

Efficiency of the Parents' Behavioral Training Model (Barkley) on the Emotional Regulation of the Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Nasim Javadipour 

Master of Rehabilitation counseling, Islamic Azad university, Yazd, Iran.

Marieh Dehghan
Manshadi  *

Assistant professor, Counseling and Psychology department, Islamic Azad University, yazd, Iran.

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder leads to the mental, behavioral and emotional damages to the infected children. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the efficacy of parents' behavioral training model (Barkley) on the emotional regulation of the children with attention deficit hyperactivity disorder. The present study was experimental with pretest, posttest and control group design. The statistical population of the study included male children with attention deficit hyperactivity disorder in the city of Yazd in the autumn and winter in 2018-19. The research sample was selected using random sampling method. In this study, the sample size was 30 people (15 people in the experimental group and 15 people in the control group). The parents of the children in the experimental group received ten seventy-five-minute intervention sessions of the parents' behavioral training model (Barkley) during one month. The applied questionnaires in this study included attention deficit hyperactivity disorder questionnaire (Brock, Clinton, 2007) and emotional regulation questionnaire (Shields & Cicchetti, 1997). The data from 26 parents were analyzed ANCOVA method via SPSS-23 software. The results showed that the parents' behavioral training model (Barkley) has significant effect on the emotional regulation of the children with attention deficit hyperactivity disorder ($p < 0.001$). According to the findings of the present study it can be

* Corresponding Author: Marieh.dehghan@gmail.com

How to Cite: Javadipour, N., Dehghan, M. (2022). Efficiency of the Parents' Behavioral Training Model (Barkley) on the Emotional Regulation of the Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Journal of Psychology of Exceptional Individuals*, 12(45), 145-169.


concluded that the parents' behavioral training model (Barkley) can be used as an efficient method to increase emotional regulation in the children with attention deficit hyperactivity disorder through employing training appropriate methods to decrease the children's abnormal behavior, the skill of showing positive attention to the children, methods of making positive interaction and managing inappropriate behaviors and the skills of positive attention.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Parents' Behavioral Training, Emotional Regulation.



اثربخشی مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) بر تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی

کارشناسی ارشد رشته مشاوره توان بخشی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

نسیم جاویدی پور 

استادیار گروه مشاوره و روان شناسی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

ماریه دهقان منشادی  *

چکیده

اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی منجر به آسیب های روانی، رفتاری و هیجانی در کودکان مبتلا می شود. بر این اساس این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) بر تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی انجام گرفت. پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کودکان پسر با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی شهر یزد در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۸ بود. نمونه پژوهش با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. حجم نمونه مورد نیاز در این پژوهش ۳۰ نفر (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) بود. والدین کودکان حاضر در گروه آزمایش مداخله مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) را طی یک ماه در ۸ جلسه ۷۵ دقیقه ای دریافت نمودند. پرسشنامه های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی بروک و کلینتون (۲۰۰۷) و پرسشنامه تنظیم هیجانی شیلد و کیکنی (۱۹۹۷) بود. در نهایت، داده های حاصل از ۲۶ والدین کودکان به شیوه تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) بر تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی تأثیر معنادار دارد. بر اساس یافته های پژوهش حاضر می توان چنین نتیجه گرفت که مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) با بهره گیری از آموزش روش های مناسب برای کاهش رفتار نابهنجار کودکان، مهارت ابراز توجه مثبت به کودک، شیوه های برقراری تعامل مثبت و مدیریت رفتارهای نامطلوب و مهارت های توجه مثبت به عنوان یک روش کارآمد جهت افزایش تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی مورد استفاده گیرد.

کلیدواژه ها: اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، آموزشی رفتاری والدین، بارکلی، تنظیم هیجانی.

* نویسنده مسئول: Marieh.dehghan@gmail.com

مقدمه

اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی^۱ یک اختلال در دوران کودکی و نوجوانی است که با علائم پایدار افزایش فعالیت و رفتارهای تکانه‌ای مشخص می‌شود. این اختلال با سه ویژگی اصلی یعنی نارسایی توجه و بیش‌فعالی و تکانشگری توصیف می‌شود (ژو، استسلار، استراتارن، ریکمن، نوتور و تورنر^۲، ۲۰۲۱). اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی یک اختلال عصب-تحوالی است که دارای علائمی نظیر اشکال در سازمان‌دهی وظایف، حواس‌پرتی، بی‌قراری، بیش‌ازحد صحبت کردن است که باعث نقص جدی در عملکرد فرد می‌شود (کیم، پارک، کیم، پان، لی و مک‌اینتری^۳، ۲۰۱۹). ویژگی اصلی این اختلال الگوی مستمر نقص توجه یا بیش‌فعالی است که با کارکردهای فرد تداخل می‌کند که بی‌توجهی خود را در رفتارهایی مانند نیمه‌کاره گذاشتن آشکار می‌سازد (تاندون و پرگیتا^۴، ۲۰۱۷). این کودکان به‌واسطه مشکلات نارسایی توجه، از عهده توجه دقیق، حفظ کردن توجه در تکالیف یا فعالیت‌ها و دنبال نمودن تکالیف بر نمی‌آیند و به دلیل مشکل بیش‌فعالی و تکانشگری، دست‌ها و پاهای بی‌قرار دارند، در موقعیت‌های نامناسب، می‌دوند یا از چیزها بالا می‌روند، در حال جنب‌وجوش هستند و اغلب منتظر نوبت ماندن برایشان دشوار است (لائو، ویبمان و هالپرین و لی^۵، ۲۰۱۹). شیوع جهانی این اختلال ۵/۲۹ درصد تخمین زده شده و دارای شروعی زود هنگام و اغلب با مشکلات روان‌شناختی و روان‌پزشکی چشمگیر طولانی‌مدت و کوتاه‌مدت نیز همراه است (کالاهان، بیرستون، استاس و بلاک^۶، ۲۰۱۷). میزان شیوع اختلال در ایران نیز مشابه روند جهانی است و گفته شده که اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی یکی از رایج‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی کودکان است که ۳۰ تا ۴۰ درصد مراجعه به مرکز مشاوره کودکان را شامل می‌شود (یغمایی، ملک‌پور و

^۱ Attention-Deficit Hyperactivity Disorder

^۲ Xu, Snelelaar, Strathearn, Ryckman, Nothwehr, Torner

^۳ Kim, Park, Kim, Pan, Lee, McIntyre

^۴ Tandon, Pergjika

^۵ Luo, Weibman, Halperin, Li

^۶ Callahan, Bierstone, Stuss & Black

قمرانی، ۱۳۹۸).

کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در مدیریت هیجانی نیز دچار مشکل هستند که این فرایند زمینه را برای نقص در تنظیم هیجانی نیز مهیا می‌کند (یپ^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش بیدرمن، اسپنسر، لومدیکو، دی و پتی^۳ (۲۰۱۲) نشان داد که کودکان و نوجوانان دارای اختلال نقص‌توجه و بیش‌فعالی ناتوانی عمده‌ای در کارکردهای مربوط به خودتنظیمی هیجانی دارند، به‌طوری‌که در درک و مهار هیجان‌ها و احساس‌های خود با مشکلات اساسی و عدیده‌ای روبرو هستند. کریستین، مارتل و لوینسون^۴ (۲۰۲۰) بر اساس نظریهٔ ناکارآمدی بازداری مطرح می‌کند که کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی نمی‌توانند به‌طور مؤثر به محیط پاسخ تأخیری بدهند و هیجان‌های متفاوتی را در یک محیط اجتماعی نشان می‌دهند که متناسب با آن محیط نیست، زیرا نمی‌توانند به نشانه‌های ضروری اجتماعی و رفتارهایشان که غیرمتناسب هستند، توجه کنند. اکثر پژوهشگران تنظیم هیجان را به‌عنوان یک سازه که دربرگیرنده چندین مؤلفه است، موردتوجه قرار داده‌اند. این مؤلفه‌ها عبارت‌اند از: ابعاد درونی درک و شناسایی هیجان‌های خود و تعدیل یا مقابله‌ی مناسب با آن‌ها؛ مؤلفه اجتماعی درک و شناسایی حالت هیجانی همسالان و اعضای خانواده؛ و مؤلفه رفتاری که دربرگیرنده پاسخ‌دهی مناسب در موقعیت‌های بین‌فردی است (استراس، کیویتی و هاپرت^۵، ۲۰۱۹). تنظیم هیجان بازتاب استفاده از چندین فرایند شناخت یا مهارت مواجهه عملکردی (مانند بازداری رفتاری، انعطاف در توجه) برای پاسخ درست به هیجان و انطباق درست با محیط است (کاهل، گروب و ماهرینگ^۶، ۲۰۲۱). تنظیم هیجان افکار و رفتارهای را تولید می‌کند

^۱ Emotion regulation

^۲ Yep

^۳ Biederman, Spencer, Lomedico, Day, Petty

^۴ Christian, Martel, Levinson

^۵ Strauss, Kivity, Huppert

^۶ Behavioral inhibition

^۷ flexibility in attention

^۸ Kahl, Grob, Möhring

که بر اساس آن افراد آگاهی می‌یابند چه نوع هیجانی دارند، چه هنگام هیجان در آن‌ها پدید می‌آید و چگونه باید آن را ابراز نمایند (یولا، ترار و کول، ۲۰۱۸).

صاحب‌نظران اعتقاد دارد که علائم بیش‌فعالی و رفتارهای تکانشگری و مخربانه کودک، وقتی گسترش پیدا می‌کند که عوامل زمینه‌ساز اختلال با یک شیوه مستبدانه و ناکارآمد فرزندپروری همراه می‌شوند. در این وضعیت کودک، قادر نیست از فرامین والدین پیروی کند و والدین مستبدانه‌تر و سختگیرتر می‌شوند تا فرزندانشان را مهار کنند و این چرخه بارها و بارها تکرار می‌شود تا کودک را به سوی مشکلات رفتاری و عدم تبعیت از دستورات والدین و قوانین محیط خانوادگی سوق دهد (کان^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). بر این اساس آموزش والدین، به دلیل ویژگی‌های منحصربه‌فرد خود، بر سایر روش‌ها برتری دارد. در این نوع درمان، برنامه اصلاح رفتار کودک در محیط طبیعی منزل و توسط والدین که بیشترین تعامل را با او دارند، اجرا می‌گردد؛ زیرا خانواده اولین پایه‌گذار شخصیت و ارزش‌های فکری است و نقش مهمی در سرنوشت کودک خود دارد. همین رابطه والدین با فرزندان اصل اساسی برای سلامتی کودکان محسوب می‌شود (وارسته، اصلانی و امان‌الهی، ۱۳۹۵).

مزیت دیگر رویکرد آموزش والدین بر سایر روش‌ها آن است که جنبه‌های مختلفی از عملکرد والدینی و خانوادگی را تحت تأثیر قرار داده و بر تمامی اعضای خانواده به صورت مستقیم و غیرمستقیم اثر می‌گذارد (عزیزی، فاتحی‌زاده، جزائری و عیسی‌نژاد، ۱۳۹۸). در این زمینه بارکلی^۳ (۲۰۱۵) اعتقاد داشت که آموزش رفتاری والدین در راستای به‌کارگیری شیوه‌های کارآمد فرزندپروری، می‌تواند کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی را در ارتقاء کارآمدی کارکردهای اجرایی و هیجانی یاری کند. مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) یکی از روش‌های آموزش والدین است که برای این منظور مورد استفاده قرار گرفته است. این برنامه، مهارت‌های مدیریت مثبت را به والدین

^۱ Ullah, Treur, Koole

^۲ Conn

^۳ Barkley

آموزش می‌دهد تا جایگزین فرزندپروری ناکارآمد و استبدادی آن‌ها شود. همچنین این برنامه، نگرش‌های والدین را مورد توجه قرار داده و سعی در اصلاح آن‌ها دارد (کدخدایی، احمدی و عابدی، ۱۳۹۶). در پرتو اطلاعات جدید، نقش والدین در حل مشکلات و افزایش یادگیری مهارت‌های کنترل رفتار کودک از اهمیت بسزایی برخوردار است، به طوری که آموزش به این والدین می‌تواند بر مدیریت هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی تأثیر مثبتی داشته باشد. برای مثال نتایج پژوهش‌های حسین‌زاده ملکی، مشهدی، سلطانی‌فر، محرری و غنایی چمن‌آباد (۱۳۹۲)، حاجی سیدجوادی، برجعلی و برجعلی (۱۳۹۲)؛ عزیززاده‌فرد، محتشمی و تدریس تبریزی (۱۳۹۵)، عابدی، سیدقلعه و بهرامی‌پور (۱۳۹۶)، گودرزی، هاشمی و تقوی (۱۳۹۷)، صابری‌زاد، حیدری و داوودی (۱۳۹۸)، رینو و مک‌گراث^۱ (۲۰۱۰)، لئو^۲ (۲۰۱۲)، لورن، کواتسچ، رابینسون، مک‌کوی و مک‌نیل^۳ (۲۰۱۸) و باکلان^۴ (۲۰۲۰) نشان می‌دهد روش‌های آموزشی به والدین در کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان (به‌خصوص کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی) کارآمدی مناسبی دارد و تأثیرات چشمگیری مثبت والدین می‌تواند موجب کاهش نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در کودکان آنان گردد (بارکلی، ۲۰۱۵).

