



The Effectiveness of the Supporting Teens' Autonomy Daily (STAND) Program on Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Students with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD)

Monire Morovat^{1*}, Fatemeh Susan Jabari², Ghorban Hemati Alamdarloo³

Article Info	Abstract
<p>Article type: Science Article</p> <p>Received: 2025/10/10 Accepted: 2025/12/10</p>	<p>The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of Supporting Teens' Autonomy Daily Treatment Program (STAND) on symptoms of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) of students with ADHD. Experimental research method with random division, pre-test and post-test were used. The statistical population included all male students with ADHD in Shiraz in the academic year 1399-1400. The research sample included 30 students which were selected by available sampling method and randomly assigned to the experimental and control groups (15 person in each group). Both groups underwent a pre-test and the experimental group received STAND in 15 sessions, while the control group was not provided with this training and finally a post-test was performed on both groups. The Conners' Parent Rating Scale was used to assess symptoms of ADHD.</p> <p>Data analysis using univariate and multivariate analysis of covariance showed that STAND had a significant affect ($p < 0/05$) on the total score and subscales of symptoms of ADHD (behavioral problems, social problems, anxiety-passivity, psychosomatic problems) in students with attention deficit-hyperactivity disorder. Therefore, it is recommended to use STAND in clinics and centers of behavioral disorders to improve the condition of students with ADHD.</p>
Keywords	Adolescents, Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, Autonomy, parent training

Publisher: Shiraz University

Corresponding Author: Monire Morovat

Email: monire.morovat@ut.ac.ir

1. PhD in Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author).

2. Assistant Professor, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

3. Professor, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

DOI: 10.22099/EBD.2026.8587

Extended Abstract

Introduction

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental disorders in children and adolescents, characterized by persistent patterns of inattention, hyperactivity, and impulsivity that interfere with academic, social, and family functioning (American Psychiatric Association, 2013). Epidemiological estimates indicate that the global prevalence of ADHD ranges from approximately 5% to 7%, and symptoms frequently persist into adolescence (López-Villalobos et al., 2019). Adolescents with ADHD commonly experience deficits in executive functions, including planning, organization, time management, response inhibition, and problem-solving. These impairments often lead to academic underachievement, family conflict, and emotional difficulties (Bikic et al., 2021; Ferrario, 2021).

Research highlights the significant role of family environment and parenting practices in either exacerbating or mitigating ADHD symptoms (Claussen et al., 2024; Hutchison et al., 2016). Family-based interventions and parent training programs are considered evidence-based psychological treatments and can enhance long-term outcomes when combined with pharmacological treatment (Evans et al., 2018; Babinski & Sibley, 2022). The Supporting Teens' Autonomy Daily (STAND) program, developed by Sibley, is a family-based cognitive-behavioral intervention designed to improve adolescents' self-regulation, motivation, and executive functioning skills (Sibley, 2017). Given the limited research on the effectiveness of this program in Iran, the present study aimed to examine the impact of STAND on ADHD symptoms among male secondary school students in Shiraz.

Research Questions

1. Does the STAND program significantly affect the total score of ADHD symptoms?
2. Does STAND program significantly affect the subscales of conduct problems, social problems, anxious-

passive behaviors, and psychosomatic complaints?

Methodology

This study employed an experimental pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of all male secondary school students with a clinical diagnosis of ADHD in Shiraz during the 2020–2021 academic year. A total of 30 students were selected through convenience sampling and randomly assigned to an experimental group ($n = 15$) and a control group ($n = 15$).

Inclusion criteria were a clinical diagnosis of ADHD, enrollment in secondary school, and informed parental consent. ADHD symptoms were assessed using the Conners Parent Rating Scale, a well-established and reliable measure of behavioral symptoms associated with ADHD. In the present study, Cronbach's alpha for the total score was 0.91, indicating high internal consistency.

The experimental group participated in 15 one-hour sessions of the STAND program over a two-month period, alongside their parents. The intervention included training in organizational skills, time management, problem-solving, establishing home structure, implementing parent–adolescent behavioral contracts, and enhancing parental self-efficacy and adolescent motivation. The control group did not receive any intervention during this period. Data were analyzed using univariate and multivariate analyses of covariance (ANCOVA and MANCOVA) with SPSS-23.

Finding

The results of the univariate ANCOVA indicated that, after controlling for pretest scores, there was a significant difference between the experimental and control groups in the total ADHD symptom score ($p < .001$; $\eta^2 = .63$). This finding demonstrates a significant reduction in overall ADHD symptoms in the experimental group compared to the control group.

The results of the multivariate ANCOVA revealed a significant group effect on the combined dependent variables ($p < .001$; $\eta^2 = .72$). Follow-up univariate analyses showed that the STAND program significantly reduced conduct problems ($\eta^2 = .64$), anxious-passive

behaviors ($\eta^2 = .47$), psychosomatic complaints ($\eta^2 = .42$), and social problems ($\eta^2 = .17$) in the experimental group ($p < .05$). Overall, the findings indicate that the intervention was effective in improving behavioral, social, and emotional dimensions of adolescents with ADHD.

Discussion and Conclusion

The findings of this study demonstrate that the Supporting Teens' Autonomy Daily (STAND) program significantly reduces ADHD symptoms in adolescents. These results are consistent with previous research supporting the effectiveness of behavioral and family-based interventions for adolescents with ADHD (Babinski & Sibley, 2022; Doffer et al., 2023; Evans et al., 2018).

The effectiveness of the program can be attributed to its multicomponent structure. Adolescents with ADHD often struggle with behavioral regulation, motivational control, and sustained attention (Skalski et al., 2021). By teaching organizational and time management skills, creating structured home environments, and using behavioral contracts, the STAND program facilitates the gradual internalization of responsibility and self-regulation. Furthermore, its emphasis on enhancing parental self-efficacy may improve

parenting practices and reduce family conflict, consistent with social-cognitive theory (Cai et al., 2023).

Given that ADHD is a chronic condition with significant academic and social consequences, family-based interventions such as STAND can serve as effective complements to pharmacological treatment and may promote more sustainable therapeutic outcomes.

