

اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلری بر کارکردهای اجرایی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی

شهناز هاشمی ملک‌شاه*

کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش
کودکان استثنائی، دانشکده روان‌شناسی و
علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی

حمید علیزاده

استاد روان‌شناسی و آموزش کودکان
استثنائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم
تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی

شهلا پزشکی

دانشیار روان‌شناسی و آموزش کودکان
استثنائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم
تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی

فریبا سهیلی

کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، دانشکده
روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه
طباطبائی

*نشانی تماس: دانشکده روان‌شناسی و

علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی

رایانامه: hashemimalekshah92@gmail.com

مقدمه: هدف پژوهش حاضر تأثیر آموزش والدین با رویکرد آدلری را بر بهبود کارکردهای اجرایی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی بررسی می‌کند. روش: پژوهش به روش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. تعداد ۳۰ نفر از والدین فرزندان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جاگماری شدند. ابزارهای پژوهش، شامل پرسشنامه تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۲۰۱۳) و پرسشنامه عصب‌شناختی کولیدج (۲۰۰۲) بود. آموزش والدین مبتنی بر رویکرد آدلر در قالب ۱۰ جلسه نود دقیقه‌ای در گروه آزمایشی اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس (با اندازه‌گیری مکرر) به کمک نرم افزار SPSS تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج، بیانگر تأثیر روش مذکور بر بهبود کارکردهای اجرایی کودکان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل بود. نتایج آزمون پیگیری نشان داد که مشکلات کارکرد اجرایی تصمیم‌گیری برنامه‌ریزی کاهش یافت. به طور کلی یافته‌ها نشان می‌دهند که آموزش والدین به شیوه آدلری توانسته است مشکلات کارکرد اجرایی سازمان‌دهی و بازداری پاسخ را در کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی کاهش دهد اما تأثیر معناداری بر کاهش مشکل کارکرد اجرایی تصمیم‌گیری برنامه‌ریزی آنها نداشته است. **نتیجه‌گیری:** بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که آموزش والدین آدلری با توجه به تأثیری که بر مهارت‌های سازمان‌دهی و بازداری این کودکان داشته است، می‌تواند در کاهش مشکلات موجود در برخی کارکردهای اجرایی موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، آموزش والدین آدلری، کارکردهای اجرایی

The Effectiveness of Adlerian Parent Training on Executive Functions in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Introduction: This study investigated the effectiveness of Adlerian parent training on amelioration of problems of executive functions in children with attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD). **Method:** The research method was experimental with pre-and-post and follow up design with control group. 30 parents were recruited whose children were assigned into experimental and control groups. The research instruments were ADHD diagnostic questionnaire(2013) and Coolidge Neuropsychological(2002) Inventory. Parent Training based on Adler Approach was accomplished in ten 90-minute sessions. Both in the post- and follow-up tests, the two groups completed the questionnaires as post-test. The data were analyzed using ANCOVA. **Results:** The results revealed the effectiveness of Adlerian parent training on amelioration of executive functions problems. However, no significant effect was found on decision making-planning problems. **Conclusion:** Accordingly, we conclude that Adlerian parent training could mitigate problems in some executive functions in children with ADHD.

Keywords: ADHD, Adlerian parent training, executive functions

Shahnaz Hashemi Malekshah*

M.A in psychology and education
of exceptional children, Allameh
Tabataba'i University

Hamid Alizadeh

Professor of Psychology, Faculty
of Psychology & Education of
exceptional children, Allameh
Tabataba'i University

Shahla Pezeshk

Associate Professor of Psychol-
ogy, Faculty of Psychology &
Education of exceptional children,
Allameh Tabataba'i University

Fariba soheili

M.A in school Counseling, Depart-
ment of Counseling, Allameh
Tabataba'i University

*Corresponding Author:

Email: hashemimalekshah92@gmail.com

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۱ نوعی اختلال عصبی-رشدی است که با تشخیص الگوی پایدار بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی-تکانش‌گری همراه است. این اختلال بر رشد و عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد. برآورد می‌شود که این اختلال در فرهنگ‌ها و مناطق مختلف جهان شیوع حدود پنج درصد داشته باشد (۱). در زمینه‌ی آسیب‌های شناختی این اختلال، مشکلات مربوط به کارکردهای اجرایی اهمیت زیادی دارد (۲).

کارکردهای اجرایی^۲، نوعی کارکردهای خودتنظیمی‌اند که توانایی کودک را در بازداری، برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، استفاده از حافظه‌ی کاری، حل مسأله و هدف‌گذاری برای انجام تکالیف و فعالیت‌های گوناگون نشان می‌دهند (۳). بعد از پنج سالگی، برخی کارکردهای اجرایی به خصوص حافظه‌ی کاری، سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی رشد چشمگیرتری دارند و در دوران مدرسه به تدریج رشد یافته و می‌توانند نقش مهمی در عملکرد تحصیلی، اجتماعی و کنترل هیجان داشته باشند (۴).

محیط خانوادگی خطرناک، زمانی که با حداقلی از آمادگی‌های زیستی کودک همراه شود ممکن است به عنوان عامل تعیین‌کننده‌ی نشانه‌ها و مشکلات اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی عمل کند. در هر یک از این موارد، شرایط زیستی و محیط خانوادگی کودک کنش متقابل دارند (۵). بر اساس پژوهش پنینگتون و اوزونوف (۶)، نقص در کارکردهای اجرایی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با نقص در کورتکس پیشانی مغز همراه است. از سوی دیگر، به نظر برخی صاحب‌نظران، برای شناخت بهتر کارکردهای اجرایی کودکان (۷) و کارکردهای ذهنی بالاتر (۸)، تأثیرات محیطی و به طور خاص ارتباط بین والد و کودک ضروری است. تأثیرات محیطی شامل محیط خانه و چگونگی والدگری می‌شود. کالزادا، امیری و آبرگ (۹) معتقدند در رفتارهای والدین، به ویژه مادران این گروه از کودکان، اغلب علایم روشنی از حواس‌پرتی و بی‌توجهی مشاهده می‌شود. آنها عموماً فاقد سازمان‌دهی، نظم و تمرکز در امور بوده و اغلب در