ضرورت و اهمیت این تحقیق در این است که با آموزش به موقع و مداخله به‌جای والدین، مشکلات حاصل از اختلال نارسایی توجهی بیش‌فعالی می‌تواند به حداقل رسیده و از آسیب‌های طولانی‌مدت جلوگیری شود. علاوه بر این فرایند توجه به سلامت روان کودکان امری اجتناب‌ناپذیر است. چراکه این گروه از جامعه در آینده نزدیک، می‌بایست به ایفای نقش اجتماعی و شغلی بپردازند 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

^۱Reyno & McGrath

^۲Liu

^۳Lauren, Quetsch, Robinson, McCoy & McNeil

^۴Buklan

مطروحه و تحقیقات انجام‌یافته در مورد تأثیر آموزش والدینی بارکلی بر بهبود مشکلات روان‌شناختی، هیجانی و رفتاری و از سوی دیگر با توجه به خلأ پژوهشی در حوزه انجام پژوهشی مشابه، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) بر تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود.

پیشینه پژوهش

مروری بر یافته‌های مطالعات دیگر که مرتبط با مسئله و موضوع پژوهش باشد (پیشینه تجربی) و تبیین خلأ یا شکاف موجود درباره مسئله مورد پژوهش در راستای ضرورت انجام مطالعه حاضر.

روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کودکان پسر ۱۰ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی شهر یزد در شش‌ماهه دوم سال ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. بدین‌صورت که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از بین نواحی آموزش و پرورش شهر یزد، یک ناحیه به‌صورت تصادفی انتخاب شد. سپس از بین مدارس ابتدایی این ناحیه، تعداد ۶ دبستان نزدیک به هم انتخاب شد. در مرحله بعد از بین کلاس‌های این دبستان‌ها، تعداد ۱۵ کلاس به‌تصادف انتخاب و از معلمان این کلاس‌ها درخواست شد دانش‌آموزانی را که دارای علائم اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نظیر: بی‌قراری حین نشستن، ترک کردن صندلی در کلاس، دائم در جست‌وخیز و حرکت بودن، ناتوانی در اشتغال بی‌سروصدا به فعالیت‌های تفریحی و حرافی هستند، معرفی نمایند. در این مرحله ۶۶ دانش‌آموز معرفی شد. سپس پرسشنامه کانرز به معلمان این دانش‌آموزان ارائه شد تا با پاسخگویی به آن یقین حاصل شود که کودکان معرفی‌شده دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی هستند. پس از اجرای پرسشنامه کانرز، دانش‌آموزان انتخاب‌شده تحت مصاحبه بالینی بر اساس پنجمین

ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نیز قرار گرفتند. در گام بعد از بین دانش‌آموزانی که تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را دریافت نمودند (۴۱ دانش‌آموز)، تعداد ۳۰ دانش‌آموز به تصادف انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند (۱۵ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش‌آموز در گروه گواه). لازم به ذکر است که دانش‌آموزان انتخاب‌شده از بین کلاس‌های چهارم تا ششم بودند. سپس والدین دانش‌آموزان حاضر در گروه آزمایش مداخله مربوط به مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) را در طی یک ماه به صورت گروهی دریافت نمودند. این در حالی است که والدین دانش‌آموزان حاضر در گروه گواه آموزشی دریافت نکردند. پس از شروع مداخلات تعداد ۲ دانش‌آموز در گروه آزمایش و تعداد ۲ دانش‌آموز در گروه گواه، از ادامه دریافت مداخله انصراف دادند. بر این اساس تعداد نهایی نمونه پژوهش حاضر ۲۶ نفر بود (۱۳ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۳ دانش‌آموز در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمره ۵۷ و بالاتر در سؤالات مربوط به پرسشنامه اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی معلمان، تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به وسیله مصاحبه بالینی توسط روان‌شناس کودک، رد سایر اختلالات همبود با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از جمله اختلال سلوک اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال اضطراب منتشر، افسردگی توسط متخصص روان‌پزشک، داشتن سن ۱۰-۱۲ سال (حضور در پایه چهارم، پنجم و ششم دبستان)، رضایت کودک و والدین جهت شرکت در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود. در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های زیر استفاده شده است:

پرسشنامه اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHDQ)^۱

پرسشنامه اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی فرم معلمان توسط بروک و کلینتون^۲ (۲۰۰۷) برای تشخیص کودکان مبتلا اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تهیه گردید. این پرسشنامه شامل ۳۸ سؤال است و در مورد هر آزمودنی قبل و بعد از اجرای برنامه، توسط معلمان تکمیل می‌گردد. نمره‌دهی سؤالات با استفاده از مقیاس سه نمره‌ای لیکرت (اصلاً تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد: نمره یک تا سه) انجام می‌پذیرد. این ابزار به‌عنوان رایج‌ترین مقیاس اندازه‌گیری شدت علائم اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به کار می‌رود. این پرسشنامه ۳۸ سؤال داشته و بنابراین، نمره کل آزمون دامنه‌ای از صفر تا ۱۱۴ خواهد داشت. اگر نمره کودک بالاتر از ۵۷ به دست بیاید، بیانگر اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است. هر چه امتیاز بالاتر رود، میزان اختلال کودک بیشتر خواهد بود و برعکس. شهیم، مهرانگیز و یوسفی (۱۳۸۶) در پژوهش خود ضمن تأیید روایی صوری و محتوایی این آزمون توسط متخصصان، میزان ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۵ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ را برای نمره کل آزمون گزارش دادند که حکایت از وجود روایی و پایایی قابل تأیید این آزمون است. از این‌رو در پژوهش حاضر از این آزمون جهت تشخیص کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی استفاده شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ شد.