This study has several limitations, including a relatively small sample size, the inclusion of only male students, and the absence of a follow-up assessment. Future research should examine the long-term effectiveness of the STAND program across different age groups and genders and investigate additional variables such as self-control, self-determination, and parenting styles.

In conclusion, the present study provides empirical support for implementing the STAND program in counseling centers, psychological clinics, and schools. The findings suggest that this intervention can play a significant role in reducing ADHD symptoms and improving adolescents' academic and family functioning.

Keywords

Adolescents, Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, Autonomy, parent training



بررسی اثربخشی برنامه درمانی حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان بر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی

منیره مروت*^۱ ID، فاطمه سوسن جباری^۲ ID، قربان همتی علمدارلو^۳ ID

چکیده	اطلاعات مقاله
این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی برنامه درمانی حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان بر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی انجام شد. روش پژوهشی آزمایشی و از دو طرح گروهی با تقسیم تصادفی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش تمامی دانش‌آموزان پسر دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی شهر شیراز در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند. که از بین آنها نمونه‌ای با حجم ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جاگماری شدند. از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد و گروه آزمایش برنامه درمانی حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان را در ۱۵ جلسه یک ساعته دریافت کردند در حالی که به گروه کنترل این آموزش ارائه نشد و در پایان بر روی هر دو گروه پس‌آزمون اجرا شد. به منظور سنجش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی از مقیاس درجه‌بندی کانرز فرم والدین (۱۹۶۰) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس یک متغیره و چند متغیره نشان داد که برنامه درمانی حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان بر نمره کل و خرده مقیاس‌های نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی تأثیری معنادار داشته است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود از برنامه درمانی حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان در کلینیک‌ها و مراکز اختلالات رفتاری جهت بهبود وضعیت دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی استفاده شود.	<p>نوع مقاله: مقاله علمی</p> <p>تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۱۸</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۱۹</p>
نوجوانان، اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، خودگردانی، آموزش والدین	کلیدواژه‌ها

ناشر: دانشگاه شیراز

ایمیل: monire.morovat@ut.ac.ir

* نویسنده مسئول: منیره مروت

۱. دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

۲. استادیار، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۳. استاد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

DOI: 10.22099/EBD.2026.8587

مقدمه

اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی^۱ یک اختلال عصبی-تحوالی است که با الگوی پایداری از بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری^۲ مشخص می‌شود و در محیط‌های متعددی رخ داده و با عملکرد و تحول فرد تداخل دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). از چشم انداز همه‌گیرشناسی، یک بررسی نظام‌دار در رابطه با شیوع اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی بر روی کودکان و نوجوانان در سرتاسر جهان آشکار ساخته است که میانگین شیوع جهانی این اختلال ۵/۲۹٪ است و دارای پایداری نسبی در گروه‌های سنی (۶/۹٪ در سنین کودکی، ۶/۲٪ در سنین پیش از نوجوانی، ۶/۹٪ در سنین نوجوانی) است (López-Villalobos et al., 2019).

اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی با نشانه‌های تکانشگری، بیش‌فعالی و بی‌توجهی همراه است. این نشانه‌ها به شکلی معنادار آسیب‌رسان هستند و کودکان و بزرگسالان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی را در مخاطره‌ی مشکلات سلامت روان (همچون افسردگی)، مشکلات جسمانی (همچون چاقی) و آسیب‌های اجتماعی (همچون بزهکاری و طلاق) قرار می‌دهند (French et al., 2024). اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی می‌تواند عملکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی فرد را تحت تاثیر قرار دهد. پژوهش‌های تازه نشان داده‌اند که بین این اختلال و سبک زندگی ناسالم از جمله بی‌تحریکی، سومصرف مواد و بی‌ارزشی تلاش (نوعی فرایند تصمیم‌گیری که در آن افراد پاداش‌هایی را که به تلاش فیزیکی یا شناختی قابل توجه نیاز دارد را کم ارزش قلمداد می‌کند)، ارتباطی معنادار وجود دارد (Bernacer et al., 2025). در واقع، کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، نقص انگیزشی دارند. بدین معنا که برای تغییر رفتارشان به محرک قوی تری نیاز دارند و در به تاخیر انداختن ارضای نیازهایشان مشکل جدی دارند. آنها تقویت‌کننده‌های کوچک و فوری را به تقویت‌کننده‌های بزرگ، اما با تاخیر ترجیح می‌دهند (Skalski et al., 2021). این مساله آنان را با مشکلات جدی در حوزه خودگردانی رفتارهایشان روبه‌رو می‌کند.

سبک فرزندپروری و نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی یک رابطه دوسویه طبیعی دارند و در یک چرخه‌ی بازخوردی پویا، یکدیگر را تحت تاثیر قرار می‌دهند. کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی اغلب چیزی بیش از بدرفتاری نشان می‌دهند. رفتارهای هیجانی، تکانشی و مداوم آنها می‌تواند صبورترین والدین را به مرز جنون برساند. این رفتارها می‌توانند موجب تنبیه یا تحمل بیش از حد والدین شوند که در هر دو حالت چرخه‌ی تعارض بیش‌تر می‌شوند و شدت نشانه‌ها افزایش می‌یابند (Hutchison et al., 2016). این چرخه غیرسازشی بدون در نظر گرفتن همزمان رفتارهای کودک و پاسخ‌های والدین تغییر نخواهد کرد زیرا هر دو طرف در این چرخه با یکدیگر تعامل دارند. افزون بر این، تقویت خودکارآمدی والدین بسیار دارای اهمیت می‌باشد زیرا والدین با ارزیابی توانایی خود در مدیریت رفتار فرزندشان، به نقاط قوت خود پی می‌برند و می‌توانند به طور منظم راهبردهایی موثرتر را به کارگیرند (Sulaiman, 2025).