سبک فرزندپروری خود ناپایدار و فاقد مهارت‌اند. درمان‌های دارویی می‌توانند کارکردهای اجرایی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را بهبود بخشند (۱۰)، اما در خود نوروها هیچ تغییر ساختاری بادوامی به وجود نمی‌آورند؛ لذا اثر داروها کوتاه‌مدت و مقطعی بوده و به محض قطع مصرف دارو نشانه‌های اختلال با همان شدت قبلی ظاهر می‌شود (۱۱-۱۳). به همین دلیل نیز در حوزه‌ی درمان‌های روانی-اجتماعی این اختلال، درمان آموزش والدین بخشی ضروری از مداخلات درمانی محسوب می‌شود (۱۴). این ضرورت در درجه‌ی نخست به دلیل تأثیر محیط خانواده و کیفیت والدگری بر رشد کارکردهای اجرایی کودکان است (۱۵). آموزش والدین بر اساس رویکردهای مختلفی صورت می‌گیرد. اسمیت (۱۶)، انواع برنامه‌های آموزش والدین را در دو طبقه‌ی کلی قرار می‌دهد که عبارت‌اند از رفتاری و ارتباطی، طبقه‌ی رفتاری، مداخلات با رویکرد رفتاری و یادگیری اجتماعی. طبقه‌ی ارتباطی شامل مداخلاتی با سه رویکرد آدلری، انسان‌گرایانه و روان‌پویایی است (۱۷)؛ بنابراین، مداخله در این بافت روش مناسبی برای پیشگیری و درمان خواهد بود (۱۸، ۱۹). در آموزش با رویکرد آدلری، به جای پاداش و تقویت، بر دلگرم‌سازی^۳ و به جای تنبیه و مجازات، بر پیامدهای طبیعی و منطقی^۴ تأکید می‌شود (۱۸). در همین رابطه، تحقیقات (۲۰) نشان داده‌اند که عملکرد شناختی فرزندان والدینی که در والدگری مهارت‌های زیادی دارند (برای مثال فرزندان‌شان را دلگرم می‌کنند) بهتر است.

بر اساس رویکرد آدلری، علت بخش عمده‌ای از مشکلات رفتاری کودکان، سبک‌های ناکارآمد فرزندپروری و تعامل نامناسب والدین-فرزند است. در همین رابطه، علی‌زاده و همکاران (۲۱)؛ چانگ و همکاران (۲۲) در پژوهش خود نشان دادند که بیشتر والدین فرزندان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، در تعاملات

1- Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

2- Executive functions

3- Encouragement

4- Natural and logical consequences

مهارت‌های فرزندپروری، مدیریت رفتاری و تعلیم و تربیت تأکید دارد.

بر اساس آنچه در مورد تعاملات والدین- فرزند و کارکردهای اجرایی بحث شد، سؤال اصلی این پژوهش آن است که آیا آموزش والدین آدلری می‌تواند بر بهبود کارکردهای اجرایی (شامل مهارت‌های تصمیم‌گیری- برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی و بازدارنده پاسخ) کودکان دارای این اختلال به دلیل تأثیر بر مهارت‌های فرزندپروری والدین و بهبود رابطه‌ی والد- فرزند اثر بگذارد؟

روش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و روش تحقیق آزمایشی با طرح پیش‌آزمون/ پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه‌ی آماری این پژوهش را دانش‌آموزان پسر هفت تا ۱۲ ساله با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در مقطع ابتدایی مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳ شهر تهران و والدین آنها تشکیل می‌دادند. برای گزینش گروه نمونه، از طریق نمونه‌گیری دردسترس، نخست از بین والدین ۶۰ نفر از دانش‌آموزان پسری که با معرفی معلم و بر اساس معیارهای موجود در کتاب راهنمای تشخیصی و طبقه‌بندی روانی (۱) و نیز مصاحبه‌ی تشخیصی پژوهشگر اول (با کمک معلمان)، به عنوان کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی تشخیص داده شده بودند، پس از همگن‌سازی آنها از نظر متغیر عدم مصرف دارو به وسیله‌ی فرزندانشان (به دلیل تأثیر بر کارکردهای اجرایی) و حذف پرسش‌نامه‌ی دانش‌آموزانی که والدین مطلقه داشتند یا تک‌والد بودند و پس از اعلام رضایت والدین برای شرکت در مطالعه، ۳۰ نفر انتخاب و به شیوه‌ی گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ والدین) جای گرفتند.

شیوه‌ی اجرا

پس از مشخص شدن نمونه‌ها و جایگزینی تصادفی آنها در دو گروه آزمایش و کنترل، در چند مرحله با خانواده‌ها تماس گرفته شد و بعد از هماهنگی‌های لازم و توضیح مراحل مختلف کار و بیان اهداف طرح پژوهشی روز

خود با فرزندانشان از سبک فرزندپروری خودکامه و بیش‌ازحد حمایتی استفاده می‌کنند. بیش‌حمایتی والدین از فرزندانشان با بسیاری از مشکلات رفتاری و شناختی (مانند انجام ندادن تکالیف، بی‌نظمی و سرپیچی از دستورات والدین) کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در خانه رابطه دارد. برای مثال، به نظر والتون (۲۳)، والدگری بیش‌از حد حمایت‌گرانه باعث می‌شود که فرایندهای بازدارنده و سازمان‌دهی که از مؤلفه‌های اصلی کارکردهای اجرایی است، به نحو مناسبی در این کودکان رشد نکند.

نتایج تحقیق بلایر و همکاران (۱۵) در آمریکا درباره‌ی تأثیر والدگری بر رشد کارکردهای اجرایی در اوایل کودکی نشان داد که تغییر در کیفیت والدگری، بر رشد کارکردهای اجرایی تأثیر گذاشته است. دلیل این تغییر، تغییر کیفیت مراقبت و پاسخ‌گویی والدینی در محیط خانه بود. نتایج تحقیق کلون و همکاران (۲۰) در لندن که در آن مهارت‌های اساسی والدگری و خروجی‌های شناختی کودکان را بررسی شده بود، نشان داد که آموزش والدین و افزایش توانایی آنها در والدگری بر مهارت‌های شناختی کودکانشان تأثیر گذاشته است. نارسایی در کارکردهای اجرایی می‌تواند در سنین بالاتر پایدار مانده و بر انجام تکالیف مدرسه و عملکرد اجتماعی و کنترل هیجان کودکان تأثیر منفی بگذارد، بنابراین تشخیص و مداخله‌ی بهنگام برای حل مشکلات این کودکان ضروری است (۴).

