

میزان اثربخشی آموزش والدینی بارکلی بر خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم توجهی

بیش‌فعالی

ساناز یغمایی^۱

مختار ملک‌پور^۲

امیر قمرانی^۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش والدینی بارکلی بر خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی انجام گرفت. **روش:** روش پژوهش حاضر، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل والدین دارای کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی دوره دبستان شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و گمارش تصادفی استفاده شد. بدین صورت که از بین والدین دارای کودکان اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، تعداد ۴۰ والد به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند. والدین حاضر در گروه آزمایش مداخله درمانی را طی دو ماه در ۱۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه کم‌توجهی بیش‌فعالی (کانرز، ۱۹۹۷) و پرسشنامه خودکنترلی (کندال ویلکاکس، ۱۹۷۹) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل کواریانس توسط نرم‌افزار آماری SPSS²³ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش والدینی بارکلی بر خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی تأثیر معناداری داشته است ($p < 0.001$). به این صورت که این آموزش توانسته بود منجر به بهبود خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی شود. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که آموزش والدینی بارکلی می‌تواند با اصلاح الگوی تعاملی و فرزندپروری والدین کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، به عنوان یک روش کارآمد جهت بهبود خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی مورد استفاده گیرد.

کلیدواژه‌ها

اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، آموزش والدینی بارکلی، خودکنترلی

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد، یزد، ایران

۲. نویسنده مسئول: استاد گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
mokhtarmalekpour@yahoo.com

۳. عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۹۷/۹/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۸/۲/۲

مقدمه

پیش‌دبستانی و مراقبان آنها ایجاد می‌کند (گرازیانو و گارسیا^۹، ۲۰۱۶).

از ویژگی‌های شناختی این اختلال می‌توان به اشکال در بازداری رفتاری (سمرودکلیکمن، استینگارد، فیلیپک، بیدرمن، بکن و رنشاو^۸، ۲۰۰۰)، کارکرد اجرایی (کافمن و هالاها^{۱۰}، ۲۰۰۹)، رفتارهای هدفمند مداوم، مهارت‌های سازشی (بوسینگ، گری، میلز و گارون^{۱۱}، ۲۰۰۷) و رفتارهای اجتماعی نامطلوب اشاره کرد. والدین با مشاهده رفتار آنها نگران وضع موجود می‌شوند و بیم آن دارند که با اعمال بدون فکر کودک، مشکلاتی برای خانواده بوجود آید. خانواده‌ها و معلمان پیوسته بیان کرده‌اند که کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، مشکلات عملکرد تحصیلی و اجتماعی از خود نشان می‌دهند (دیوید و گاستپار^{۱۱}، ۲۰۰۵). علاوه بر این، یکی از مشکلات جدی که کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی با آن مواجه هستند، خودکنترلی^{۱۲} ضعیف این کودکان است (برجلی، علیزاده، احدی، فرخی، سهرابی و محمدی، ۱۳۹۳؛ پاتروس، آلدرسون، هادک، تارل و لیا^{۱۳}، ۲۰۱۷). کنترل خود عبارت است از مدیریت فرد بر رفتار و یادگیری خود. اصطلاح کنترل خود یا خویش‌داری، به طور معمول برای توانایی مهار رفتار تکانشی از طریق مهار امیال فوری کوتاه مدت به کار برده می‌شود (گیلمور، کاسکلی و هیز^{۱۴}، ۲۰۰۳؛ فریز و هافمن^{۱۵}، ۲۰۰۹). برترمز^{۱۶} (۲۰۱۲) خودکنترلی را به عنوان یک توانایی دانسته و آن را ظرفیت سرشت افراد در نادیده گرفتن یا تغییر دادن تمایلات در پاسخ به حالت غالب آنها تعریف می‌کند. برای این که فرد بتواند رفتارش را کنترل کند، باید این نکته که او عامل علی یک رفتار است، درک کند و متوجه باشد که رفتار و پیامد آن حاصل عملی است که او تا حدی می‌تواند بر آن کنترل داشته باشد (مک‌درموت، واتکینز، روین، ریکون^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۹). نارسایی خودکنترلی نشانگر ناتوانی در تفکر در

امروزه اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات رفتاری در بین دانش‌آموزان به ویژه در سنین دبستان محسوب می‌شود که معمولاً نشانه‌های آن در اوایل زندگی کودک ظاهر می‌شوند و اغلب نشانه‌های آن تا پایان کودکی و نوجوانی و در هفتاد درصد از موارد تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (اصلی‌آزاد، فرامرزی، عارفی، فرهادی و فکار، ۱۳۹۳؛ صمدی و صمدی، ۱۳۹۷؛ کات، کراول، هینز و استنر^۲، ۲۰۱۸). این کودکان معمولاً از تکالیفی که به تلاش فکری و تمرکز حواس نیاز دارند به شدت متنفرند و رویدادهای محیطی حواس آنها را به راحتی پرت می‌کند. در صورتی که این اختلال در دوران کودکی درمان نشود ممکن است با اختلالات دیگری مانند نافرمانی، لجبازی، اختلال سلوک و همچنین اضطراب و افسردگی همراه شود (علوی‌هراتی، نیکنام و حسینیان، ۱۳۹۷؛ تاندون و پرگیتا^۳، ۲۰۱۷؛ مگنن و مارس^۴، ۲۰۱۷). اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی نوعی سندرم عصب شناختی است که معمولاً با ویژگی‌های تکانشی بودن، حواس‌پرتی و بیش‌فعالی مشخص می‌شود (هاوکی، تیلمان لابی و بارچ^۵، ۲۰۱۸). مطابق با پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۶ این اختلال باید حداقل در دو زمینه وجود داشته باشد و باید عملکرد فرد را با توجه به میزان رشد، در زمینه‌های اجتماعی، تحصیلی و شغلی مختل کرده باشد و نباید در حضور اختلال فراگیر رشد، اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک نباید مطرح شود و نیز یک اختلال روانی دیگر، توجیه بهتری برای آن نباشد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵). این اختلال از جمله اختلال‌های رفتاری مهمی است که آسیب‌های شخصی و اجتماعی قابل توجهی ایجاد می‌کند و همچنین آشفته‌گی‌های هیجانی معناداری را برای کودکان