با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، مشکل ساز بودن نشانه‌های این اختلال در زندگی اجتماعی نوجوانان، نقص انگیزشی در آنان و تاثیر معنادار فرزندپروری و محیط خانواده بر رشد کودک در زمینه‌هایی گوناگون همچون کارکردهای اجرایی، توجه و خودتنظیمی (Claussen et al., 2024)، استفاده از رویکرد درمانی چند مولفه‌ای^۳ مفیدتر خواهد بود. برنامه درمانی حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان، یک رویکرد یکپارچه و پیمانه‌ای^۴ است و تمامی درمانگران

1. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

2. impulsivity

3. multicomponent

4. modular

می‌توانند مطابق با رویکرد درمانی خویش از آن بهره‌گیرند (Sibley, 2017). در این پژوهش سعی بر آن شد که با توجه به مشکلات شرح داده شده به‌منظور کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی، برنامه درمانی حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان اجرا شود که نوعی مداخله‌ی مبتنی بر والدین و نوجوان با هدف تقویت مهارت‌های خودگردانی و انگیزش افراد می‌باشد. از پژوهش‌های موجود در رابطه با کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی استنباط شد که در ایران تاکنون پژوهشی با عنوان تاثیر برنامه درمانی حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان بر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی انجام نشده است. لذا، باتوجه به موارد یاد شده و اهمیت مداخله در بهبود وضعیت دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در حوزه‌های شناختی و فراشناختی، این پژوهش با این هدف انجام شد که خلاءهای موجود در پژوهش‌های پیشین را پرکند و به این سوال بپردازد که آیا برنامه درمانی حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان بر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی تاثیر دارد؟

روش‌شناسی

این پژوهش از نوع آزمایشی بود و در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی بود که در مراکز اختلالات هیجانی رفتاری شهر شیراز در مقطع متوسطه در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ مشغول به تحصیل بودند. گروه نمونه با روش نمونه‌گیری هدفمند از مراکز خاص اختلالات هیجانی رفتاری و کلینیک‌های روان‌شناسی شهر شیراز انتخاب شد. ۳۰ دانش‌آموز در مقطع متوسطه با تقسیم تصادفی انتخاب شدند و به همراه والدین خود با تقسیم تصادفی در گروه‌های ۱۵ نفری (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) قرار گرفتند. افزون بر این، اجرای مداخلات برای شرکت‌کنندگان به صورت کاملاً رایگان انجام پذیرفت و اهداف پژوهش و تعداد جلسات درمانی پیش از انجام پژوهش به صورت کامل برای شرکت‌کنندگان تشریح شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه، اشتغال به تحصیل در مقطع متوسطه، دریافت تشخیص بالینی اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی، عدم طلاق و اعتیاد در خانواده عدم اختلالات روانی در والدین و عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی به گونه هم‌زمان بود.

ملاک‌های ملاک خروج از پژوهش نیز دریافت تشخیص اختلالات دیگری همچون اختلالات یادگیری، صرع کودکان، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلالات مرزی به صورت همبود، طلاق، اعتیاد و جدایی والدین، عدم تمایل برای ادامه جلسات و انجام تکالیف و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی بود.

پس از اتمام آموزش‌ها در ۱۵ جلسه، دوباره پرسش‌نامه نشانه‌های اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی کانرز توسط والدین تکمیل شد. هم‌چنین با توجه به اهمیت دریافت اطلاعات صحیح و لزوم جلب رضایت و اعتماد والدین و دانش‌آموزان برای همکاری صادقانه با پژوهش در مورد ماهیت و هدف پرسش‌نامه و نیز تأکید بر محرمانه و بی‌نام بودن آن‌ها توضیحاتی به دانش‌آموزان و والدین ارائه گردید. پس از نمره‌گذاری پرسش‌نامه‌ها و مشخص شدن نمره‌های آزمودنی‌ها، اعمال مربوط به مرتب و خلاصه‌سازی داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری انجام گرفت. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات در این پژوهش، ابتدا شاخص‌های آمار توصیفی اعم از جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار بدست آمدند. در مرحله‌ی بعد تحلیل کواریانس انجام شد. گفتنی است که کلیه‌ی تحلیل‌های آماری در این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS 23 صورت گرفته

است.

ابزار پژوهش

مقیاس درجه بندی کانرز - فرم والدین

به منظور سنجش نشانه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی از مقیاس درجه بندی کانرز استفاده شد. مقیاس‌های درجه بندی کانرز از پرسش‌نامه‌های معتبر مورد استفاده در دنیا برای سنجش مشکلات رفتاری کودکان می‌باشد. این پرسش‌نامه‌ها به سبب دارا بودن خصوصیتی همچون نمره گذاری توسط ارزیابان گوناگون، دارا بودن فرم کوتاه و بلند و در نظر گرفتن طیفی گسترده از مشکلات رفتاری کودکان، استفاده وسیع در تشخیص‌های بالینی و روایی و پایایی مطلوب کاربردی وسیع در دنیا دارند و به دلیل اینکه نقص توجه و بیش‌فعالی را می‌سنجد مورد استفاده قرار گرفت. ساخت مقیاس‌های چندگانه کانرز در سال ۱۹۶۰ توسط کیت کانرز آغاز شد. این مقیاس‌ها ابتدا برای ارزیابی اثر داروهای محرک بر روی کودکان بیش‌فعال و تشخیص آنان از کودکان عادی ساخته شدند. گویه‌های این مقیاس با گردآوری غیر رسمی اطلاعات از والدینی که کودکان خود را به مرکز درمانی دانشگاه جان هاپکینز ارجاع داده بودند، تدوین شدند. سپس در سال ۱۹۷۰ این گویه‌ها توسط کانرز مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند و ۷۳ گویه از آن استخراج شد (Gianarris et al., 2001) فرم والدین، فرم کوتاه و فرم معلم این مقیاس نیز با استفاده از مقیاس اصلی و با تحلیل عاملی بدست آمدند.

فرم ویژه والدین مقیاس درجه بندی کانرز در فرم انگلیسی، دارای ۴۸ گویه است که توسط والدین تکمیل می‌شود. این مقیاس در نسخه اصلی انگلیسی دارای ۵ خرده مقیاس مشکلات سلوک، مشکلات یادگیری، مشکلات روان‌تنی، بیش‌فعالی - تکانشگری، اضطراب - انفعال می‌باشد، اما در نسخه فارسی آن که توسط شهبانیان و رزمجویی انطباق و هنجاریابی شد، گویه‌های مربوط به مشکلات یادگیری در تحلیل عاملی به دلیل پایین بودن وزن عاملی به عنوان یک عامل مجزا شناسایی نشدند.