علاوه بر این، بسیاری از والدین در مورد مصرف دارو در درمان اختلال فرزندشان مرددند و رغبت چندانی به استفاده از آنها نشان نمی‌دهند (۱۱، ۱۲)، از این رو تدوین برنامه‌های آموزش والدین و تأثیر آن بر بهبود کارکردهای اجرایی در مقایسه با دارودرمانی می‌تواند شیوه‌ی جدیدی را به حوزه‌ی علمی- حرفه‌ای مربوط به درمان کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی عرضه کند تا به عنوان تدبیر درمانی جدید مورد استفاده قرار گیرد. در این راستا، نخستین الویت درمانی این کودکان، درمان روانی- اجتماعی است که بر آموزش

آزاد والدین برای شرکت در دوره‌ی آموزشی مشخص شد و اقدامات لازم صورت گرفت. ترکیب گروه‌ها عبارت بود از: گروه اول یا آزمایش با رویکرد آدلری شامل ۱۵ پدر و مادر و گروه دوم یا گواه شامل ۱۵ پدر و مادر که هیچ آموزش جانبی دریافت نکرده بودند. قبل از شروع جلسات آموزشی والدین دانش‌آموزان، آزمون کولینج به عنوان مرحله‌ی پیش‌آزمون تکمیل شد. در ادامه، جلسات آموزشی خانواده مبتنی بر رویکرد آدلر در قالب ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد. پس از پایان آموزش و در پیگیری متغیرهای یادشده مجدداً اندازه‌گیری شدند.

برنامه‌ی مداخله‌ای

این برنامه بر پایه‌ی نظریه‌ی آدلر و تکنیک‌های همکار آدلر، درایکورس، تنظیم و محتوای آن بر اساس رویکردهای تربیتی این نظریه تدوین شده و سپس به تأیید استادان ایرانی و خارجی صاحب‌نظر در این زمینه رسیده است. اعتبار و روایی آن نیز بر پایه‌ی میزان اثربخشی برنامه گزارش شده است. محتوای برنامه‌ی آموزشی از کتاب‌های ردولف درایکورس به نام‌های «کودکان خوشبخت: راهبردهای تربیت کودک و بهبود رابطه‌ی والدین-فرزند»، «روابط دموکراتیک و احترام متقابل»، «فنون مدیریت کلاس: رویکرد روان‌شناختی به بهسازی آموزش و ارتباطات مدرسه»، و «انضباط بدون اشک» (۱۸، ۲۴-۲۶) اقتباس و ترتیب جلسات و مواد آموزشی به وسیله‌ی پژوهشگران و با توجه به منابع فوق تنظیم شده است. جلسات آموزشی خانواده مبتنی بر رویکرد آدلر، در قالب ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای و از ساعت ۳/۵ تا ۵ پنج عصر در سالن اجتماعات مدرسه برگزار می‌شد. جلسات هفته‌ای یک‌بار تشکیل شد و ۱۰ هفته نیز طول کشید. در ادامه، شرح اقدامات آموزشی انجام شده آمده است.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه‌ی تشخیصی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی: این پرسش‌نامه‌ی ۱۸ سؤالی بر اساس اطلاعات پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری

اختلالات روانی (۱) تهیه و بر اساس مقیاس دوگزینه‌ای (بلی-خیر) درجه‌بندی شده است. شیوه‌ی نمره‌گذاری این پرسش‌نامه، که هر سه مقوله‌ی بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانش‌گری را می‌سنجد به این صورت است که گزینه‌ی بلی نمره "یک" و گزینه‌ی خیر نمره‌ی "صفر" می‌گیرد. بنابراین بیشترین و کمترین نمره در این آزمون به ترتیب ۱۸ و صفر است.

بر اساس ملاک‌های مندرج در نسخه‌ی پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۲۰۱۳)، زمانی کودک به این اختلال مبتلاست که شش ملاک از نه ملاک اختلال نارسایی توجه و شش ملاک از نه ملاک بیش‌فعالی-تکانش‌گری را به مدت شش ماه داشته باشد. این پرسش‌نامه بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۲۰۱۳) تهیه شده و از این رو قابل اعتماد است و روایی آن را روان‌پزشکان و روان‌شناسان تأیید کرده‌اند. پایایی این پرسش‌نامه در این تحقیق، با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره‌ی کل ۰/۸۵ و برای شاخص نارسایی توجه ۰/۷۶ و برای شاخص بیش‌فعالی و تکانش‌گری ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسش‌نامه‌ی عصب‌شناختی کولینج: این آزمون که چندین اختلال عصب‌شناختی و رفتاری کودکان و نوجوانان پنج تا ۱۷ ساله را تشخیص می‌دهد، کولینج در سال ۲۰۰۲ ساخته است. هر اختلال دارای خرده‌مقیاسی مشخص و مجزاست که سه مورد از این خرده‌مقیاس‌ها با ۱۹ گویه کارکردهای اجرایی را ارزیابی می‌کند. والدین به این آزمون به صورت مقیاس لیکرت پاسخ می‌دهند. این سه خرده‌مقیاس کارکردهای اجرایی را در سه حوزه‌ی سازمان‌دهی، تصمیم‌گیری-برنامه‌ریزی و بازداری پاسخ می‌سنجد (۲۷).

این پرسش‌نامه به این صورت نمره‌گذاری می‌شود که به گزینه‌ی "هیچ‌وقت" نمره‌ی صفر، به "گاهی اوقات" نمره‌ی یک، به "معمولاً" نمره‌ی دو و به گزینه‌ی "همیشه" نمره‌ی سه تعلق می‌گیرد. بنابراین بیشترین و کمترین نمره در این آزمون ۵۷ و صفر است.