9. Kaffman and Hallahan
10. Bussing, Gary, Mills and Garvan
11. Davids and Gastpar
12. Self-control
13. Patros, Alderson, Hudec, Tarle and Lea
14. Gilmore, Cuskelly and Hayes
15. Friese and Hofmann
16. Bertrams
17. McDermott, Watkins, Rovine and Rikoon

1. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
2. Keute, Krauel, Heinze and Stenner
3. Tandon and Pergjika
4. Magnin and Maurs
5. Hawkey, Tillman, Luby and Barch
6. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM- V)
7. Graziano and Garcia
8. Semrud-Cliekman, Steingard, Filipek, Biederman, Bekken and Renshaw

حاجی سیدجوادی، برجعلی و برجعلی، ۱۳۹۲؛ عابدی، سیدقلعه و بهرامی‌پور، ۱۳۹۶)، بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای ناتوانی (علیزاده‌فرد، محتشمی و تدریس تبریزی، ۱۳۹۵)، بهبود سلامت روان مادران دارای کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی (کدخدایی، احمدی و عابدی، ۱۳۹۶)، کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک (گودرزی، هاشمی و تقوی، ۱۳۹۷)، بهبود رضایت و کارآمدی و حس کلی صلاحیت والدین و کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان (کدخدایی، احمدی و عابدی، ۱۳۹۶)، کاهش مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال رفتاری برونی‌سازی شده (رینو و مک‌گراث^{۲۷}، ۲۰۱۰)، بهبود تنظیم هیجان کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی (لیو^{۲۸}، ۲۰۱۲)، بهبود علائم بالینی و روان‌شناختی کودکان و نوجوانان آسیب‌پذیر (لورن، کوانسچ، رابینسون، مک‌کوی و مک‌نیل^{۲۹}، ۲۰۱۸) مورد آزمون و تایید قرار گرفته است.

ضرورت و اهمیت این تحقیق در این است که با آموزش به موقع و مداخله به جای والدین، مشکلات حاصل از اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی می‌تواند به حداقل رسیده و از آسیب‌های طولانی مدت جلوگیری شود. علاوه بر این فرایند توجه به سلامت روان کودکان امری اجتناب‌ناپذیر است. چرا که این گروه از جامعه در آینده نزدیک، می‌بایست به ایفای نقش اجتماعی و شغلی پردازند و آسیب‌پذیری روان‌شناختی آنان سبب می‌شود آن‌ها نتوانند کارکرد اجتماعی، روان‌شناختی و تحصیلی مناسب را از خود بروز دهند که این فرایند نشان از ضرورت انجام پژوهش حاضر دارد. بنابراین با توجه به موضوعات مطروحه و تحقیقات انجام یافته در مورد تاثیر آموزش والدینی بارکلی بر بهبود مشکلات روان‌شناختی، هیجانی و رفتاری، و از سوی دیگر با توجه به خلا پژوهشی در حوزه انجام پژوهشی با عنوان تاثیر آموزش والدینی بارکلی بر خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، هدف پژوهش حاضر

مورد پیامد رفتار است. تفکر در مورد پیامد، ولی عمل بر اساس خشنودی آنی به رفتار بدون پیش‌بینی منجر می‌شود. فقدان خودکنترلی ممکن است پیامدهای منفی برای سلامت روان افراد داشته باشد (کوپر، کولیر، ورونیکا و هاوکی^{۱۸}، ۲۰۱۰).

تاکنون درمان‌های گوناگونی جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی، رفتاری، هیجانی، ارتباطی، اجتماعی و تحصیلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی ارائه شده‌اند که این درمان‌ها در دو طبقه عمده درمان‌های روانی-اجتماعی و دارویی قرار دارند. در حوزه درمان‌های روانی-اجتماعی، درمان آموزش والدین^{۱۹} بخشی ضروری از مداخلات درمانی محسوب می‌گردد (بل^{۲۰}، ۲۰۱۱؛ کان، اسزیلاگی، آلپرت-گیلیس، وبستر-استراتون، مانلی^{۲۱} و همکاران، ۲۰۱۸). در این نوع درمان، برنامه اصلاح رفتار کودک در محیط طبیعی منزل و توسط والدین که بیشترین تعامل را با او دارند، اجرا می‌گردد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این آموزش‌ها منجر به کاهش نشانه‌های اصلی این اختلال می‌شود. این برنامه با بکارگیری ابعاد ارتباط موثر، سیستم پاداش و تقویت و مذاکره، تعامل ناکارآمد والدین با کودکان را بازسازی می‌کند (دالی، کزید، اکسانتیو و بروان^{۲۲}، ۲۰۰۷؛ گراد و آناستاپولوس^{۲۳}، ۲۰۰۵). همچنین بهبود مشکلات رفتاری، روابط دلبستگی مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای کلاسی کودک را به همراه دارد (بارکلی^{۲۴}، ۲۰۰۵). تحقیقات، اظهار می‌دارند که این نوع درمان، استرس والدین^{۲۵} این کودکان را کاهش می‌دهد و اعتماد به نفس آنها را افزایش می‌دهد (آناستاپولوس و شافر^{۲۶}، ۲۰۰۱). نتایج پژوهش‌های پیشین نشان داده است که روش آموزش والدینی بارکلی می‌تواند منجر به کاهش علائم و مشکلات روان‌شناختی و هیجانی کودکان و نوجوانان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی شود. چنانکه تاثیر این روش بر بهبود حافظه فعال کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی (حسین‌زاده ملکی، مشهدی، سلطانی‌فر، محرری و غنایی چمن‌آباد، ۱۳۹۲)، کاهش علائم اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی

24. Barkley
25. Parent tress
26. Shaffer
27. Reyno and McGrath
28. Liu
29. Lauren, Quetsch, Robinson, McCoy and McNeil

18. Cooper, Collier, Veronica and Hawkey
19. Parent training
20. Bell
21. Conn, Szilagy, Alpert-Gillis, Webster-Stratton and Manly
22. Daly, Creed, Xanthopou and Brown
23. Gerrard and Anastopoulos

بررسی اثربخشی آموزش والدینی بارکلی بر خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی است.