جدول ۲. خرده مقیاس‌ها و گویه‌های مقیاس درجه بندی کانرز-فرم والدین

خرده مقیاس‌ها	تعداد گویه‌ها	شماره گویه‌ها
مشکلات سلوک	۱۶	۲-۱۱-۱۳-۱۴-۱۵-۱۹-۲۰-۲۳-۲۵-۲۷-۲۸-۲۹-۳۴-۳۵-۳۶-۴۶
مشکلات اجتماعی	۱۰	۳-۱۰-۱۷-۱۸-۳۰-۳۱-۳۷-۳۸-۳۹-۴۷
اضطراب - انفعال	۶	۷-۸-۱۶-۲۱-۲۶-۳۳
مشکلات روان‌تنی	۱۰	۹-۱۱-۱۳-۲۴-۴۰-۴۱-۴۲-۴۳-۴۴-۴۷

روایی مقیاس درجه بندی کانرز - فرم والدین در این پژوهش

در این پژوهش روایی پرسش‌نامه از راه همبستگی نمره هر خرده مقیاس با نمره کل سنجیده شد و نتایج در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

^۱. Keith Connors

جدول ۳. همبستگی نمره خرده مقیاس‌ها با نمره کل در مقیاس درجه بندی کانرز- فرم والدین

خرده مقیاس‌ها	۱	۲	۳	۴
۱. مشکلات سلوک	-			
۲. مشکلات اجتماعی	۰/۷۲**			
۳. اضطراب-انفعال	۰/۶۲**	۰/۳۸*		
۴. مشکلات روان تنی	۰/۳۷*	۰/۴۲*	۰/۳۴	
نمره کل بیش فعالی	۰/۸۹**	۰/۷۹**	۰/۷۳**	۰/۶۸**

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

پایایی مقیاس درجه بندی کانرز - فرم والدیندر پژوهش

در این پژوهش ثبات درونی نمره کل پرسش‌نامه از راه آلفای کرونباخ بدست آمد و نتایج در جدول ۴ قابل مشاهده است.

جدول ۴. پایایی هریک از خرده مقیاس‌های آزمون درجه بندی کانرز-فرم والدین از راه آلفای کرونباخ

خرده مقیاس‌ها	تعداد گویه‌ها	آلفای کرونباخ
۱. مشکلات سلوک	۱۶	۰/۸۹
۲. مشکلات اجتماعی	۱۰	۰/۸۰
۳. اضطراب-انفعال	۶	۰/۶۶
۴. مشکلات روان تنی	۱۰	۰/۷۳
نمره کل بیش فعالی	۴۲	۰/۹۱

برنامه مداخله‌ای

برنامه درمانی حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان، یک برنامه درمانی بر اساس رویکرد شناختی رفتاری است که از نسخه انگلیسی کتاب درمان والد - نوجوان برای نقص در کارکردهای اجرایی و اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی نوشته مارگارت اچ سیبلی (۲۰۱۷) اخذ شد و در ۱۵ جلسه یک ساعته بر روی والدین و دانش آموز اجرا شد. رویکرد برنامه کمک به والدین در دستیابی به این درک که نحوه تأثیر مغز بر رفتار را درک کنند و کاهشی قابل توجه در رفتار مقابله‌ای و تعارض خانوادگی نشان دهند. دانش‌آموزان به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند و تنها در جریان آموزش‌های عادی مدرسه قرار گرفتند، ولی گروه آزمایش به همراه والدین خود، ۱۵ جلسه درمانی یک ساعته را در مدت زمان ۲ ماه دریافت کردند. در جدول ۱ خلاصه محتوای برنامه مداخلاتی ارائه شده است. در این برنامه درمانی به منظور ارزیابی جلسات درمانی و پیگیری تکالیف ارائه شده در جلسات درمانی، کاربرگ‌هایی توسط والدین و نوجوان تکمیل شدند.

جدول ۵. خلاصه جلسات درمانی برنامه حمایت از خود گردانی روزمره نوجوانان (سیبلی ، ۲۰۱۷)

پیمانه مشارکت			
تعداد جلسات	هدف	شرکت کنندگان	شیوه آموزش
جلسه اول	شناسایی و درک خانواده	والدین و نوجوان	توضیح دادن ارزش‌ها، نقاط قوت و شیوه‌های معمول والدگری برای والدین و نوجوان. ایجاد توافق بین ارزش‌ها و رفتار کنونی. تقویت تعهد برای ارتقای عملکرد. به بحث گذاشتن اهداف آینده.
جلسه دوم	تمرکز بر اهداف درمانی	والدین و نوجوان	شناسایی و اولویت بندی حوزه‌های نیازمند تغییر برای والدین و نوجوان. انتخاب پیمانه‌های درمانی بالقوه بر اساس فهرست درمانی. شناسایی اهداف درمانی. نوشتن نامه‌ای از سوی خود آینده ^۱ .
جلسه سوم	مهارت‌های مشارکت	والدین و نوجوان	بحث پیرامون حفظ آرامش در موقعیت‌های تنش‌زا. معرفی مهارت‌های بازتابی گوش دادن و بیانات من ^۲ . ایجاد برنامه برای برگزاری جلسات والد-نوجوان در خانه برای تمرین مهارت‌ها.
جلسه چهارم	ایجاد ساختار در خانه	والدین و نوجوان	بحث در رابطه با ساختاری که بین مسئولیت‌ها و فعالیت‌های لذت بخش در خانه توازن ایجاد می‌کند. بحث در رابطه با اینکه چگونه در اولویت قرار دادن مسئولیت‌ها می‌تواند ایجاد انگیزه و استقلال کند. معرفی مهارت استفاده از قرارداد والد - نوجوان برای ایجاد یک برنامه در خانه.
پیمانه مهارت			
جلسه پنجم	تعیین تکالیف خانه	والدین و نوجوان	بحث پیرامون تلاش‌های لازم برای یادآوری تکالیف خانه. تقویت مشارکت برای به یادآوردن تکالیف خانه. تدوین یک برنامه برای ثبت تکالیف خانه (با قرارداد و نظارت والدین).
جلسه ششم	ایجاد یک برنامه برای تکالیف خانه	والدین و نوجوان	بحث پیرامون عادات کنونی مربوط به کامل کردن تکالیف خانه. تقویت مشارکت برای بهبود کامل کردن تکالیف خانه. ایجاد برنامه برای زمان مربوط به انجام تکالیف خانه با مولفه‌ی نظارت والدین. اجرای قرارداد والد - نوجوان در رابطه با تکالیف خانه.
جلسه هفتم	بررسی سازماندهی	والدین و نوجوان	بحث پیرامون عادات و اهداف کنونی مربوط به سازماندهی. تقویت مشارکت برای بهبود سازماندهی. ایجاد یک سیستم سازماندهی (برای کیف مدرسه، اتاق خواب و غیره) و مستند سازی بر روی یک چک لیست. تدوین قرارداد والد-نوجوان برای نظارت بر سازماندهی.
جلسه هشتم	راهبردهای	والدین و نوجوان	معرفی کردن مفهوم اولویت بندی.