از تحلیل کوواریانس استفاده شد (۲۹). استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس، امکان بررسی آثار (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) را میسر می‌سازد. در تحلیل کوواریانس، اثر اصلی گروه به بررسی هرچه دقیق‌تر اثر مداخله‌ی آزمایشی بر آزمودنی‌های دو گروه می‌پردازد. یکی از مفروضات تحلیل کوواریانس، همگنی واریانس‌هاست. مفروضه‌ی همگونی واریانس‌ها به کمک آزمون لوین تأیید شد. از لحاظ آماری، آزمون لوین در مورد هیچ‌یک از متغیرهای مورد بررسی معنادار نبود (پس‌آزمون‌ها، متغیر کارکردهای اجرایی $P > 0/05$ و $F = 3/24$ ، متغیر برنامه‌ریزی-تصمیم‌گیری $P > 0/05$ و $F = 2/15$ ، سازمان‌دهی $P > 0/05$ و $F = 1/60$ ، متغیر بازداری پاسخ $P > 0/05$ و $F = 3/15$. دیگر مفروضه‌ی این آزمون، بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها با استفاده از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف (K-S) بود. از آنجا که سطح معناداری به دست آمده در این آزمون در متغیرها بیش از مقدار ملاک $0/05$ است، می‌توان گفت که توزیع متغیرهای مورد بررسی در نمونه‌ی آماری نرمال است. با توجه به برقراری مفروضه‌های اصلی، استفاده از این آزمون آماری مجاز است.

گرفتن نمره‌ی بیشتر نشان‌دهنده‌ی مشکلات بیشتر در کارکردهای اجرایی است. پایایی برای دو خرده‌مقیاس سازمان‌دهی و تصمیم‌گیری-برنامه‌ریزی و بازداری به ترتیب $0/85$ و $0/66$ گزارش شده است. همسانی درونی دو خرده‌مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ $0/91$ به دست آمد. همسانی درونی به طور جداگانه برای سازمان‌دهی $0/81$ ، تصمیم‌گیری-برنامه‌ریزی $0/82$ و بازداری پاسخ $0/52$ گزارش شده است (۲۸). پایایی این پرسش‌نامه در این تحقیق، از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است. ضریب آلفای کرونباخ نمره‌ی کل $0/81$ ، خرده‌مقیاس تصمیم‌گیری-برنامه‌ریزی $0/75$ ، خرده‌مقیاس سازمان‌دهی $0/60$ و خرده‌مقیاس بازداری $0/73$ به دست آمد.

یافته‌ها

جدول ۱ ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری به تفکیک دو گروه کنترل و آزمایش را نشان می‌دهد. برای تحلیل داده‌ها و کنترل اثر پیش‌آزمون، با توجه به طرح پژوهش، که از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود،

جدول ۱- ویژگی آماری متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری به تفکیک گروه مورد بررسی

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
مشکل تصمیم‌گیری-برنامه‌ریزی	آزمایش	۱۵	۱۴/۲۰	۴/۰۹	۱۱/۸۰	۵/۶۵	۱۰/۴۷
	کنترل	۱۵	۱۱/۲۰	۴/۷۵	۱۰/۸۰	۴/۷۱	۱۱/۶۰
	مجموع	۳۰	۱۲/۷۰	۴/۶۲	۱۱/۳۰	۵/۱۳	۱۱/۰۳
مشکل سازمان‌دهی	آزمایش	۱۵	۱۲/۹۳	۳/۴۱	۹/۸۰	۵/۴۳	۱۰/۷۳
	کنترل	۱۵	۱۳/۲۰	۳/۸۸	۱۳/۹۳	۴/۷۷	۱۳/۴۷
	مجموع	۳۰	۱۳/۰۷	۳/۵۹	۱۱/۸۷	۵/۴۴	۱۲/۱۰
مشکل بازداری پاسخ	آزمایش	۱۵	۵/۰۷	۲/۴۳	۳/۳۳	۲/۲۹	۳/۳۳
	کنترل	۱۵	۴/۶۰	۲/۱۶	۴/۷۳	۲/۲۵	۴/۷۳
	مجموع	۳۰	۴/۸۳	۲/۲۸	۴/۰۳	۲/۳۴	۴/۰۳
مشکل کارکردهای اجرایی (نمره‌ی کل)	آزمایش	۱۵	۳۲/۲۰	۸/۰۷	۲۴/۹۳	۱۲/۲۲	۲۴/۵۳
	کنترل	۱۵	۰۰/۲۹	۸/۷۳	۲۹/۴۷	۹/۲۱	۲۹/۸۰
	مجموع	۳۰	۳۰/۶۰	۸/۴۲	۲۷/۲۰	۱۰/۸۸	۲۷/۱۷

رویکرد آدلری بر بهبود مهارت‌های کارکردهای اجرایی، سازمان‌دهی و بازداری پاسخ تأثیر معنادار داشته است. مقدار F به دست آمده در متغیرهای کارکردهای اجرایی ۶/۹۱، سازمان‌دهی ۹/۰۰۵ و بازداری پاسخ ۷/۸۲ در سطح $P > ۰/۰۵$ معنادار است، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش والدین با

در جدول ۲ آثار اصلی متغیرهای پژوهش گزارش شده است. بر اساس این نتایج، از آنجا که مقدار F به دست آمده در متغیرهای کارکردهای اجرایی ۶/۹۱، سازمان‌دهی ۹/۰۰۵ و بازداری پاسخ ۷/۸۲ در سطح $P > ۰/۰۵$ معنادار است، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش والدین با

جدول ۲- خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای مورد بررسی دو گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل متغیر پیش‌آزمون (درجه‌ی آزادی = ۱)

متغیر	F	P	توان مشاهده شده	اندازه‌ی اثر
کارکردهای اجرایی	۶/۹۱	۰/۰۱۴	۰/۷۱۷	۰/۲۰۴
تصمیم‌گیری- برنامه‌ریزی	۱/۳۶	۰/۲۵	۰/۲۰۳	۰/۰۴۸
سازمان‌دهی	۹/۰۰۵	۰/۰۰۶	۰/۸۲۴	۰/۲۵
بازداری پاسخ	۷/۸۲	۰/۰۰۹	۰/۷۶۹	۰/۲۲۵