روش

روش پژوهش حاضر، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. متغیر مستقل آموزش والدینی بارکلی و متغیر وابسته خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی ۶ تا ۱۱ ساله بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل والدین کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی (نوع مختلط) دوره دبستان شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و گمارش تصادفی استفاده شد. بدین صورت که در ابتدا از بین ۶ ناحیه آموزش و پرورش شهر اصفهان، سه ناحیه به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس از هر ناحیه ۱۰ مدرسه به طور تصادفی انتخاب شدند. سپس پرسشنامه کانرز فرم معلمان بین معلمان این مدارس توزیع گردید و طبق نتیجه آن ۱۱۰ نفر از دانش‌آموزانی که نمره بالاتری در این آزمون گرفته بودند (نمره بالاتر از ۶۵ و یا بدست آوردن میانگین نمره ۱/۵ یا بالاتر در این آزمون نشان دهنده وجود اختلال است)، مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی تشخیص داده شدند. جهت تأیید نمرات پرسشنامه، محقق نیز به مشاهده بالینی کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی پرداخت و از طریق این مشاهده مشخص شد که این کودکان نسبت به سایر کودکان از پرتحرکی و مشکل کم‌توجهی بیشتری برخوردار هستند. از میان ۱۱۰ دانش‌آموز، ۵۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب گردیدند و در دو گروه ۲۵ نفری آزمایش و کنترل به صورت تصادفی گمارده شدند. سپس از والدین این دانش‌آموزان جهت شرکت در پژوهش دعوت شد. روند اجرا نیز بدین صورت بود که یکی از والدین در جلسه آموزشی حضور یافته و سپس از ضبط محتوای جلسه آموزشی، آن را با همسر خود در میان گذاشته و تمرین می‌کردند تا در روند اجرای آموخته‌های حاصل از آموزش والدینی بارکلی بین آنها هماهنگی وجود داشته باشد. در طول انجام تحقیق ۵ نفر از گروه آزمایش به دلیل سهل‌انگاری در حضور جلسات درمان حذف شدند. لذا برای برقراری

تناسب میان گروه کنترل و آزمایش ۵ نفر نیز به صورت تصادفی از گروه کنترل خارج شدند. دلیل انتخاب ۲۰ نفر برای هر گروه، رجوع به منابع علمی مربوطه بود. سپس گروه آزمایش مداخله آموزش والدینی بارکلی را به شکل گروهی در ۱۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هر هفته دو جلسه) در طول دو ماه دریافت نمود، در حالی که گروه کنترل در طول انجام فرایند پژوهش از دریافت این مداخله بی‌بهره بود. پس از اتمام جلسات آموزشی، باز اعضای هر دو گروه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند (پس‌آزمون). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن فرزند مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، برخورداری از سلامت جسمی و روان‌شناختی، حداقل تحصیلی سیکل و تمایل به حضور در پژوهش بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت در دو جلسه آموزشی و عدم همکاری، انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و بروز مشکل پیش-بینی نشده بود. لازم به ذکر است که مداخلات آموزشی در محل آموزشگاه سجاد توسط نویسنده اول پژوهش با نظارت و راهنمایی مستقیم نویسنده مسئول مقاله اجرا شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزار زیر استفاده شد.

۱. پرسشنامه خودکنترلی: پرسشنامه خودکنترلی در سال ۱۹۷۹ توسط کندال و ویلکاکس^{۳۰} در دانشگاه مینه‌سوتا ساخته شده است و شامل ۳۳ سوال می‌باشد که ۱۰ سوال آن مربوط به خودکنترلی (سوالات ۱-۳-۵-۸-۹-۱۱-۱۲-۲۳-۳۱-۳۲)، ۱۳ سوال آن مربوط به تکانشگری (سوالات ۱۰-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۲۰-۲۱-۲۲-۲۴-۲۵-۲۸-۳۰) و ۱۰ سوال آن نیز مربوط به هر دو (تکانشگری- خودکنترلی) (سوالات ۲-۴-۶-۷-۱۸-۱۹-۲۶-۲۷-۲۹-۳۳) می‌باشد. سوالات این آزمون به صورت مثبت و منفی می‌باشد و دارای یک مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای می‌باشد که نمره یک از سوالات مثبت نشان‌دهنده حداکثر خودکنترلی و نمره هفت نشان‌دهنده حداقل خودکنترلی است و در سوالات منفی کاملاً برعکس است. دامنه نمرات از ۳۳ تا ۲۳۱ در نوسان است که هرچه نمره کودک به ۲۳۱ نزدیکتر باشد دارای خودکنترلی کمتری است. ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ

لازم به ذکر است که جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت والدین برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه کنترل اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت، بر روی گروه‌های آزمایش مداخله آموزشی والدینی بارکلی مطابق با جدول یک انجام شد، در حالی که گروه کنترل این مداخله را دریافت نکردند.

شیوه اجرای پژوهش

پس از تعیین اهداف پژوهش، در آغاز آموزش، شرکت‌کنندگانی که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، پرسشنامه‌های پژوهش را به منظور اجرای پیش‌آزمون، تکمیل نمودند و نمرات به صورت تصادفی به دو گروه گمارش شدند. پس از آن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به مدت ۱۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت آموزش آموزشی والدینی بارکلی قرار گرفتند. برای گروه کنترل در این مدت، هیچگونه مداخله‌ای صورت نگرفت. در پایان جلسات، شاخص‌هایی که در پیش‌آزمون ارزیابی شده بودند مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. اعتبار این برنامه در پژوهش حسین‌زاده مکی، مشهدی، سلطانی‌فر، محرری و غنایی چمن‌آباد (۱۳۹۲) مورد بررسی و تایید شده است.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و همچنین از تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS^{۲۳} مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

۰/۹۸ و با استفاده از روش با آزمایی ۰/۸۴ محاسبه گردیده است، که در حد قابل قبولی است (کندال و ویلکاکس، ۱۹۷۹). از طرفی پایایی و روایی محتوایی این پرسشنامه توسط موری^{۳۱} (۲۰۰۲) مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین پایایی این آزمون در پژوهش قدم‌پور، رحیمی‌پور و زنگی‌آبادی (۱۳۹۵) با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی نمونه‌ای از کودکان شهر خرم آباد ۰/۸۱ محاسبه گردید. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ محاسبه گردید.

۲. پرسشنامه کانرز معلمان: پرسشنامه کانرز معلمان توسط بروک و کلینتون^{۳۲} (۲۰۰۷) برای تشخیص کودکان مبتلا اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی تهیه گردید. این پرسشنامه شامل ۲۶ سوال است و در مورد هر آزمودنی قبل و بعد از اجرای برنامه، توسط معلمان تکمیل می‌گردد. نمره‌دهی سوالات با استفاده از مقیاس چهار نمره‌ای لیکرت (اصلاً، تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد: نمره یک تا ۴) انجام می‌پذیرد. در مقیاس بیش‌فعالی حداقل نمره ۱۵ و حداکثر نمره ۶۰ و در مقیاس کم‌توجهی حداقل نمره ۱۱ و حداکثر نمره ۴۴ است. حداقل نمره کل پرسشنامه ۲۶ و حداکثر نمره ۱۰۴ است. این ابزار به عنوان رایج‌ترین مقیاس اندازه‌گیری شدت علائم اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی به کار می‌رود. در پژوهش شهیم، مهرانگیز و یوسفی (۱۳۸۶) ضریب پایایی بازآزمایی برای نمره کل ۰/۸۵ و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۶ به دست آمد که حکایت از اعتبار آزمون دارد. هم‌چنین روایی محتوایی این آزمون در پژوهش شهیم، مهرانگیز و یوسفی (۱۳۸۶) مطلوب گزارش شده است. علاوه بر این در پژوهش درتاج و محمدی (۱۳۸۹) حساسیت این آزمون ۹۵ درصد و ویژگی این آزمون ۹۰ درصد می‌باشد. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس بیش‌فعالی ۰/۸۸، برای مقیاس کم‌توجهی ۰/۹۱ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۹۰ محاسبه گردید.

32. Brock and Clinton

31. Murray

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش والدینی بارکلی

| جلسات | شرح جلسه |
|---------|--|
| اول | تعریف اختلال کم توجهی بیش فعالی به منظور آشنایی والدین با این اختلال و علایم آن و بررسی برداشت‌های اشتباه درباره اختلال کم توجهی بیش فعالی و همچنین بررسی مشکلات دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کم توجهی بیش فعالی. |
| دوم | آموزش اطاعت و پیروی از دستورات به فرزند و استفاده از دستورات بگیر و بیاور (زمان بیکاری از فرزند بخواهند کارهای جزئی و با تلاش برای آنها انجام دهد. هر زمان فقط یک کار و تقویت کلامی بعد از انجام کار). |
| سوم | به والدین توصیه شد که دستورالعمل‌های واضحی به کودک بدهند و آنها را به بخش‌های کوچک و با وقفه‌های متعدد تقسیم کنند. روش‌های تفکر و حل مسأله را عینی و ملموس کنند. در زمان دادن دستورالعمل روبه روی کودک بنشینند و به چشم‌های کودک نگاه کنند. کار یا تکلیف را به گونه‌ای سازمان دهی کنند که برای کودک جذاب‌تر و برانگیزاننده‌تر باشد. |
| چهارم | از والدین خواسته شد که محیط و شرایط پیرامون را به گونه‌ای تدارک ببینند که عوامل حواس‌پرتی در آنها به حداقل برسد و به کودک کمک کنند که توجه خود را بر آنچه اهمیت دارد متمرکز کند. |
| پنجم | دادن بازخورد و پاداش فوری به کودک بعد از انجام تکلیف یا پیروی از قواعد، استفاده از سیستم ژتون، والدین بر یک یا دو رفتار اجتماعی که دوست دارند در تعامل روزانه کودک با همسالانش بیشتر بروز یابد تمرکز کنند. مثلاً رفتارهایی نظیر سهیم شدن با دیگران، در نوبت ایستادن، از جای خود بلند نشدن... و بعد از پیروی از آنها به کودک ژتون دهند. |
| ششم | یادآوری زمان به کودک بخاطر توجه بیشتر به اطراف و حساس شدن کودک به گذشت زمان و یادآوری نکات مهم، در زمینه عملکرد کودک. |
| هفتم | رفتارهای کودک را از کامروایی و لذت آبی به سمت اهداف آینده هدایت کنند و آینده‌نگری را در آنها پرورش دهند، به کودک آموزش صبر داده شود. مثلاً از آنها خواسته شد که به کودکان خود برای دریافت ژتون و پاداش حق انتخاب دهند، بدین صورت که اگر اکنون ژتون را دریافت کند یک کارت به او می‌دهید ولی اگر چند ساعت آینده ژتون را برای کار مفیدش دریافت کند دو عدد کارت به او می‌دهید. |
| هشتم | تشویق فرزند خود به منظور دعوت همکلاسی‌ها، پس از مدرسه و یا آخر هفته‌ها به خانه. در این مورد از والدین خواسته شد بر کودکانی متمرکز شوند که علایق مشترکی با فرزندشان دارند. برای بازی‌های آنها برنامه‌ریزی کنید که هدف و ساختار مشخصی داشته باشند. بازی‌ها با چهارچوب و نظارت بزرگسالان باشد. |
| نهم | پایش رفتار فرزند در هنگام بازی با همسالان و تشویق کردن مهارت و رفتار مثبت جدید کودک و دادن ژتون به او در وقت استراحت و یا پایان بازی. در حین بازی کودکان، اگر علایم خصومت و کتک‌کاری و بازی‌های خشن از جانب والدین دیده شد، بازی متوقف شود (برای منحرف کردن ذهن کودک به کودکان استراحت کوتاهی داده شود تا خوراکی خوشمزه بخورند. محل بازی را عوض کرده و یا از آنها خواسته شود که مسأله را بازگو کنند که بجای رویارویی با یکدیگر توجه هر دو کودک به سمت والد جلب شود). |
| دهم | کنترل کردن احساسات و عواطف منفی خود در خانه و جلوگیری در رخ دادن هرگونه رفتار پرخاشگرانه و نامطلوب توسط اعضای خانواده، پایش برنامه‌های تلویزیون و حذف تماشای برنامه‌های تلویزیونی خشن و یا بلافاصله بعد از تماشای اتفاقی آن، به رفتار خشونت‌آمیز و نامناسب بودن آن اشاره شود. |
| یازدهم | مرور جلسات قبلی و جوابگویی به سوالات والدین. تأکید بر ثبات و هماهنگی در عملکرد والدین، برای مدیریت رفتار فرزند. به والدین توصیه شد که به فرزند، نحوه برخورد در زمان مواجه شدن با آزار و تمسخر از جانب همسالان را آموزش دهند (واکنش انطباقی: در موقعیتی که کودک مورد تمسخر و استهزا قرار می‌گیرد، لبخند بزند و آن را تبدیل به یک طنز یا شوخی کند بجای موقعیت خشونت‌آمیز و پذیرفتن اشتباهات) |
| دوازدهم | بررسی مهارت‌های اجتماعی جدید در هفته و توضیح مهارت‌های جدیدی که دوست دارند فرزندشان انجام دهد و بازسازی موقعیت برخورد با همسالان برای کودک و از فرزند بخواهند تا مهارت‌ها را تمرین کند و سپس کودک را برای انجام دادن رفتارهای مناسب تشویق کنند. قبل از برخورد با همسالان مهارت‌ها را به کودک یادآوری کنند. |
| سیزدهم | فیلم گرفتن از تعاملات فرزند با همسالان و یا خواهر و برادرش به دور از چشم کودک و بدون جلب توجه و مرور آنها با کودک در محیط و زمان دیگر آگاه کردن فرزند از چگونگی رفتارش در موقعیت‌های مختلف و اشاره به موارد مثبت رفتارش (عدم خودآگاهی کودک دارای اختلال کم توجهی بیش فعالی از رفتار اجتماعی). |

| | |
|---------|---|
| چهاردهم | محدود کردن ارتباط کودک را با همبازی‌های پرخاشگر و یا کودکانی که از لحاظ اجتماعی طرد شده اند. کودکان را تشویق کنند که با کودکانی وارد ارتباط شوند و آنها را به خانه دعوت کنند که الگویی مثبت از روابط با همسالان هستند. رابطه‌های کودکان با همسالان، به دور از رقابت باشد تا موجب برانگیختگی هیجانی کودک نشود و در او ایجاد سرخوردگی نکند. |
| پانزدهم | از والدین خواسته شد که بر تکالیف یادگیری همکاری محور تأکید کنند. این تکالیف شامل گروه کوچکی از کودکان می‌شود که تکلیفی را به صورت تیمی برای دستیابی به هدفی مشترک انجام می‌دهند. به هر کودک در این گروه‌ها یک وظیفه خاص بدهند، که انجام آن وظیفه برای رسیدن به هدف گروهی ضروری است. در نهایت تمامی مطالب جمع‌بندی شد. |

یافته‌ها

مربوط به سطح تحصیلی لیسانس بود (۴۸ درصد) بود. علاوه بر این بیشتر شرکت‌کنندگان در پژوهش مادران بودند (تعداد ۳۴ نفر: ۸۴ درصد). ابتدا به بررسی یافته‌های توصیفی پژوهشی پرداخته می‌شود.

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی بیانگر آن بود که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۳۵ تا ۴۴ سال بودند که در این بین میانگین و انحراف معیار سن آن‌ها $3/23 \pm$ سال بود. همچنین بیشترین میزان سطح تحصیلات

جدول ۲. نتایج آمار توصیفی خودکنترلی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| متغیرها | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|-------------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| گروه آزمایش | ۱۲۹/۰۵ | ۹/۳۴ | ۱۰۴/۷۵ | ۹/۶۲ |
| گروه کنترل | ۱۲۶/۴۵ | ۱۰/۷۷ | ۱۲۷/۲۰ | ۱۰/۹۷ |

این یافته می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). همچنین باید اشاره کرد که در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون، نتایج نشان داد که تعامل پیش-آزمون با متغیر گروه‌بندی در متغیر خودکنترلی معنادار نبوده است. این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیر خودکنترلی برقرار بوده است.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر خودکنترلی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس آموزش والدینی بارکلی بر خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی

| متغیر | گروه | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری | |
|-----------|--------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|------------|
| | | | | | | اندازه اثر | توان آزمون |
| خودکنترلی | همپراش | ۱۴۴۲/۰۹ | ۱ | ۱۴۴۲/۰۹ | ۱۳/۴۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۶ |
| بین گروهی | خطا | ۵۵۳۰/۰۹ | ۱ | ۵۵۳۰/۰۹ | ۵۱/۵۰ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۵۸ |
| کل | | ۳۹۷۲/۸۶ | ۳۷ | ۱۰۷/۳۷ | | | |
| | | ۱۰۹۴۶ | ۴۰ | | | | |

کودکان همسو بود. همچنین لورن، کواتسچ، رایبسون، مک کوی و مک نیل (۲۰۱۸) نشان داده‌اند که آموزش والدین می‌تواند منجر به بهبود علائم بالینی و روان شناختی کودکان و نوجوانان آسیب‌پذیر شود.

در تبیین یافته حاضر باید بیان کرد که آموزش به والدین باعث می‌شود تا والدین بتوانند فرصت کافی برای نزدیک‌تر شدن به کودک خود را پیدا کنند، بخصوص در شرایطی که والدین هنوز آمادگی پذیرش و کمک به کودک خود را ندارند (رینو و مک گراث، ۲۰۱۰). بر این اساس آموزش والدین کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی منجر به درک بیشتری از شرایط رشدی فرزندشان شده و همچنین جلسات گروهی برای والدین این موقعیت را فراهم می‌کند که استرس‌ها و فشارهای روحی ناشی از تنش روزمره تعامل با کودکان را ابزار کنند و به یک حس همدلی از جانب سایر والدین دست پیدا کنند. به طور کلی به نظر می‌رسد که به تناسب افزایش آگاهی و شناخت، فرد به درک بهتری نیز از رفتار خود دست می‌یابد، این افزایش آگاهی طبعاً موجب می‌شود که میزان وقوع رفتار در صورت مناسب بودن افزایش یابد و در صورت نامناسب بودن کاهش پیدا کند. در واقع این آموزش به فرد کمک می‌کند تا به ارتباط بین یک رفتار و پیامدهای احتمالی آن رفتار پی ببرد و در نتیجه رفتارهایی را انتخاب و ارائه کند که پیامدهای اجتماعی مثبتی به همراه داشته باشد.

در تبیین دیگر نتیجه این پژوهش، می‌توان گفت که والدین، نقش بسیار مهمی در آموزش مهارت‌های مختلف به کودکان دارند. تعاملات درون خانوادگی در خانواده‌های دارای فرزند دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی با سطوح بالایی از ناسازگاری و ناهماهنگی همراه است، زیرا این کودکان از دستورات والدین و سایر اعضا خانواده پیروی نمی‌کنند، تکالیف را انجام نمی‌دهند و رفتارهای منفی بیشتری نسبت به همسالان خود دارند (لیو، ۲۰۱۲)، زمانی که والدین درک درستی از مفهوم اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی پیدا کنند، مشکلات کودک را شخصی تلقی نمی‌کنند، فشار روحی و استرس آنها کاهش پیدا می‌کند. والدین متوجه می‌شوند که کودکان عمداً آنها را اذیت

با توجه به نتایج جدول ۳، آموزش متغیر مستقل (آموزش والدینی بارکلی) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیر وابسته (خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. لذا این نتیجه حاصل می‌شود که با کنترل متغیر مداخله‌گر (نمرات پیش‌آزمون)، میانگین نمرات متغیر خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی تغییر یافته است. تغییر بدین شکل بوده که مطابق با یافته توصیفی، پس‌آزمون نمرات خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی کاهش یافته است. اما با توجه به شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه کسب نمره کمتر بیانگر وجود خودکنترلی بالاتر است. مقدار تاثیر آموزش والدینی بارکلی بر میزان خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی ۰/۵۸ بوده است. این بدان معناست که ۳۵ درصد تغییرات متغیر خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی توسط عضویت گروهی (آموزش والدینی بارکلی) تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش والدینی بارکلی بر خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی انجام گرفت. نتایج نشان داد که آموزش والدینی بارکلی بر خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی تأثیر معناداری داشته است. به این صورت که این آموزش توانسته بود منجر به بهبود خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی شود. نتایج پژوهش حاضر در باب اثربخشی آموزش والدینی بارکلی بر خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی با یافته حاجی سیدجوادی و همکاران (۱۳۹۲)؛ عابدی و همکاران (۱۳۹۶) مبنی بر تاثیر آموزش والدین بر کاهش علائم اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، همچنین با یافته علیزاده فرد؛ همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر تاثیر این درمان بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای ناتوانی و با پژوهش کدخدایی، احمدی و عابدی (۱۳۹۶) در راستای تاثیر آموزش والدین بر کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری

آموزش از جانب والدین با محیط سازگارتر می‌شود و به تبع آن خودکنترلی رفتاری ایجاد می‌شود.

پژوهش حاضر، مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی نظیر محدود بودن نتایج پژوهش به گروه و منطقه جغرافیایی خاص (دانش‌آموزان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی شهر اصفهان)، عدم برگزاری مرحله پیگیری و عدم کنترل کامل عوامل اثرگذار بر خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی مواجه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که نظیر این پژوهش در جامعه آماری دیگر، سایر مناطق جغرافیایی، با اجرای مرحله پیگیری و کنترل متغیرهای اثرگذار بر خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی انجام گردد تا سبب افزایش تعمیم یافته‌ها شود. با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر در حوزه پیشنهادات کاربردی توصیه می‌گردد آموزش والدینی بارکلی در کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ادارات آموزش و پرورش مورد استفاده قرار گیرد و همچنین پیشنهاد می‌شود مشاوران مقاطع مختلف در دوره‌های ضمن خدمت و کارگاهی با این روش درمانی و کاربرد آن در بهبود خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی آشنا گردند.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد به شماره ۱۲۶۲۱۷۸ است. بنابراین از تمام والدین شرکت‌کننده در پژوهش و مسئولین آموزش و پرورش و مدارس انتخاب شده، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

اصلی‌آزاد، مسلم؛ فرامرزی، سالار؛ عارفی، مژگان؛ فرهادی، طاهره و فکار، ع (۱۳۹۳). اثر آموزش دانش‌فراشناختی بر کاهش فزون‌کنشی و افزایش توجه کودکان دبستانی مبتلا به فزون‌کنشی و اختلال نارسایی توجه. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۱۶(۱)، ۴۸-۵۷.

برجعی، محمود؛ علیزاده، حمید؛ احدی، حسن؛ فرخی، نورعلی؛ سهرابی، فرامرز و محمدی، محمدرضا (۱۳۹۳). مقایسه تاثیر

نمی‌کنند و موجب دلخوری دوستان نمی‌شوند و این عوامل بخاطر این است که این کودکان درک درستی از رفتار خود ندارند. به همین خاطر نحوه برخوردشان با کودک تغییر می‌کند و بجای تنبیه، آنها را در رسیدن به اهدافشان تشویق می‌کنند و این موضوع باعث افزایش حرف‌شنوی و همکاری کودکان با والدین و کنترل بیشتر رفتارهای آسیب‌رسان می‌شود. والدین با شرکت در جلسات آموزشی و آشنایی با والدین دیگر با مشکلات مشابه، آرامش بیشتری پیدا می‌کنند و مشکلاتی نظیر اضطراب و استرس ناشی از رفتارهای کودک کاهش پیدا می‌کند و به تبع محیط آرام‌تری برای کودک فراهم می‌شود و کودک در محیط آرام‌تر و بدون استرس پاسخ‌های بهتری به رفتارها و دستورات می‌دهد و علاوه بر آن می‌تواند با بهره‌گیری از رهنمودهای والدین، خودکنترلی بهتری را در تعامل با همسالان خود برقرار نماید. این فرایند باعث می‌شود تا این کودکان در قالب ارتباطات اجتماعی، خودکنترلی رفتاری بیشتری را نیز به از خود نشان دهند. در تبیین دیگری باید اشاره کرد که با توجه به محتوای جلسه دوم، سوم و پانزدهم آموزش، والدین یاد می‌گیرند که انتظارات‌شان را از کودکان به حد معقول برسانند و دستورات خود را به صورت عینی و کوتاه به کودک بگویند و آنها را برای پاسخ مثبت تشویق کنند و این عوامل باعث افزایش انگیزه در حرف‌شنوی کودک از والدین شود. علاوه بر این، طبق آموزش‌های داده شده به والدین، کودکان نیز از طریق والدین، آموزش دیده‌اند که خشم خود را کنترل کنند و به تمسخر و فشار از جانب همسالان مثبت‌تر پاسخ دهند و پرخاشگرانه و تکانشگر نباشند (بارکلی، ۲۰۰۵). کودکان وقتی بازخورد مناسبی از جانب همسالان دریافت کنند، رغبت بیشتری برای کنترل رفتار در آنها بوجود می‌آید و بدون اجبار از سمت اطرافیان، می‌توانند به شکل بیشتری رفتار خود را کنترل نمایند. همچنین والدین با ایجاد روابط صمیمی در بین اعضای خانواده و حذف شرایط متنسج در محیط خانه و همچنین کنترل شرایط منفی باعث می‌شوند که کودک آرامش بیشتری داشته باشد و از والدین الگوبرداری مثبت کند. این شرایط برای والدین نیز مفید است و باعث کاهش تنش و اضطراب در آنها نیز می‌شود. به طور کلی کودک با

عاطفه مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه.

نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی، ۹(۳)، ۷۳-۶۱.

علیزاده فرد، سوسن؛ محتشمی، طیبه و تدریس تبریزی، معصومه (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه آموزش والدین بر مهارت‌های اجتماعی

کودکان دارای ناتوانی یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۵(۳)،

۸۹-۱۰۷.

قدم‌پور، عزت‌الله؛ رحیمی‌پور، طاهره و زنگی‌آبادی، معصومه

(۱۳۹۵). تاثیر آموزش برنامه تربیت‌سازنده به مادران، بر

مهارت‌های خودکنترلی کودکان با اختلال نارسایی توجه/

بیش‌فعالی در دوره دبستان، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی*

کاربردی، ۱۷(۳)، ۱۱۷-۱۰۹.

کدخدایی، مهین‌السادات؛ احمدی، سیداحمد و احمدی، احمد

(۱۳۹۶). بررسی تاثیر آموزش برنامه والدگری بارکلی بر سلامت

روان مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص‌توجه - بیش‌فعالی

مقطع ابتدایی (۷-۱۲) شهر اصفهان، *مجله دانش و پژوهش در*

روان‌شناسی کاربردی، ۱۸(۲)، ۲۴-۱۲.

گودرزی، محمدعلی؛ هاشمی، راضیه و تقوی، محمدرضا (۱۳۹۷).

تاثیر برنامه آموزش رفتاری والدین بارکلی به مادران بر کاهش

مشکات رفتاری کودکان مقطع ابتدایی با اختلال سلوک. *مجله*

دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۹(۱)، ۹-۱.

ورتنس، مارگارت؛ ریچارد، کالاتا و تامکینز، جیمز (۲۰۰۷). *زمینه*

آموزش کودکان استثنایی، ترجمه مجتبی امیری مجد، (۱۳۹۳).

تهران: شهر آشوب. ۵۵۲ صفحه.

Anastopoulos, A. D., & Shaffer, S.D. (2001).

Attention deficit/ hyperactivity disorder in C.E.

1st ed. Canada: Guilford.

Barkley, R.A. (2005). *Taking charge of ADHD:*

The complete authoritative guide for parents.

New York: Guilford, 30, 99-126.

Bell AS. (2011). Critical review of ADHD

diagnostic criteria: What to address in the DSM-

V. *Journal of Attention Disorders*, 15(1), 3-10.

Bertrams, A. (2012). How minimal grade goals

and self-control capacity interact in predicting

test grades, *Journal of Learning and Individual*

Differences, 22(6), 833-838.

Bussing, R., Gary, F., Mills, T., & Garvan, C.

(2007). Cultural variations in parental health

روش‌های آموزش دلگرم‌سازی، رفتاری و دارو درمانی بر

مهارت‌های خودکنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/

بیش‌فعالی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۶(۴)، ۱۷۶-

۱۵۳.

حاجی سیدجوادی، طاهره؛ برجعلی، محمود و برجعلی، احمد

(۱۳۹۲). اثربخشی آموزش رفتاری بارکلی به والدین کودکان مبتلا

به اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی در کاهش علائم، *مجله علمی*

دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۷(۶)، ۴۷-۵۲.

حسین‌زاده مکی، زهرا؛ مشهدی، علی؛ سلطانی‌فر، عاطفه؛ محرری،

فاطمه و غنایی چمن‌آباد، ع (۱۳۹۲). آموزش حافظه‌کاری، برنامه

آموزش والدینی بارکلی و ترکیب این دو مداخله بر بهبود حافظه

کاری کودکان مبتلا به ADHD. *مجله تازه‌های علوم شناختی*،

۱۵(۴)، ۶۳-۵۳.

درتاج، فریبرز و محمدی، اکبر (۱۳۸۹). مقایسه عملکرد خانواده

کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی با عملکرد خانواده

کودکان بدون اختلال بیش‌فعالی، *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۶(۲۲)،

۲۲۶-۲۱۱.

سادوک، بنجامین؛ سادوک، وبرجینیا و روئیز، پدرو (۱۳۹۵). خلاصه

روانپزشکی بر اساس DSM V. مترجم: حمزه گنجی، تهران:

انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۵).

شهیم، سیما؛ مهرانگیز، لیلا و یوسفی، فریده (۱۳۸۶). شیوه اختلال

نقص توجه/ بیش‌فعالی در کودکان دبستانی، *مجله بیماری‌های*

کودکان ایران، ۱۷(۲)، ۲۱۶-۲۱۱.

صمدی، فاطمه و صمدی، حدیث (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش

رفتاری والد بر تعامل والد- کودک و تنیدگی فرزندپروری مادران

کودکان با اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی، *نشریه توانمندسازی*

کودکان استثنایی، ۹(۳)، ۳۶-۲۷.

