین المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت.
- خورشید احمد، م. زمستانی، م. صیدی، پ. (۱۴۰۱). هائربخشی درمان متمرکز بر تنظیم هیجان بر علائم اختلال کم توجهی-بیش فعالی کودکان عراقی: مطالعه کارآزمایی کنترل شده تصادفی. پایان نامه ارشد رشته روان شناسی. دانشگاه کردستان.
- درتاج، ف. محمدی، ا. (۱۳۸۹). مقایسه عملکرد خانواده کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی با عملکرد خانواده کودکان بدون اختلال بیش فعالی. مجله خانواده پژوهی، ۶(۲۲): ۲۱۱-۲۲۶.
- دلاور، ع. ابراهیمی، آ. سلطانی، م. (۱۳۹۴). بررسی نقش عوامل فردی و خانوادگی در اختلال نارسایی توجه بیش فعالی: فراتحلیلی بر پژوهش های انجام شده در ایران. فصلنامه افراد استثنایی، سال پنجم، شماره ۱۱.
- دهقان نژاد، ربابه و نادى، مرتضى (۱۳۹۶)، تاثیر آموز رفتاری به والدین بر کیفیت زندگی والدین و کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، ششمین کنگره انجمن روانشناسی ایران، تهران.
- سپهری نسب، . حاجلو، ن. آهنگر قربانی، ز. هدایت، س. (۱۴۰۱). فراتحلیل اثربخشی آموزش خانواده جهت تغییر رفتار کودکان دارای اختلال بیش فعالی / نقص توجه. فصلنامه پژوهشی روانشناسی مدرسه و آموزشگاه. دوره ۱۱. شماره ۱.
- سلیمانی، م. مطیعی، س. یعقوبی، ح. حضرتی، ل. (۱۳۹۲). اثربخشی برنامه آموزش شناختی بر مهارتهای شناختی و علائم اختلال بیش فعالی و نقص توجه در کودکان مبتلا. مجله مطالعات ناتوانی. دوره ۳، شماره ۳، ۳۹-۴۹.
- شاهی گنرق، م. (۱۴۰۴). مروری جامع بر اختلال بیش فعالی (ADHD). سومین همایش ملی آسیب شناسی روانی، پژوهش های کاربردی در علوم انسانی.

شرودر، کارولین اس. گوردون، بتی ان. (۲۰۰۲). سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی. ترجمه فیروز بخت. ۱۳۸۵. تهران. دانژه. شعبانعلی فمی، فائزه؛ قاسم زاده، سوگند و نجاتی، سمیه. (۱۴۰۲). اثربخشی مداخلات شناختی مبتنی بر فناوری های نوین بر عملکرد شناختی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی در ایران: یک مطالعه فراتحلیل. مجله علمی پژوهان، ۲۱ (۲)، ۱۲۲-۱۴۰.

طاهر منش، صدیقه. معینی راد، جواد. (۱۳۹۹). تعیین اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی بر کاهش نشانه های بیش فعالی / نقص توجه کودکان (یک مطالعه موردی). پیشرفت های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش سال سوم دی ۱۳۹۹ شماره ۳۱.

عباسی، مریم؛ دهقانی، محسن؛ یزدخواستی، حامد؛ منصوری، نادر (۱۳۸۸). کارکرد خانواد بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی در مقایسه با خانواده های جمعیت عمومی. فصلنامه انواده پیهوشی، سال ۵، شماره ۹۱ (۳) ص ۳۶۱-۳۷۰.

عسگرزاده، س. برهانی، ز. حجتی، م. ح. علی دستان نیکی، ف. برادران، م. (۱۴۰۳). مقایسه تنهایی اجتماعی، تعارضناشویی و باور به دنیای عادلانه در مادران با و بدون کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی. پژوهش های روانشناسی اجتماعی، ش ۵۳، ص ۸۱-۹۲.

فرحبخش، ک. شریعتمداری، آ. سلیمی بجستانی، ح. تحقیقی احمدی، ن. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش برنامه تعامل مثبت والد کودک به والدین - کودک دارای اختلال نارسایی توجه بیش فعالی بر کاهش پرخاشگری. روان شناسی افراد استثنایی. سال یازدهم، شماره ۳۴، ص ۶۳-۸۶.

فیروزی، ر. حسین نژاد، آ. زراست وند، ع. (۱۴۰۱). رابطه ی جو عاطفی خانواده و تنظیم شناختی هیجان با نشانه های اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی در دانش آموزان. مجله تعلیم و تربیت استثنایی. سال بیست و دوم، شماره ۲ پیایی ۱۶۸، ص ۵۷-۶۸.

قندیانی آرانی، خ. حسن زاده، س. غلامعلی لواسانی، م. عزیزی، م. پ. (۱۴۰۱) بررسی ویژگی های روان شناختی با رویکرد روان شناسی مثبت در افراد دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی: مرور نظامدار پژوهش ها. فصلنامه کودکان استثنایی، ۲۲ (۲): ۷-۱۸.

متولی پور، ع. به پژوه، شکوهی یکتا، م. غباری بناب، ب. ارجمندنیاء، ع. (۱۳۹۸). طراحی برنامه بازی درمانی شناختی- رفتاری خانواده محور برای دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی و اثربخشی آن بر نشانه های این اختلال. مجله مطالعات ناتوانی (۹) ۱۱۳.

محمدی دولت آباد، م؛ رضایور م، چوبفروش زاده، آ. (۱۴۰۲). اثربخشی تاثیر درمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - نقص توجه. مجله روان شناسی افراد استثنایی، ۱۳ (۵): ۱۰۱-۱۲۸.

محمدزاده گان، رضا؛ فرید، ابوالفضل؛ چلبیانلو حسرتانلو، غلامرضا و مصرآبادی، جواد. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی برنامه یادگیری اجتماعی- هیجانی مبتنی بر ذهن آگاهی با و بدون تحریک فراجمعه ای مغز بر خودتنظیمی هیجانی و عملکرد حل مسئله در کودکان دارای اختلال نقص توجه بیش فعالی. مجله علوم اعصاب شفای خاتم، ۱۱ (۲)، ۵۲-۶۴.

موسی زاده مقدم، حدیث، ارجمند نیا، علی اکبر، افروز، غلامعلی، و غباری بناب، باقر. (۱۳۹۷)، اثربخشی برنامه توانبخشی شناختی مبتنی بر حافظه آینده نگر بر مشکلات رفتاری و حافظه فعال کودکان با اختلال کاستی توجه بیش فعالی، توانمندسازی کودکان استثنایی، ۲ (۹): ۹۹-۱۱۰.

میردامادی، مرضیه؛ حسن زاده، سعید؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و وکیلی، سمیرا. (۱۴۰۱). روش های فرزندپروری مادران کودکان دارای اختلال کم توجهی/ بیش فعالی: مروری نظام دار. نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی، ۱۳ (۱)، ۳۸-۴۵.

ناظمی، فرزانه؛ تجلی، پریسا؛ ابراهیم پور، مجید و صالحی، مهدیه. (۱۴۰۲). اثربخشی برنامه خودتنظیمی کودک بر خود ادراکی و کیفیت دوستی کودکان با اختلال نارسایی توجه بیش فعالی. روانشناسی افراد استثنایی، ۱۳ (۴۹)، ۵۸ - ۸۵

نریمانی، محمد، سلیمانی، اسماعیل، و تبریزچی، نرگس. (۱۳۹۴). بررسی تاثیر توانبخشی شناختی بر بهبود نگهداری توجه و پیشرفت تحصیلی ریاضی دانش آموزان دارای اختلال ADHD. روانشناسی مدرسه، ۴ (۲ (پیاپی ۱۴)، ۱۱۸-۱۳۴.