1. future self

2. reflective listening skills

3. "I" statements

4. parent-teen contract

مدیریت زمان		<p>بحث پیرامون استفاده از لیست برای بهبود تکمیل تکالیف و شکستن تکالیف به مولفه‌های کوچکتر به منظور غلبه بر مشکلات انگیزشی.</p> <p>بحث در رابطه با نقش والدین در نظارت بر تکمیل تکالیف و برنامه ریزی برای انجام تکالیف (به عنوان مثال زمان تکالیف خانه).</p> <p>ایجاد لیست نمونه.</p>	
جلسه نهم	مهارت های مطالعه	والدین و نوجوان	<p>بحث پیرامون عملکرد کنونی در آزمون‌ها و عادات مطالعه.</p> <p>معرفی روش‌های فعال مطالعه به جای روش‌های انفعالی.</p> <p>کامل کردن فلش کارت‌ها و یادداشت‌هایی از فعالیت‌های مربوط به آزمون.</p> <p>ایجاد یک برنامه برای مطالعه با مولفه نظارت والدین.</p> <p>تقویت مشارکت به منظور تغییر نمرات آزمون‌ها.</p>
جلسه دهم	یادداشت برداری	والدین و نوجوان	<p>بحث پیرامون تمرین‌های کنونی برای حفظ مطالب ارائه شده در کلاس.</p> <p>شناسایی فواید یادداشت برداری.</p> <p>ایجاد دستورالعمل و بازخورد نسبت به یادداشت‌های نمونه.</p> <p>ایجاد قرارداد برای یادداشت برداری در طی هفته آینده با مولفه نظارت والدین.</p>
جلسه یازدهم	حل مساله	والدین و نوجوان	<p>بحث پیرامون حل مساله و عوامل دخیل در مساله.</p> <p>راه حل بارش مغزی و بحث پیرامون پیش زمینه‌ها و پیامدهای هر راه حل.</p> <p>طرح ریزی اجرای راه حل انتخابی (استفاده از قرارداد در صورت نیاز).</p> <p>تقویت مشارکت در برنامه</p>
پیمانه تجهیز کردن			
جلسه دوازدهم	مشارکت در مدرسه	والدین و نوجوان	<p>بحث پیرامون سطح مورد نظر از همکاری کارکنان مدرسه.</p> <p>بحث در رابطه با بهترین شیوه برای ارتباط با کارکنان مدرسه.</p> <p>تقویت انگیزش والدین جهت برنامه ریزی برای برگزاری جلسه در مدرسه برای بحث پیرامون همکاری خانه - مدرسه.</p> <p>بررسی راهبردهای ارتباطی معلم.</p>
جلسه سیزدهم	شکل گیری عادت	والدین و نوجوان	<p>بحث پیرامون ساختار خانه.</p> <p>بحث در رابطه با فواید ساختار برای نوجوان و انتظارات کنونی والدین در رابطه با تکمیل تکالیف روزمره.</p> <p>ایجاد لیستی از فعالیت‌های روزمره در صبح، مدرسه و عصر.</p> <p>بحث پیرامون نظارت بر اجرای تکالیف در هفته‌ی آینده.</p>
جلسه چهاردهم	ایجاد یک برنامه برای عمل	والدین و نوجوان	<p>شناسایی مهارت‌ها و تکالیف روزمره که تکمیل کردن آن به طور مستقل برای نوجوان دشوار می‌باشد.</p> <p>مذاکره در رابطه با قرار داد خانه برای تکمیل کردن این تکالیف.</p>
جلسه پانزدهم	حفظ پیشرفت	والدین و نوجوان	<p>استخراج خلاصه‌ای از تغییرات مثبت توسط اعضای خانواده.</p> <p>بحث پیرامون پیشرفت در حیطه‌ی اهداف مورد نظر.</p> <p>بررسی استفاده از قرارداد خانه و قصد خانواده برای استفاده از ابزارهای برنامه درمانی حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان در آینده.</p>

¹. Brainstorm

یافته‌ها

جدول ۶. میانگین و انحراف معیار نمرات گروه آزمایش و کنترل قبل و بعد از مداخله در نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-

بیش‌فعالی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی

شاخص آماری	گروه	آزمون	تعداد	میانگین	انحراف معیار
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۱۷/۲۰	۹
		پس‌آزمون	۱۵	۱۹	۹/۶۷
مشکلات سلوک	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۲۱/۱۳	۶/۵۹
		پس‌آزمون	۱۵	۱۷/۵۳	۶/۴۳
مشکلات اجتماعی	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۱۰/۳۳	۵/۱۵
		پس‌آزمون	۱۵	۱۰/۵۳	۴/۵۸
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۱۱/۶۰	۶/۱۲
		پس‌آزمون	۱۵	۹/۸۰	۴/۹۶
اضطراب-انفعال	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۷/۴۰	۳/۹۰
		پس‌آزمون	۱۵	۷/۳۳	۳/۲۲
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۶/۹۳	۲/۷۳
		پس‌آزمون	۱۵	۵/۳۳	۲/۰۲
مشکلات روان‌تنی	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۹/۶۷	۵
		پس‌آزمون	۱۵	۱۰/۵۳	۴/۶۱
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۱۰/۴۷	۵/۱۵
		پس‌آزمون	۱۵	۹	۴/۲۰
نمره کل بیش‌فعالی	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۵۰/۶۰	۲۰/۶۰
		پس‌آزمون	۱۵	۵۱/۶۷	۱۸/۱۶
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۵۵/۱۳	۱۹/۷۶
		پس‌آزمون	۱۵	۴۳/۹۳	۱۶/۴۳

آیا برنامه درمانی حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان بر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی تأثیر معنادار دارد؟

به‌منظور پاسخگویی به این پرسش، سطح نمرات نشانه‌های اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی گروهها (کنترل و آزمایش) در قالب پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیره مورد تحلیل قرار گرفت. شایان ذکر است که پیش از انجام تحلیل کوواریانس پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون ($f=0/38, p>0/05$) مفروضه همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین ($f=0/16, p>0/05$) برای نمره کل کارکردهای اجرایی نشان داد که سطح معناداری در این آزمون‌ها بیش‌تر از ۰/۰۵ شده است (جدول‌های ۷ و ۸). بنابراین، استفاده از تحلیل کوواریانس یک متغیره بلامانع است و می‌توان تحلیل کوواریانس یک‌متغیره را اجرا کرد.

جدول ۷. نتیجه آزمون لوین برای همبستگی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
نشانه‌های اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی	۰/۱۶	۱	۲۸	۰/۶۹

جدول ۸. نتایج تحلیل واریانس برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون

عامل گروه و پیش‌آزمون نشانه‌های اختلال نارسایی توجه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره f	سطح معناداری
- بیش‌فعالی	۱۵۴/۱۳	۱	۱۵۴/۱۳	۰/۳۸	۰/۵۴

نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره

برای بررسی تأثیر برنامه درمانی حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان بر نمره کل نشانه‌های اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیره استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در رابطه با پرسش اول این پژوهش در جدول ۹ گزارش شده است.

جدول ۹. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیره برای مقایسه نشانه‌های اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی گروه کنترل و آزمایش

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت f	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش‌آزمون	۷۸۲۸/۴۵	۱	۷۸۲۸/۴۵	۷۳۰/۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳
گروه	۹۷۶/۸۰	۱	۹۷۶/۸۰	۴۶/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳
خطا	۵۶۹/۸۱	۲۷	۲۱/۱۰			
کل	۷۷۳۹۲	۳۰				

همان‌گونه که نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد، با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون نشانه‌های اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی به عنوان متغیر همپراش (کمکی) تفاوت بین نشانه‌های اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی دانش‌آموزان دو گروه آزمایش و کنترل در نشانه‌های اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی ($f=۴۶/۲۹, p>۰/۰۵$) معنی‌دار است. به بیان دیگر، می‌توان گفت: تفاوت بین دو گروه از دانش‌آموزان بیان‌کننده این مطلب است که برنامه درمانی حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان بر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی تأثیر دارد و میزان این تأثیر ۰/۶۳ است.

آیا برنامه درمانی حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان بر خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی تأثیر معنادار دارد؟

به منظور پاسخگویی به این پرسش، سطح نمرات خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی گروه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. گفتنی است که پیش از انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آزمون باکس به‌منظور همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس ($f=۱۳/۶۰, p<۰/۰۵$) و

نتایج آزمون لوین برای بررسی مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها در خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی شامل: مشکلات سلوک ($f=0/003, p<0/05$)، مشکلات اجتماعی ($f=0/10, p<0/05$)، اضطراب-انفعال ($f=0/69, p<0/05$) و مشکلات روان‌تنی ($f=0/001, p<0/05$) نشان داد که سطح معناداری در این خرده‌مقیاس‌ها کمتر از ۰/۰۵ شده است (جدول ۹). گفتنی است که بر اساس نتایج آزمون باکس به‌منظور همسانی واریانس-کوواریانس، با وجود معنی‌دار بودن مفروضه چون اختلاف واریانس‌ها (انحراف معیارها) بسیار ناچیز ($p<0/001$) است و می‌توان در تحلیل کوواریانس از آن صرف‌نظر کرد، بنابراین، استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بلامانع است و می‌توان تحلیل کوواریانس چندمتغیره را اجرا کرد.

جدول ۱۰. نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در دو گروه آزمایش و کنترل

لامبدا ویلکز	مقدار	نسبت f	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	ضریب اتا
منبع گروه	۰/۲۸	۱۳/۶۰	۴	۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲

بر اساس داده‌های مشاهده شده در جدول ۱۰ اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی‌دار است. به همین دلیل برای بررسی اینکه این تأثیر بر کدام یک از متغیرهای وابسته معنی‌دار است از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۱۰ ارائه شده است.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

جهت بررسی مقایسه نمره خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در رابطه با پرسش دوم این پژوهش در جدول ۱۱ گزارش شده است.

جدول ۱۱. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی

منبع	گروه	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت f	سطح معناداری	ضریب اتا
خرده‌مقیاس‌های	مشکلات سلوک	۲۰۴/۴۹	۱	۲۰۴/۴۹	۴۴/۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴
نشانه‌های اختلال	مشکلات اجتماعی	۱۸/۸۹	۱	۱۸/۸۹	۵/۰۵	۰/۰۳	۰/۱۷
نارسایی توجه -	اضطراب-انفعال	۲۱/۶۰	۱	۲۱/۶۰	۲۱/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷
بیش‌فعالی	مشکلات روان‌تنی	۳۶/۲۳	۱	۳۶/۳	۱۷/۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲

همان‌گونه که در جدول ۱۱ ملاحظه می‌شود، تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان می‌دهد که اثرات به‌دست آمده برای گروه خرده‌مقیاس‌های مشکلات سلوک ($f=44/19, p<0/05$)، مشکلات اجتماعی ($f=5/05, p<0/05$)، اضطراب-انفعال