عابدی، احمد، سیدقلعه، اعظم و بهرامی‌پور، منصوره (۱۳۹۶).

مقایسه اثربخشی فیلیال‌تراپی و روش والدگری بارکلی بر کاهش

اضطراب و علائم نقص توجه/ بیش‌فعالی، *فصلنامه کودکان*

استثنایی، ۱۷(۳)، ۱۲۰-۱۱۱.

علوی‌هراتی، فاطمه؛ نیکنام، ماندانا و حسینیان، سیمین (۱۳۹۷).

تاثیر آموزش مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر سخت‌رویی و تعادل

- Hawkey, E. J., Tillman, R., Luby, J. L., & Barch, D. M. (2018). Preschool executive function predicts childhood resting-state functional connectivity and attention-deficit/hyperactivity disorder and depression. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(11), 927-936.
- Kaffman, M., & Hallahan, B. (2009). Bereavement responses of kibbutz and non-kibbutz children following death of father. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24, 435-442.
- Kendall, P. C., & Wilcox, L. E. (1979). Self-control in children: Development of a rating scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(6), 1020-1029.
- Keute, M., Krauel, K., Heinze, H., & Stenner, M. (2018). Intact automatic motor inhibition in attention deficit hyperactivity disorder. *Cortex*, 109, 215-225.
- Lauren, N. M. W., Quetsch, L. B., Robinson, C., McCoy, K., & McNeil, C. B. (2018). Infusing parent-child interaction therapy principles into community-based wraparound services: An evaluation of feasibility, child behavior problems, and staff sense of competence. *Children and Youth Services Review*, 88, 567-581.
- Liu, S. (2012). Adding emotion-regulation techniques into the Barkley's behavioral parent training program for parents of school-aged children with ADHD. *Neuropsychiatrie de l'Enfance ET de l'Adolescence*, 60(5), 196-201.
- Magnin, E., & Maurs, C. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder during adulthood. *Revue Neurologique*, 173(7), 506-515.
- McDermott, P. A., Watkins, M. W., Rovine, M. J., Rikoon, S. H., Irwin, C. W., Reyes, R., & Chao, J. L. (2019). Emergent growth patterns of early education self-control problems among children from underresourced American families. *Early Childhood Research Quarterly*, 48, 1-13.
- Murray, L. K. (2002). Self-control training in young children. Dissertation Abstracts
- beliefs, knowledge, and information sources related to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal Family*, 28(3), 291-318.
- Conn, A., Szilagyi, M. A., Alpert-Gillis, L., Webster-Stratton, C., Manly, J. T., Goldstein, N., & Jee, S. H. (2018). Pilot randomized controlled trial of foster parent training: A mixed-methods evaluation of parent and child outcomes. *Children and Youth Services Review*, 89, 188-197.
- Cooper, J. M., Collier, J., Veronica, J., & Hawkey, J. C. (2010). Beliefs about personal control and self-management in 30-40 year old living with inflammatory bowel disease: A Qualitative Study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(12), 1500-1509.
- Daly, B., Creed, T., Xanthopou, M., & Brown, R. (2007). Psychosocial treatments for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology Review*, 17, 73-89.
- Davids, E., & Gastpar, M. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder and border line personality disorder. *Progressive Neuropsychopharmacology and Biology of Psychiatry*, 29, 865-77.
- Friese, M., & Hofmann, W. (2009). Control me or i will control you: Impulses, trait self-control, and the guidance of behavior. *Journal of Research in Personality*, 43(5), 795-805.
- Gerrard, L., & Anastopoulos, A. D. (2005). *The relationship between ADHD and mother-child attachment in early childhood*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association.
- Gilmore, I., Cuskelly, M., & Hayes, A. (2003). Self-regulatory behaviors in children with Down syndrome and typically developing children measured using the Goodman Lock Box. *Research in Developmental Disabilities*, 24, 95-108.
- Graziano, P.A., & Garcia, A. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 106-123.

review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 99–111.

Semrud-Clikeman, M., Steingard, R., Filipek, P., Biederman, J., Bekken, K., & Renshaw, P. F. (2000). Using MRI to examine brain-behavior relationships in males with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 477–484.

Tandon, M., & Pergjika, A. (2017). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool-age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 523-538.

International Section B, *Sciences & Engineering*, 63, 17-30.

Patros, C. H. G., Alderson, R. M., Hudec, K. L., Tarle, S. J., & Lea, S. E. (2017). Hyperactivity in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: The influence of underlying visual spatial working memory and self-control processes. *Journal of Experimental Child Psychology*, 154, 1-12.

Reyno, S. M., & McGrath, P. J. (2010). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problem-a meta-analytic

Effectiveness of Barkley's parental training on self-control of children with attention deficit/hyperactivity disorder

Sanaz Yaghmaei¹
Mokhtar Malekpour*²
Amir Ghamarani³

Abstract

Aim: The present study was conducted aiming to investigate the effectiveness of Barkley's parental training on self-control of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). **Method:** The research method was an experimental study with pretest, posttest and control group design. The statistical population of the present study included parents of children with attention deficit/hyperactivity disorder in the City of Isfahan in academic year 2016-2017. Clustered random sampling method and random replacement were used in the present study in a way that 40 parents were selected from among parents of children with attention deficit/hyperactivity disorder via clustered random sampling method and were randomly replaced into experiment and control groups. The parents present in the experiment group received fifteen sixty-minute therapeutic intervention sessions during two months. The questionnaires utilized included Conners ADHD Questionnaire (1997) and Kendal and Wilcox Self-Control Questionnaire (1979). The data from the study were analyzed using ANCOVA via SPSS₂₃ software. **Results:** The results showed that Barkley's parental training has had significant effect on self-control of children with ADHD ($p < 0/001$) in a way that this therapy was able to improve self-control in ADHD children. **Conclusion:** According to the findings of the present study, it can be concluded that Barkley's parental training can be applied as an efficient treatment to improve self-control of ADHD children through modifying parents' interactional and parental model of ADHD children.

Keywords

Attention deficit/hyperactivity disorder, Barkley's parental training, self-control

¹. M.A. in General Psychology, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran

². Corresponding author: Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
mokhtarmalekpour@yahoo.com

³. Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran