اثر آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت به مادران بر میزان اضطراب و تنظیم هیجانی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

▫ **مریم اسحقی چالشتری***، کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
▫ **محمدپارسا عزیزی**، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۱۱ ● تاریخ انتشار: مهر و آبان ۱۴۰۱ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۶۰ - ۷۶

چکیده

زمینه و هدف: برای مقابله با مشکلات ناشی از اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی از جمله اضطراب و تنظیم هیجانی، گاهی نیاز به اصلاح روش والدگری است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر، شناسایی اثر برنامه والدگری مثبت بر میزان اضطراب و تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی است و در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بود از تمامی پسران با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی که هم‌زمان دچار مشکلات اضطرابی و تنظیم هیجانی بودند و در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ در دبستان‌های شهرکرد مشغول به تحصیل بودند. نمونه این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، شامل ۳۰ نفر از مادران کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش فعالی بود، که فرزندانشان هم‌زمان دچار اضطراب و عدم تنظیم هیجانی بودند. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های علائم مرضی کودکان (CSI-4)، مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (SCAS) و سیاهه تنظیم هیجانی شیلدز و سیچتی (ERC) استفاده شد. افراد در گروه آزمایشی ۸ جلسه یک‌ساعته (هفته‌ای یک جلسه) آموزش والدگری مثبت دریافت کردند و گروه گواه هیچ آموزشی را دریافت نکرد. یافته‌های به‌دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش برنامه والدگری مثبت بر میزان اضطراب و عدم تنظیم هیجانی در کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی اثر معنادار داشته ($p<0/05$) و باعث کاهش این مشکلات شده است.

یافته‌ها: نتایج داده‌های پژوهش نشان داد که آموزش برنامه والدگری مثبت به مادران بر کاهش اضطراب (کل)، اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر، اضطراب جسمانی و اضطراب وسواسی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر است ($p<0/05$). هم‌چنین نتایج پژوهش بیانگر آن بود که آموزش برنامه والدگری مثبت به مادران بر افزایش تنظیم هیجانی (کل)، افزایش تنظیم هیجانی انطباقی و کاهش بی‌ثباتی/منفی‌گرایی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی اثربخش بود ($p<0/05$).

* Email: Maryam.es_72@yahoo.com

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

نتیجه‌گیری: براساس داده‌های به‌دست آمده می‌توان گفت آموزش برنامه والدگری مثبت به مادران در بهبود میزان اضطراب و بهبود تنظیم هیجانی در کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی مؤثر بود.

واژه‌های کلیدی: اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی، اضطراب، برنامه والدگری مثبت، تنظیم هیجانی

مقدمه

تولد نوزادی با نارسایی‌های رشدی یا نوزادی با مشکلات رفتاری بیش از حد طبیعی مربوط به ویژگی‌های رشدی کودک، ساختار خانواده را مختل نموده و موجب بروز تنش‌هایی در وظایف والدگری می‌شود. از جمله مشکلات رفتاری که تأثیرات مخربی بر والدین دارد، اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی[1] است (۱). اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی یک اختلال روان‌پزشکی است، که کودکان پیش‌دبستانی، کودکان، نوجوانان و بزرگسالان سراسر جهان را مبتلا کرده و مشخصه آن الگوی کاهش پایدار توجه و افزایش تکانشگری و بیش‌فعالی است (۲). کودکان، نوجوانان و بزرگسالان دچار اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی اغلب تخریب قابل‌توجهی در کارکرد تحصیلی و نیز موقعیت‌های بین‌فردی و اجتماعی نشان می‌دهند. رفتار کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی بر عملکرد آنها در خانواده، مدرسه و اجتماع تأثیر منفی می‌گذارد و واکنش اطرافیان آنها را برمی‌انگیزد (۳). وقتی چنین عواملی با تعارض‌های درون‌خانوادگی با والدین و دیگر اعضای خانواده همراه می‌شوند، موجب کاهش عزت‌نفس، خلق افسرده، تحمل کم برای ناکامی و حملات کج‌خلقی می‌شوند. سیر اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی مزمن و تدریجی است، همچنین پیش‌آگهی این اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال‌های آینده در معرض خطر رشد، مشکلات دیگری همچون اختلالات خلقی و اضطرابی، اختلال سلوک، مصرف مواد و الکلیسم و اختلال شخصیت ضداجتماعی و رفتارهای بزهکارانه در دوران بلوغ و بزرگسالی هستند (۴).

همایندی اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی با پدیده اضطراب از اوایل سال‌های ۱۹۸۰ مورد توجه قرار گرفت و نمونه‌های زیادی از بزرگسالان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی همراه با اختلال اضطرابی به‌خصوص اختلال اضطراب فراگیر گزارش شده است (۵). اختلال‌های اضطرابی با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی همبودی قابل‌توجهی دارد. بیش از ۲۵ درصد از کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی واجد ملاک‌های تشخیصی حداقل یکی از اختلال‌های اضطرابی نیز هستند (۴). از طرفی کودکان با اختلالات اضطرابی غالباً بیش از یک اختلال در آن واحد دارند، مانند سایر اختلالات اضطرابی و یا سایر انواع اختلالات مانند اختلالات خلقی و اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی (۶).

تاریخچه زندگی کودکانی که هم‌زمان از اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی و اختلال اضطرابی رنج می‌برند، نشان می‌دهد که این‌گونه کودکان در مقایسه با کودکانی که به‌طور صرف به اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی مبتلا بوده، رویدادهای استرس‌آمیز بیشتری مانند طلاق و جدایی والدین و تعارض‌های خانوادگی و هیجانات منفی را تجربه کرده‌اند (۴). هیجانات منفی و مثبت بخشی از زندگی روزمره کودکان هستند. در طول سال‌های نوپایی و پیش‌دبستانی، کودکان تنها نیاز ندارند که یاد بگیرند هیجانات منفی‌شان را مدیریت کنند، بلکه باید شیوه‌های مناسب اجتماعی برای ابراز هیجانات مثبت‌شان را نیز یاد بگیرند (۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین مهارت‌های تنظیم هیجانی و آسیب‌شناسی روانی ارتباط وجود دارد و مشخص شده است که تنظیم هیجانی در کودک پیش‌بینی‌کننده قوی افسردگی و اضطراب می‌باشد (۸). در اختلالات اضطرابی نیز نقش تنظیم هیجان و واکنش والدین به هیجانات این کودکان مشخص شده است (۹).

بر اساس نظریه ناکارآمدی بازداری، کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی نمی‌توانند به‌طور مؤثر به محیط پاسخ تأخیری بدهند و هیجان‌های متفاوتی را در یک محیط اجتماعی نشان می‌دهند که متناسب با آن محیط نیست، زیرا نمی‌توانند به نشانه‌های ضروری اجتماعی و رفتارهایشان که غیر متناسب هستند، توجه کنند (۱۰). اکثر پژوهشگران تنظیم هیجان را به‌عنوان یک سازه که در برگیرنده چندین مؤلفه است، مورد توجه قرار داده‌اند. این مؤلفه‌ها عبارت‌اند از: ابعاد درونی

1. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

کودک و شناسایی هیجان‌های خود و تعدیل یا مقابله مناسب با آنها؛ مؤلفه اجتماعی درک و شناسایی حالت هیجانی همسالان و اعضای خانواده؛ و مؤلفه رفتاری که در بر گیرنده پاسخ‌دهی مناسب در موقعیت‌های بین‌فردی است (۱۱).

مهارت‌های تنظیم هیجان در روابط والد-کودک شکل می‌گیرد و کودکان این مهارت‌ها را از طریق تعامل با مراقبان و افراد مهم در زندگی خود یاد می‌گیرند (۱۲). در شکل‌گیری یک وضعیت هیجانی مطلوب و رابطه عاطفی پایدار و ایمن در کودکان، خودکارآمدی مادرانه نقش مهمی ایفا می‌کند. خودکارآمدی بالای مادر با بهبود کیفیت تعاملات مادر-کودک در ارتباط است و باعث می‌شود والدین با احتمال بیشتر محیطی سالم را برای فرزندان خود آماده کنند که باعث رشد فکری، عاطفی و اجتماعی کودک و رابطه مستحکم و سه جانبه‌ای بین والدین، فرزندان و عوامل محیطی شود، که منجر به ایجاد محیطی امن در تعامل بین مادر و کودک می‌شود (۱۳).

اهمیت واکنش والدین به هیجانات کودک را از طریق تأثیراتی که این واکنش‌ها بر روی کودکان می‌گذارند، می‌توان دریافت. برای مثال پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نحوه خاصی از واکنش والدین به هیجانات کودکان، می‌تواند شایستگی اجتماعی و هیجانی آنان را پایین بیاورد (۸). در برقراری ارتباط مؤثر با کودک، مادر نقشی اساسی ایفا می‌کند که می‌تواند سازگاری‌های اجتماعی و تنظیم هیجان کودک را تحت‌تأثیر قرار دهد (۱۴). واکنش‌های غیرحمایت‌گر والدین می‌تواند بر روی توانایی تنظیم برانگیختگی فیزیولوژی و پردازش اطلاعات درباره رویدادهای هیجانی اثر بگذارد و باعث شود کودکان هیجانات را تهدیدکننده ببینند، از موقعیت‌های چالش‌انگیز هیجانی اجتناب کنند و در نهایت شانس یادگیری و مقابله با هیجانات منفی را از دست بدهند (۹). روش واکنش والدین به ابراز هیجانات منفی، حائز اهمیت است؛ در واقع روشی که آنها درکل ابراز هیجانی را مجاز می‌دانند، اهمیت دارد (۸).

مادران کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی در تعاملات فرزندپروری اضطراب بیشتری تجربه می‌کنند و سطح اضطراب کودکان آنها نیز بیشتر از سطح اضطراب کودکان عادی است. از سوی دیگر والدین مضطرب، نمی‌توانند هیجانات خود را به‌خوبی کنترل کنند، لذا اضطراب را به فرزندان خود منتقل می‌کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی بیش از کودکان عادی اضطراب را تجربه می‌کنند و سطوح بالای اضطراب در آنان به‌صورت تکانشگری رفتار و ضعف عملکرد هیجانی و تحصیلی ممکن است خود را نشان دهد (۱۵).

