

## Review Article

# Psychological Interventions for Parents of Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Review

Ghazale Nahavandi<sup>1</sup> , Abbas Ali Hosseinkhanzadeh<sup>2✉</sup> 

<sup>1</sup> Faculty of Psychology and Education, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

**✉ Corresponding author:**

Department of Psychology,  
Faculty of Literature and  
Humanities, University of  
Guilan, Rasht, Iran

**Email:**

Khanzadehabbas@guilan.ac.ir

**Tel:** +98 1333346257

**Postal Code:** 4317657544

**Received:** September 11, 2025

**Revised:** June 1, 2026

**Accepted:** June 10, 2026

**Citation:**

Nahavandi GH,  
Hosseinkhanzadeh A.A.  
Psychological Interventions  
for Parents of Children with  
Attention-Deficit  
Hyperactivity Disorder: A  
Systematic Review. J Shahid  
Sadoughi Uni Med Sci 2026;  
34(4): 10079-93.

**Introduction:** Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the disorders that can have a significant negative impact on the family. Parents of these children often experience psychological stress and distress. In recent years, growing attention has been placed on parent-based interventions as an effective approach to improving behavioral and family-related outcomes. Accordingly, the present study was conducted to systematically review and identify psychological interventions targeting parents of children with ADHD.

**Methods:** This systematic review analyzed research on the effectiveness of psychological interventions for parents of children with ADHD. Relevant scientific articles were retrieved from databases such as Google Scholar, PubMed, and ResearchGate using keywords, including Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, ADHD, attention deficit, hyperactivity, impulsivity, parents, psychological intervention, group therapy, randomized controlled trial, and controlled clinical trial. Out of 17500 articles analyzed in the last 10 years, 26 articles met the inclusion criteria.

**Results:** The results showed that the most frequently implemented interventions were Behavioral Parent Training (BPT), mindfulness, and psychoeducational programs, respectively. These interventions played a role in reducing parental stress, reducing symptoms of ADHD and behavioral problems in children, improving the parent-child relationship and parenting style of parents, and improving quality of life. However, the study also revealed a limited number of studies examining the effects of psychological interventions specifically targeting fathers.

**Conclusion:** Behavioral interventions, mindfulness-based approaches, and psychoeducational programs increase parents' knowledge and understanding of ADHD, enabling them to better control the situation and adopt more effective parenting practices. This improves parent-child relationships and interaction, and reduces ADHD symptoms in children.

**Keywords:** Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Parents, Psychological Interventions.

## مقاله مروری

# مداخلات روان‌شناختی برای والدین دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی: مطالعه مروری نظام‌مند

غزاله نهاوندی<sup>۱</sup> , عباسعلی حسین‌خانزاده<sup>۲</sup> 

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

## ✉ نویسنده مسئول:

عباسعلی حسین‌خانزاده  
 گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و  
 علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

## پست الکترونیک:

Khanzadehabbas@guilan.ac.ir

تلفن: ۱۳۳۳۳۴۶۲۵۷

صندوق پستی: ۴۳۱۷۶۵۷۵۴۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۶/۲۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۳/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۳/۲۰

## ارجاع:

نهاوندی غزاله، حسین‌خانزاده عباسعلی.  
 مداخلات روان‌شناختی برای والدین  
 دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی  
 توجه-بیش‌فعالی: مطالعه مروری  
 نظام‌مند. مجله علمی پژوهشی دانشگاه  
 علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۵؛  
 ۳۴ (۴): ۹۳-۱۰۰۷۹.

**مقدمه:** اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی ازجمله اختلالاتی است که می‌تواند اثرات منفی زیادی بر خانواده داشته باشد. والدین دارای این فرزندان اغلب استرس‌ها و پریشانی‌های روان‌شناختی زیادی را تجربه می‌کنند. امروزه، مداخلات برای والدین به‌عنوان یکی از رویکردهای مؤثر در بهبود پیامدهای رفتاری و خانوادگی به‌شمار می‌آید. بدین ترتیب، پژوهش حاضر با هدف بررسی نظام‌مند مداخلات روان‌شناختی مؤثر بر والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی انجام شد.

**روش بررسی:** در این مطالعه مروری نظام‌مند، مطالعات مرتبط در حوزه مداخلات روان‌شناختی بر والدین دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی مورد بررسی قرار گرفت. به منظور یافتن مقالات علمی از پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، Google Scholar، ResearchGate و از کلیدواژه‌های ADHD، Attention Deficit Disorder with Hyperactivity، psychological intervention، parents، impulsivity، hyperactivity، attention deficit group، randomized controlled trial، therapy و controlled clinical trial استفاده شد. از بین ۱۷۵۰۰ مطالعه در ۱۰ سال اخیر، ۲۶ مورد انتخاب شدند.

**نتایج:** مداخلات رفتاری، ذهن آگاهی، و برنامه‌های روان‌آموزی اطلاعات والدین را در حوزه اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی افزایش می‌دهند و این مسئله باعث می‌شود تا والدین شرایط را بهتر کنترل کنند و شیوه فرزندپروری مؤثرتری را اتخاذ کنند. بدین ترتیب، رابطه والد-فرزند بهتر می‌شود و نشانه‌های این اختلال در فرزندان کاهش می‌یابد.

**نتیجه‌گیری:** مداخلات رفتاری، ذهن آگاهی، و برنامه‌های روان‌آموزی اطلاعات والدین را در حوزه اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی افزایش می‌دهند و این مسئله باعث می‌شود تا والدین شرایط را بهتر کنترل کنند و شیوه فرزندپروری مؤثرتری را اتخاذ کنند. بدین ترتیب، رابطه والد-فرزند بهتر می‌شود و نشانه‌های این اختلال در فرزندان کاهش می‌یابد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی، مداخلات روان‌شناختی، والدین

## مقدمه

اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عصب تحولی است که با نشانه‌های بی‌توجهی، بیش‌فعالی، و تکانش‌گری مشخص می‌شود (۱). تا سال ۲۰۲۰ تقریباً ۹/۴ درصد از کودکان ۳ تا ۱۷ ساله تشخیص اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی دریافت کرده‌اند (۲). این اختلال معمولاً طی سنین پیش‌دبستانی ظاهر می‌شود (۳) و در بلندمدت موجب بروز مشکلات رفتاری، تعاملات اجتماعی نامناسب، و مشکلات تحصیلی برای کودکان می‌شود (۴). ابتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در دوران کودکی نه تنها خود کودک، بلکه خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵)، زیرا والدین مجبورند وقت و انرژی زیادی را صرف زندگی تحصیلی (۶) و کنترل رفتارهای پرخطر کودک کنند و این وضعیت، فرصت برآورده کردن نیازهای متقابل و انجام وظایف زناشویی را از آن‌ها می‌گیرد و به مرور زمان، به افزایش تنش‌های درونی، سرخوردگی و دل‌سردی، و درنهایت، کاهش شدید کیفیت زندگی والدین منجر می‌شود (۷). این والدین حرمت‌خود و احساس شایستگی پایینی دارند (۸) و همچنین در ابعادی از کارکرد خانواده (۸،۹)، رابطه والد و فرزند و شیوه‌های فرزندپروری (۱۰،۱۱)، ارتباط بین فرزندانشان (۱۲)، و مسائل مالی (۱۳،۱۴) با مشکلاتی روبه‌رو هستند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در فرزندان بر سلامت هیجانی والدین تأثیر منفی دارد (۱۰) و موجب افزایش استرس (۱۱،۱۵) و احتمال ابتلا به اختلال‌های اضطراب و افسردگی در آن‌ها می‌شود (۱۰،۱۶). یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اختلال دوران کودکی، نحوه رفتار والدین با فرزندانشان است (۱۷). والدینی که فرزندشان به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی مبتلا است، اغلب در مدیریت رفتارهای آن‌ها با کشاکش‌ها و فشارهای بیشتری روبرو می‌شوند (۱۸) و این کشاکش‌ها بر نقش حمایتی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد (۱۹)، درنتیجه ممکن است آن‌ها به روش‌های واکنشی شدید و تنبیهی روی بیاورند (۲۰) و این چرخه معیوب موجب بروز مخالفت و رفتارهای منفی بیشتر در کودکان مبتلا