جدول ۳- خلاصه‌ای از نتایج تحلیل واریانس (با طرح اندازه‌گیری مکرر) را نشان می‌دهد. بر اساس این نتایج، مقدار F به دست آمده در متغیرهای کارکردهای اجرایی

جدول ۳- خلاصه‌ای از نتایج تحلیل واریانس (با طرح اندازه‌گیری مکرر) را نشان می‌دهد. بر اساس این نتایج، مقدار F به دست آمده در متغیرهای کارکردهای اجرایی

جدول ۳- خلاصه نتایج تحلیل واریانس (با اندازه‌گیری مکرر) متغیرهای مورد بررسی در آزمون پیگیری (درجه‌ی آزادی = ۲)

متغیر	F	P	توان مشاهده شده	اندازه‌ی اثر
کارکردهای اجرایی	۴/۸۲	۰/۰۱۲	۰/۷۷۷	۰/۱۴۷
تصمیم‌گیری- برنامه‌ریزی	۳/۷۹	۰/۰۲۸	۰/۶۶۹	۰/۱۱۹
سازمان‌دهی	۳/۳۹	۰/۰۴۱	۰/۴۶۵	۰/۱۲
بازداری پاسخ	۴/۵۳	۰/۰۱۵	۰/۷۵	۰/۱۳۹

است، اما با پژوهش ۳۳ که در آن ارتباط میان محیط خانواده، روش‌های والدگری و کارکردهای اجرایی این دو گروه کودکان بررسی شده، همخوان نیست. در کودکان دارای تجربه‌ی بدرفتاری، مهارت‌های کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجان قابل مشاهده است (۳۴). در جلسات گروهی با والدین، اصول دلگرم‌سازی به عنوان یک مفهوم آدلری و جانشین‌تنبیه و تشویق معرفی شد و با توجه به تأثیر دلگرمی والدین بر بهتر عمل کردن کودکان در کارکردهای اجرایی (۳۵)، می‌توان تبیین کرد که بهبود کارکردهای اجرایی کودکان بر اثر تغییر سبک تنبیهی والدین و دلگرمی دادن آنها

نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش والدین با رویکرد آدلری بر بهبود کارکردهای اجرایی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی است. تحلیل نتایج نشان داد که آموزش والدین به این شیوه بر بهبود کارکردهای اجرایی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی (عمدتاً نوع مرکب) مؤثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های بسیاری از پژوهشگران (۱۵، ۲۰، ۳۲-۳۰) که بر اثربخشی و رابطه‌ی تعاملات والدین- فرزند و تأثیر والدین بر بهبود کارکردهای اجرایی کودکان با و بدون این اختلال تأکید کرده‌اند، همخوان

به آنها فرصت تصمیم‌گیری و انتخاب می‌دهند. دلگرمی دادن باعث می‌شود فرد به ارزشها و نقاط قوت و داشته‌هایش واقف و لذا از قدرت تصمیم‌گیری و انتخاب خود آگاه شود (۴۳). دلگرمی موفق، تجربه‌ی عاطفی احساس شده‌ای است که به تصمیمات شناختی بدل می‌شود و نگرشی است الهام‌بخش و تقویت‌کننده (۴۴). همچنین به نظر می‌رسد که والدین توانسته‌اند با ایجاد شرایط استفاده‌ی خودشان و کودکان از برنامه‌ریزی برای کارها، مانع به وجود آمدن مشکلات بیشتر در مهارت‌های برنامه‌ریزی کودکان خود شوند.

تحلیل نتایج همچنین نشان می‌دهد که آموزش والدین به شیوه‌ی آدلری بر بهبود مهارت‌های سازمان‌دهی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی (عمدتاً نوع مرکب) اثر داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های بسیاری از پژوهشگران (۴۵، ۴۶)، که بر تأثیر آموزش والدین و خود والدین بر بهبود مهارت‌های سازمان‌دهی کودکان (با و بدون این اختلال) تأکید کرده‌اند، همخوان است، اما با یافته‌ی ۳۳، که در آن ارتباط بین محیط خانواده، روش‌های والدگری و مهارت‌های سازمان‌دهی در کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بررسی شده، همخوان نیست. روابط بین فردی خانواده‌های کودکان دارای این اختلال (در مقایسه با کودکان عادی) از تنش بیشتر و سازمان‌دهی کمتری برخوردار است (۴۷). همچنین بیش‌حمایتی والدین از کودکانشان، با بسیاری از مشکلات رفتاری و شناختی (انجام ندادن تکالیف، نداشتن نظم و سرپیچی از دستورات والدین) این در محیط خانه رابطه دارد.

به نظر می‌رسد که در رویکرد آدلری، آموزش و استفاده از اصولی همچون ایجاد محیطی منظم، توجه به نتایج منطقی و طبیعی رفتار، تمایز بین انضباط و تنبیه، انتخاب روش‌های تربیتی ساده برای کودکان، تأکید بر عدم بیش‌حمایتی از کودک و استفاده‌ی والدین از دلگرمی، توانسته باشد از میزان مشکلات سازمان‌دهی کودکان مبتلا بکاهد و عملکرد آنها را افزایش دهد. همچنین این برنامه با آموزش روابط دموکراتیک و مثبت و انضباط

به کودکان اتفاق افتاده است. همچنین با توجه به اینکه دانش صحیح والدین در زمینه‌ی کارکردهای اجرایی بر کارکردهای شناختی کودکانشان تأثیر دارد (۳۱) و دانش والدینی ناکافی نیز باعث مداخله‌ی والدین در تعاملاتی می‌شود که به ماندگاری مشکل این کودکان کمک می‌کند (۳۶)، به نظر می‌رسد بالابردن دانش والدین در زمینه‌ی کارکردهای اجرایی و مهارت‌های والدگری، در نهایت موجب بهبود کارکردهای اجرایی کودکان شود.