صاحب‌نظران اعتقاد دارند که علائم بیش‌فعالی و رفتارهای تکانشگری مخربانه کودک، وقتی گسترش پیدا می‌کنند که عوامل زمینه‌ساز اختلال با یک شیوه مستبدانه و ناکارآمد فرزندپروری همراه شود. در این وضعیت، کودک قادر نیست از فرامین والدین پیروی کند و والدین مستبدانه‌تر و سختگیرتر می‌شوند تا فرزندشان را مهار کنند و این چرخه بارها و بارها تکرار می‌شود تا کودک را به‌سوی مشکلات رفتاری سوق دهد. بر این اساس آموزش والدین به‌دلیل ویژگی‌های منحصربه‌فرد خود، بر سایر روش‌ها برتری دارد (۱۶).

در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است که آن گروه از کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی که میزان اضطراب و افسردگی‌شان بالا است، بهره کمتری از درمان‌های رایج می‌برند (۱۷). نتایج تعدادی از پژوهش‌ها نشان دادند، که مداخله روانی و آموزشی، تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای بر نشانه‌های اصلی (مشکلات نارسایی‌توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری) اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی دارد. این‌گونه روش‌های درمانی می‌توانند نشانه‌های همبسته و اختلال‌های همبود با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی مانند اختلال اضطرابی را نیز بهبود بخشند (۵).

در سال‌های اخیر درمان‌های متنوع غیردارویی برای درمان اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی توسعه یافته است. اکثر این درمان‌های غیردارویی حوزه‌های مشترک نقصان‌های مرتبط با نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی نظیر مشکلات تحصیلی، کاری، روابط بین فردی و کارکردهای اجرایی را مورد هدف قرار داده‌اند (۶). ترکیب دارودرمانی با مداخله‌هایی از قبیل مداخله‌های خانواده و آموزش والدین که رفتارهای اجتماعی و فعالیت علمی را تقویت می‌کنند، رویکرد درمانی بسیار مؤثری محسوب می‌شوند (۱). از سوی دیگر، می‌توان گفت همه کودکان دارای سطحی از مشکلات رفتاری‌اند که به مرور زمان و با رشد کودک تغییر می‌کند و آنچه بیشترین تأثیر را دارد، مهارت‌های فرزندپروری است. به‌گونه‌ای که مطالعات متعدد از فرزندپروری به‌عنوان یکی از مؤثرترین عوامل در بروز، تداوم و بهبود مشکلات برون‌سازی و درون‌سازی کودکان یاد کرده‌اند (۱۸).

بنابراین متداول‌ترین روش درمان این کودکان کمک به والدین است تا بتوانند روش‌های مقابله مؤثر و حل مشکلات و تعارض‌های ارتباطی را بیاموزند. از آن‌جایی که خانواده‌های این کودکان بیش از خانواده‌های دیگر نیازمند آموزش و

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

افزایش مهارت‌های والدگری هستند، آموزش به والدین یکی از روش‌هایی است که به‌دلیل ویژگی‌های منحصربه‌فرد، بر سایر روش‌ها برتری نسبی دارد. در این نوع درمان، برنامه اصلاح رفتار کودک در محیط طبیعی خانه و توسط والدین که بیشترین تعامل را با او دارند، اجرا می‌شود. والدین به‌دلیل نفوذ و تماس بیشتر با کودک می‌توانند در اجرای مداخلات رفتاری در محیط زندگی طبیعی کودک نقش به‌سزایی داشته باشند و برگزاری جلسات آموزشی خانواده به‌صورت گروهی یکی از تکنیک‌های مؤثر و نسبتاً کم‌هزینه در درمان اختلالات رفتاری به‌شمار می‌رود (۱۹). از میان اعضای خانواده، مادر اولین فردی است که با نوزاد ارتباط برقرار می‌کند. لذا مهمترین نقش را در پرورش ویژگی‌های روانی و عاطفی کودک به عهده دارد و کانون سلامتی یا بیماری محسوب می‌شود (۲۰).

برنامه‌های بسیاری در زمینه آموزش والدین وجود دارند که هریک از نظر فلسفی، روش و اثربخشی متفاوتی با بقیه دارد. در این راستا برنامه والدگری مثبت[1] یک برنامه‌ی گروهی مداخله رفتاری در تعاملات خانواده مبتنی بر اصول یادگیری اجتماعی است که توسط ساندرز و همکاران به‌وجود آمده است (۲۱). این برنامه به‌دلیل وجود سطوح مختلف در نارسایی عملکردها و نیازهای گوناگون والد و کودک، دارای ۵ سطح مداخله می‌باشد و برای والدین کودکان ۲ تا ۱۲ ساله که هم‌اکنون مبتلا، یا درمعرض خطر ابتلا به اختلالات رفتاری و عاطفی هستند، مناسب است. هدف این روش پیشگیری از بروز اختلالات رفتاری، رشدی و عاطفی در کودکان با استفاده از افزایش سطح دانش، مهارت‌ها و اعتمادبه‌نفس والدین است و کارایی آن در مقایسه با سایر تکنیک‌های مداخله رفتاری مخصوصاً برای کودکان با تشخیص بالینی و مشکلات رفتاری شدید از جمله اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی مستند به قوی‌ترین شواهد و حمایت‌های علمی است (۲۲).

بررسی پیشینه‌ها در این حوزه نشان می‌دهد پژوهش‌های زیادی پیرامون موضوع شیوه‌های فرزندپروری و رابطه والد-کودک و اثرگذاری آن بر اختلالات مختلف صورت گرفته است، از جمله می‌توان به اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک روی مهارت‌های اجتماعی و تنظیم شناختی هیجانی کودکان زیر ۱۲ سال با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی در پژوهش طهماسبی و خسروپور اشاره کرد، که نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک بر روی مهارت‌های شناختی و تنظیم هیجانی مؤثر بوده است (۲۳). در پژوهش نوری مقدم و زارع نقش پیش‌بینی‌کننده مؤلفه‌های بهوشیاری و خودمهارگری مادران در تنظیم هیجانی کودکان مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از آن بود که بین خودمهارگری با بی‌ثباتی هیجانی و عدم تناسب موقعیت ابراز هیجان رابطه معکوس و معنادار، و بین مؤلفه خودمهارگری با انعطاف‌پذیری هیجانی رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد (۲۴). خدابخشی کولایی، شاهی، نویدیان و مصلی‌نژاد در رابطه با اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت به مادران کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی در کاهش مشکلات برونی‌سازی‌شده کودك مطالعه‌ای را انجام دادند و نتایج نشان داد که با توجه به این که به‌نظر می‌رسد آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت به مادران در کاهش مشکلات برونی‌سازی‌شده‌ی کودکان مؤثر است، اجرای این برنامه‌ی آموزشی در کنار درمان دارویی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی توصیه می‌شود (۱). در پژوهش فرنودیان، اسدزاده و ابراهیمی‌قوام رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری والدین با کمال‌گرایی و خودتنظیمی و مقایسه آن در دانش‌آموزان خانواده‌های تک‌فرزند و چند فرزند مورد بررسی قرار گرفت و نتایج بیانگر آن بود که بین شیوه فرزندپروری اقتدارگرای والدین با خودتنظیمی و کمال‌گرایی دانش‌آموزان همبستگی معنادار وجود دارد و بین شیوه فرزندپروری استبدادی و سهل‌گرا و خودتنظیمی رابطه منفی وجود دارد (۲۵). در پژوهش قاسم‌زاده، مطبوع ریاحی، علوی و حسن‌زاده پیرامون اثربخشی مداخله خانواده محور و بازی‌درمانی بر سبک و تنیدگی فرزندپروری مادران و نشانگان بالینی کودکان با اضطراب جدایی، تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین سبک و تنیدگی فرزندپروری مادران و نشانگان بالینی کودکان با اضطراب جدایی، در دو گروه آزمایشی و گواه وجود دارد. و این مداخله، تأثیر معناداری بر سبک فرزندپروری و کاهش تنیدگی فرزندپروری مادران و نشانگان بالینی کودکان با اضطراب جدایی دارد (۲۶). در پژوهشی که توسط پاک‌مهر، نوربخش، رازجویان، داوری آشتیانی و خادمی پیرامون تأثیر برنامه فرزندپروری مثبت بر سبک‌های فرزندپروری و نگرش به نقاط قوت و ضعف کودکان انجام گرفت، نتایج نشان داد که پس از برگزاری جلسات والدگری مثبت، نمرات سبک‌های فرزندپروری والدین در مقایسه با

1. Positive Parenting Program (Triple P)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

نمرات آزمون قبلی بهبودی را نشان می‌دهد (۲۷). در پژوهش فرشاد، نجارپوریان و شنبدی با عنوان تأثیر آموزش والدگری مثبت مبتنی بر رویکرد ساندرز بر شادزیستی و تعارض والد-فرزندی دانش‌آموزان، نتایج نشانگر این بود که آموزش والدگری مثبت بر افزایش شادزیستی و کاهش تعارض والد-فرزندی دانش‌آموزان تأثیر معناداری دارد (۲۸).