به این اختلال می‌شود (۲۱). والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی به دلیل احساس ناکارآمدی در نقش والدینی، استرس بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۸). والدین مضطرب ممکن است محبت کمتری به فرزندان خود نشان‌دهند (۲۲) و این موضوع می‌تواند موجب بروز علائم افسردگی در کودکان مبتلا به این اختلال شود و همچنین اتخاذ شیوه فرزندپروری منفی، با افزایش اضطراب و رفتارهای برون‌سازی شده در کودکان مبتلا به این تشخیص مرتبط بوده است (۸). درواقع، خانواده‌هایی که با بی‌نظمی، واکنش‌های افراطی، و کمبود توجه والدین مواجه می‌شوند، ممکن است خطر ابتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی را افزایش دهند (۲۳). آموزش مهارت‌های والدینی (Parent skills training)، خط اول درمان در کودکان زیر ۶ سال و همچنین کودکان ۶ تا ۱۸ ساله با شدت خفیف تا متوسط اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی محسوب می‌شود (۲۴). همکاری و مشارکت والدین در مدیریت جامع کودکان مبتلا به این اختلال حیاتی است (۲۵). برنامه‌های آموزش والدین، مداخلات روانی-اجتماعی را ارائه می‌دهند تا والدین بتوانند رفتارهای چالش‌برانگیز فرزندان خود را مدیریت کنند (۲۶). همچنین بهبود مهارت‌های فرزندپروری از طریق آموزش والدین می‌تواند منجر به الگوهای دلبستگی ایمن شود (۲۷) و موجب بهبود سلامت کلی این کودکان شود (۲۸). از طرفی، والدین مهم‌ترین نقش را در تصمیم‌گیری برای شروع مصرف دارو ایفا می‌کنند (۲۹). دیدگاه‌های والدین در مورد این اختلال از موانع اصلی پابندی به دارو است، اما این دیدگاه‌ها می‌توانند از طریق مداخله تغییر کنند (۳۰). بررسی پژوهش‌ها نشان داده است که مداخلات مختلفی برای والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی وجود دارد. ازجمله این مداخلات می‌توان به انواع برنامه‌های آموزشی والدین اشاره کرد. یکی از این دسته مداخلات، برنامه نیوفارست (New forest) و نسخه ژاپنی آن والد خوب ژاپن (Well parent Japan) است که به‌طور خاص برای فرایندهای اساسی مرتبط با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی طراحی شده است و آموزش سنتی والدین را

روان کودکان و والدین را کاهش دهد، نیاز خانواده‌ها به خدمات درمانی و اجتماعی بیشتر را کم کند، و به افزایش توانمندی والدین در مراقبت از فرزندانشان کمک کند (۱۱). بنابراین ضروری است که با بررسی مداخلات مختلف بر والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، تأثیرگذارترین روش و کارآمدترین مداخله شناسایی شود تا خدمات لازم به والدین این کودکان ارائه شود. لذا پژوهش حاضر با بررسی نتایج مداخلات اجرا شده برای والدین کودکان مبتلا به این اختلال، تأثیر این درمان‌ها را تجزیه و تحلیل می‌کند. پژوهش مروری حاضر، با هدف بررسی اثربخشی مداخلات روان‌شناختی برای والدین دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی انجام شد.

### روش بررسی

این پژوهش به روش مروری نظام‌مند در مطالعات منتشرشده در محدوده زمانی ژانویه ۲۰۱۵ تا جولای ۲۰۲۵ انجام شد. پایگاه‌های نمایه‌سازی PubMed، Google Scholar، و ResearchGate مورد بررسی قرار گرفتند. به‌منظور جست‌وجوی مقالات، واژگان کلیدی ADHD، Hyperactivity، hyperactivity group، psychological intervention، parents impulsivity، controlled clinical، randomized controlled trial، therapy، trial مورد جست‌وجو قرار گرفتند. به منظور بررسی دقیق واژگان کلیدی، هر یک از واژگان با استفاده از سیستم استاندارد MeSH و به صورت ترکیبی با پسوند ADHD جست‌وجو شدند. در جست‌وجوی اولیه ۱۷۵۰۰ مورد مقاله یافت شد که واژگان کلیدی جست‌وجو شده در عنوان و یا در محتوای مقاله موجود بود. عناوین مقالات، و چکیده‌ها توسط دو پژوهشگر بررسی شد و تعداد زیادی از مقالات به دلیل تکراری و غیرمرتبط بودن و عدم همخوانی با ملاک‌های ورود از بررسی حذف شدند، در نهایت ۲۶ مقاله انتخاب شدند و مورد بررسی مروری قرار گرفتند، در نمودار ۱ مراحل بررسی منابع نشان داده شده است. معیارهای ورود شامل؛ انتشار مقالات در بازه زمانی مشخص (ژانویه ۲۰۱۵ تا جولای ۲۰۲۵)، زبان انگلیسی، متن کامل، و

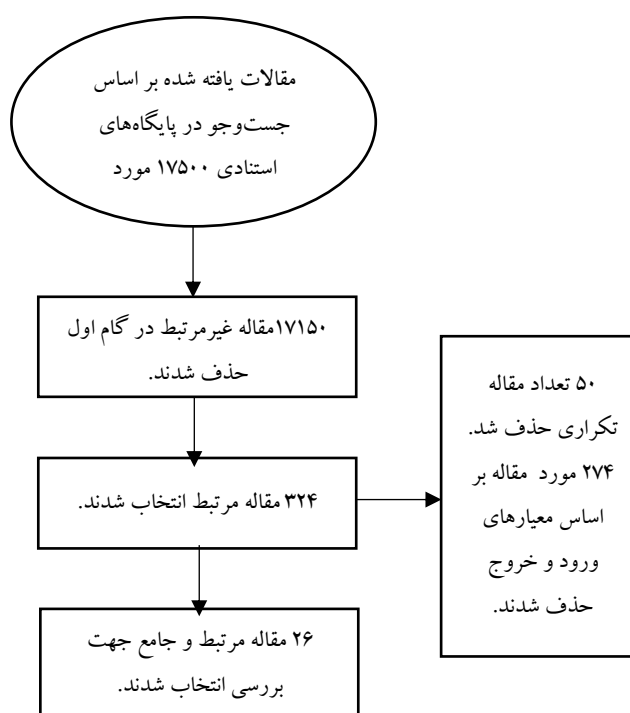
با برخی از عناصر تعامل والدین با کودک ترکیب می‌کند (۳۱-۳۳). برنامه آموزش مهارت‌های والدین، بر اساس اصول نظریه اقتضایی (تقویت یا تضعیف رفتار بر اساس پیامد) و نظریه اجبار (نحوه شکل‌گیری الگوهای تعاملی منفی) است (۳۴،۳۵). برنامه دیگر، مدل آموزش مدیریت والدگری بارکلی است که حول محور آموزش مدیریت والدین با تقویت رفتارهای مطلوب و ارائه پیامدهای منفی برای رفتارهای نامطلوب کودک است (۳۸-۳۶). هم‌چنین برنامه پرکاربرد دیگر، آموزش فرزندپروری مثبت (Positive Parenting Program) است که با هدف جلوگیری از بروز مشکلات جدی در کودکان و بهبود آگاهی و اعتماد به نفس والدین طراحی و اجرا شده است (۳۹-۴۱). برنامه آموزش مبتنی بر والد-فرزند (Parent-child-based education) نیز با هدف بهبود رابطه والد-فرزند از طریق بازی اجرا شده است (۱۷). هم‌چنین درمان‌های سیستمی و رفتاری نیز مورد توجه بوده است. خانواده‌درمانی به شکل چند خانواده‌ای (Multifamily group) در پژوهش‌های (۲۵،۴۲) مورد بررسی قرار گرفت. این درمان با گروهی از خانواده‌ها و تک‌تک اعضای آن‌ها، که همگی مشکلات مشابهی را تجربه می‌کنند، در محیطی که امکان به اشتراک‌گذاری، درک، و شفافیت متقابل را فراهم می‌کند، انجام می‌شود (۴۳) و طی این مداخله ارتباط و تعاملات کارآمدی شکل می‌گیرد (۴۲). هم‌چنین، درمان رفتاری والدین (Behavioral Parent Training) یک مداخله بر اساس شرطی‌سازی کنشگر است و در پژوهش‌های (۴۴-۵۱) مورد بررسی قرار گرفته است. مداخلات دیگری نیز وجود دارند که بر اساس نظریه‌های مختلفی هستند. برنامه روان‌آموزی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده به‌عنوان مداخله برای پیش‌بینی رفتار اجتماعی انسان‌ها در پژوهش (۲۹) اجرا شد. مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness based interventions) یک رویکرد درمانی جدید برای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی است و در پژوهش‌های (۵۲-۵۶) برای والدین کودکان مبتلا به این اختلال اجرا شد. با توجه به موارد ذکرشده، حمایت از والدین (مراقبان) می‌تواند تأثیر منفی ابتلای فرزندان به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی بر سلامت

است. در ادامه در (جدول ۱) مشخصات کامل پژوهش‌ها ارائه شده است. با توجه به یافته‌های حاصل از مرور مطالعات پیشین بیشترین فروانی برای مداخلات اجرا شده به ترتیب آموزش رفتاری والدین (۵۱-۴۴)، ذهن آگاهی (۵۶-۵۲)، برنامه آموزش مهارت‌های والدگری و فرزندپروری مثبت (۴۱، ۴۰، ۳۸، ۳۷، ۳۵)، رابطه والد-فرزند و خانواده درمانی (۴۲، ۳۳، ۳۲، ۲۵، ۱۷)، برنامه روان‌آموزی (۵۸، ۵۷، ۲۹) بود. همچنین با توجه به یافته‌های حاصل از بررسی مطالعات پیشین مداخلات روان‌شناختی به ترتیب بیشترین تأثیر را بر کاهش تنیدگی والدین (۵۸، ۵۵-۵۱، ۴۸-۴۶، ۳۵، ۳۳) و افسردگی (۳۸)، بهبود نشانه‌های اختلال نارسایی توجه‌بیش‌فعالی و مشکلات رفتاری در کودکان (۵۷-۵۵، ۵۳-۵۱، ۴۵-۴۲، ۴۱، ۳۷، ۳۵، ۲۹) بهبود روابط والد-فرزند و سبک فرزندپروری (۵۷، ۵۵، ۵۴، ۵۲، ۵۱، ۴۸، ۴۲، ۳۵، ۳۳، ۱۷) داشته‌اند.

اجرا شده بر والدین فرزندان مبتلا به اختلال نارسایی توجه‌بیش‌فعالی و یا گروه والدین و کودکان مبتلا به این اختلال بود. پژوهش‌های کیفی و موردی، مقالات کوتاه، و مداخلات صرفاً دارویی و پزشکی از جمله معیارهای خروج بودند. به‌منظور تحلیل مروری مقالات نام آخر نویسندگان، سال انتشار مقاله، نوع مداخله و تعداد جلسات، کشور اجرای پژوهش، تعداد شرکت‌کنندگان پژوهش، طرح پژوهش، روش اجرای مداخله، و پیامد پژوهش مدنظر بود.

### نتایج

در این بخش مشخصات ۲۶ پژوهش ارائه شده است؛ از این پژوهش‌ها ۸ مورد در مادران، ۱۳ مورد در والدین، ۴ مورد در والدین و فرزندان، و ۱ مورد در گروه مادران و کودکان اجرا شده است. از بین پژوهش‌ها ۷ مورد در ایران و ۱۹ مورد در خارج از کشور بوده است. اکثر مطالعات به روش کارآزمایی بالینی تصادفی (۱۵ مورد)، غیر تصادفی (۳ مورد)، نیمه آزمایشی و شبه آزمایشی (۶ مورد)، و کیفی (۲ مورد) بوده