بر اساس نتایج این پژوهش، آموزش والدین به شیوه‌ی آدلری بر بهبود مهارت‌های برنامه‌ریزی - تصمیم‌گیری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی (عمدتاً نوع مرکب) مؤثر نبوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های بسیاری از پژوهشگران (۴۰-۳۷، ۳۵)، که بر اثربخشی آموزش والدین و تأثیر آنها بر بهبود مهارت‌های برنامه‌ریزی - تصمیم‌گیری کودکان با و بدون این اختلال تأکید کرده‌اند، ناهمخوان است.

ناتوانی در برنامه‌ریزی یکی از قوی‌ترین و ماندگارترین آسیب‌ها در کارکردهای اجرایی کودکان دارای اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی (۴۱) است و تصمیم‌گیری از پیچیده‌ترین و گاه دشوارترین مسائلی است که فرد با آن مواجه می‌شود، زیرا گاه انتخاب می‌بایست بین ارزش‌های متعارض با پیامدهای مبهم و پیش‌بینی‌ناپذیر صورت بگیرد. مسأله‌ی دیگری که بر پیچیدگی و دشواری تصمیم‌گیری می‌افزاید، دخالت فرایندهای هیجانی و تأثیر آن بر انتخاب گزینه است (۴۲) که باعث می‌شود بهبود در کوتاه‌مدت ناممکن شود و به زمان بیشتری نیاز داشته باشد.

آموزش والدین با رویکرد آدلری با تأکید بر روابط مثبت بین والدین و کودکان و آموزش چگونگی برقراری این روابط و نیز آموزش نظام مبتنی بر دلگرمی، به والدین می‌آموزد تا از روش‌های قهرآمیز استفاده نکنند و به کودکان فرصت مواجه شدن با پیامدهای طبیعی رفتار خود را بدهند. در سبک فرزندپروری دلگرم‌کننده، قاطعیت و مهربانی باهم وجود دارند. چنین والدینی به جای آنکه به فرزندانشان دستور بدهند یا برعکس تسلیم آنها شوند،

نارسایی توجه/ بیش‌فعالی توجه بیشتری شده و با طراحی برنامه‌های آموزش والدین و کمک به بهبود تعاملات والد-کودک، به کنترل و کاهش علائم این اختلال کمک شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به شرکت کمتر پدرها به دلیل تداخل با ساعات کاری آنها اشاره کرد که پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های بعدی عملکرد والدینی که به صورت مشترک (مادر و پدر) در جلسات آموزشی شرکت می‌کنند، با عملکرد والدینی که یکی از آنها (مادر یا پدر) حضور دارد، ارزیابی و مقایسه شود. محدودیت دیگر پژوهش، کنترل متغیر منطقه‌ی محل سکونت و نادیده گرفتن سایر متغیرهای طبقه‌ی اجتماعی-اقتصادی بود.

معقول باعث افزایش عزت نفس و اعتماد به نفس والدین و کودکان شده و تعامل آنها را بهبود بخشیده و در نهایت کارکرد سازمان‌دهی کودک را بر اثر بهبود رابطه‌ی والد-فرزند ارتقا داده است.

تحلیل نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش والدین به شیوه‌ی آدلری بر بهبود مهارت‌های بازداری پاسخ کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی (عمدتاً نوع مرکب) مؤثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های بسیاری از پژوهشگران (۵۲-۴۸)، که بر اثر والدین و آموزش آنها بر بهبود مهارت‌های بازداری پاسخ کودکان با و بدون این اختلال تأکید کرده‌اند، همخوان و با پژوهش ۵۳ که در حیطه‌ی آموزش نشست‌های خانوادگی مبتنی بر رویکرد آدلر-درایکوری به والدین، روی بهبود خودکنترلی (بازداری) دانش‌آموزان عادی کار کرده، ناهمخوان است. در این پژوهش بر چگونگی تعامل صحیح والدین با فرزندانشان تأکید شده است تا والدین به این وسیله نحوه‌ی حمایت از کودکانشان را بیاموزند و از بیش‌حمایتی پرهیزند، زیرا پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند که بیش‌حمایتی والدین از کودکانشان با مشکلات بازداری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی (۲۳) و کودکان عادی (۵۴) رابطه دارد. رفتارهای کنجکاوانه و مشارکت بالای والدگری نیز با سطوح بالای تکانش‌گری و نقص در کارکردهای اجرایی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی رابطه دارد (۵۵). والدین با یادگیری آموزه‌های برنامه‌های مداخله‌ای باعث افزایش دلگرمی کودکان خود شده و در مقابل فرزندان به انعطاف‌پذیری بیشتری دست می‌یابند. این والدین با تشویق فرزندانشان به صحبت کردن، از رفتار غیرمنعطف، کنجکاوی و دخالت خود می‌کاهند (۵۶). پس بنابراین می‌توان گفت که بهبود مهارت‌های بازداری پاسخ کودک ناشی از کاهش این رفتارهای والدین است.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که در کار بالینی در کنار درمان‌های دارویی، به تأثیر متغیرهای محیطی بر کارکردهای اجرایی کودکان دارای اختلال