دی و ساندرز پژوهشی با عنوان «آیا والدین هنگام خودتنظیمی از منافع برنامه والدگری مثبت آنلاین بهره‌مند می‌شوند؟» در دانشگاه کوئینزلند انجام دادند، نتایج اولیه در شروع، پس از مداخله و ۵ ماه پیگیری درباره سبک‌های منفی والدین و مشکلات رفتاری کودک اندازه‌گیری شد و نتایج ثانویه اعتمادبه‌نفس والدین، عصبانیت کمتر، کیفیت بالاتر روابط و رضایت والدین را نشان دادند (۲۹). در پژوهشی که توسط ویتکوفسکی، کارترایت، امزلی، بی، کاماچو، کلم، کراس و ایبل انجام گرفت، شرکت‌کنندگان مادرانی در شمال غربی انگلستان بودند که کودکانی با مشکلات ذهنی شدید داشتند. نتایج آموزش روش والدگری مثبت در ۱۰ هفته بعد و ۶ ماه بعد از مداخله ارزیابی شد و حاکی از آن بود که این روش اولین روش قابل قبول و جذاب برای نگه داشتن والدین در مداخلات درمانی است (۳۰). باومل و فابر درباره‌ی ارزیابی آموزش والدگری مثبت به‌صورت آنلاین برای حل مشکلات رفتاری کودک پژوهشی با هدف کاهش مشکلات رفتاری کودکان انجام دادند و نتایج نشانگر این بود که آموزش این روش، حتی به‌صورت آنلاین نیز می‌تواند در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مؤثر واقع شود (۳۱). در پژوهشی با عنوان اثربخشی برنامه‌ی والدگری مثبت در درمان اختلال سلوک، که ساماپائیو، برندرگت، فلدمن، ییلی، سویر، دادز، اسکات و مایهالوپولوس انجام دادند، این روش به‌صورت گروهی و فردی به والدین آموزش داده شد و در یک دوره ۱۰ ساله اثربخشی آن ارزیابی شد و نشان داد که این روش علاوه بر مقرون‌به‌صرفه بودن، یکی از پایدارترین روش‌ها در درمان اختلالات سلوک است (۳۲). همچنین می‌توان به اثربخشی برنامه‌ی والدگری مثبت بر بهبود روابط والد-کودک و کاهش مشکلات رفتاری کودک در پژوهش ویگینز، سافرونوف و ساندرز اشاره کرد، که به این نتیجه دست یافتند که برنامه‌ی مزبور، روابط والد-کودک را به‌طرز معناداری افزایش می‌دهد و سبب کاهش مشکلات رفتاری کودک می‌شود و این یافته‌ها در مطالعه پیگیری ۳ ماهه نیز همچنان حفظ شدند (۳۳).

با توجه به مطالعات انجام شده، اضطراب و عدم تنظیم هیجانی در اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی همبودی و شیوع گسترده‌ای دارد و مداخله‌های روانی و آموزشی، علاوه بر تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای که بر نشانه‌های اصلی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دارند، می‌توانند نشانه‌های همبسته و اختلال‌های همبود با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی مانند اختلال اضطرابی و مشکلات تنظیم هیجان را نیز بهبود بخشند. از این‌رو، معرفی و کاربرد روش‌های درمانی ومداخله‌ای اثربخش، اهمیت و ضرورت ویژه‌ای دارد. از آن‌جایی که کارآمدی روش آموزش والدگری مثبت در بهبود مؤلفه‌های مختلف مشابه در پژوهش‌های پیشین تأیید شده است، اما موضوع پژوهشی مذکور در رابطه با مؤلفه‌های اضطراب و تنظیم هیجانی در کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی انجام نشده است، بنابراین خلاء پژوهشی در زمینه تأثیر آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت به مادران بر اضطراب و تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی ضرورت انجام این پژوهش را نشان می‌دهد. در نتیجه هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت به مادران بر اضطراب و تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی بود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی است و در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بود از تمامی پسران با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی که هم‌زمان دچار مشکلات اضطرابی و تنظیم هیجانی بودند و در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ در دبستان‌های شهرکرد مشغول به تحصیل بودند. در این پژوهش به‌دلیل گسترده بودن جامعه، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، ۵ دبستان پسرانه انتخاب شد. ۱۳۳ دانش‌آموز با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی توسط پرسشنامه علائم مرضی کودکان (فرم معلم) شناسایی و از این تعداد ۴۲ دانش‌آموزی که هم‌زمان دچار مشکلات اضطراب و تنظیم هیجانی بودند و با اجرای مقیاس اضطراب کودکان اسپنس[1] (۲۰۰۱) و سیاهه تنظیم هیجانی شیلدز و سیچتی[2] (۱۹۹۸) نمره بالای نقطه برش کسب کرده بودند، انتخاب

1. Spence Children's Anxiety Scale

2. Shields & Cicchetti

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

شدند. در پژوهش حاضر مادران ۳۰ نفر از افراد داوطلب واجد شرایط انتخاب و به‌صورت تصادفی، ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه گواه جای گرفتند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) [1]

پرسشنامه علائم مرضی کودکان (ویرایش چهارم) یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیرافکین و گادو[2] براساس طبقه‌بندی سومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به‌منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ سال طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۲ فرم والد و معلم است. فرم والدین دارای ۱۱۲ سوال است که برای ۱۱ گروه عمده و ۱ گروه اضافی از اختلالات رفتاری تنظیم شده و فرم معلم دارای ۸۷ سوال است که ۹ گروه عمده از اختلالات رفتاری را در بر می‌گیرد. مشخصه‌های هر گروه به‌همراه زیرمجموعه‌ها و سوالات مربوط به آن اختلال به شرح زیر است: گروه A: اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی (نوع عمدتاً بی‌توجه، نوع عمدتاً بیش‌فعالی/تکانشگری، نوع مرکب)، گروه B: اختلال لجبازی و نافرمانی، گروه C: اختلال رفتار هنجاری، گروه D: اختلالات اضطرابی، گروه E: اختلالات اضطرابی و تیک، گروه F: اختلالات روان‌پریشی، گروه G: اختلالات خلقی، گروه H: اختلالات فراگیر رشدی، گروه I: اختلال اضطرابی، گروه K: اختلالات دفع، گروه L: گروه اضافی.

برای پرسشنامه علائم مرضی کودک دو شیوه نمره‌گذاری طراحی شده است. شیوه نمره برش غربال‌کننده و شیوه نمره‌گذاری بر حسب شدت نشانه‌های مرضی. شیوه نمره برش غربال‌کننده در اکثر پژوهش‌ها مورد استفاده قرار گرفته است و شیوه نمره‌گذاری برحسب شدت نشانه‌های مرضی در یک مقیاس ۴ امتیازی هرگز = ۰، گاهی = ۱، اغلب = ۲، بیشتر اوقات = ۳ نمره‌گذاری می‌شود و سپس از حاصل جمع نمرات هر سوال نمره شدت به‌دست می‌آید. از این روش به‌منظور تشخیص میزان انحراف رفتاری کودکان با یک گروه بهنجار مورد استفاده قرار می‌گیرد. به نحوی که نمره‌های T از ۶۰ تا ۶۹ نشانه‌های مرضی متوسط رو به شدید و نمره‌های T =۷۰ و بالاتر نشانه‌های شدید رو به بالا را نشان می‌دهد.

در مطالعه گادو و اسپیرافکین در سال ۱۹۹۷، اعتبار پرسشنامه علائم مرضی کودک به روش اجرای مجدد تست و با فاصله زمانی ۶ هفته بر روی ۷۵ پسر سنین ۶ و ۱۰ سال مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها و همبستگی‌های به‌دست آمده از ۲ بار اجرای پرسشنامه‌ی علائم مرضی کودک هم در مورد نمره‌های شدت و هم غربال‌کننده برای ۱۲ اختلال پرسشنامه‌ی CSI-4 به ترتیب به شکل زیر گزارش شد: نوع عدم توجه (r=۰/۶۷ و r=۰/۷۷)، نوع تکانشی-بیش‌فعالی (r=۰/۷۵ و r=۰/۷۰). در پژوهشی که توسط قهاری و مهریار در سال ۱۳۷۵ انجام شد، درجه همبستگی بین نتایج داده‌های مرحله اول معلم با مرحله دوم برابر با ۰/۹۶ می‌باشد که با ۰/۹۹ اطمینان، پایایی پرسشنامه معلم، تأیید شد. با ۰/۹۹ اطمینان، پایایی پرسشنامه والدین تأیید شد. از طرف دیگر، جهت تعیین درجه اعتبار همبستگی بین نتایج داده‌های مرحله اول معلم با داده‌های مرحله اول والدین محاسبه شده که برابر با ۰/۸۹. می‌باشد که با ۹۵ درصد اطمینان، اعتبار پرسشنامه تأیید شد.

مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (SCAS) [3]

مقیاس اضطراب کودکان توسط اسپنس و همکاران به‌منظور اندازه‌گیری و ارزیابی طیف وسیعی از اختلالات اضطرابی درمیان کودکان براساس طبقه‌بندی تشخیصی و آماری DSM-IV در سال ۱۹۹۴ طراحی و ساخته شده است. سوالات این مقیاس به حالات درونی کودک مربوط است. این مقیاس از ۳۸ عبارت تشکیل شده و دارای ۶ خرده‌مقیاس شامل حمله‌های هراس و ترس از فضای باز (۹عبارت)، اضطراب جدایی (۶ عبارت)، اضطراب جسمانی (۵ عبارت)، اضطراب اجتماعی (۶ عبارت)، وسواس فکری-عملی (۶ عبارت) و اضطراب فراگیر (۵ عبارت) می‌باشد؛ که بر مبنای مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای هرگز (نمره ۰)، گاهی اوقات (نمره ۱)، اغلب (نمره ۲) و همیشه (نمره ۳) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس توسط والدین تکمیل می‌شود و نمره کلی آزمون از مجموع نمرات خرده‌مقیاس‌های فوق به‌دست می‌آید؛ که حداکثر نمره ممکن برابر با ۱۱۱ است. نمره بالاتر به معنای اضطراب بیشتر در کودکان است. فرم اولیه مقیاس در سال‌های ۱۹۹۷ و ۱۹۹۸ در کشور استرالیا طی ۲ مطالعه‌ی بزرگ ملی، تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی ۶ عامل موردنظر در طیف سنی

1. Children Symptom Inventory-4
2. Sprafkin & Gadow
3. Spence Children's Anxiety Scale

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

۸ الی ۱۲ سال و ۷ الی ۱۹ سال به اثبات رسیده است. این مقیاس در مطالعات و پژوهش‌های صورت‌گرفته از ویژگی‌های روان‌سنجی خوبی برخوردار بوده است. همچنین در کشورهای هلند، بلژیک، آلمان، ژاپن، استرالیا، نیوزلند و انگلیس استاندارد شده و روایی و پایایی بالایی برای آن گزارش شده است. روایی همگرا با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی آزمون با مقیاس تبیین اضطراب کودکان تجدیدنظرشده کودکان[1] ۰/۷۵ و روایی واگرا همبستگی آزمون با پرسشنامه افسردگی کودکان[2] ۰/۶۱ گزارش شده است. اعتبار آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و با روش آزمون-آزمون مجدد با فاصله ۱۲ هفته، ضریب همبستگی ۰/۶۳ گزارش شده است (۳۴). اعتبار این مقیاس در ایران توسط سلیمانی ۰/۸۷۴ به‌دست آمده است(۳۵). روایی سازه نیز از طریق روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی، ۶ عامل گزارش شده است که این عامل‌ها ۴۲/۱۳۸ درصد واریانس کل را تبیین می‌کردند . پایایی این آزمون در ایران توسط فرجی در سال ۱۳۹۱ با مقدار ضریب آلفای کرونباخ، ۸۸/. و روایی بالایی به‌دست آمد (۳۶).