نمودار ۱: مراحل انتخاب مقالات

جدول ۱: مشخصات پژوهش‌های منتخب

| پیامد                                                                                                                                      | پیگیری         | طرح پژوهشی                          | تعداد گروه‌ها و شرکت‌کنندگان                                                | گروه هدف         | کشور    | نوع مداخله (تعداد جلسات)                                                    | ۱ بی و همکاران (۲۰۱۵) (۲۹)         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی و افزایش دانش والدین درباره این اختلال                                                        | ۱ ماهه، ۳ ماهه | نویسندگان و سال                     | گروه مداخله (n= ۴۴)<br>گروه کنترل (n= ۴۵)                                   | والدین           | چین     | برنامه روان‌آموزی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده (۲ جلسه)             | ۲ اندرسون و گائری (۲۰۱۵) (۵۲)      |
| کاهش چشمگیر میزان تنیدگی، پریشانی، و رابطه ناکارآمد والدین و فرزندان                                                                       | ۱ هفته         | پروژه بالینی کاربردی مبتنی بر شواهد | گروه مداخله (n= ۷)                                                          | مادران           | آمریکا  | روان‌آموزی فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۸ جلسه)                           | ۳ لو و همکاران (۲۰۱۶) (۵۳)         |
| کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در کودکان و میزان تنیدگی در والدین                                                            | -              | آزمایش بالینی تصادفی‌شده            | گروه مداخله (n= ۶۰)<br>گروه کنترل (n= ۶۰)                                   | والدین و فرزندان | هنگ‌کنگ | مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر خانواده (۶ جلسه برای والدین و ۸ جلسه برای کودکان) | ۴ ما و همکاران (۲۰۱۷) (۲۵)         |
| رفع شکاف خدمات در مراقبت روانی اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی و احساس حمایت بیشتر                                   | -              | ارزیابی مبتنی بر مراجع              | گروه مداخله (۲۱ خانواده)                                                    | خانواده          | هنگ‌کنگ | گروه چندخانواده‌ای (۴۲ ساعت)                                                | ۵ دز و همکاران (۲۰۱۷) (۵۷)         |
| کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای و رفتارهای منفی فرزندپروری و بهبود رابطه والد فرزند                                               | ۱۲ ماه         | آزمایش بالینی تصادفی‌شده            | گروه مداخله (n= ۵۱)<br>گروه کنترل (n= ۵۲)                                   | والدین           | آلمان   | خودیاری با پشتیبانی تلفنی (۱۴ تماس تلفنی)                                   | ۶ ابوابدو و همکاران (۲۰۱۸) (۵۴)    |
| بهبود باورهای مادران، شیوه‌های فرزندپروری، تغییرات مثبت در رفتار کودک و ذهن‌آگاهی در فرزندپروری، و همچنین کاهش پریشانی روانی در بین مادران | ۱ ماه          | شبه‌آزمایشی                         | گروه مداخله (n= ۵۰)                                                         | مادران           | مصر     | برنامه مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۶ جلسه)                                   | ۷ بهبهانی و همکاران (۲۰۱۸) (۵۵)    |
| کاهش تنیدگی والدین، کاهش تعاملات منفی در رابطه والد-فرزند، بهبود نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، و کاهش مشکلات کودکان             | ۸ هفته         | آزمایش بالینی تصادفی‌شده            | گروه مداخله (n= ۲۶)<br>گروه کنترل (n= ۳۰)                                   | مادران و کودکان  | ایران   | آموزش فرزندپروری ذهن‌آگاهانه (۸ جلسه)                                       | ۸ محمودی و موسوی (۲۰۱۹) (۱۷)       |
| بهبود شیوه‌های فرزندپروری والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در مقایسه با دارودرمانی                                     | -              | شبه‌آزمایشی                         | گروه دارودرمانی (n= ۱۰)<br>گروه خانواده محور (n= ۱۰)<br>گروه ترکیبی (n= ۱۰) | مادران           | ایران   | آموزش مبتنی بر والد-فرزند (۱۰ جلسه)                                         | ۹ کوشا و عباسی کاکرودی (۲۰۱۹) (۴۰) |
| والدین می‌توانند کیفیت زندگی فرزندان مبتلا به ADHD را بهتر کنند.                                                                           | ۸ هفته، ۳ ماه  | کارآزمایی بالینی (نیمه‌آزمایشی)     | گروه مداخله (n= ۳۰)<br>گروه کنترل (n= ۳۰)                                   | مادران           | ایران   | برنامه فرزندپروری مثبت (برنامه روان‌آموزی) (۸ جلسه)                         |                                    |

|    |                                    |                                                    |          |                  |                                                       |                                |               |                                                                                                                                                                                            |
|----|------------------------------------|----------------------------------------------------|----------|------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱۰ | گاماس و همکاران (۲۰۲۰) (۵۸)        | روان آموزی در مورد سطوح تنیدگی                     | ترکیه    | والدین           | گروه آزمایش (n= ۸۶)<br>گروه کنترل (n= ۸۶)             | آزمایش بالینی تصادفی شده       | ۶ ماه         | کاهش میزان تنیدگی والدین                                                                                                                                                                   |
| ۱۱ | مهری و همکاران (۲۰۲۰) (۴۴)         | آموزش رفتاری والدین (۷ جلسه)                       | ایران    | والدین           | گروه آزمایش (n= ۲۸)<br>گروه کنترل (n= ۲۸)             | آزمایش بالینی تصادفی شده       | ۲ ماه         | کاهش میزان اضطراب و تنیدگی                                                                                                                                                                 |
| ۱۲ | لی و همکاران (۲۰۲۱) (۴۲)           | خانواده درمانی چند خانواده ای (۴۲ ساعت)            | هنگ کد گ | والدین           | گروه مداخله (n= ۳۹)<br>گروه کنترل (n= ۴۲)             | شبه آزمایشی                    | ۳ ماه         | والدین گروه چند خانوادگی، کاهش شدت نشانه های اختلال نارسای توجّه بیش فعالی در فرزندان شان را گزارش کردند. مادران افزایش حس شایستگی و پدران بهبود در رابطه پدر و فرزندی را گزارش کردند.     |
| ۱۳ | لارسن و همکاران (۲۰۲۱) (۳۲)        | برنامه فرزند پروری نیو فارست (۸ جلسه)              | دانمارک  | والدین           | گروه مداخله (n= ۸۵)<br>گروه کنترل (n= ۷۵)             | آزمایش بالینی تصادفی شده       | ۳۶ هفته       | بهبود کیفیت زندگی روانی-اجتماعی کودکان                                                                                                                                                     |
| ۱۴ | شاه و همکاران (۲۰۲۱) (۳۵)          | مداخلات آموزش مهارت های والدین (۱۰ جلسه)           | هند      | والدین           | گروه مداخله (n= ۳۶)<br>پیش آزمون- پس آزمون غیر تصادفی | مداخله                         | ۲ تا ۳ هفته   | بهبود میزان بی توجهی، بیش فعالی و تکانشگری، مشکلات رفتاری، عملکرد تحصیلی، و رفتار در کلاس و همچنین افزایش هشیاری، کاهش احساس گناه و سرزنش، بهبود رابطه والد-فرزند، و کاهش تنیدگی در والدین |
| ۱۵ | بوگلس و همکاران (۲۰۲۱) (۵۶)        | برنامه مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی "ذهن من" (۸ جلسه) | هلند     | کودکان و والدین  | گروه مداخله (n= ۱۶۷)                                  | شبه آزمایشی                    | ۸ هفته، ۱ سال | کاهش مشکلات توجّه، بیش فعالی، تکانشگری، و کارکردهای اجرایی در کودکان و کاهش مشکلات توجّه، بیش فعالی، تکانشگری به ویژه در والدینی که نشانه های اختلال نارسای توجّه بیش فعالی داشتند.        |
| ۱۶ | جلیلوند و همکاران (۲۰۲۲) (۴۱)      | آموزش فرزند پروری مثبت (۸ جلسه)                    | ایران    | مادران           | گروه مداخله (n= ۱۵)<br>گروه کنترل (n= ۱۵)             | طرح نیمه آزمایشی (مورد/شاهد ی) | -             | بهبود کارکردهای اجرایی و تکانشگری در کودکان مبتلا به اختلال نارسای توجّه بیش فعالی                                                                                                         |
| ۱۷ | هورنستارا و همکاران (۲۰۲۳) (۴۵)    | آموزش رفتاری والدین (۴ جلسه)                       | هلند     | والدین و فرزندان | گروه آزمایش (n= ۶)                                    | آزمایش بالینی تصادفی شده       | -             | کاهش رفتارهای منفی و افزایش رفتارهای مثبت در کودکان مبتلا به اختلال نارسای توجّه بیش فعالی                                                                                                 |
| ۱۸ | وایداناناتان و همکاران (۲۰۲۳) (۴۶) | آموزش رفتاری والدین (۵ جلسه)                       | هند      | والدین           | گروه مداخله (n= ۳۰)<br>گروه کنترل (n= ۲۶)             | آزمایش بالینی تصادفی شده       | ۱۲، ۸، ۴ هفته | کاهش شدت نشانه های اختلال نارسای توجّه بیش فعالی و بهبود میزان تنیدگی والدین و راهبردهای مقابله ای آنها                                                                                    |
| ۱۹ | فنگ و همکاران (۲۰۲۳) (۳۷)          | آموزش والدین در مدیریت رفتار (۸ جلسه)              | چین      | والدین           | گروه مداخله (n= ۶۲)<br>گروه کنترل (n= ۶۱)             | آزمایش بالینی تصادفی شده       | ۲ ماه، ۶ ماه  | کاهش نشانه های اصلی اختلال نارسای توجّه بیش فعالی، به ویژه بی توجهی و افزایش توان والدین در کنترل نشانه های هیجانی، بیش فعالی، و مشکلات رفتاری کودکان                                      |