نیکبخت، ن؛ کیخسروانی، م؛ دیره، ع و پولادی ریشه‌ری، ع. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی برنامه توانبخشی شناختی مبتنی برحافظه آینده نگر و برنامه تنظیم هیجان بر کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی. فصلنامه روانشناسی مدرسه و آموزشگاه، ۱۳ (۱)، ۱۲۳-۱۱۲.

- Ayano, G., Demelash, S., Gizachew, Y., Tsegay, L., & Alat, R. (2023). The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*.
- Barkley RA. (2015). *Attention-deficit disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4rd ed.). New York: Guilford Press.
- Bleys D, Soenens B, Boone L, Claes S, Vliegen N, Luyten P. (2016). The role of intergenerational similarity and parenting in adolescent self-criticism: An actor-partner interdependence model. *J Adolesc.* . 49: 68-76.
- Bliss, T. V., & Collingridge, G. L. (1991). A synaptic model of memory: long-term potentiation in the hippocampus. *Nature*. 7, 361(6407), 31-39.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
- Chuang YC, Wang CY, Huang WL. et al. (2022). Two meta-analyses of the association between atopic diseases and core symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Sci Rep* 12, 3377. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07232-1>.
- Dekkers, T. J., Hornstra, R., van Der Oord, S., Luman, M., Hoekstra, P. J., Groenman, A. P., & van den Hoofdakker, B. J. (2022). Meta-analysis: which components of parent training work for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(4), 478-494.
- Demi Tsantilas, Alzena Ilie, Jessica Waldon, Melissa McGonnell, Penny Corkum. (2022). The Contributions of Cognitive Abilities to the Relationship between ADHD Symptoms and Academic Achievement. *Brain Sciences*.
- Ging-Jehli, N. R., Arnold, L. E., & Van Zandt, T. (2023). Cognitive-attentional mechanisms of cooperation—with implications for attention-deficit hyperactivity disorder and cognitive neuroscience. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 1-23.
- Hai, T., Duffy, H. A., Lemay, J. A., & Lemay, J. F. (2022). Impact of stimulant medication on behaviour and executive functions in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 11(1), 48.
- Jiang, H., Natarajan, R., Shuy, Y. K., Rong, L., Zhang, M. W., & Vallabhajosyula, R. (2022). The use of mobile games in the management of patients with attention deficit hyperactive disorder: a scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 792402.
- Johnston, C., Mash, E. J., Miller, N., & Ninowski, J. E. (2012). Parenting in adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, 32 (4), 215-28.