دریافت مقاله: ۹۴/۹/۱۹؛ پذیرش مقاله: ۹۴/۱۲/۱۶

منابع

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, American Psychiatric Pub; 2013.
2. Tehranidoost M, RadGudarzi R, Sepasi M, Alaghebandrad J. Executive function deficits in children with hyperactivity disorder. *Journal of Advances in Cognitive Sciences* 2003;5:1-9.[Persian].
3. Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, Faraone SV, Pennington BF. Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry* 2005;57: 1336-1346.
4. Best JR, Miller PH, Jones L. Executive functions after age 5: Changes and correlates. *Developmental Review* 2009;29(3): 180-200.
5. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2001;4:183-207.
6. Pennington BF, Ozonoff S. Executive functions and developmental Psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1996;37:51-87.
7. Matte-Gagné C, Bernier A. Prospective relations between maternal autonomy support and child executive functioning: Investigating the mediating role of child language ability. *Journal of Experimental Child Psychology* 2011;110(4):611-625.
8. Fernyhough C. Getting Vygotskian about theory of mind: Mediation, dialogue, and the development of social understanding. *Developmental Review* 2008;28:225-262.
9. Calzada E, Amiry A, Eyberg SM. *Principles of psychotherapy with behavior problem children*. In: Koocher GP, Norcross JC, Hill SS, editors. *Psychologist's Desk Reference*. 2nd ed. New York: Oxford University Press;2005:61-97.
10. Overtom CE, Verbaten MN, Kemner C, Kenemans JL, Van Engeland H, Buitelaar JK, Koelega H. Effects of methylphenidate, desipramine, and L-dopa on attention and inhibition in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Behavioural Brain Research* 2003;145(1):7-15.
11. Dupaul G, Barkley RA, McMurray MB. Implications for school psychologist. *School Psychology Review* 1991;20:203-219.
12. Sonuga-Barke EJ, Daley D, Thompson M. Parent based therapies for preschooler attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;40:402-408.
13. Marcus SC, Wan GJ, Kemner JE, Olfson M. Continuity of methylphenidate treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2005;159:572-578.
14. Bell AS. A critical review of ADHD diagnostic criteria: What to address in the DSM-V. *Journal of Attention Disorders* 2011;15(1):3-10.
15. Blair C, Raver C, Berry DJ. Two approaches to estimating the effect of parenting on the development of executive function in early childhood. *Developmental psychology* 2014;50(2):554-565.
16. Smith C. *Developing Parenting Programmes*. London: National Children's Bureau ; 1996.
17. Richardson J, Joughin C. *Parent training programmes for the management of young children with conduct disorders*: Printed in great Britain by Cromwell press;2002.
18. Alizadeh H, Sajjadi H. *Rudolf Dreikurs: Democratic relationships and mutual respect*. Tehran: Danjeh; 2010. [Persian].
19. Khodabakhsh R, Jafary M. The Effectiveness of parents Training Based on Adler Approach on the Oppositional styles of Mothers with Children Suffering from Oppositional Defiant Disorder and reducing symptoms disorder. *Journal of Psychological Studies* 2014;10:8-29.[Persian].
20. Coulon A, Meschi E, Vignoles A. *Parents Basic skills and children cognitive outcomes*. Published by Centre for the Economics of Education London School of Economics Houghton Street London WC2A 2AE ;2008.
21. Alizadeh H, Applequist KF, Coolidge FL. Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child abuse & Neglect* 2007;31(5):567-572.
22. Chang LR, Chiu Y, Shur-FenGau S. Father's par-

- enting and father-child relationship among children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2012; 22:265-278.
23. Walton F. Understanding and helping children who manifest symptoms that meet the criteria for the attention-deficit hyperactivity disorder diagnosis. *The Journal of Individual Psychology* 2007; 63: 236-240.
24. Dreikurs R, Soltz V. *Happy Children*. Tehran: Arasbaran Pub; 1995. [Persian].
25. Dreikurs R, Grunwald B, Pepper FC. *Maintaining sanity in the classroom: classroom management techniques* (2nd Ed). Washington, DC: Taylor and Francis; 1999. [Persian].
26. Dreikurs R, Cassel P, Ferguson E. *Discipline without tears: How to reduce conflict and establish cooperation in the classroom*. John Wiley & Sons Inc; 2004. [Persian].
27. Coolidge FL. *The Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children: The CPNI*. University of Colorado at Colorado Springs; 2002.
28. Alizadeh H, Zahedipoor M. Executive functions in children with and without developmental coordination disorder. *Advancements of Cognitive Science* 2004;6:49-56. [Persian].
29. Ferguson GA, Takane Y. *Statistical analysis in psychology and education*. Tehran: Arasbaran Pub; 1989. [Persian].
30. Johnston C. Mothers' Predictions of their Son's Executive Functioning Skills: Relations to Child Behavior Problems. *Child Psychiatry* 2011;42:482-494.
31. Chang M, Park B, Kim S. Parenting Classes, Parenting Behavior, and Child Cognitive Development in Early Head Start: A Longitudinal Model. *The School Community Journal* 2009;19:155-174.
32. Nasirifard N. *The effectiveness of encouraging training on the improvement of self-efficacy and self-esteem of adolescent girls*. Thesis submitted to partial fulfillment of Master Degree. Allameh Tabataba'i Univ; 2008.[Persian].
33. Schroeder VM, Kelley ML. Associations between family environment, parenting practices, and executive functioning of children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies* 2009;18(2):227-235.
34. Seidman LJ. Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. *Clinical Psychology Review* 2006;26:466-485.
35. Hughes C, Ensor R. How do families help or hinder the emergence of early executive function? *New Directions for Child and Adolescent Development* 2009;123: 35-50.
36. Kakavand AR. *ADHD: Theory and Therapy*. Tehran: Sarafraz Pub; 2006. [Persian].
37. Hackman DA. *Socioeconomic status and the development of executive function and stress reactivity: The specific roles of parental nurturance and the home environment* [dissertation]. Pennsylvania Univ; 2012.
38. Samuelson KW, Krueger CE, Wilson C. Relationships between maternal emotion regulation, parenting, and children's executive functioning in families exposed to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence* 2012;27:3532-3550.
39. Lease SH, Dahlbeck DT. Parental influences, career decision-making attributions, and self efficacy: Differences for men and women. *Journal of Career Development* 2009;36:95-113.
40. Sovet L, Metz AJ. Parenting styles and career decision-making among French and Korean adolescents. *Journal of Vocational Behavior* 2014;84(3):345-355.
41. Sonuga-Barke EJ. The dual pathway model of AD/HD: An elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neuroscience & Bio behavioral Reviews* 2003;27(7): 593-604.
42. Crawford AM, Pent MA, Chou CP, Li C, Dwyer JH. Parallel developmental trajectories of sensation seeking and regular substance use in adolescents. *Psychol Addict Behav* 2003;17(3):179-92.
43. Wattes R, Pietrzak D. Adlerian 'encouragement' and the therapeutic process of solution brief therapy. *Journal of Counseling and Development* 2000;11(2):139-147.
44. Eckstein D, Belongia M, Elliott- Applegate G. The four directions of encouragement within families. *The Family Journal* 2000;8:406-414.
45. Morris MA. *The role of parenting style and the family characteristics of levels of organization and control in the development of self-regulation skills in young children* [dissertation]. Massachusetts Univ; 2003.