|    |                                    |                                                                      |        |        |                                                                                          |                                               |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۲۰ | مارکتدولک و همکاران (۲۰۲۴) (۴۷)    | آموزش رفتاری والدین                                                  | فرانسه | والدین | گروه مداخله (n= ۲۴)<br>گروه کنترل (n= ۱۹)                                                | مطالعه مقدماتی غیرتصادفی                      | ۵ ماه       | کاهش میزان تنیدگی والدین، بهبود کیفیت زندگی والدین، کاهش شدت نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، بی‌توجهی، مخالفت و پرخاشگری در کودکان                                                                                                                                       |
| ۲۱ | شیمایاکارو و همکاران (۲۰۲۴) (۳۳)   | والد خوب ژاپن (Well Parent Japan) (۱۳ جلسه)                          | ژاپن   | والدین | گروه مداخله (n= ۲۸)<br>گروه کنترل (n= ۲۴)                                                | آزمایش بالینی تصادفی‌شده                      | ۲۶ هفته     | تنیدگی کمتر، حرمت‌خود بیشتر، و راهبردهای فرزندپروری مؤثر در والدین و کاهش میزان پرخاشگری و نشانه‌های درونی مانند بی‌توجهی در فرزندان آنها                                                                                                                                         |
| ۲۲ | ایشی تاکاهشی و همکاران (۲۰۲۴) (۴۸) | آموزش رفتاری والدین (۱۰ جلسه)                                        | ژاپن   | مادران | گروه مداخله (n= ۳۰)<br>گروه کنترل (n= ۳۰)                                                | آزمایش بالینی تصادفی‌شده                      | ۱۵ هفته     | کاهش تنیدگی والدین، بهبود دلبستگی فرزندان به مادر، بهبود رفتار والدین، و کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی                                                                                                                                                             |
| ۲۳ | اسدی سامانی و همکاران (۲۰۲۵) (۳۸)  | مدل آموزش مدیریت والدگری بارکلی (۸ جلسه)                             | ایران  | والدین | گروه مداخله (n= ۳۶)<br>گروه کنترل (n= ۳۶)                                                | آزمایش بالینی تصادفی‌شده                      | ۱ ماه       | تأثیر بر اضطراب و افسردگی والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی مؤثر بود و کاهش اضطراب و افسردگی والدین کودکان مبتلا به این اختلال                                                                                                                                 |
| ۲۴ | نیجبوئر و همکاران (۲۰۲۵) (۴۹)      | فرم کوتاه شده آموزش رفتاری والدین (۳ جلسه)                           | هلند   | والدین | گروه مداخله (n= ۲۸)<br>گروه کنترل (n= ۳۰)                                                | آزمایش غیرتصادفی                              | ۳ تا ۸ هفته | بهبود مشکلات رفتاری کودکان                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ۲۵ | لوی و همکاران (۲۰۲۵) (۵۰)          | دارو درمانی و آموزش رفتاری والدین                                    | کانادا | مادران | دارو درمانی (n= ۱۸)<br>آموزش رفتاری (n= ۱۷)                                              | کارآزمایی تصادفی‌شده با انتساب چندگانه متوالی | -           | بهبود نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در مادران و فرزندان و بهبود فرزندپروری                                                                                                                                                                                              |
| ۲۶ | زرگری‌نژاد و همکاران (۲۰۲۵) (۵۱)   | آموزش رفتاری والدین (۵ جلسه) و آموزش مبتنی بر هیجان والدین (۱۵ جلسه) | ایران  | مادران | آموزش رفتاری والدین (n= ۱۵)<br>آموزش مبتنی بر هیجان والدین (n= ۱۷)<br>گروه کنترل (n= ۱۵) | آزمایش بالینی تصادفی‌شده                      | ۲ ماه       | کاهش نمرات مشکلات رفتاری کودک در هر دو مداخله. کاهش واکنش‌های غیرحمایتی مادران، کاهش تنیدگی فرزندپروری و بهبود تنظیم احساسات والدین در گروه آموزش مبتنی بر هیجان والدین. کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی و اختلال در تنظیم هیجانات کودک آموزش در گروه رفتاری والدین. |

## بحث

این پژوهش با هدف مرور نظام‌مند مداخلات روان‌شناختی برای والدین دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که به ترتیب مداخلات روان‌شناختی رفتاری، ذهن‌آگاهی، و برنامه‌های روان‌آموزی در والدین دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی بیشترین کاربرد را داشته است. آموزش رفتاری

والدین یک درمان شواهد محور است و خط اول مداخلات روانی-اجتماعی برای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی (۴۵)، به‌ویژه برای کودکان سنین پیش‌دستان (۴ تا ۵ ساله) مبتلا به این اختلال (۵۰)، به‌حساب می‌آید. هدف از این درمان این است که والدین از تکنیک‌های مدیریت رفتار استفاده کنند تا مهارت فرزندپروری، روابط والدفرزند، و مشکلات رفتاری فرزندان بهبود یابد (۵۱). این درمان از اصول یادگیری و تقویت افتراقی برای

آموزش والدین جهت مقابله با رفتارهای مشکل ساز در کودکان استفاده می کند (۴۶). درمان آموزش رفتاری والدین می تواند با سایر مداخلات نیز همراه باشد. پژوهش ها نشان داده اند که شروع درمان با آموزش رفتاری والدین و سپس دارو درمانی اثر درمانی قوی تری دارد و در کاهش نشانه های اختلال نارسایی توجه بیش فعالی کودک و بهبود شیوه فرزندپروری تأثیر دارد (۵۰). هم چنین آموزش رفتاری والدین همراه با مداخلات مبنی بر تنظیم هیجان در بهبود مشکلات رفتاری کودکان مؤثر است (۵۱). اهمیت این درمان به حدی است که به منظور کاهش مشکلات ناشی از طولانی بودن تعداد جلسات آن، در پژوهش (۴۹) فرم کوتاه شده این درمان را برای ۳ جلسه تنظیم شد. از طرفی، درمان های پزشکی برای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه بیش فعالی در سنین پیش دبستانی مناسب نیست و ممکن است منجر به سرکوب رشد شود و هم چنین این احتمال وجود دارد که والدین تحت تنیدگی، قادر به اعمال مداوم مهارت های مدیریت رفتار نباشند (۵۳). پژوهش ها نشان دادند که برنامه های فرزندپروری و فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی از مهم ترین مداخلات روان درمانی برای کودکان مبتلا به این اختلال به حساب می آید (۵۵). مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی یک رویکرد درمانی جدید برای این اختلال است و نشانه های اصلی (نارسایی توجه، بیش فعالی، و تکانش گری) آن را مورد هدف قرار می دهد و طی این مداخله فرد یاد می گیرد تا نسبت به تغییر توجه خود آگاه باشد و توجه خود را به سمت فعالیت هدف برگرداند (۵۶). این مداخله موجب تحول شناختی، بهبود توجه، و کارکرد افراد می شود (۵۳). برنامه های روان آموزی که شامل آموزش های مبنی بر نظریه رفتار برنامه ریزی شده (۲۹)، فرزندپروری مثبت (۴۰، ۴۱)، رابطه والد-فرزند (۱۷)، سطوح تنیدگی (۵۸)، مهارت های والدگری (۳۵)، مدیریت رفتار والدین و والدگری (۳۷، ۳۸) است نیز از جمله مداخلات مؤثر بر والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه بیش فعالی بودند. در این برنامه ها درباره اختلال توضیح داده می شود و مهارت های مقابله ای را به گروه هدف یاد داده می شود و این موارد تأثیر مثبتی بر نشانه های بالینی کودکان مبتلا به این اختلال دارد (۲۹). در برنامه های