- Kasahara, S., Takahashi, K., Matsudaira, K., Sato, N., Fukuda, K. I., Toyofuku, A. & Uchida, K. (2023). Diagnosis and treatment of intractable idiopathic orofacial pain with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Scientific Reports*, 13(1), 1678.
- Kieling, C., Goncalves, R. R. F., Tannok, R., & Castellanos, F. X. (2008), Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 285-307.
- Khodabakhshi Kolai A, Shahi A, Navidian A, Mosalanejad L. (2015). The effect of positive parenting program training in mothers of children with attention deficit hyperactivity on reducing children's externalizing behavior problems. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 17(3): 135-41.
- Klassen, A. C., Creswell, J., Plano Clark, V. L., Smith, K. C., & Meissner, H. I. (2012). Best practices in mixed methods for quality of life research. *Quality of life Research*, 21(3), 377-380.
- Kaplan, H., Sadock, B. (2022). *Synopsis of Psychiatry*. Tehran: Arjmand Publication.
- Klingberg T, Forssberg H, Westerberg H. (2002). Training of working memory in children with ADHD. *J Clin Exp Neuropsychol*. 24(6):781-91.
- Li, D., Luo, X., Guo, J., Kong, Y., Hu, Y., Chen, Y., ... & Song, Y. (2023). Information-based multivariate decoding reveals imprecise neural encoding in children with attention deficit hyperactivity disorder during visual selective attention. *Human brain mapping*, 44(3), 937-947.
- Marquis WA, Baker BL. (2014). An examination of Anglo and Latino parenting practices: relation to behavior problems in children with or without developmental delay. *Res Dev Disabil*. 35(2): 383-92.
- McDougal, E., Tai, C., Stewart, T. M., Booth, J. N., & Rhodes, S. M. (2023). Understanding and supporting attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in the primary school classroom: Perspectives of children with ADHD and their teachers. *Journal of autism and developmental disorders*, 53(9), 3406-3421. 10.1007/s10803-022-05639-3.
- Miu, A. C., Szentágotai-Táatar, A., Balázs, R., Nechita, D., Bunea, I., & Pollak, S. D. (2022). Emotion regulation as mediator between childhood adversity and psychopathology: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 93, 102141.
- Morrison AB, Chein JM. (2011). Does working memory training work? The promise and challenges of enhancing cognition by training working memory. *Psychon Bull Rev*. 18(1):46-60.
- Njau, S. Townsend, J. Wade, B. Hellemann, G. Bookheimer, S. Narr, K. & Brooks III, J. O. (2020). Neural subtypes of euthymic Bipolar I Disorder characterized by emotion regulation circuitry. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. 25, 125-137.
- Pelham, W.E., Wheeler, T., Chronis, A. (1992). Empirically supported psychological treatment for ADHD. *J Clin Child Psychol*; 27 (1): 190-205.
- TA, A. S., Ummer, M., Alowairdhi, A. A., Alsubait, A. K., Aljuhani, S. M., Alzahrani, A. A., & Alqahtani, A. A. (2023). Management of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Children for Dental Procedures. *Cureus*, 15(4).
- Tehrani-Doost, M., Noorazar, G., Shahrivar, Z., Banaraki, A., Beigi, P., & Noorian, N. (2017). Is emotion recognition related to core symptoms of childhood ADHD. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(6), 31-38.

- Yao, A., Shimada, K., Kasaba, R., & Tomoda, A. (2022). Beneficial Effects of Behavioral Parent Training on Inhibitory Control in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Small-Scale Randomized Controlled Trial [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.859249>.
- White, E., Zippel, J., & Kumar, S. (2020). The effect of equine-assisted therapies on behavioral, psychological and physical symptoms for children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 39, 101-105.
- Zhou, P., Zhang, W., Xu, Y. J., Liu, R. Q., Qian, Z., McMillin, S. E., ... & Dong, G. H. (2023). Association between long-term ambient ozone exposure and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms among Chinese children. *Environmental Research*, 216, 114602.

Development and Validation of a counseling program based on individual and family factors in children with attention deficit / peractivity disorder

Zahra Zarei¹, Parviz Karimisani², Mahmoud Goudarzi³

Abstract

The purpose of this study was to develop and validate a counseling program based on individual and family factors for children aged 7–9 years with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in Hamedan. This applied, qualitative, exploratory study employed a descriptive phenomenological design to investigate lived experiences. The participants included 12 licensed therapists and psychologists specializing in child-related fields, selected through purposive sampling and theoretical saturation. Data were analyzed using the Glaser method within a phenomenological framework. Analysis of individual factors identified three main clusters—cognitive control, emotional regulation, and skills training—along with six subclusters. Family factors produced four main themes—family structure, lifestyle, family interactions, and parent empowerment—along with nine subclusters. The counseling program demonstrated acceptable content validity and met the required standards of validity and reliability ($p < .05$). The findings suggest that this program can serve as an effective intervention for children with ADHD and may be implemented in families, schools, and psychological centers to enhance attention and reduce hyperactivity.

Keywords: attention-deficit/hyperactivity disorder, counseling program, family factors, individual factors, phenomenology

1. Department of Counseling, Sa.C., Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

2. Department of Family Counseling, Sha.C., Islamic Azad University, Shabestar, Iran

3. Department of Family Counseling, Sa.C., Islamic Azad University, Sanandaj, Iran