46. Grolnick WS, Pomerantz EM. Issues and challenges in studying parental control: Toward a new conceptualization. *Child Development Perspectives* 2009;3(3):165–170.
47. Satak H, Yamashita H, Yoshidak. The family psychosocial characteristic of children with or without oppositional or conduct problem in Japan. *Child Psychiatry Human Development* 2004;34(3):219- 235.
48. Roskam I, Stievenart M, Meunier JC, Noel Mp. The development of children's inhibition: Does parenting matter? *Journal of Experimental Child Psychology* 2014; 122:166–182.
49. Li-Grining CP. Effortful control among low-income preschoolers in three cities: Stability, change, and individual differences. *Developmental Psychology* 2007;4 (1): 208.
50. Lengua LJ, Honorado E, Bush NR. Contextual risk and parenting as predictors of effortful control and social competence in preschool children. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2007;28(1):40–55.
51. Bernier A, Carlson SM, Whipple N. From external regulation to self-regulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child Development* 2010;81:326–339.
52. Borjali M, Alizadeh H, Ahadi H, Farokhy N, Sohrabi F, Mohamadi M. *A comparative study on three therapeutic programs including parent encouraging training Behavioral training and pharmacotherapy for increasing self-control Among children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder*. [dissertation]. Allameh Tabataba'I Univ ; 2011. [Persian].
53. Khaksar M. *The effect of family meeting based on Adler- Dreikurs approach on the improvement in student's self-control*. [Dissertation]. Allameh Tabataba'I Univ; 2010. [Persian].
54. Rubin KH, Burgess KB, Hastings PD. Stability and social-behavioral consequences of toddlers' inhibited temperament and parenting behaviors. *Child Development* 2002; 73:483–495.
55. Holochwost SJ. *Cumulative Risk, Parenting Behaviors, and the Development of Executive Functions in Early Childhood: A Moderating Role for Physiological Self-Regulation?* [Dissertation]. North Carolina at Chapel Hill Univ; 2013.
56. Benjamin G. *Adlerian based parenting education in little Haiti*. An action research Union Institute and university. Development. Oxford: Blakwell Publishing ; 2004.

طرح مداخله‌ای جلسات برنامه آموزش والدین مبتنی بر رویکرد آدلر-درایکورس

جلسات	عنوان	هدف	محتوا
۱	اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و اشتباهات رایج	اصلاح باورها و نگرشهای رایج اما غلط درباره اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و اهمیت نقش والدین در تعامل با کودکان بیش فعال	ارائه اطلاعات ضروری در مورد ماهیت، شیوع، سیر، پیش‌آگهی، سبب‌شناسی، تبیین هدف برنامه و قوانین گروه، تأکید بر نقش خانواده در کمک به درمان این اختلال
۲	مفهوم کارکردهای اجرایی در کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی	آشنایی والدین با ابعاد و مولفه های درگیر در بیش فعالی از جمله کارکردهای اجرایی	ارائه اطلاعاتی در زمینه کارکردهای اجرایی، مولفه‌های آن، چگونگی تحول این مولفه‌ها از اوایل کودکی تا پایان بزرگسالی و چگونگی تأثیر والدین و محیط بر روی رشد کارکردهای اجرایی
۳	اصول رفتار از دیدگاه آدلر	آشنایی والدین با دیدگاههای اصلاح رفتار با تمرکز بر نظرات آلفرد آدلر	بحث درباره اصول رفتار از دیدگاه آدلر شامل وحدت شخصیت انسان، رفتار هدفمند، اجتماعی‌بودن انسان، ذهنیت-گرایی رفتار و گریز از کهنتری به سمت برتری و نیز اهداف نادرست رفتار در کودکان شامل توجه طلبی، قدرت طلبی، کینه‌توزی و انتقام، و ابراز ناتوانی و چگونگی برخورد با این اهداف نادرست
۴	مفاهیم اساسی در نظریه آدلر	درک اهمیت مفاهیم اساسی آدلر در تربیت کودکان	بررسی مفاهیم اساسی آدلری شامل سبک زندگی، علاقه اجتماعی، دلگرمی و دلسردی، عقل سلیم و منطق شخصی
۵	دلگرمی و تفاوت آن با تشویق	آشنایی والدین با عناصر دلگرمی در کودکان و تفاوت دلگرمی با تشویق	آموزش و کاربرد عملی روش دلگرم‌سازی و تأکید بر نکات مهم در کاربرد این روش و تفاوت آن با تشویق
۶	چهار نیاز حیاتی کودکان و سبکهای فرزندپروری	آشنایی با نیازهای حیاتی کودکان	آشنایی والدین با چهار نیاز حیاتی از دید آدلر (نیاز به تعلق، احساس توانایی، نیاز به مهم بودن و دلگرمی) و شیوه‌های فرزندپروری موفق و ناموفق و چگونگی ارتباط اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی با عوامل محیطی و خانوادگی
۷	انواع سبک فرزندپروری	آشنایی والدین با سبکهای فرزندپروری و ارتباط آن با بیش فعالی	بررسی انواع سبکهای فرزندپروری (مستبدانه، سهل‌گیرانه، کناره‌گیر و مقتدرانه) و بررسی ویژگی های سبک مقتدرانه و تأثیر آن بر بیش فعالی
۸	پیامدهای طبیعی و منطقی	آشنایی والدین با شیوه های انضباطی جدید	پیامدهای منطقی و طبیعی به عنوان یک شیوه ی انضباطی موثر در سبک فرزندپروری مقتدر مورد بررسی و بحث قرار گرفت
۹	مشارکت کودکان در خانه	آشناساختن والدین با شیوه های جلب مشارکت و همکاری کودک در خانه	آموزش راهبردهای جلب همکاری و مشارکت کودکان در خانه و تفاوت توجه صحیح به کودکان با توجه بیش از حد بررسی شد
۱۰	جمع بندی، مرور و نتیجه گیری	مرور آموخته های اعضا و بررسی میزان عمل به آنها	تجارب و آموخته های والدین بررسی شد و اعضا نظرات و عقایدشان را مطرح نمودند و به سئوالهای آنها پاسخ داده شد