آموزشی برای مدیریت والدگری، ایجاد قوانین و اهمیت تنبیه و تشویق برای رفتار هدف مورد توجه قرار می گیرد (۳۸). به طور کلی، آموزش ساختارمند والدین می تواند مدارهای عصبی دخیل در خودتنظیمی را تقویت کند (۳۷) و بدین ترتیب موجب شود که والدین با خودتنظیمی هیجانات خود، توانمندی بیشتری در کنترل شرایط داشته باشند و راهبردهای مناسبی را به کار گیرند. هم چنین یافته ها نشان داد که این مداخلات به ترتیب بیشترین تأثیر را بر کاهش تنیدگی، بهبود نشانه ها اختلال نارسایی توجه بیش فعالی، و بهبود روابط والد-فرزند و سبک فرزندپروری داشته اند. در تبیین تأثیر مداخلات رفتاری می توان به این نکته اشاره کرد که آموزش رفتاری والدین با افزایش آگاهی والدین از اختلال، تغییر دیدگاه آنها، و هم چنین آموزش تکنیک به آنها باعث می شود که والدین به اهمیت نقش خود پی ببرند و کنترل پیشایند و پیامدها را در دست داشته باشند (۴۷) و بدین ترتیب مکانیسم مقابله ای و میزان تنیدگی آنها بهبود می یابد (۴۶). دو تکنیک اساسی در آموزش رفتاری والدین شامل؛ کنترل محرک (دستکاری رفتار پیشین با ارائه دستورالعمل واضح) و تکنیک های مدیریتی (مدیریت پیامدهای رفتار با توجه کردن به رفتار مطلوب و بی توجهی به رفتار نامطلوب) است (۴۵). تکنیک های این درمان باعث می شود که کودکان احساس فشار کمی از سوی والدین خود داشته باشند و بیش فعالی کمتری نشان دهند (۴۷) و در نتیجه نشانه های اختلال نارسایی توجه بیش فعالی آنها بهبود می یابد. مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق تکنیک های بالینی باعث بهبود رابطه والد-فرزند، کاهش واکنش های شدید والدین به رفتارهای غیرطبیعی فرزندان، کاهش کشاکش های والد-فرزند، و در نهایت کاهش تنیدگی والدین می شود (۵۵). درواقع این مداخلات با افزایش شناخت والدین از اختلال نارسایی توجه بیش فعالی، کاهش نشانه های این اختلال، بهبود توجه والدین و آموزش مهارت توجه مثبت و گوش دادن به آنها، و کاهش شدت پریشانی روان شناختی مادران فرزندان مبتلا به این اختلال باعث بهبود مهارت های والدگری می شود (۵۴). باید در نظر داشت که خلق و خوی کودک و رفتار مادر بر هم اثر دارند؛ بنابراین،

تمرین‌های ذهن آگاهی برای مادران در کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی فرزندان مؤثر است و متقابلاً بهبود شرایط کودکان، موجب کاهش پریشانی مادران می‌شود (۵۴). هم‌چنین برنامه‌های روان‌آموزی در بهبود کیفیت زندگی خانواده نقش دارد، بدین‌صورت که با بحث‌های گروهی و آموزش مهارت‌های فرزندپروری به والدین، افزایش دانش و اطلاعات آنها از اختلال فرزندشان، و کاهش تنیدگی والدین، تعامل والد-فرزند بهتر می‌شود، میزان تنبیه و مجازات کاهش پیدا می‌کند، و کیفیت زندگی کودکان بهبود می‌یابد (۳۵،۴۰). مداخلات مربوط به تعاملات والد-فرزند نیز موجب کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی می‌شود و والدین هم‌چنین از طریق تحلیل رفتار بر اساس تعامل والد-کودک، تأثیر متقابل رفتار والد-کودک را بهتر درک می‌کنند و در نتیجه بهتر با رفتار کودک کنار می‌آیند. علاوه بر این، والدین یاد می‌گیرند که به میزان مناسبی از تحسین و پاداش برای تقویت رفتار کودک استفاده کنند. کاربرد این استراتژی‌ها، درگیری‌های غیرضروری بین والدین و فرزندان را کاهش می‌دهد و به کودکان در ایجاد خودتنظیمی کمک می‌کند. هم‌چنین این آموزش‌ها آگاهی والدین از هیجانات خود و فرزندانشان را افزایش می‌دهد و به آنها کمک می‌کند تا هنگام برخورد با کودکان، تفکر منطقی خود را حفظ کنند (۳۷). پژوهش‌های بررسی شده نقاط قوت زیادی دارند. بیشتر پژوهش‌ها به روش کارآزمایی بالینی اجرا شدند و حداقل یک دوره پیگیری داشتند. هم‌چنین حجم نمونه در اکثر گروه‌های پژوهشی بالا بود. افزون بر این، بسیاری از پژوهش‌ها نتیجه اثربخشی مداخلات انجام شده را نه‌تنها بر والدین، بلکه در فرزندان نیز بررسی کردند. باین‌حال، محدودیت‌هایی نیز در پژوهش‌های قبلی وجود داشت. بسیاری از آنها اختلالات همبود با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی را مورد توجه قرار ندادند. هم‌چنین به دلیل دوره‌های پیگیری کوتاه، اطلاعات کمی درباره اثربخشی طولانی‌مدت مداخلات فراهم شد. افزون‌براین، اهمیت مداخله بر گروه پدران در بیشتر موارد نادیده گرفته شد و بیشتر گروه هدف شامل مادران، والدین، و والدین با کودکان بود. بدین ترتیب، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی به اختلالات همبود با

اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی توجه داشته باشند. دوره‌های پیگیری طولانی‌تری را در نظر بگیرند تا اطلاعات بیشتری در رابطه با میزان و طول مدت اثربخشی مداخله فراهم شود. هم‌چنین به بررسی تأثیر مداخله بر پدران و گروه پدر-فرزند بپردازند تا اهمیت نقش پدران نیز برجسته‌تر شود.

### نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج پژوهش‌های بررسی شده نشان داد که مداخلات رفتاری، ذهن آگاهی، و برنامه‌های آموزش روانی با آگاه ساختن والدین از اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، تغییر دیدگاه آنها، و آموزش تکنیک‌های کاربردی می‌توانند در کاهش نشانه‌های این اختلال، کاهش پریشانی و استرس والدین، و بهبود کیفیت زندگی نقش داشته‌باشند. شناخت بیشتر و گسترده‌تر والدین از این اختلال، موجب کنترل بهتر شرایط و در نهایت بهتر شدن رابطه والد-فرزند و افزایش تعامل مثبت آنها می‌شود. گرچه پژوهش‌های پیشین به اثربخشی مداخلات بر گروه پدران و کیفیت رابطه پدر-فرزند توجه کافی نداشتند.

### سیاس‌گزاری

از کلیه هم‌راهمانی که در این پژوهش همکاری داشتند، قدردانی می‌کنیم.

### حامی مالی

ندارد.

### تعارض در منافع

وجود ندارد.

### مشارکت نویسندگان

در ایده، نگارش، و ویرایش مقاله کلیه نویسندگان مشارکت داشتند. غزاله نهاوندی در مفهوم سازی، دکتر عباسعلی حسین‌خانزاده در روش‌شناسی، دکتر عباسعلی حسین‌خانزاده در اعتبارسنجی و تحلیل رسمی، دکتر عباسعلی حسین‌خانزاده و غزاله نهاوندی در پژوهش، دکتر عباسعلی حسین‌خانزاده و غزاله نهاوندی در منابع، غزاله نهاوندی در گردآوری داده‌ها، غزاله نهاوندی در نوشتن-تهیه پیش‌نویس اصلی، دکتر عباسعلی حسین‌خانزاده و غزاله نهاوندی در نوشتن-بررسی و ویرایش، دکتر عباسعلی حسین‌خانزاده در نظارت و مدیریت پروژه سهیم هستند.

## References

1. American Psychological Association. *Publication Manual of the American Psychological Association*. 7th ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2023.
2. Harris E. *More Than 1 in 10 US Children Diagnosed with ADHD*. JAMA 2024; 331(17): 1440.
3. Nemmezi Karaca S, Uzun Cicek A, Mercan Isik C, Kanak M, Demirel G. *Evidence of the Relationship between Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Emotional Abuse in a Sample of Preschool Children*. Children's Health Care 2022; 51(3): 336-53.
4. Wannapaschaiyong P, Penphattarakul A, Rojmahamongkol P, Sutthritpongsa S. *The Relationship Between Primary Caregivers' Psychosocial Factors and Self-Esteem in Children and Adolescents with ADHD: An Exploratory Crosssectional Study*. Siriraj Med J 2023; 75(8): 584-91.
5. Tareen N, Mustafa MG, Zahid A, Yaseen M, Sarfraz S, Nasir Z. *Mental Health Problems in Parents of Children with Adhd: A Quantitative Comparative Study*. Insights-Journal of Health and Rehabilitation 2025; 3(2): 577-84.
6. Zayed A, Husni M, Montasser Mahmoud MA, Fakri M, Khan F, AlMaskati Y, et al. *Prevalence of Anxiety Symptoms among Caregivers of Children with ADHD Attending Pediatric and Speech Therapy Departments*. BMC Psychology 2025; 13(1): 510.
7. Ghadampour E, Shirazi A, Tehrani MA. *Effectiveness of Training of Mindfulness-Based Stress Reduction on Psychological Well-Being of ADHD Children's Mothers*. J Except Child 2016; 16(3): 35-48. [Persian]
8. Deault LC. *A Systematic Review of Parenting in Relation to the Development of Comorbidities and Functional Impairments in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)*. Child Psychiatry Hum Dev 2010; 41(2): 168-92.
9. Harpin VA. *The Effect of ADHD on the Life of an Individual, Their Family, And Community from Preschool to Adult Life*. Archives of Disease in Childhood. Arch Dis Child 2005; 90(suppl 1): i2-7.
10. Theule J, Wiener J, Tannock R, Jenkins JM. *Parenting Stress in Families of Children with ADHD: A Meta-Analysis*. Journal of Emotional and Behavioral Disorders 2013; 21(1): 3-17.
11. Peasgood T, Bhardwaj A, Brazier JE, Biggs K, Coghill D, Daley D, et al. *What Is the Health and Well-Being Burden for Parents Living with A Child with ADHD in the United Kingdom?* J Atten Disord 2021; 25(14): 1962-76.
12. Peasgood T, Bhardwaj A, Biggs K, Brazier JE, Coghill D, Cooper CL, et al. *The Impact of ADHD on the Health and Well-Being of ADHD Children and their Siblings*. Eur Child Adolesc Psychiatry 2016; 25(11): 1217-31.
13. Daley D, Jacobsen RH, Lange AM, Sørensen A, Walldorf J. *The Economic Burden of Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Sibling Comparison Cost Analysis*. Eur Psychiatry 2019; 61: 41-8.

14. Nicoletti C, Vidiella-Martin J. *ADHD, School Performance, and Economic Outcomes*. Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance 2025.
15. Fridman M, Banaschewski T, Sikirica V, Quintero J, Erder MH, Chen KS. *Factors Associated with Caregiver Burden among Pharmacotherapy-Treated Children/Adolescents with ADHD in the Caregiver Perspective on Pediatric ADHD Survey in Europe*. Neuropsychiatr Dis Treat 2017; 13: 373-86.
16. Ruiz-Goikoetxea M, Cortese S, Aznarez-Sanado M, Magallon S, Zallo NA, Luis EO, et al. *Risk of Unintentional Injuries in Children and Adolescents with ADHD and the Impact of ADHD Medications: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Neurosci Biobehav Rev 2018; 84: 63-71.
17. Mahmoodi N, Mousavi R. *The Effectiveness of Group Interventions Based on Parent-Child Relationship on Promoting Child-Rearing in Parents of Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Aged 6-11 Years*. Medical Science 2019; 23(95): 12-8.
18. Heath CL, Curtis DF, Fan W, McPherson R. *The Association between Parenting Stress, Parenting Self-Efficacy, and the Clinical Significance of Child ADHD Symptom Change Following Behavior Therapy*. Child Psychiatry & Human Development. 2015; 46(1): 118-29.
19. Biondic D, Wiener J, Martinussen R. *Parental Psychopathology and Parenting Stress in Parents of Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*. J Child Fam Stud. 2019; 28(8): 2107-19.
20. Gordon CT, Hinshaw SP. *Parenting Stress as A Mediator between Childhood ADHD and Early Adult Female Outcomes*. J Clin Child Adolesc Psychol 2017; 46(4): 588-99.
21. Maniadaki K, Sonuga-Barke E, Kakouros E, Karaba R. *Maternal Emotions and Self-Efficacy Beliefs in Relation to Boys and Girls with AD/HD*. Child Psychiatry Hum 2005; 35(3): 245-63.
22. Bogels SM, Lehtonen A, Restifo K. *Mindful Parenting in Mental Health Care*. Mindfulness 2010; 1(2): 107-20.
23. Sonuga-Barke EJ. *'It's the Environment Stupid!' On Epigenetics, Programming and Plasticity in Child Mental Health*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2010; 51(2): 113-5.
24. Shah R, Grover S, Avasthi A. *Clinical Practice Guidelines for the Assessment and Management of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Indian J Psychiatry 2019; 61(Suppl 2): 176-93.
25. Ma JL, Lai KY, Wan ES. *Multifamily Group Intervention for Chinese Parents and their Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in a Chinese Context*. Social Work with Groups 2017; 40(3): 1-17.
26. Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. *Parent Training Interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children Aged 5 to 18 Years*. Cochrane Database Syst Rev 2011; 2011(12): CD003018.
27. Storebø OJ, Rasmussen PD, Simonsen E. *Association Between Insecure Attachment And ADHD: Environmental Mediating Factors*. J Atten Disord 2016; 20(2): 187-96.
28. Dehghani-Arani F, Besharat MA, Fitton VA, Aghamohammadi A. *Efficacy of An Attachment-Based Intervention Model on Health Indices in*

- Children with Chronic Disease and their mothers.* Adm Policy Ment Health 2018; 45(6): 900-10.
29. Bai GN, Wang YF, Yang L, Niu WY. *Effectiveness of a Focused, Brief Psychoeducation Program for Parents of Adhd Children: Improvement of Medication Adherence and Symptoms.* Neuropsychiatric Dis Treat 2015; 2721-35.
30. Corkum P, Bessey M, McGonnell M, Dorbeck A. *Barriers to Evidence-Based Treatment for Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.* ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders 2015; 7(1): 49-74.
31. Sonuga-Barke EJ, Thompson M, Abikoff H, Klein R, Brotman LM. *Nonpharmacological Interventions for Preschoolers with ADHD: The Case for Specialized Parent Training.* Infants & Young Children 2006; 19(2): 142-53.
32. Larsen LB, Daley D, Lange AM, Sonuga-Barke E, Thomsen PH, Rask CU. *Effect of Parent Training on Health-Related Quality of Life in Preschool Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Secondary Analysis of Data from A Randomized Controlled Trial.* JAACAP Open 2021; 60(6): 734-44.
33. Shimabukuro S, Oshio T, Endo T, Harada S, Yamashita Y, Tomoda A, Guo B, Goto Y, Ishii A, Izumi M, Nakahara Y. *A Pragmatic Randomised Controlled Trial of The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Well Parent Japan in Routine Care in Japan: The Training and Nurturing Support for Mothers (TRANSFORM) Study.* J Child Psychol Psychiatry 2024; 65(12): 1624-37
34. Barkley RA. *Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training.* 3ed. Guilford press; 2013; 49.
35. Shah R, Sharma A, Grover S, Sachdeva D, Chakrabarti S, Avasthi A. *Development and Effectiveness of Parent Skills Training Intervention for Indian Families Having Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD).* Asian J Psychiatry 2021; 64: 102762.
36. Barkley RA, Murphy KR. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook.* 2nd. The Guilford Press; 2006; 17.
37. Feng M, Xu J, Zhai M, Wu Q, Chu K, Xie L, et al. *Behavior Management Training for Parents of Children with Preschool ADHD Based on Parent-Child Interactions: A Multicenter Randomized Controlled, Follow-Up Study.* Behav Neurol 2023; 2023(1): 3735634.
38. Asadi-Samani H, Ghalenoei M, Mousavizadeh SN, Nasiri M. *The Effect of Parental Management Training Program on Anxiety and Depression of Parents of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder.* Original Research. Scientific Publications 2025; 16(1): 23-33.
39. Aghebati A, Gharraee B, Shoshtari MH, Gohari MR. *Triple P-Positive Parenting Program for Mothers of ADHD Children.* Iran J Psychiatry Behav Sci 2014; 8(1): 59-65.
40. Kousha M, Kakrodi MA. *Can Parents Improve the Quality of Life of their Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder?* Iran J Psychiatry 2019; 14(2): 154-59.

41. Jalilvand M, Bagheri F, Nikmanesh Z. *The Influence of Positive Parenting Training on Improving Behavioral Function and Impulsivity in Children Suffering from Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Int J Med Toxicol Forensic Med 2021; 12(1): 35740.
42. Lai KY, Ma JL, Xia LL. *Multifamily Therapy for Children with ADHD in Hong Kong: The Different Impacts on Fathers and Mothers*. J Atten Disord 2021; 25(1): 115-23.
43. Asen E, Scholz M. *Multi-Family Therapy: Concepts and Techniques*. 1<sup>st</sup> ed. Routledge; 2010: 45.
44. Mehri M, Chehrzad MM, Maleki M, Kousha M, Akhlaghi E, Mardani A. *The Effect of Behavioral Parent Training of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder on Parents' Mental Health*. Neurology, Psychiatry and Brain Research 2020; 37: 53-9.
45. Hornstra R, Onghena P, van den Hoofdakker BJ, van der Veen-Mulders L, Luman M, Staff AI, et al. *Components of Behavioral Parent Training for Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Series of Replicated Single-Case Experiments*. Behav Modification 2023; 47(5): 1042-70.
46. Vaidyanathan S, Chandrasekaran V, Kandasamy P. *Comparison of Brief Group Behavioural Parent Training with Individual Parent Training for Preschool Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Randomized Feasibility Study*. Early Intervention in Psychiatry 2023; 17(12): 1162-71.
47. Marquet-Doleac J, Biotteau M, Tardy M, Broquere M, Marizy E, Faure-Marie N, Lafin N, Dejean S, Chaix Y. *PENDAH Program for Parents with Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. French Adaptation of a Behavioral Parent Training Group: Pilot Study*. Child Neuropsychol 2024; 30(8): 1234-59.
48. Ishii-Takahashi A, Hamada J, Yamaguchi R, Kawahara T, Mukai T, Gustavo S, et al. *Efficacy of Behavioural Parent Training on Attachment Security in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Randomised Controlled Trial*. Trials 2024; 25(1): 656.
49. Nijboer M, van Doornik R, Groenman AP, Van der Oord S, Hornstra R, van den Hoofdakker B, Dekkers TJ. *Innovations in Practice: Brief Behavioral Parent Training for Children with Impairing ADHD Characteristics—A Pilot Study*. Child and Adolescent Mental Health 2025; 30(1): 83-8.
50. Lui JH, Chronis-Tuscano A, Almirall D, Whitlock KB, French W, Stein MA. *Sequencing Stimulant Medication and Behavioral Parent Training in Multiplex ADHD Families: A Pilot SMART*. J Clin Psychiatry 2025; 86(1): 24m15463.
51. Zargarinejad G, Shortt JW, Eddy JM, Ebadi Zare S, Gharraee B, Farahani H. *A Randomized Clinical Trial Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused and Behavioral Parent Training in Families of School-aged Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Child Psychiatry Hum Dev 2025; 1-6.

52. Anderson SB, Guthery AM. *Mindfulness-Based Psychoeducation for Parents of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An Applied Clinical Project*. J Child Adolesc Psychiatr Nurs 2015; 28(1): 43-9.
53. Lo HH, Wong SY, Wong JY, Wong SW, Yeung JW. *The Effect of a Family-Based Mindfulness Intervention on Children with Attention Deficit and Hyperactivity Symptoms and their Parents: Design and Rationale for A Randomized, Controlled Clinical Trial (Study Protocol)*. BMC psychiatry 2016; 16(1): 65.
54. Abou-Abdou S, Soltan M, Ali S, Abed Elmenem H. *Mindfulness Based Intervention Program for Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS) 2018; 7(5): 39-49.
55. Behbahani M, Zargar F, Assarian F, Akbari H. *Effects of Mindful Parenting Training on Clinical Symptoms in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Parenting Stress: Randomized Controlled Trial*. Iran J Med Sci 2018; 43(6): 596-604.
56. Bögels SM, Oort FJ, Potharst E, Van Roosmalen R, Williams JM, de Bruin EI. *Family Mindfulness Training for Childhood ADHD: Short-And Long-Term Effects on Children, Fathers and Mothers*. Mindfulness. 2021; 12(12): 3011-25.
57. Dose C, Hautmann C, Buerger M, Schuermann S, Woitecki K, Doepfner M. *Telephone-Assisted Self-Help for Parents of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Who Have Residual Functional Impairment Despite Methylphenidate Treatment: A Randomized Controlled Trial*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2017; 58(6): 682-90.
58. Gümüs F, Ergün G, Dikeç G. *Effect of Psychoeducation on Stress in Parents of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Controlled Study*. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2020; 58(7): 34-41.