پرسشنامه تنظیم هیجان (ERQ)^۳

پرسشنامه تنظیم هیجانی فرم کودک و نوجوان مقیاسی دارای ۲۴ آیتم است که توسط والدین پاسخ داده می‌شود و توسط شیلد و کیکتی^۴ (۱۹۹۷) ساخته شده است. این آیتم‌ها، به بررسی هسته‌ی اصلی تنظیم هیجان و هیجان‌پذیری اختصاص دارند، از جمله شایستگی عاطفی، توان عاطفی، انعطاف‌پذیری، شدت و تناسب موقعیتی تظاهرات هیجانی. هر آیتم

^۱ Attention Deficit Hyperactivity Disorder Questionnaire (ADHDQ)

^۲ Brock, Clinton

^۳ Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

^۴ Shields & Cicchetti

شامل یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت است (۱= تقریباً همیشه تا ۴ هرگز). دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۴ تا ۹۶ است. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده تنظیم هیجانی بیشتر است (شیلد و کیکنی، ۱۹۹۷). شیلد و کیکنی (۲۰۰۱) این چک‌لیست توسط اسماعیلیان، دهقانی و فلاح (۱۳۹۵) ترجمه و هنجاریابی شد. در هنجاریابی نسخه فارسی، تعداد ۴ سؤال حذف شد و بر این اساس تعداد سؤالات نهایی پرسشنامه ۲۰ سؤال با ۵ زیرمقیاس بی‌ثباتی هیجانی، خودآگاهی هیجانی، تظاهرات هیجانی، مدیریت هیجانات منفی و انعطاف‌پذیری هیجانی بود. سؤالات مربوط به زیرمقیاس بی‌ثباتی هیجانی (۲، ۶، ۸، ۱۳، ۱۸، ۱۹) به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات نسخه فارسی پرسشنامه بین ۲۰ تا ۸۰ است. روایی محتوا با بررسی همبستگی این چک‌لیست با پرسشنامه‌های اضطراب، خشم و افسردگی کودکان تأیید شد. برای بررسی پایایی چک‌لیست تنظیم هیجان نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌های بی‌ثباتی هیجانی، خودآگاهی و ابراز هیجان، تظاهرات هیجانی، مدیریت هیجانات منفی، انعطاف‌پذیری هیجانی و نمره کل تنظیم هیجان محاسبه شد به ترتیب عبارت‌اند از: ۰/۸۰، ۰/۹۳، ۰/۸۷، ۰/۸۱، ۰/۸۴ و ۰/۸۶ برای محاسبه همسانی درونی این پرسشنامه از روش همبستگی خرده مقیاس‌ها با کل پرسشنامه استفاده شد. جهت بررسی روایی همگرا و واگرایی پرسشنامه تنظیم هیجان کودکان و نوجوانان، همبستگی موجود بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه و پرسشنامه‌های اضطراب، افسردگی و خشم بررسی شده است (اسماعیلیان و همکاران، ۱۳۹۵). در پژوهش خلقی، آقایی و فرهادی (۱۳۹۸) نیز پایایی این پرسشنامه به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به وسیله ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های بی‌ثباتی هیجانی، خودآگاهی و ابراز هیجان، تظاهرات هیجانی، مدیریت هیجانات منفی، انعطاف‌پذیری هیجانی و نمره کل تنظیم هیجان به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ محاسبه شد.

پروتکل آموزش رفتاری والدین

در پژوهش حاضر از پروتکل آموزش رفتاری والدین بارکلی (۲۰۱۵) استفاده شده است که اعتبارسنجی این بسته آموزشی در ایران و برای جامعه آماری کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با استفاده از اعتبار محتوایی در پژوهش عابدی، سیدقلعه و بهرامی‌پور (۱۳۹۶) مورد بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است. بر اساس گزارش این محققین اجرای این پروتکل برای جامعه کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ایرانی مناسب تشخیص داده شده است. روند اجرای این پروتکل بدین صورت بود که پس از انتصاب تصادفی افراد در گروه‌ها، گروه آزمایش مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) را در طی یک ماه به صورت گروهی، در ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای دو جلسه دریافت نمود. آموزش توسط دو متخصص روان‌شناس کودک (با مدرک کارشناسی ارشد به عنوان مربی و همکار) که در زمینه پروتکل آموزش مدل آموزشی رفتاری والدین بارکلی آموزش لازم را دیده بودند؛ انجام گرفت. خلاصه جلسات آموزش رفتاری در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش رفتاری والدین (بارکلی، ۲۰۱۵؛ به نقل از عابدی، سیدقلعه و بهرامی‌پور، ۱۳۹۶)

| شماره جلسات | شرح جلسه |
|-------------|--|
| جلسه اول | ارائه اطلاعات ضروری در مورد ماهیت، شیوع، سیر، پیش‌آگهی، سبب‌شناسی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به والدین، اجرای پیش‌آزمون توضیح در مورد اصول شکل‌گیری رفتار و ضرورت رعایت اصول مدیریت رفتار. |
| جلسه دوم | توضیح و تشریح ۱۴ گام بارکلی شامل: واکنش و بازخورد فوری در قبال عملکرد فرزندان، افزایش بازخورد به کودکان، استفاده از پاداش‌ها و پیامدهای بزرگ‌تر، استفاده بیشتر از تشویق، یادآوری زمان به کودک و کاهش بازه زمانی، یادآوری نکات مهم در حین عملکرد کودک. افزایش انگیزه کودک در حین انجام فعالیت، یادآوری نکات مهم در حین عملکرد کودک، افزایش انگیزه کودک در حین انجام فعالیت و تأکید بر نقش و اهمیت توجه والدین بر رفتارهای کودک. |
| جلسه سوم | ادامه آموزش ۱۴ گام شامل توضیح عینی و ملموس تفکر و حل مسئله، تلاش برای ثبات و هماهنگی در عملکرد، لزوم عمل کردن به جای حرافی، شناخت موقعیت‌های مشکل‌ساز و |

| شماره جلسات | شرح جلسه |
|-------------|---|
| | آموزش برنامه‌ریزی برای موقعیت‌های مشکل‌ساز، لزوم فراموش نکردن ناتوانی کودک، شخصی تلقی نکردن مشکلات فرزندان، تمرین بخشش، آموزش تکنیک‌های کلامی و استفاده از جمله‌های مثبت و اصول توجه به رفتار مثبت و همچنین نادیده‌انگاری رفتارهای نامناسب. |
| جلسه چهارم | بحث در مورد توجه مثبت (آموزش نشانه‌های غیرکلامی و کلامی تأیید)، آموزش استفاده از توجه قدرتمند برای کسب اطاعت، آموزش نحوه دادن دستورات مؤثر. |
| جلسه پنجم | آموزش اقتصاد پته‌ای، تنظیم چگونگی اجرای برنامه کسب امتیاز خانگی. |
| جلسه ششم | آموزش روش تنبیه کردن شامل جریمه و محروم‌سازی، دستورالعمل استفاده از وقفه تربیتی. |
| جلسه هفتم | مدیریت رفتار در موقعیت‌های عمومی شامل تعیین قواعد پیش از ورود به موقعیت، تعیین مشوق برای اطاعت کودک، تعیین تنبیه برای نافرمانی، در نظر گرفتن یک فعالیت برای کودک در بیرون از خانه. |
| جلسه هشتم | آموزش روش‌هایی به‌منظور بهبود رفتار کودک در مدرسه، آموزش ثبت رفتارهای مثبت در منزل و روش‌های امتیازدهی به این رفتارها، آموزش چگونگی مقابله با مشکلات در آینده. |

ملاحظات اخلاقی

در ابتدا مجوزهای لازم از اداره کل آموزش و پرورش شهر یزد و آموزش و پرورش ناحیه منتخب اخذ شد. سپس طی جلسه آموزشی روند اجرای پژوهش و اهداف بسته درمانی برای والدین شرکت‌کننده در پژوهش توسط پژوهشگر شرح داده شد تا این افراد از فرایند و اهداف پژوهش آگاهی داشته باشند. سپس از والدین رضایت کتبی آگاهانه جهت شرکت در پژوهش گرفته شد. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت کودکان و والدین آنان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. از سوی دیگر به افراد گروه کنترل اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

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، تحلیل رگرسیون جهت بررسی شیب خط رگرسیون، همچنین از تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS۲۳- مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها

در ابتدا نتایج نشان داد بیشترین فراوانی سنی دانش‌آموزان در گروه آزمایش سن ۱۰ سال (۳۸/۴۶ درصد) و در گروه گواه ۱۱ سال (۴۶/۱۵ درصد) بود. از سوی دیگر، بیشترین فراوانی تحصیلی در گروه آزمایش مربوط به پایه سوم (۳۸/۳۶ درصد) و در گروه گواه پایه چهارم (۳۸/۴۶ درصد) بود. همچنین میانگین سنی والدین حاضر در گروه آزمایش ۴۱/۱۱ و گروه گواه ۴۲/۴۵ سال بود که در دامنه سنی ۳۷ تا ۴۸ سال قرار داشتند. در ادامه میانگین و انحراف معیار مقیاس تنظیم هیجانی دو گروه آزمایش و گواه به دست آمد که در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد تنظیم هیجانی کودکان حاضر در گروه‌های آزمایش و گواه

| پس‌آزمون انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | پیش‌آزمون | گروه‌ها | مؤلفه‌ها | |
|--------------------------|---------|--------------|-----------|-------------|----------------------|--------------|
| | | | میانگین | | | |
| ۶/۵۲ | ۵۱/۵۴ | ۶/۹۷ | ۴۲/۵۴ | گروه آزمایش | نمره کل تنظیم هیجانی | |
| ۵/۰۲ | ۴۰/۱۵ | ۵/۲۵ | ۴۳/۴۶ | گروه گواه | | |
| ۳/۳۲ | ۱۶/۰۷ | ۲/۳۰ | ۱۴ | گروه آزمایش | بی‌ثباتی | |
| ۲/۶۵ | ۱۳/۹۲ | ۲/۷۵ | ۱۴/۹۲ | گروه گواه | هیجانی | |
| ۲/۴۳ | ۱۴/۶۹ | ۲/۸۳ | ۱۱/۷۷ | گروه آزمایش | خودآگاهی | |
| ۲/۰۳ | ۱۱/۱۵ | ۲/۱۷ | ۱۱/۳۰ | گروه گواه | هیجانی | |
| ۱/۳۶ | ۶/۲۳ | ۱/۷۰ | ۵/۹۲ | گروه آزمایش | تظاهرات | زیرمقیاس‌های |
| ۱/۴۲ | ۵/۲۳ | ۱/۱۴ | ۵/۸۴ | گروه گواه | هیجانی | تنظیم هیجانی |
| ۱/۳۲ | ۷/۰۷ | ۱/۲۹ | ۵ | گروه آزمایش | مدیریت | |
| ۱/۳۶ | ۴/۷۷ | ۱/۵۰ | ۵/۴۵ | گروه گواه | هیجان | |
| ۱/۳۳ | ۷/۴۶ | ۱/۴۶ | ۵/۸۴ | گروه آزمایش | انعطاف‌پذیری | |

| پس آزمون انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | پیش آزمون | گروه‌ها | مؤلفه‌ها | |
|--------------------------|---------|--------------|-----------|-----------|----------|--|
| | | | میانگین | | | |
| ۱/۴۴ | ۵/۰۷ | ۱/۶۵ | ۵/۹۲ | گروه گواه | هیجانی | |

در ادامه، جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در مرحله پس آزمون در متغیر تنظیم هیجانی پیش فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بوده است ($p > ۰/۰۵$). نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس- کواریانس نشان داد که در مرحله پس آزمون پیش فرض ماتریس‌های واریانس- کواریانس نیز برقرار بوده است ($p > ۰/۰۵$). علاوه بر این نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر تنظیم هیجانی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون برقرار است ($p > ۰/۰۵$). در نهایت نتایج در بررسی پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس آزمون در متغیر تنظیم هیجانی معنادار نبوده است ($p > ۰/۰۵$). این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیر تنظیم هیجانی برقرار بوده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس اثر مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) بر تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی

| منبع تغییر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | سطح معناداری | اندازه اثر | توان |
|-----------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|------------|------|
| اثر پیش آزمون | ۰/۱۷ | ۱ | ۰/۱۷ | ۰/۰۱ | ۰/۹۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۶ |
| اثر متغیر مستقل | ۵۸۸ | ۱ | ۵۸۸ | ۳۸/۲۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۲ | ۱ |
| خطا | ۳۵۳/۸۳ | ۲۳ | ۱۵/۳۸ | | | | |
| کل | ۵۳۵۱۵ | ۲۶ | | | | | |

با توجه به نتایج جدول ۳، ارائه متغیر مستقل (مدل آموزشی رفتاری والدین بارکلی) توانسته

منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیر وابسته (تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد؛ بنابراین این نتیجه حاصل می‌شود که با کنترل متغیر مداخله‌گر (پیش‌آزمون)، میانگین نمرات تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با ارائه مدل آموزشی رفتاری والدین بارکلی دچار تغییر معنادار شده است. جهت تغییر نیز بدان صورت بوده است که مدل آموزشی رفتاری والدین بارکلی توانسته منجر به بهبود تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شود. مقدار تأثیر مدل آموزشی رفتاری والدین بارکلی بر میزان تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی ۰/۶۲ بوده است. این بدان معناست که ۶۲ درصد تغییرات تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی توسط ارائه متغیر مستقل (مدل آموزشی رفتاری والدین بارکلی) تبیین می‌شود. حال به بررسی اثر مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) بر ابعاد تنظیم هیجانی (بی‌ثباتی هیجانی، خودآگاهی هیجانی، تظاهرات هیجانی، مدیریت هیجان‌ها منفی و انعطاف‌پذیری هیجانی) کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی پرداخته می‌شود.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی اثر مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) بر ابعاد تنظیم هیجانی (بی‌ثباتی هیجانی، خودآگاهی هیجانی، تظاهرات هیجانی، مدیریت هیجان‌ها منفی و انعطاف‌پذیری هیجانی) کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی

| سطح معناداری | درجه آزادی خطا | درجه آزادی فرض | مقدار F | ارزش | |
|--------------|----------------|----------------|---------|------|--------------------|
| | ۱۵ | ۵ | ۱۹/۳۵ | ۰/۸۶ | اثر پیلاپی |
| | ۱۵ | ۵ | ۱۹/۳۵ | ۰/۱۳ | لامبدای ویلکز |
| ۰/۰۰۰۱ | ۱۵ | ۵ | ۱۹/۳۵ | ۶/۴۵ | اثر هتلینگ |
| | ۱۵ | ۵ | ۱۹/۳۵ | ۶/۴۵ | بزرگ‌ترین ریشه روی |

با معناداری آزمون کوواریانس چندمتغیری این نتیجه حاصل می‌گردد که باید حداقل در یکی از متغیرهای بی‌ثباتی هیجانی، خودآگاهی هیجانی، تظاهرات هیجانی، مدیریت

هیجان‌های منفی و انعطاف‌پذیری هیجانی بین دو گروه آزمایش و گواه در اثر ارائه مداخله مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) تفاوت معنادار وجود داشته باشد؛ بنابراین جهت بررسی این معناداری به تحلیل به کوواریانس تک‌متغیری پرداخته شد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری جهت بررسی اثر مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) بر ابعاد تنظیم هیجانی (بی‌ثباتی هیجانی، خودآگاهی هیجانی، تظاهرات هیجانی، مدیریت هیجان‌های منفی و انعطاف‌پذیری هیجانی) کودکان مبتلا به اختلال نارسیایی توجه/ بیش‌فعالی

| منبع تغییر | متغیر | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | مقدار F | سطح معناداری | اندازه اثر | توان |
|-----------------|-----------------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|------------|------|
| | بی‌ثباتی هیجانی | ۴۰/۸۲ | ۱ | ۴۰/۸۲ | ۱۳/۵۴ | ۰/۰۰۲ | ۰/۴۲ | ۰/۹۵ |
| | خودآگاهی هیجانی | ۶۰/۲۸ | ۱ | ۶۰/۲۸ | ۲۵/۸۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۵۷ | ۱ |
| اثر متغیر مستقل | تظاهرات هیجانی | ۵/۸۶ | ۱ | ۵/۸۶ | ۳/۴۵ | ۰/۰۸ | ۰/۱۵ | ۰/۴۲ |
| | مدیریت هیجان‌های منفی | ۳۵/۲۵ | ۱ | ۳۵/۲۵ | ۲۰/۶۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۵۲ | ۰/۹۹ |
| | انعطاف‌پذیری هیجانی | ۳۶/۲۴ | ۱ | ۳۶/۲۴ | ۱۸/۴۶ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۹ | ۰/۹۸ |
| | بی‌ثباتی هیجانی | ۵۷/۲۷ | ۱۹ | ۳/۰۱ | | | | |
| | خودآگاهی هیجانی | ۴۴/۲۶ | ۱۹ | ۲/۳۳ | | | | |
| خطا | تظاهرات هیجانی | ۳۳/۲۸ | ۱۹ | ۱/۷۰ | | | | |
| | مدیریت هیجان‌های منفی | ۳۱/۴۲ | ۱۹ | ۱/۷۰ | | | | |
| | انعطاف‌پذیری هیجانی | ۳۷/۲۹ | ۱۹ | ۱/۹۶ | | | | |

همان‌طور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد بین دو گروه در متغیرهای بی‌ثباتی هیجانی، خودآگاهی هیجانی، مدیریت هیجانات منفی و انعطاف‌پذیری هیجانی تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که مدل آموزشی رفتاری والدین بارکلی توانسته بر مؤلفه‌های بی‌ثباتی هیجانی، خودآگاهی هیجانی، مدیریت هیجانات منفی و انعطاف‌پذیری هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی تأثیر معنادار داشته باشد. مقدار تأثیر مدل آموزشی رفتاری والدین بارکلی بر میزان بی‌ثباتی هیجانی، خودآگاهی هیجانی، تظاهرات هیجانی، مدیریت هیجانات منفی و انعطاف‌پذیری هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی به ترتیب ۰/۴۲، ۰/۵۷، ۰/۵۲ و ۰/۴۹ بوده است. این بدان معناست که ۴۲، ۵۷، ۵۲ و ۴۹ درصد تغییرات متغیرهای بی‌ثباتی هیجانی، خودآگاهی هیجانی، تظاهرات هیجانی، مدیریت هیجانات منفی و انعطاف‌پذیری هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی توسط ارائه متغیر مستقل (مدل آموزشی رفتاری والدین بارکلی) تبیین می‌شود. لازم به ذکر است بر متغیر تظاهرات هیجانی تأثیر معنادار نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) بر تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی انجام گرفت. نتایج نشان داد که مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) بر تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی تأثیر معنادار دارد. بدین معنا که این آموزش می‌تواند منجر به بهبود تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شود. نتایج پژوهش حاضر با همسو با یافته‌های حاجی سیدجواد، برجعلی و برجعلی (۱۳۹۲) و عابدی، سیدقلعه و بهرامی‌پور (۱۳۹۶) مبنی بر تأثیر آموزش والدین بر کاهش علائم اختلال نارسایی توجهی بیش‌فعالی است. نتایج پژوهش صابری‌زاد، حیدری و داوودی (۱۳۹۸) و باکلان (۲۰۲۰) نشان داده است که مدل آموزشی رفتاری والدین بارکلی می‌تواند منجر به بهبود تعامل مادر و کودک و افزایش مهارت هیجانی کودکان و سلامت روان والدین