مشکلات روان‌تنی ($f=21/63$, $p<0/05$) و مشکلات روان‌تنی ($f=17/89$, $p<0/05$) معنی‌دار است. بنابراین، نتیجه می‌گیریم که برنامه درمانی حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان باعث بهبود نشانه‌های اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی در خرده‌مقیاس‌های مشکلات سلوک، مشکلات اجتماعی، اضطراب-انفعال و مشکلات روان‌تنی می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که برنامه حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان موجب بهبود نشانه‌های اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی می‌شود. نتایج این پژوهش هم‌سو با یافته‌های پژوهش (Abedi-Shapourabadi et al., 2012)، (Firoozi & Ehsani, 2020)، (Evans et al., 2018)، (Jia et al., 2021)، (Powell et al., 2022) (Doffer et al., 2023) (Babinski & Sibley, 2022) می‌باشد.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان به این مورد اشاره کرد که اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی یک اختلال عصب تحولی است و افراد دارای این اختلال در حوزه‌های شناختی (همچون حل‌مساله، برنامه‌ریزی، حفظ توجه، بازداری پاسخ و حافظه فعال)، تنظیم هیجانی و مهارت‌های اجتماعی (مثل شایستگی اجتماعی و رفتارهای مخرب) با مشکلات جدی روبه‌رو هستند (Ferrario, 2021). نقص‌های شناختی که در سال‌های اولیه کودکی مشهود است در سال‌های بعد نیز ادامه می‌یابد. به عنوان مثال، نقص در مهارت‌های سازماندهی خود را در مسایلی همچون گم کردن لوازم شخصی، فراموشی، مشکل در برنامه‌ریزی و سازماندهی تکالیف و فعالیت‌ها، ناکامی در اجرای دستورات و تکمیل تکالیف نشان می‌دهد. این مشکلات سازماندهی به دلیل نقص در کارکردهای اجرایی هستند. این نقص فرد را در مخاطره جدی مسایلی همچون افت تحصیلی (باوجود تیزهوشی) و مشکلات روان‌شناختی و شغلی قرار می‌دهد (Bikic et al., 2021). در پیمانه مهارت برنامه حمایت از خودگردانی روزمره نوجوان، بخشی به مهارت‌های سازماندهی و نظم اختصاص یافته است و از نوجوان خواسته می‌شود تا مهارت‌های خودنظم‌دهی را در خود تقویت کرده و آن را به صورت عادت درآورد. در واقع، این برنامه از راه آموزش مهارت‌های سازماندهی و نظم، مسئولیت‌پذیری، راهبردهای مدیریت زمان و قرارداد وابستگی موجب بهبود مهارت‌های سازماندهی در نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی می‌شود.

بسیاری از متخصصان استفاده از مداخله‌های رفتاری و آموزش والدین را قبل از دارودرمانی پیشنهاد کرده‌اند و باور دارند که درمان دارویی به صورت درمان کمکی در کنار این درمان‌ها مورد استفاده قرار بگیرد چرا که داروهای روانگردان دارای عوارض جانبی بوده و آثار درمانی طولانی‌مدت و پایداری ندارند. در درمان اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی این نکته مطرح است که درمانگری به صورت مشاوره با والدین و اجرای روش‌های مدیریت رفتار باید در اولویت راهبردهای درمانی قرار بگیرند تا با ترکیب کردن دارودرمانی و درمان‌های روان‌شناختی، عوارض بلند مدت اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی را کاهش دهند (Abedi-Shapourabadi et al., 2012). مداخلات مبتنی بر آموزش روانی والدین از نظر چگونگی ارائه و محتوای مداخله بسیار متنوع و گسترده هستند. برای مثال مداخلات رفتاری والدین بر آموزش اصول یادگیری اجتماعی مبتنی هستند و شامل آموزش راهبردهایی جهت کاهش مشکلات رفتاری فرزندان و ارتقای نگرش والدین نسبت به روش‌های فرزندپروری خود می‌باشند (Powell et al., 2022). براساس نظریه شناختی اجتماعی بندورا (۱۹۹۷)، خودکارآمدی، باور فرد در مورد سازماندهی و اجرای موفق اقدامات مورد نیاز در یک موقعیت خاص است. خودکارآمدی والدین به قضاوت و باور آنها در

¹. self-efficacy

مورد کفایت شخصی‌اشان در نقش والدین بازمی‌گردد. خودکارآمدی والدین یک پیش‌بین قوی برای رفتارهای فرزندپروری و سازگاری کودک است و می‌تواند بر روش‌های فرزندپروری و مشکلات برون نمود نوجوانان در سال‌های آتی تاثیر بگذارد (Cai et al., 2023). بیش‌تر والدین فرزندان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی، در تعاملات خود با فرزندان‌شان سبک فرزندپروری خودکامه و بیش از حد حمایتی را به کار می‌برند. حمایت بیش از اندازه والدین از فرزندان‌شان با بسیاری از مشکلات شناختی و رفتاری (همچون بی‌نظمی، سرپیچی از دستورات والدین و عدم انجام تکالیف) کودکان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی در ارتباط است (Chang et al., 2013) مداخلات مبتنی بر خانواده برای کودکان و نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی با کاهش قابل توجه نشانه‌های این اختلال و بهبود عملکرد کلی خانواده همراه است (Babinski & Sibley, 2022). برنامه درمانی حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان نیز با آموزش مهارت‌های جبرانی، کمک به والدین و نوجوان برای تنظیم اهداف واضح برای آینده و تقلید واقعی از برنامه‌های آموزش عادات سازگارانه والدین و نوجوان، زمینه‌ای برای بهبود مستمر مشکلات انگیزشی، کارکردهای اجرایی و توجه فراهم می‌سازد. در واقع این برنامه به دنبال یک رویکرد قابل دستیابی است تا به والدین و نوجوانان کمک کند نحوه‌ی تاثیر مغز بر رفتار را درک کنند (چرا نوجوانان در توجه کردن و یا کنترل تکانه مشکل دارند) و بدانند چه مراحل برای رسیدن به موفقیت باید طی شود. رویکرد یکپارچه‌ی برنامه درمانی حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان بدون در نظر گرفتن نوع تشخیص بالینی اعمال شده، برای هر نوجوان دارای مشکلات چشمگیر در حوزه‌ی انگیزش، کارکردهای اجرایی و توجه، یک چارچوب درمانی ایجاد می‌کند (Sibley, 2017). با توجه به موارد ذکر شده می‌توان گفت که برنامه درمانی حمایت از خودگردانی روزمره نوجوانان موجب بهبود نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در نوجوانان دارای این اختلال می‌شود. از این رو والدین، روانشناسان، مربیان، معلمان و افرادی که با نوجوانان سروکار دارند می‌توانند از این برنامه درمانی جهت بهبود وضعیت نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی استفاده کنند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به جنسیت، مقطع متوسطه و عدم امکان برگزاری دوره پیگیری اشاره کرد و پیشنهاد می‌شود این مداخله در گروه‌های دیگر همچون دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری اجرا شود و اثربخشی آن بر متغیرهای دیگری همچون خودکنترلی، مسئولیت‌پذیری، خودتعیین‌گری، سبک‌های فرزند پروری و مشکلات انگیزشی نیز بررسی شود. بررسی مقایسه‌ای این مداخله با سایر روش‌های مداخله نیز توصیه می‌شود.