سیاهه تنظیم هیجانی (ERC) [3]

این سیاهه به جهت تنظیم هیجانی و به‌منظور ارزیابی ظرفیت، انعطاف‌پذیری و تناسب موقعیتی اظهار هیجانات در کودکان ۵ تا ۱۲ سال توسط شیلدز و سیچتی در سال ۱۹۹۵ طراحی شده است و دارای ۲۴ گویه است. ۲۴ گویه سیاهه تنظیم هیجانی توسط مقیاس ۴ نمره‌ای لیکرت (۱= هرگز، ۲= گاهی، ۳= اغلب و ۴= تقریبا همیشه) درجه‌بندی شده است. این سیاهه می‌تواند توسط بزرگسالانی که به‌خوبی با کودک آشنا هستند، مانند پدر، مادر، مراقب یا معلم پاسخ داده شود. مدت زمان پُر کردن آن حدود ۱۰ دقیقه است. این سیاهه شامل گویه‌هایی است که هم جنبه‌های مثبت و هم جنبه‌های منفی سامان‌دهی هیجانی را می‌سنجد. این سیاهه از ۲ خرده‌مقیاس تنظیم هیجان انطباقی که هیجانات مثبت را می‌سنجد و خرده‌مقیاس بی‌ثباتی/منفی‌گرایی که عواطفی نظیر خشم و ناامیدی را می‌سنجد، تشکیل شده است. خرده‌مقیاس ۸ گویه‌ای تنظیم هیجانی به ارزیابی تنظیم سازش‌یافته از جمله بروز هیجانی مناسب از نظر اجتماعی، همدلی، متانت و درک هیجانی می‌پردازد. نمرات بالا نشان‌دهنده‌ی ظرفیت برتر در تعدیل برانگیختگی هیجانی است، به‌گونه‌ای که فرد را در سطح بهینه از تعامل با محیط نگه می‌دارد. خرده‌مقیاس ۱۵ گویه‌ای منفی‌گرایی به ارزیابی برانگیختگی، واکنش‌پذیری، شدت هیجان، بیان هیجان‌های منفی و ناتوانی خلقی می‌پردازد (۳۷). همسانی درونی آزمون توسط سازندگان آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۸۳٪ برای خرده مقیاس تنظیم هیجان انطباقی، ۸۸٪برای خرده مقیاس بی‌ثباتی/منفی‌گرایی و ۸۹٪ برای کل مقیاس به‌دست آمد. سازندگان مقیاس روایی همگرایی کل آزمون را ۰/۵۵- = r گزارش نموده‌اند. آلفای کرونباخ نسخه ایرانی این سیاهه در جمعیت غیربالینی کودکان ۳ تا ۶ ساله برای زیرمقیاس‌های تنظیم هیجانی و بی‌ثباتی/منفی‌گرایی به‌ترتیب ۰/۵۷ و ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین همبستگی منفی و معنادار خرده‌مقیاس تنظیم هیجانی با سیاهه رفتار کودک آخنباخ ۰/۳۵- و همبستگی مثبت خرده‌مقیاس بی‌ثباتی/منفی‌گرایی ۰/۵۷ با سیاهه نامبرده به‌ترتیب مؤید روایی واگرا و همگرای سیاهه تنظیم هیجانی در جامعه ایرانی است (۳۸). همچنین معتضدیان نیز پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ را به‌دست آورد (۳۹).

معرفی برنامه مداخله

آموزش والدین، به معنی درنظر گرفتن والدین به‌عنوان عامل تغییر در زندگی فرزندانشان و رفع مشکلات آنها می‌باشد. والدین، مراقب، آموزش‌دهنده، تربیت‌کننده، مدیر و عامل تغییر و اجتماعی‌کردن فرزندان هستند (۴۰). برنامه والدگری مثبت یکی از همین برنامه‌های آموزشی والدین است که براساس رفتاردرمانگری‌های خانوادگی مبتنی بر اصول یادگیری اجتماعی بندورا به‌وجود آمده است (۴۱). برنامه والدگری مثبت یک برنامه راهبردی چندسطحی درباره فرزندپروری و با رویکرد پیشگیرانه و حمایتی نسبت به خانواده‌ها است که توسط ساندرز و همکاران در دانشگاه کوئینزلند در استرالیا تدوین شده است (۱۹). این برنامه به والدین راهبردهای عملی و مؤثر پرورش مهارت‌های اجتماعی و زبانی کودک، خودتنظیمی هیجانی، استقلال و قابلیت حل‌مسئله را می‌آموزد. دستیابی به این مهارت‌ها نیز سبب ارتقای هماهنگی خانواده، کاهش تعارض کودک و والدین، توسعه‌ی روابط موفقیت‌آمیز با همسالان و آماده‌سازی کودک جهت کامیابی تحصیلی

1. revised children's manifest anxiety scale (RCMAS)
2. children's depression inventory
3. Emotion Regulation Checklist

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

می‌شود (۲۱). والدگری مثبت برنامه‌ی جدید و جهان‌شمولی درباره‌ی فرزندپروری است که باعث ایجاد رابطه‌ی مثبت بین والدین و فرزندانشان می‌شود و کمک می‌کند تا والدین راهبردهای مؤثر مدیریت را در برخورد با انواع مسائل رشدی و رفتاری کودکی او بیاموزند. برنامه ساده‌ای که می‌تواند تغییرات بزرگی در خانواده‌ها ایجاد کند و به والدین کمک می‌کند تا دریابند که وقتی به روش‌های جدیدی حرف بزنند، فکر کنند و عمل کنند، نتایج عمل بهتری در خانواده خواهند داشت (۴۲). در همین راستا، در برنامه‌های متنوع آموزش والدین، بر کل نظام خانواده تأکید می‌شود. در این برنامه‌ها، نگرانی‌هایی که والدین راجع به علل، درمان و پیش‌آگهی اختلال فرزندانشان دارند، در جلسات گروهی مورد بحث قرار می‌گیرد و اطلاعات و حمایت لازم برای والدین فراهم می‌آید. در پرتو اطلاعات جدید، والدین فهم بهتری نسبت به مشکلات کودک پیدا می‌کنند و این آموزش‌ها، مهارت‌های کنترل رفتار کودک و احساس کارآمدی والدین را افزایش می‌دهد. والدگری مثبت شامل این اصول است: محیطی امن، تقویت رفتار مثبت، ایجاد محیط مثبت یادگیری، داشتن انتظارات واقع‌گرایانه و مراقبت از خود به‌عنوان والد (۴۳).

والدگری مثبت یک برنامه واحد نیست، بلکه مجموعه‌ای از مداخله‌ها است (۴۴). این برنامه آموزشی ۵ سطح دارد، که از تولد تا ۱۶ سالگی را پوشش می‌دهد. سطح اول راهبرد، استفاده از رسانه و ارتباطات (مثل تلویزیون، رادیو و رسانه‌های برخط یا مکتوب) است. سطح دوم، شامل مداخلات کوتاه که بین ۱ تا ۳ جلسه است (مثل تلفنی یا حضوری و یا سمینار گروهی). سطح سوم، مداخلات عمیق به‌طوری که شامل ۳ یا ۴ جلسه تلفنی یا حضوری به شکل فردی یا مجموعه‌ای از جلسات بحث گروهی ۲ ساعته است. سطح چهارم، شامل ۸ تا ۱۰ جلسه است که به‌صورت فردی، گروهی (برخط یا کارگاهی) اجرا می‌شود. سطح پنجم، شامل مداخلات پیشرفته برای افرادی است که مشکلات رفتاری بیشتری دارند (۴۵). برای آموزش والدگری مثبت است. در این برنامه که به صورت اجرای آموزش برنامه‌ی گروهی والدگری مثبت والدین به مدت ۸ جلسه‌ی دو ساعته (از قرار هر هفته یک جلسه) بود، والدین یاد می‌گیرند که از سویی مهارت‌های مدیریت مثبت از قبیل تحسین کردن، توجه مثبت و عواطف فیزیکی را افزایش داده و از سوی دیگر عادت‌های والدگری ناپایدار و اجباری را به وسیله‌ی استفاده از انضباط ثابت و پایدار کاهش دهند (۴۶).

جدول ۱) خلاصه محتوای جلسات آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت به مادران

جلسه	هدف	شرح جلسه	زمان
یکم	معارفه، بیان قوانین، معرفی دوره	معرفی و آشنایی با یکدیگر، توضیح درباره مقررات گروه، معرفی برنامه و ساختار جلسات، ارائه اطلاعات در مورد اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی، مشکلات همبود با آن و به‌طور خاص اضطراب و عدم تنظیم هیجانات، علل احتمالی، روش‌های درمانی موجود، آموزش نحوه مشاهده و ثبت رفتار، ارائه تکلیف در مورد ثبت داده‌ها.	۱۲۰ دقیقه
دوم و سوم	تقویت تعاملات مثبت بین والد و کودک و ارائه راهکارها	مرور و بررسی جلسه قبل، شناساندن اثرات ناخواسته‌ی والدین در شکل‌گیری اختلالات رفتاری کودکان، آموزش راهبردهای ارتباطی، معرفی روش‌های تقویت رابطه‌ی والد-کودک با توجه به اختصاص وقت، ابزار محبت کلامی و غیرکلامی، تمرین‌هایی مربوط به روش‌های مذکور، ارائه تکلیف در مورد استفاده از روش‌های مذکور، پاسخ به سوالات در زمینه کاربرد و اجرای مهارت‌ها و موارد آموزش داده شده.	۱۲۰ دقیقه
چهارم	آموزش مهارت‌هایی به والدین به‌منظور کنترل رفتارهای نامطلوب خفیف و شدید کودک	مرور مطالب جلسات پیشین، معرفی استراتژی‌های کاهش اضطراب کودک، آموزش مدیریت رفتار کارآمد و ناکارآمد، روش ارائه دستورالعمل و نیز معرفی مداخلات مربوط به کاهش رفتارهای نامطلوب و اصلاح رفتار به والدین، ارائه تکلیف در مورد استفاده از روش‌های مذکور، پاسخ به سوالات در زمینه‌ی کاربرد و اجرای مهارت‌ها و موارد آموزش داده شده.	۱۲۰ دقیقه

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

جلسه	هدف	شرح جلسه	زمان
پنجم	آموزش چگونگی کنترل کودک در موقعیت‌هایی که کنترل به حداقل می‌رسد و نیز ارائه راهکارهایی به‌منظور بقاء خانواده	مرور و بررسی جلسات قبل، شناساندن و آموزش برنامه‌ریزی قبلی برای رویارویی با موقعیت‌های پر دردسر و روش‌های برنامه‌ریزی و آمادگی برای مقابله مؤثر با آنها به والدین، ارائه‌ی تکلیف در مورد استفاده از روش‌های مذکور، پاسخ به سوالات در زمینه‌ی کاربرد و اجرای مهارت‌ها و موارد آموزش داده شده.	۱۲۰ دقیقه
ششم	شرح عواملی که مانع حفظ تغییرات و اصلاح‌های صورت گرفته خواهد شد و ارائه راهکارهایی برای حفظ تغییرات مذکور	مرور مطالب جلسات پیشین، شناساندن موانع تغییر و روش‌های مقابله با برخی مشکلات شایع، ارائه تکلیف در مورد استفاده از روش‌های مذکور، هماهنگی در زمینه جلسات تلفنی، پاسخ به سوالات.	۱۲۰ دقیقه
هفتم	جلسه تلفنی	در صورت وجود مشکلات در اجرای دستورات، باتوجه به آنچه در جلسات آموخته شده بود، راهنمایی‌های لازم صورت گرفت.	۱۲۰ دقیقه
هشتم	جلسه تلفنی	در صورت وجود مشکلات در اجرای دستورات، باتوجه به آنچه در جلسات آموخته شده بود، راهنمایی‌های لازم صورت گرفت.	۱۲۰ دقیقه

روش اجرا

به‌منظور اجرای پژوهش ابتدا با به همراه داشتن معرفی‌نامه دانشگاه، به اداره آموزش و پرورش شهرستان شهرکرد، مراجعه و مجوزهای لازم برای انجام پژوهش در دبستان‌های پسرانه شهرکرد اخـذ شـد. سپس پسرانی که در پرسشنامه علائم مرضی کودکان (فرم معلم) نمره بالاتر از نقطه برش این پرسشنامه را کسب کردند، انتخاب و مقیاس اضطراب کودک اسپنس و سیاهه تنظیم هیجانی برای والدین آنها فرستاده شد. در مرحله بعد آن‌دسته از دانش‌آموزانی که در هر دو پرسشنامه اضطراب و تنظیم هیجانی نمره بالاتر از نقطه برش کسب کرده بودند، شناسایی و از مادرانشان دعوت به عمل آمد تا در ۸ جلسه آموزشی والدگری مثبت شرکت کنند (مرحله پیش‌آزمون). همچنین درباره‌ی روند جلسات مـداخله اطلاعاتی در اختـیار آنها قرار داده شد. سپس مادران ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی که با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی بودند و هم‌زمان مشکلات اضطرابی و تنظیم هیجانی داشتند، انتخاب شده و به‌صورت جایگزینی تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه گواه گمارده شدند. ملاک انتخاب این تعداد نمونه، نظر متخصصان آماری می‌باشد که برای طرح آزمایشی این حجم نمونه را مناسب دانسته‌اند. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، پژوهشگر در یک جلسه توجیهی هدف پژوهش، توضیح موضوع پژوهش و مراحل انجام کار، حق خروج از مطالعه در صورت تمایل، خلاصه‌ای از شرایط آموزش وقوانین و ضوابط آن‌را توضیح داد و رضایت آنان برای شرکت در پژوهش را اخذ نمود. سپس جلسات مداخله برای گروه آزمایشی اجرا شد، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. مداخله این پژوهش به‌صورت اجرای آموزش برنامه گروهی والدگری مثبت والدین به‌مدت ۸ جلسه ۲ ساعته (از قرار هر هفته ۱ جلسه) بود. دو جلسه از این جلسات به‌صورت حضوری و سایر جلسات به‌علت شرایط فاصله‌گذاری اجتماعی بیماری کرونا به‌صورت مجازی انجام گرفت. دو هـفته پس از پایان جلسات آموزشی والدین مجدداً پرسشنامه‌های مربوطه بین آزمودنی‌های گروه آزمایشی وگروه گواه اجرا و تکمـیل شـد (مرحله پس‌آزمون). مـعیارهای ورود به پژوهش، شامل تشخیص قبلی اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی و مشکلات اضطرابی و تنظیم هیجانی کودکان، عدم وجود اختلالات دیگر در کودک از قبیل افسردگی، اختلالات یادگیری، مشکلات هوشی و ... و بلامانع بودن

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

مصرف دارو (ریتالین و ...) توسط کودک، نداشتن سابقه‌ی بیماری روانی و جسمانی حاد در مادران به‌نحوی که مانع حضور و مشارکت فعال در جلسات آموزشی شود و دارا بودن مدرک تحصیلی حداقل دیپلم و ۲۵ سال سن برای مادران بود. معیارهای خروج شامل همکاری نامناسب در جلسات، جدایی والدین در حین جلسات و داشتن بیش از یک جلسه غیبت بود. تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه ومحرمانه ماندن اطلاعات رعایت شد. برای تجزیه و تحلیل نتایج به‌دست آمده در پژوهش حاضر، در بخش توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی نیز برای بررسی فرضیات از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (ANCOVA) و چندمتغیره (MANCONA) استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در ۲ گروه آزمایشی و گواه در جدول (۲) ارائه شده است. یافته‌های جدول (۲) نشان می‌دهد که میانگین نمرات نهایی گروه‌های آزمایشی و گواه در پیش‌آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای ندارند، درحالی که میانگین نمرات نهایی گروه آزمایشی در پس‌آزمون پایین‌تر از گروه گواه است. همچنین در جدول (۳) نتایج آزمون کلموگروف اسمیرونوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به این جدول، نتایج آزمون کلموگروف اسمیرونوف برای تمامی متغیرها معنادار نیست، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی نمرات متغیر اضطراب گروه آزمایشی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مؤلفه	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب	اضطراب فراگیر	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۳/۴۰	۴/۰۱
			گواه	۱۳/۴۰	۳/۶۸
		پس‌آزمون	آزمایشی	۱۲/۴۷	۳/۶۲
			گواه	۱۳/۴۰	۳/۵۸
	اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۵/۴۰	۶/۵۲
			گواه	۱۵/۶۰	۴/۹۰
		پس‌آزمون	آزمایشی	۱۴/۴۷	۶/۰۳
			گواه	۱۵/۵۳	۴/۴۵
	اضطراب وسواسی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۴/۵۳	۳/۷۶
			گواه	۲/۷۳	۲/۰۵
		پس‌آزمون	آزمایشی	۳/۸۰	۱/۹۸
			گواه	۳/۰۷	۱/۹۴
	اضطراب جسمانی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۲/۴۷	۶/۹۹
			گواه	۱۱/۶۷	۶/۶۱
		پس‌آزمون	آزمایشی	۱۱/۵۳	۶/۶۲
			گواه	۱۱/۸۰	۶/۵۳
	اضطراب جدایی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۳/۰۰	۵/۶۴
			گواه	۱۷/۲۰	۲/۴۳
		پس‌آزمون	آزمایشی	۱۲/۱۳	۵/۶۷
			گواه	۱۷/۴۷	۲/۲۹

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

متغیر	مؤلفه	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب	نمره کلی اضطراب	پیش‌آزمون	آزمایشی	۵۸/۹۳	۴/۴۱
			گواه	۶۰/۷۳	۵/۸۴
		پس‌آزمون	آزمایشی	۵۴/۴۰	۳/۶۴
			گواه	۶۱/۴۰	۵/۵۵
تنظیم هیجانی	تنظیم هیجانی انطباقی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۱/۶۰	۲/۱۶
			گواه	۱۰/۵۳	۱/۴۱
		پس‌آزمون	آزمایشی	۱۳/۰۷	۱/۹۸
			گواه	۱۰/۴۰	۳/۲۹
	بی‌ثباتی/منفی‌گرایی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۴۲/۸۷	۴/۱۵
			گواه	۴۳/۰۰	۱/۲۴
		پس‌آزمون	آزمایشی	۴۱/۲۷	۳/۹۴
			گواه	۴۳/۳۳	۳/۵۰

جدول ۳) آماره‌ی کلموگروف اسمیرونوف برای بررسی نرمال بودن داده‌های گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیر	مؤلفه	گروه	آماره کلموگروف اسمیرونوف	درجه‌آزادی	سطح معناداری
اضطراب	اضطراب فراگیر	آزمایشی	۰/۱۷۷	۳۰	۰/۰۹۹
		گواه	۰/۱۳۸	۳۰	۰/۲۰۰
	اضطراب اجتماعی	آزمایشی	۰/۱۷۵	۳۰	۰/۱۰۸
		گواه	۰/۱۷۷	۳۰	۰/۱۰۱
	اضطراب وسواسی	آزمایشی	۰/۱۵۹	۳۰	۰/۱۹۹
		گواه	۰/۱۶۰	۳۰	۰/۱۰۵
	اضطراب جسمانی	آزمایشی	۰/۱۵۲	۳۰	۰/۱۵۶
		گواه	۰/۱۱۷	۳۰	۰/۲۰۰
	اضطراب جدایی	آزمایشی	۰/۱۴۴	۳۰	۰/۲۰۰
		گواه	۰/۱۰۴	۳۰	۰/۲۰۰
	نمره کلی اضطراب	آزمایشی	۰/۱۰۶	۳۰	۰/۲۰۰
		گواه	۰/۱۴۰	۳۰	۰/۲۰۰
تنظیم هیجانی	تنظیم هیجانی انطباقی	آزمایشی	۰/۰۸۳	۳۰	۰/۲۰۰
		گواه	۰/۱۴۰	۳۰	۰/۲۰۰
	بی‌ثباتی/منفی‌گرایی	آزمایشی	۰/۱۶۹	۳۰	۰/۰۹۷
		گواه	۰/۱۵۱	۳۰	۰/۱۶۸

در جدول (۴) جهت بررسی تأثیر آموزش برنامه والدگری مثبت بر عملکرد اضطراب از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد. با توجه به میزان F و سطح معناداری در جدول فوق که کمتر از ۰/۰۵ است، فرض صفر رد می‌شود. یعنی اختلاف معنادار بین میانگین نمرات عامل اضطراب ۲ گروه در پس‌آزمون وجود دارد و همچنین با بررسی جدول آمار توصیفی و مقایسه مقدار میانگین نمرات مرتبط با عامل اضطراب ۲ گروه مشاهده می‌شود که آموزش برنامه والدگری مثبت به مادران، نمرات اضطراب کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی را تا حدی کاهش می‌دهد. همچنین با تأکید بر میزان اندازه‌ی اثر می‌توان متوجه شد که

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

آموزش برنامه والدگری مثبت به مادران تأثیر مطلوبی را بر کاهش اضطراب کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی است که این میزان برابر با ۰/۶۶۰ می‌باشد. برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس کوواریانس مؤلفه‌های آزمون گرشام و الیوت در گروه‌های مورد پژوهش نیز از آزمون باکس استفاده شد، که نشان می‌دهد میزان سطح معناداری (p<۰/۰۵) می‌باشد و گویای آن است که شرط همگنی ماتریس کواریانس به‌خوبی برای مؤلفه‌های اضطراب رعایت شده است (F=۱/۴۴۴ و p≥۰/۰۵)، به این معنا که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده‌شده بین گروه‌های مختلف با هم برابرند.

جدول ۴) تحلیل کوواریانس تک‌متغیره مرتبط با اثرات آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت بر نمره‌ی کلی اضطراب کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معناداری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۵۸۲/۶۶۵	۱	۵۸۲/۶۶۵	۴۵۵/۵۳۵	۰/۰۰۰	۰/۶۶۰
گروه	۲۱۲/۸۸۱	۱	۲۱۲/۸۸۱	۱۶۶/۴۳۴	۰/۰۰۰	
خطا	۳۴/۵۳۵	۲۷	۱/۲۷۹	-	-	
کل	۱۰۱۵۵۷۰/۰۰	۲۹	-	-	-	

با توجه به رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره از آزمون لامبدای ویکلز برای بررسی معناداری اثرهای چندمتغیری استفاده شد. نتایج بررسی معناداری اثرهای چندمتغیری نشان می‌دهد که بین نمره‌های پس‌آزمون مؤلفه‌های اضطراب با کنترل پیش‌آزمون ۲ گروه آزمایشی و گواه تفاوت معناداری وجود دارد (لامبدای ویکلز= ۰/۰،۰۰۰/۱۷۲ =P، ۱۸/۲۹۴ =F). جدول (۵) نتایج تحلیل کوواریانس پس‌آزمون مؤلفه‌های اضطراب با برداشتن اثر پیش‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۵) تحلیل کوواریانس پس‌آزمون مؤلفه‌های اضطراب با برداشتن اثر پیش‌آزمون

مرحله	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اضطراب فراگیر	گروه	۴/۲۷۵	۱	۴/۲۷۵	۱۵/۱۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۹۸
	خطا	۶/۴۶۹	۲۳	۰/۲۸۱			
اضطراب اجتماعی	گروه	۲/۶۶۳	۱	۲/۶۶۳	۶/۳۹۰	۰/۰۱۹	۰/۲۱۷
	خطا	۹/۵۸۶	۲۳	۰/۴۱۷			
اضطراب وسواس	گروه	۲/۵۶۳	۱	۲/۵۶۳	۶/۸۶۸	۰/۰۱۵	۰/۲۳۰
	خطا	۸/۵۸۲	۲۳	۰/۳۷۳			
اضطراب جسمانی	گروه	۵/۰۲۶	۱	۵/۰۲۶	۱۱/۲۰۱	۰/۰۰۳	۰/۳۲۸
	خطا	۱۰/۳۲۰	۲۳	۰/۴۴۹			
اضطراب جدایی	گروه	۷/۳۲۹	۱	۷/۳۲۹	۱۶/۴۹۰	۰/۰۰۰	۰/۴۱۸
	خطا	۱۰/۲۲۲	۲۳	۰/۴۴۴			

با توجه به میزان F و سطح معناداری در جدول فوق که کمتر از ۰/۰۵ است، فرض صفر رد می‌شود. یعنی اختلاف معنادار بین میانگین نمرات مؤلفه‌های اضطراب ۲ گروه در پس‌آزمون وجود دارد و همچنین با بررسی جدول آمار توصیفی و مقایسه‌ی مقدار میانگین نمرات مرتبط با مؤلفه‌های اضطراب ۲ گروه مشاهده می‌شود که آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت، مؤلفه‌های اضطراب (اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی، اضطراب وسواس، اضطراب جسمانی و اضطراب جدایی) کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را تا حدی کاهش می‌دهد. همچنین با تأکید بر میزان اندازه‌ی اثر می‌توان متوجه شد که آموزش برنامه والدگری مثبت

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

بر کاهش اضطراب فراگیر به‌میزان ۰/۳۹۸، بر اضطراب اجتماعی به‌میزان ۰/۲۱۷، بر اضطراب وسواس به‌میزان ۰/۲۳۰، بر اضطراب جسمانی به‌میزان ۰/۳۲۸ و بر اضطراب جدایی به‌میزان ۰/۴۱۸ اثر گذاشته است.

برای بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس کوواریانس مؤلفه‌های تنظیم هیجانات در گروه‌های مورد پژوهش نیز از آزمون باکس استفاده شد و نشان داد که میزان سطح معناداری ($p<0/05$) می‌باشد که گویای آن است شرط همگنی ماتریس کوواریانس به‌خوبی برای مؤلفه‌های تنظیم هیجانات رعایت شده است ($F=1/191$ و $p\geq0/05$)، به این معنا که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده‌شده بین گروه‌های مختلف با هم برابرند.

حال با توجه به برقرار بودن تمامی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، در ادامه نتایج این تحلیل در متغیرهای وابسته در پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی و گواه با حذف اثر پیش‌آزمون آورده می‌شود.

جدول ۶) تحلیل کوواریانس پس‌آزمون مؤلفه‌های تنظیم هیجان با برداشتن اثر پیش‌آزمون

مرحله	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تنظیم هیجانی	گروه	۲۴/۳۰۷	۱	۲۴/۳۰۷	۲۵/۲۲۱	۰/۰۰۰	۰/۴۹۲
	خطا	۲۵/۰۵۸	۲۶	۰/۹۶۴			
بی‌ثباتی هیجانی	گروه	۳۱/۹۰۳	۱	۳۱/۹۰۳	۲۴/۴۴۷	۰/۰۰۰	۰/۴۸۵
	خطا	۳۳/۹۲۹	۲۶	۱/۳۰۵			

با توجه به میزان F و سطح معناداری در جدول فوق که کمتر از ۰/۰۵ است، فرض صفر رد می‌شود. یعنی اختلاف معنادار بین میانگین نمرات مؤلفه‌های تنظیم هیجانات ۲ گروه در پس‌آزمون وجود دارد و همچنین با بررسی جدول آمار توصیفی و مقایسه مقدار میانگین نمرات مرتبط با مؤلفه‌های تنظیم هیجانات ۲ گروه مشاهده می‌شود که آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت، مؤلفه‌های مدیریت هیجانات (تنظیم هیجانی و بی‌ثباتی هیجانی) کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را تا حدی تحت تأثیر قرار می‌دهد و بر روی تنظیم هیجانی اثر افزایشی و بر بی‌ثباتی اثر کاهشی داشته است. همچنین با تاکید بر میزان اندازه اثر می‌توان متوجه شد که آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت بر افزایش تنظیم هیجانی به‌میزان ۰/۴۹۲ و بر کاهش بی‌ثباتی هیجانی به‌میزان ۰/۴۸۵ اثر گذاشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت به مادران بر میزان اضطراب و تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام گرفت. یافته اول پژوهش حاضر نشان داد که آموزش برنامه والدگری مثبت، بر مؤلفه‌های اضطراب کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی تأثیر معنادار داشته و اضطراب را در آنان تا حدی کاهش داده است. نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های فرشاد، نجارپوریان و شنبدی (۲۸)، قاسم‌زاده، مطبوع ریاحی، علوی و حسن‌زاده (۲۶)، باومل و فابر (۲۴) و ویگینز، سافرونوف و ساندرز (۳۳) است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان از ویژگی‌های کودک دچار اضطراب یاد کرد. این اختلال عبارت است از یک حالت روانی یا برانگیختگی شدید که ویژگی‌های اصلی آن عبارت‌اند از: ترس، تردید و نگرانی مفرط. نتیجه به‌دست آمده را می‌توان براساس نتایج مطالعات هالاهان و همکاران که به بررسی رابطه بین حمایت‌های والدین با شیوه‌های مقابله با اضطراب فرزندان و سازگاری روانی آنان را پرداختند، تبیین کرد. نتیجه حاصل در پژوهش آنان این بود که بین حمایت‌های اجتماعی از طرف والدین و روابط بدون تنش والدین با سازگاری روابط کودکان رابطه‌ی مثبت وجود دارد. کودکانی که از حمایت بالای والدینشان برخوردار بودند، با شرایط بهتر سازگار می‌شوند و کمتر دچار اضطراب می‌شوند، که این سازگاری ناشی از به‌کارگیری شیوه‌های مقابله‌ای مناسب بود. در تبیین این یافته، می‌توان گفت مادران کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی در تعاملات فرزندپروری اضطراب

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

بیشتری تجربه می‌کنند و سطح اضطراب کودکان آنها نیز بیشتر از سطح اضطراب کودکان عادی است. از سوی دیگر والدین مضطرب، نمی‌توانند هیجانات خود را به‌خوبی کنترل کنند، لذا اضطراب را به فرزندان خود منتقل می‌کنند (۱۵).

برنامه والدگری مثبت می‌تواند از طریق تقویت رفتارهای مثبت کودکان به‌وسیله مادر، الگوسازی والدگری مناسب، تلفیق سطح دانش و توانایی مادران، ایجاد تعاملات مؤثر والد و کودک، فراهم آوردن حمایت اجتماعی و ارتقاء سطح خودکارآمدی مادر، باعث کاهش اختلال‌های رفتاری کودک شود (۴۷). ارتباط والد-کودک در آسیب‌شناسی و درمان اختلالات خلقی و رفتاری کودک نقش مهمی می‌تواند داشته باشد، به‌ویژه زمانی که والدین با مسئله تنش‌آوری مانند پرورش و تربیت روبه‌رو هستند. هر چقدر توانایی آنها در مدیریت مشکلات اضطرابی و خلقی بیشتر باشد، باعث کاهش اختلال در فرزندان آنها خواهد شد (۴۸). آموزش والدگری مثبت باعث افزایش آگاهی والدین در مهار عواطفشان، اصلاح شیوه‌های پاداش و تنبیه، اصلاح نگرش والدین درباره والدگری و شیوه‌های مهار رفتار کودک شده و از این طریق تأثیر مثبت در کاهش اختلالات رفتاری کودکان ایجاد کرده است و باعث می‌شود درک مادران از بدرفتاری‌ها و مشکلات روان‌شناختی فرزندانشان بالا برود. همچنین این شیوه به مادران کمک می‌کند تا با فرزندان خود تعاملات خوبی داشته باشند و سبب کاهش اختلالات رفتاری می‌شود (۲۴).

یافته‌ی دوم پژوهش حاضر نشان داد که که آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت بر مؤلفه‌های تنظیم هیجانی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تأثیر معناداری داشته و مؤلفه‌های مدیریت هیجانات (تنظیم هیجانی انطباقی و بی‌ثباتی/منفی‌گرایی) کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را تا حدی تحت تأثیر قرار می‌دهد و بر روی تنظیم هیجانی انطباقی اثر افزایشی و بر بی‌ثباتی اثر کاهشی داشته است. نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های فرنودیان، اسدزاده و ابراهیمی قوام (۲۵)، طهماسبی و خسروپور (۲۳)، نوری‌مقدم و زارع (۲۴) است. عده‌ای معتقدند که بعضی از رفتارهای نابهنجار کودکان، در حقیقت پاسخ به شرایط محیط است. واژه محیط شامل تجاربی است که انسان در رابطه با عوامل فیزیکی، خانواده، اجتماع و فرهنگ کسب می‌کند. اما از بین این عوامل، خانواده نخستین و بادوام‌ترین عاملی است که اگر نه در تمام جوامع، حداقل در اکثر آنها به‌عنوان سازنده و زیربنای شخصیت و رفتارهای بعدی کودک شناخته شده و حتی به عقیده بسیاری از روان‌شناسان و جامعه‌شناسان، باید ریشه‌ی بسیاری از انحرافات شخصیت و بیماری‌های روانی را در پرورش اولیه‌ی خانواده جستجو کرد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از پیش‌بین‌های شاخص خودتنظیمی هیجانی سبک فرزندپروری است. سبک‌های فرزندپروری، الگوهای استاندارد فرزند هستند که با آداب و پاسخ‌های معین والدین به رفتارهای فرزندان مشخص می‌شود. پذیرش والدین، دادن فرصت انتخاب، تنوع تکلیف، داشتن تجارب تبحری، درگیری والدین و حمایت آنها از خود مختاری کودکان نقش مهمی در خودتنظیمی و بهبودی بی‌ثباتی/منفی‌گرایی افراد دارد. به‌طور کلی، تعامل عاطفی والدین با فرزندان تأثیر قابل توجهی بر رشد مهارت‌های خودتنظیمی و کمال‌گرایی فرزندان دارد و از آنجا که والدین اولین معلمان فرزندان هستند و تأثیرپذیری فرزندان در اوایل کودکی از والدین که اولین الگوهای آنها هستند بسیار زیاد است؛ والدین می‌توانند با اتخاذ شیوه‌های صحیح تربیتی در برخورد با فرزندان از تأثیرپذیری خود حداکثر استفاده تربیتی را ببرند ()). پژوهش‌های دیگری نیز نشان دادند که والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و والدین کودکان با مشکلات برون‌ریزانه، به‌صورت کلی غالباً در کنترل رفتار کودک خود با مشکل روبه‌رو هستند و اغلب از لحاظ سبک‌های تربیتی خود، بیش از حد دستوری و منفی عمل می‌کنند، که همین امر باعث عدم کارایی روش‌هایی می‌شود که آنها برای کنترل رفتار کودک خود به کار می‌گیرند و این امر می‌تواند با ارائه آموزش‌های لازم مورد بازبینی و تصحیح قرار گیرد (۵۰).

پژوهش‌های پیشین رابطه بین رفتارهای والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و مشکلات رفتاری کودکان را به اثبات رسانده‌اند و چنین بیان داشته‌اند که مشکلات رفتاری کودکان بستگی بسیار زیادی با رفتار والدین داشته است و سبک‌های انضباطی نامنظم والدین، مشکلات رفتاری، رفتارهای آزارشی و مشکلات کنترل خشم و پرخاشگری را کودکانشان پیش‌بینی کرده است (۲۵)

به‌نظر می‌رسد آموزش والدگری مثبت سبب شده است کودکان در رویارویی با موقعیت‌ها با تمرکز مثبت ،برنامه‌ریزی منظم و ارزیابی شرایط، فرایندهای ذهنی، انگیزشی و پذیرش خود، به خود اجازه دهند تا احساساتشان مناسب ابراز شده و سطح سلامت وانسجام هیجانی خود را حفظ نمایند. زیرا انسجام و تنظیم مدیریت سازگارانه هیجان باعث می‌شود افراد احساسات منفی و مثبت را تعدیل کنند و یاد بگیرند چگونه

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

هیجان‌های خود را مدیریت کنند. در نگاهی دیگر می‌توان گفت مطابق با نظریه‌های خودکارآمدی بندورا (۵۱) آموزش والدگری مثبت در کودکان سبب رشد هوشمندانه و توانایی به تعویق انداختن احساسات ناخوشایند، توانایی درگیر شدن یا گریز از یک هیجان منفی به‌صورت مناسب، توانایی کنترل عاقلانه هیجان و افزایش هیجان‌های خوشایند سبب تعدیل تنظیم هیجان شده است. بنابراین کودکانی که والدینشان سبک والدگری مثبت را در پیش گرفته‌اند، نسبت به خود احساس بهتری داشته و در تجربه وقایع ناخوشایند، خصوصاً تجاربی که متضمن ارزیابی و اضطراب‌های اجتماعی است، از طریق عادی‌سازی تجربه، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند و از شکل‌گیری افکار بدبینانه و نشخوارهای وسواسی پیشگیری می‌کنند (۵۲). اکنون می‌توان نقش تأثیرگذار والدگری مثبت بر کاهش بی‌ثباتی و افزایش تنظیم هیجان انطباقی را درک کرد.

بدیهی است پژوهش حاضر مانند هر پژوهش دیگری قادر به کنترل تمامی متغیرها و عوامل اثرگذار بر نتایج نبوده و لذا از برخی جهات علمی دارای محدودیت‌هایی بوده است، از جمله: محدود بودن پژوهش به پسران مقطع تحصیلی ابتدایی، عدم دسترسی به هر دو والد جهت رسیدن به نتایج مطلوب‌تر، چنانچه پژوهش‌ها به اعضای خانواده به‌ویژه همکاری پدر به عنوان عاملی مؤثر در موفقیت جلسات آموزش والدین اشاره کرده‌اند، طولانی شدن فرایند اجرا به‌دلیل شرایط قرنطینه و فاصله‌گذاری اجتماعی در دوران بیماری کرونا، مجازی شدن جلسات از جلسه‌ی سوم به بعد به‌دلیل شیوع بیماری کرونا و عدم کنترل مصرف دارو و اتکاء صرف به اثربخشی برنامه‌ی والدگری مثبت. بنابراین پیشنهاد می‌شود که درصورت امکان پژوهش حاضر بر روی دختران نیز صورت گیرد. همچنین مداخله برای هر دو والد انجام گیرد، از طرح‌های آزمایشی با گروه گواه برای تعمیم بهتر و بیشتر نتایج استفاده شود، مصرف دارو جهت رسیدن به نتایجی که حاکی از اثربخشی صرف مداخله کنترل شود و جلسات به‌صورت حضوری و غیرمجازی برگزار شود تا مداخله اثربخش‌تر شود.

سپاسگزاری

در پایان، نویسندگان از تمام عزیزانی که شرایط لازم جهت اجرای پژوهش را فراهم نمودند و همچنین اولیای دانش‌آموزان نهایت تشکر و قدردانی را اعلام می‌دارند.

تعارض منافع

در این مقاله هیچ تضاد یا تعارض منافعی وجود ندارد.

References

1. Khodabakhshi Koolaee A, Shahi A, Navidian A, Mosalanejad L. The effect of positive parenting program training in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder on reducing children's externalizing behavior problems. Journal of fundamentals of mental health. 2015; 17(3): 135-141. [Persian].
2. Ganji M. Psychology of exceptional children according to DSM-5. Tehran: Savalan; 2013. [Persain].
3. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Synposis of psychiatry behavioral sciences/clinical psychiatry. Rezaee F. (Persain translator). Elevent eddition. Tehran: Arjmand; 2015, pp: 443-447.
4. Raiker, JS. Editorial: Instrumental Learning in Children With AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder: A Rewarding Review Incentivizing Future Research. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2021; 60(11): 1342–1344.
5. Alebehbahani M, Mohammadi N, Rahimi CH. The effect of group training of cognitive-behavioral skills on overt anxiety of children with attention deficit/ hyperactivity disorder. Journal of Education and Learning Studies. 2010; 2(2). [Persain].
6. Borjali Z, Mohammadi M. Relationship between using Methylphenidate and Anxiety in children with attention-deficit hyperactivity disorder . Biannual journal of clinical psychology & personality. 2012; 10(18): 37-44. [Persian].
7. Chorpita B. Modular Cognitive-behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders. Gilford Press. 2007.
8. Royatvand Ghiasvand P. The Predictive Role Of Family Protective Factors And Emotion Regulation On Children Behavioral Disorder. [Master's degree in clinical psychology]. [Tehran]: University of Knowledge and Culture; 2018. [Persian].
9. Hurrell K, Houwing F, Hudson J. Parental Meta-Emotion Philosophy and Emotion Coaching in Families of Children and Adolescents with an Anxiety Disorder. Journal of Abnormal Child Psychology. 2016; 1-14. [Abstract].
10. Christian C, Martel MM, Levinson CA. Emotion regulation difficulties, but not negative urgency, are associated with attention- deficit/hyperactivity disorder and eating disorder symptoms in undergraduate students. Eating Behaviors. 2020; 36: 1013-1018.
11. Strauss AY, Kivity Y, Huppert JD. Emotion Regulation Strategies in Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorer. behavior Therapy. 2019; 50(3): 659-671.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

12. Perry N, Calkins S, Nelson J, Leerkes E, Marcovitch S. Mothers' responses to children's negative emotions and child emotion regulation: The moderating role of vagal suppression. Developmental psychobiology. 2012; 54(5): 503-513.
13. Pennell C, Whittingham K, Boyd R, Sanders M, Colditz P. Prematurity and parental self-efficacy: the preterm parenting & selfefficacy checklist. Infant Behavior and Development. 2012; 35(4): 678-688.
14. Brumirau L, Kernz K. Parent–child attachment in internalizing symptomatology in childhood and adolescence: A review of emprical findings and future directions. Development and psychopathology. 2010; 22(4): 177-203.
15. Badrigargari R, Nemati SH, Vahedi SH, Nouri Z. The effect of mindful parenting on anxiety in children with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of school psychology. 2021, 10(2): 202-213. [Persian].
16. Javadipour N, Dehghan Manshadi M. Efficiency of the Parents' Behavioral Training Model (Barkley) on the Emotional Regulation of the Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Psychology of Exceptional Individuals. 2022; 12(45): 145-169. [Persian].
17. Hasani R, Mirzaeian B, Khalilian A. The effectiveness of play therapy based on cognitive-behavioral approach on anxiety and self-esteem of children with ADHD. Journal of modern psychological research.2013; 8(29):165-182. [Persian].
18. Sanders M, Day J. Do Parents Benefit From Help When Completing a Self-Guided Parenting Program Online? A Randomized Controlled Trial Comparing Triple P Online With and Without Telephone Support. Behavior therapy. 2018; 19(4).
19. Abedi Shapourabadi S. Positive parenting program. exceptional education quarterly. 2013; 14(4): 30-37. [Persian].
20. Liang S, Lee C, Kelsen A, Chen V. Health-related quality of life in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder in Taiwan: The roles of child, parent, and family characteristics. Research in Developmental Disabilities. 2021; 113(10): 1-14.
21. Sanders M, Kirby J, Tellegen C, Day J. The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. Clinical Psychology Review. 2014; 34(4):337-357.
22. Bodenman G, Cina A, Lederman T, Sanders M. The efficacy of the triple p- positive program parenting in improving parenting and child behavior: A Compassion with two other conditions. Behaviour Therapy. 2008; 25(46), 411-427.
23. Wittkowski A, Cartwright K, Emsley R, Bee P, Camacho E, Calam R, Cross C, et .al. Enhancing maternal and infant wellbeing: study protocol for a feasibility trial of the Baby Triple P Positive Parenting programme for mothers with severe mental health difficulties (the IMAGINE study). BMC. 2018; 19(479).
24. Baumel A, Faber K. Evaluating Triple P Online: A Digital Parent Training Program for Child Behavior Problems. Cognitive and behavioral practice. 2017.
25. Farnoudian P, Asadzadeh H, Ebrahimi Qavam S. The relationship between parents' parenting methods with perfectionism and self-regulation and its comparison in students from single-child and multi-child families. Quarterly Journal of Behavioral Sciences. 2019. [Persian].
26. Ghasemzadeh S, Matbooe Riyahi M, Alavi Z, Hasanzadeh M. The effectiveness of family-oriented intervention and play therapy on the parenting style and stress of mothers and the clinical symptoms of children with separation anxiety. Quarterly journal of research in psychological health. 2017; 11(4). [Persian].
27. Pakmehr E, Noorbakhsh S, Razjouyan K, Davari Ashtiani R, Khademi M. The effect of positive parenting program (Triplr P) on parenting styles and the attitude to wards strengths and difficulties of the child. Behavioral research center of SBMU. 2017; 1(4). [Persian].
28. Farshad MR, Najarpoorian S, Shanbadi F. The effect of positive parenting training based on Saunders' approach on students' happiness and parent-child conflict. Children's Mental Health Quarterly. 2017; 5(1): 59-68. [Persian].
29. Sanders M. Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P – positive parenting program. Annual review of clinical psychology. 2012; 8: 379-345.
30. Wittkowski A, Cartwright K, Emsley R, Bee P, Camacho E, Calam R, Cross C, et .al. Enhancing maternal and infant wellbeing: study protocol for a feasibility trial of the Baby Triple P Positive Parenting programme for mothers with severe mental health difficulties (the IMAGINE study). BMC. 2018; 19(479).
31. Baumel A, Faber K. Evaluating Triple P Online: A Digital Parent Training Program for Child Behavior Problems. Cognitive and behavioral practice. 2017.
32. Sampaio F, Barendregt J, Feldman I, Yi Lee Y, Sawyer M, Dadds M, Scott J, Mihalopoulos C. Population cost efectiveness of the Triple P parenting programme for the treatment of conduct disorder: an economic modelling study. European Child & Adolescent Psychiatry. 2018; 27: 933-944.
33. Wiggins T, Sofronoff K, Sanders M. Pathway Triple P (Positive parenting program): effect on parent child relationship and child behavior problems. Family Process. 2009; 48(4): 517- 530.
34. Spence, S. H., Barrett, P. M., & Turner, C. M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. Journal of Anxiety Disorders, 17(6), 605-625.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

35. Soleimani M. Checking the practicality of the validity and reliability of the Spence Children's Anxiety Scale . [Master's degree in clinical psychology]. [Tehran]: Islamic azad university, central Tehran branch; 2010. [Persian].
36. Faraji Bayatiani N. Comparison of the level of social skills, anxiety and aggression between 7-12-year-old children of music education group and non-music group in Shiraz city [Master's degree in educational psychology]. [Shiraz]: Marvdasht Islamic Azad University; 2012. [Persian].
37. Shields A, Cicchetti D. Reactive aggression among maltreated children: The contributions of attention and emotion dysregulation. J Clin Child Psychol. 1998; 27(4): 381-95.
38. Aghaie Meybodi F, Mohammadkhani P, Pourshahbaz A, Dolatshahi B, Ebrahimzadeh Mousavi M, Heydari H. Psychometric Properties of the Persian Version of the Emotion Regulation Checklist. World Family Medicine/Middle East Journal of Family Medicine. 2018; 16 (2): 187-192.
39. Motazedian M. Investigating the predictive effect of family support factors and child's emotional regulation on the severity of child's behavioral disorders [Master's degree in clinical psychology]. [Shiraz]: Shiraz university; 2012. [Persian].
40. Bashardoust N, Zandi pour T, Rezaeian H. Effectiveness of Parenting styles Training an attitudes toward parenting in first-time pregnant mothers. Journal of Woman and Family Studies. 2014; 2(2): 65-94. [Persian].
41. Pourmohammadreza-Tajrishi M, A'shouri M, Afrouz GH, Arjmand-nia AA, Ghobari-Bonab B. The Effectiveness of Positive Parenting Program (Triple-P) Training on Interaction of Mother-child with Intellectual Disability. Journal of rehabilitation. 2015; 16(2): 128-137. [Persian].
42. Sanders M. Triple P-Positive Parenting Program as a public Health Approach to Strengthening Parenting. Journal of Family Psychology. 2008; 22(3): 506-517.
43. Sanders M. Triple P :A multi level system of parenting intervention: workshop participant notes. The university of Queensland: Brisbane, Australia; 2005.
44. Sanders MR, Prinze R J. The Triple p system, A multi-level evidence-based, population approach to the prevention and treatment of behavioral and emotional problems in children. Journal the Register Report. 2013; 31: 42-46.
45. Hajkhodadadi D, Etemadi O, Abedi MR, Jazayeri R. Comparing the Efficacy of Parenting Education Based on Coping with Challenges of Parenting and Triple-p (Positive Parenting Program) on Components of Effective Parenting and Marital Adjustment in Mothers of Adolescent. Journal of Family Research. 2021; 17(2): 243-266.
46. Landhal B. A meta Analysis of Parent training Moderators and follow- up effects. Child Psychology Review. 2006; 26: 86-104.
47. Keown L, Sanders MR, Franke N, Shepherd M. The Whānau POU Toru: a randomized controlled trial (RCT) of a culturally adapted low-intensity variant of the triple P-Positive parenting program for Indigenous Māori families in New Zealand. Prev Sci. 2018; 19(7): 954-965.
48. Wakimizu R, Fujioka H, Iejima A, Miyamoto S. Effectiveness of the Group-Based Positive Parenting Program with Japanese Families Raising a Child with Developmental Disabilities: A Longitudinal Study.J Psychol Abnorm Child. 2014; 3:1.
49. Hauth -Charlier S, Clement C. Behavioral parent training programs for parents of children with ADHD: Practical considerations and clinical implications. Pratiques Psychologiques. 2009; 15(4): 457 -472.
50. Fabiano GA, Pelham WE, Coles EK, Gnagy E, Chronis –Tuscano A, O'Connor BC. A meta - analysis of behavioral treatments for attention -deficit/ hyperactivity disorder. Clinical psychology review. 2009; 29(2): 129 -140.
51. Bandura A. Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review. 1977; 84: 191-215.
52. Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwogt MM, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-years-old children: The development of an instrument. EUR Child adolesc psychiatry. 2007; 16(1): 1-9.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]