شود. از سوی دیگر، عزیزاده فرد، محتشمی و تدریس تبریزی (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند که این درمان می‌تواند منجر بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای ناتوانی گردد. کدخدایی، احمدی و عابدی (۱۳۹۶) نیز در پژوهش خود نشان دادند آموزش والدین می‌تواند موجب کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان شوند. همچنین لورن و همکاران (۲۰۱۸) نشان داده‌اند که آموزش والدین می‌تواند منجر به بهبود علائم بالینی و روان‌شناختی کودکان و نوجوانان آسیب‌پذیر می‌شود.

در تبیین یافته حاضر باید بیان کرد، یکی از مفروضه‌ها و عواملی که باعث ایجاد چالش در روابط والد-کودک شده و به تشدید مشکلات روان‌شناختی و هیجانی کودکان منجر می‌شود، ضعف مهارت والدین در نحوه برخورد با کودکان دارای مشکلات روان‌شناختی همانند کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ارتباط دارد (عابدی، سیدقلعه و بهرامی‌پور، ۱۳۹۶) که با رفع بخشی از مشکلات و ضعف‌های والدین در نحوه برخورد با فرزندانشان و آموزش روش‌ها و تکنیک‌های رفتاری مناسب، وقوع روابط تعارض آمیز هم در زمینه فیزیکی و هم عاطفی، با کودکان کاهش یافته و این روند بهبود در پردازش شناختی و هیجانی کودکان را سبب می‌شود. علاوه بر این 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 مک‌گراث، ۲۰۱۰). درواقع، آموزش والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی منجر به درک بیشتری از شرایط رشدی فرزند می‌شود و همچنین جلسات گروهی برای والدین این موقعیت را فراهم می‌کند که استرس‌ها و فشارهای روانی ناشی از تنش روزمره تعامل با کودکشان را ابزار کنند و به یک حس همدلی از جانب سایر والدین دست پیدا کنند. کسب مهارت همدلی سبب می‌شود تا والدین این مهارت را به تعامل والد-فرزند خود نیز انتقال داده و با کودک مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی تعامل روانی و هیجانی سازنده‌تری را برقرار نمایند. شکل‌دهی تعامل مثبت با فرزند نیز به کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی یاری می‌رساند تا بتوانند هیجانات مثبت و منفی

خود را به شکلی راحت‌تر ابراز نموده و از این طریق، تنظیم هیجانی بالاتری را تجربه و ادراک نمایند (لثو، ۲۰۱۲).

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 نارسایی توجه/ 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 (لثو، ۲۰۱۲)، زمانی که والدین درک درستی از مفهوم اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی پیدا کنند، مشکلات کودک را شخصی تلقی نمی‌کنند و فشار روانی و استرس آن‌ها کاهش پیدا می‌کند. والدین متوجه می‌شوند که کودکان عمده‌اً آن‌ها را اذیت نمی‌کنند و موجب دلخوری دوستان نمی‌شوند و این عوامل به خاطر آن 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 که این روند با بروز هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی، تنظیم هیجانی بیشتری را در کودکان در پی دارد.

پژوهش حاضر، مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی نظیر محدود بودن نتایج پژوهش به گروه و منطقه جغرافیایی خاص (کودکان دارای اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی شهر یزد)، حجم نمونه پایین، عدم برگزاری مرحله پیگیری و عدم کنترل کامل عوامل اثرگذار بر تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی مواجه بود؛ بنابراین در سطح پیشنهاد پژوهشی پیشنهاد می‌شود که ضمن توجه به محدودیت‌های این پژوهش، به بررسی مؤلفه‌های مهم دیگری از جمله نیازهای روان‌شناختی و خودکارآمدی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی توجه گردد تا در راستای ارتقای میزان کارایی این کودکان گام برداشته شود. همچنین توصیه می‌شود از

آموزش والدینی بارکلی در کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و همچنین مراکز اختلال یادگیری ادارات آموزش و پرورش کشور مورد استفاده قرار گیرد تا موجب ارتقای سلامت روان کودکان واقع شود.

به‌طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) با بهره‌گیری از آموزش روش‌های مناسب برای کاهش رفتار نابهنجار کودکان، مهارت ابراز توجه مثبت به کودک، شیوه‌های برقراری تعامل مثبت و مدیریت رفتارهای نامطلوب و مهارت‌های توجه مثبت به‌عنوان یک روش کارآمد جهت افزایش تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی مورد استفاده گیرد. با توجه به آمار رو به رشد این اختلال در جامعه ایرانی، ضروری است روان‌شناسان و مشاوران کودک و نوجوان در دوره‌های ضمن خدمت و کارگاهی با این روش درمانی و کاربرد آن در بهبود تنظیم هیجانی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی آشنا شده و اقدامات لازم جهت ارتقای سلامت روان این دسته از افراد گام بردارند.

تعارض منافع

تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری


پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول پژوهش است؛ بنابراین از تمام والدین شرکت‌کننده در پژوهش و مسئولین آموزش و پرورش و مدارس انتخاب‌شده، تشکر و قدردانی می‌گردد.