References

- Abedi-Shapourabadi, S., Pourmohamadreza-Tajrishi, M., Mohamadkhani, P., & Farzi, M. (2012). Effectiveness of Group Training Positive Parenting Program (Triple-P) on Parent-Child Relationship in Children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 4(3), 63-73. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2098>
- Babinski, D. E., & Sibley, M. H. (2022). Family-based treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder: A review of family functioning outcomes in randomized controlled trials from 2010 to 2019. *J Marital Fam Ther*, 48(1), 83-106. <https://doi.org/10.1111/jmft.12572>
- Bernacer, J., Gamba, L., Rodriguez-Romero, D., Carbonell, M. E., Magallon, S., & Arrondo, G. (2025). Association between ADHD symptoms, physical effort discounting, and unhealthy lifestyles in adults. *Scientific Reports*, 15(1), 17255. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-02024-9>
- Bikic, A., Dalsgaard, S., Olsen, K. D., & Sukhodolsky, D. G. (2021). Organizational skills training for children with ADHD: study protocol for a randomized, controlled trial. *Trials*, 22(1), 752. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05499-9>
- Cai, Q., Basha, S., & Gewirtz, A. H. (2023). Parental efficacy after a military parenting program: A dyadic latent growth model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 49(4), 958-978. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jmft.12671>

- Chang, L. R., Chiu, Y. N., Wu, Y. Y., & Gau, S. S. (2013). Father's parenting and father-child relationship among children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Compr Psychiatry*, 54(2), 128-140. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.008>
- Claussen, A. H., Holbrook, J. R., Hutchins, H. J., Robinson, L. R., Bloomfield, J., Meng, L., Bitsko, R. H., O'Masta, B., Cerles, A., Maher, B., Rush, M., & Kaminski, J. W. (2024). All in the Family? A Systematic Review and Meta-analysis of Parenting and Family Environment as Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children. *Prevention Science*, 25(2), 249-271. <https://doi.org/10.1007/s11211-022-01358-4>
- Doffer, D. P. A., Dekkers, T. J., Hornstra, R., van der Oord, S., Luman, M., Leijten, P., Hoekstra, P. J., van den Hoofdakker, B. J., & Groenman, A. P. (2023). Sustained improvements by behavioural parent training for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review of longer-term child and parental outcomes. *JCPP Advances*, 3(3), e12196. <https://doi.org/10.1002/jcv2.12196>
- Evans, S. W., Owens, J. S., Wymbs, B. T., & Ray, A. R. (2017). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47(2), 157-198. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1390757>
- Ferrario, I. (2021). What are the effects of social skills training on children with attention-deficit/hyperactivity disorder? A Cochrane Review summary with commentary. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 63(3), 250-251. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14747>
- Firoozi, M., & Ehsani, S. (2020). Behavioral-Emotional Self-Regulation Training: A Way to Improve Executive Function and Hyperactivity Symptoms in Adolescents with ADHD. *Journal of Applied Psychological Research*, 11(3), 153-167. <https://doi.org/10.22059/japr.2020.303146.643526>
- French, B., Nalbant, G., Wright, H., Sayal, K., Daley, D., Groom, M. J., Cassidy, S., & Hall, C. L. (2024). The impacts associated with having ADHD: an umbrella review [Review]. *Frontiers in Psychiatry*, Volume 15 - 2024. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1343314>
- Gianarris, W. J., Golden, C. J., & Greene, L. (2001). The Conners' Parent Rating Scales: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev*, 21(7), 1061-1093. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(00\)00085-4](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(00)00085-4)
- Hutchison, L., Feder, M., Abar, B., & Winsler, A. (2016). Relations between parenting stress, parenting style, and child executive functioning for children with ADHD or autism. *Journal of Child and Family Studies*, 25(12), 3644-3656. <https://doi.org/10.1007/s10822-016-016-6>
- Jia, R. M., Mikami, A. Y., & Normand, S. (2021). Social Resilience in Children with ADHD: Parent and Teacher Factors. *Journal of Child and Family Studies*, 30(4), 839-854. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01907-5>
- López-Villalobos, J. A., Sacristán-Martín, A. M., Garrido-Redondo, M., Martínez-Rivera, M. T., López-Sánchez, M. V., Rodríguez-Molinero, L., Camina-Gutiérrez, A. B., & Andrés-de Llano, J. (2019). [Health-related quality of life in cases of attention deficit hyperactivity disorder with and without pharmacological treatment]. *An Pediatr (Engl Ed)*, 90(5), 272-279. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.04.016> (Calidad de vida relacionada con la salud en casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad con/sin tratamiento farmacológico).
- Powell, L. A., Parker, J., Weighall, A., & Harpin, V. (2022). Psychoeducation Intervention Effectiveness to Improve Social Skills in Young People with ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of Attention Disorders*, 26(3), 340-357. <https://doi.org/10.1177/10634269211011177>
- Sibley, M. H. (2017). *Parent-teen therapy for executive function deficits and ADHD: Building skills and motivation*. The Guilford Press.
- Skalski, S., Pochwatko, G., & Balas, R. (2021). Impact of Motivation on Selected Aspects of Attention in Children with ADHD. *Child Psychiatry & Human Development*, 52(4), 586-595. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01042-0>