ORCID

Nasim javidipour

 <https://orcid.org/0000-0002-7777-66>

Marieh Dehghan manshadi

 <https://orcid.org/0000-0003-8888-6666>

منابع

- اسماعیلیان، نسرین، دهقانی، محسن؛ و فلاح، صادق. (۱۳۹۵). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی چک‌لیست تنظیم هیجانی کودکان و نوجوانان. *مجله دستاوردهای روان‌شناسی بالینی*، ۱۲(۱)، ۳۴-۱۵.
- 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، محری، فاطمه؛ و غنایی چمن‌آباد، علی. (۱۳۹۲). آموزش حافظه کاری، 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.
- خلقی، زهرا، آقایی، اصغر، فرهادی، هادی. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلر-درایکورس بر تنظیم هیجان و تعامل والد-فرزندی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۰(۴)، ۴۹-۳۷.
- شهیم، سیما، مهرانگیز، لیلا؛ و یوسفی، فریده. (۱۳۸۶). شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در کودکان دبستانی. *مجله بیماری‌های کودکان ایرانی*، ۱۷(۲): ۲۱۱-۲۱۶.
- صابری‌راد، احمد، حیدری، حسین، داوودی، حسین. (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه فرزندپروری بر اساس مدل بارکلی بر تعامل مادر و کودک با اختلال رفتاری، *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۰(۲)، ۱۷۸-۱۸۸.
- عابدی، احمد، سیدقلعه، اعظم؛ و بهرامی‌پور، معصومه. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی فیلپال تراپی و روش والدگری بارکلی بر کاهش اضطراب و علائم نقص توجه/ بیش‌فعالی، *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۷(۳)، ۱۲۰-۱۱۱.
- عزیزی، آرمان، فاتحی‌زاده، مریم، احمدی، سیداحمد، جزائری، رضوان‌السادات؛ و عیسی‌نژاد، امید. (۱۳۹۸). مطالعه کیفی دنیای پدیداری همشیره هادر خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، *خانواده پژوهی*، ۱۱(۵۹)، ۳۴۵-۳۳۱.
- علیزاده‌فرد، سوسن، محتشمی، طیبه؛ و تدریس تبریزی، معصومه. (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه آموزش

طراحی...؛ غلامی و همکاران | ۱۶۷

والدین بر مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای ناتوانی یادگیری. *ناتوانی‌های یادگیری*، (۳) ۵، ۸۹-۱۰۷.

کدخدائی، مهین السادات، احمدی، سیداحمد؛ و عابدی، احمد. (۱۳۹۶)، بررسی تأثیر آموزش برنامه والدگری بارکلی بر سلامت روان مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه- بیش فعالی مقطع ابتدایی (۷-۱۲) شهر اصفهان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، (۳) ۱۸، ۱۲-۲۴.

گودرزی، محمدعلی، هاشمی، راضیه؛ و تقوی، محمدرضا. (۱۳۹۷). تأثیر برنامه آموزش رفتاری والدین بارکلی به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مقطع ابتدایی با اختلال سلوک. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، (۱) ۱۹، ۱-۹.

اصلائی، خالد، وارسته، مرضیه؛ و امان‌الهی، عباس. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت بر کیفیت تعامل والد-کودک. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، (۲۸) ۷، ۱۸۶-۲۰۰.

یغمایی، ساناز، ملک‌پور، مختاری، قمرانی، احمد. (۱۳۹۸). میزان اثربخشی آموزش والدینی بارکلی بر خودکنترلی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش فعالی. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، (۱) ۱۰، ۱۵-۲۷.

References

- Barkley, R.A. (2015). Executive functioning and self-regulation viewed as an extended phenotype: implications of the theory for ADHD and its treatment. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder, A Handbook for Diagnosis and Treatment*. 4th. edition. NY: Guilford Press, 521-525.
- Biederman, J., Spencer, T., Lomedico, A., Day, H., Petty, C.R., Faraone, S.V. (2012) Longitudinal course of deficient emotional self-regulation CBCL profile in youth with ADHD: prospective controlled study. *Neuropsychiatr Dis Treatment*, 8, 267-276.
- Brock, S.E., Clinton, A. (2007). Diagnosis of attention deficit/ hyperactivity disorder (AD/HD) in childhood: A review of the literature. *The California School Psychologist*, 12(1), 73-91.
- Buklan, M. (2020). An Addition to Barkley's Parent Training: Increasing Self-Compassion in Parents of Children with ADHD. *ProQuest Dissertations Publishing*, 27993121.
- Christian, C., Martel, M.M., Levinson, C.A. (2020). Emotion regulation difficulties, but not negative urgency, are associated with attention-

- deficit/hyperactivity disorder and eating disorder symptoms in undergraduate students. *Eating Behaviors*, 36, 1013-1018.
- Conn, A., Szilagy, 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.
- Kahl, T., Grob, A., Möhring, W. (2021). Does emotion regulation compensate deficits in various executive functions in children's and adolescents' mathematical achievement? *Learning and Individual Differences*, 89, 1020-1024.
- Kim, S., Park, J., Kim, H., Pan, Z., Lee, Y., McIntyre, R. (2019). The relationship between smartphone addiction and symptoms of depression, anxiety, and attention-deficit/ hyperactivity in South Korean adolescents. *Ann Gen Psychiatry*, 18, 1-8.
- 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.
- Luo, Y., Weibman, D., Halperin, J.M., Li, X. (2019). A Review of Heterogeneity in Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD). *Frontal Human Neuroscience*, 11(13), 42-48.
- Reyno, S.M., & McGrath, P.J. (2010). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problem-a meta-analytic review. *Child Psychology and Psychiatry*, 47: 99-111.
- Shields, A., Cicchetti, D. (1997). Emotion Regulation among school-age children: The developmental and validation of a new criterion Q-short scale. *Developmental Psychology*, 33(6): 906-916.
- Shields, A., Cicchetti, D. (2001). Parental Maltreatment and Emotion Dysregulation as Risk Factors for Bullying and Victimization in Middle Childhood. *Clinical Child Psychology*, 30: 349-363.
- Strauss, A.Y., Kivity, Y., Huppert, J.D. (2019). Emotion Regulation Strategies in Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder. *Behavior Therapy*, 50(3), 659-671.
- 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.
- Ullah, N., Treur, J., Koole, S.L. (2018). A computational model for

flexibility in emotion regulation. *Procedia Computer Science*, 145, 572-580.

Xu, G., Snetselaar, L.G., Strathearn, L., Ryckman, K., Nothwehr, F., Torner, J. (2021). Association of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With E-Cigarette Use. *American Journal of Preventive Medicine*, 60(4), 488-496.

Yep, R., Soncin, S., Brien, D.C., Coe, B.C., Marin, A., Munoz, D.P. (2018). Using an emotional saccade task to characterize executive functioning and emotion processing in attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder. *Brain and Cognition*, 124, 1-13.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

استناد به این مقاله: جاویدی پور، نسیم، دهقان، منشادی ماریه. (۱۴۰۰). اثربخشی مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) بر تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، *روانشناسی افراد استثنایی*، ۱۲(۴۵)، ۱۶۹-۱۴۵.

DOI: 10.22054/JPE.2022.62507.2356



Psychology of Exceptional Individuals is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی