



(DOI): 10.22059/japr.2022.317002.643732

## مقایسه تأثیر الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی و برنامه بارکلی بر خودکنترلی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی

### Comparison of the Effect of Parenting Model Based on Executive Function Theory and Barkley's Program on Self-Control in Attention Deficit / Hyperactivity Disorder Children

Zahra Barahimi  
Ahmad Abedi  
Asghar Aghaei

زهرا براهمی\*  
احمد عابدی\*\*  
اصغر آقایی\*\*\*

#### Abstract

The aim of the present study is to compare the effectiveness of a parenting model based on executive function theory and the Barkley program on self-control in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. This study is an applied and randomized clinical trial. The study population is mothers with children with attention-deficit/hyperactivity disorder in Isfahan in the spring and summer of 2018, of whom 45 subjects were purposively selected based on entry and baseline criteria and randomly divided into three groups (two experimental groups and one control group). Fifteen subjects were assigned to each group. The Self-Control Assessment Scale (SCRS) was used to measure the dependent variable at different stages of the study. The first experimental group received 12 sessions of the achievement theory-based parenting model, the second experimental group received 8 sessions of the Barkley program, and the control group received no treatment. Data were analyzed by repeated measures ANOVA and SPSS-26 software. The parenting model based on the theories of executive functions and the Barkley program had positive effects on self-control of children with attention-deficit/hyperactivity disorder ( $p < 0.05$ ). That is, parenting models based on executive function theories and the Barkley program significantly improved self-control in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Therefore, parenting models based on theories of executive functions and the Barkley program, together with other effective therapies, are likely to improve self-control in children with attention-deficit/hyperactivity disorder.

**Keywords:** Self-Control, Attention Deficit / Hyperactivity Disorder, Parenting Pattern Based on Executive Function Theory, Barkley Program.

#### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی و برنامه بارکلی بر خودکنترلی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی است. این مطالعه کاربردی و از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی است. جامعه پژوهش شامل مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در شهر اصفهان در بهار و تابستان ۱۳۹۸ است که ۴۵ نفر از آنان، بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) و در هر گروه ۱۵ نفر گمارده شدند. از مقیاس ارزیابی خودکنترلی (SCRS) در مراحل مختلف پژوهش برای سنجش متغیر وابسته استفاده شد. گروه آزمایش اول تحت دوازده جلسه الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی و گروه آزمایش دوم تحت هشت جلسه برنامه بارکلی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند. داده‌های جمع‌آوری شده به روش تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 تجزیه و تحلیل شدند. الگوی والدگری مبتنی بر نظریه‌های کارکردهای اجرایی و برنامه بارکلی بر خودکنترلی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی اثرات مشابه و مثبتی دارند ( $p < 0.05$ )؛ بنابراین الگوی والدگری مبتنی بر نظریه‌های کارکردهای اجرایی و برنامه بارکلی به منظور بهبود خودکنترلی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی در کنار سایر درمان‌های اثربخش، کاربردی هستند.

**واژه‌های کلیدی:** خودکنترلی، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی، برنامه بارکلی.

\* دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان (واحد خوراسگان)، اصفهان، ایران

\*\* نویسنده مسئول: دانشیار گروه کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

\*\*\* استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان (واحد خوراسگان)، اصفهان، ایران

## مقدمه

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، یکی از شایع‌ترین اختلالات رفتاری در دوران کودکی است (بوسینگ، ماسن، بل، پورتر و گارون، ۲۰۱۰) که با سطوح بالایی از کم‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری همراه است و متناسب با وهله تحولی آن‌ها نیست (نجاتی، آقای ثابت و خوشحالی‌پناه، ۱۳۹۲). آمار گوناگونی در زمینه نرخ شیوع این اختلال وجود دارد. برآوردهای مربوط به شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بسته به ملاک‌های تشخیصی به‌کاررفته ۵/۹ تا ۷/۱ درصد متفاوت است (ویلکات، ۲۰۰۵) و شیوع این اختلال برای بزرگسالان ۲/۵ درصد و برای کودکان رقم ۵ درصد گزارش شده است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup>، ۱۳۹۹). با وجود این، رقم محتاطانه ۳-۷ درصد از کودکان در سنین مدرسه را مبتلایان به این اختلال تشکیل می‌دهند. به‌طور کلی احتمالاً در هر کلاس عادی یک یا دو کودک با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی وجود دارد (شکوهی یکتا، پرنده، شهائیان و اکبری زردخانه، ۱۳۹۰).

مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، مربوط به ضعف در خودکنترلی<sup>۲</sup> آنان است (کوی، ۲۰۲۰). بارکلی (۱۹۹۷) نارسایی خودکنترلی را هسته اصلی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی می‌پندارد و خودکنترلی را پاسخ یا زنجیره‌ای از پاسخ‌ها به وسیله فرد می‌داند که می‌خواهد احتمال پاسخ بعدی به رویداد را تغییر بدهد و در این فرایند، به‌گونه‌ای عمل می‌کند تا احتمال پیامد بعدی مرتبط با آن رویداد را تغییر دهد. به عبارت دیگر نارسایی خودکنترلی نشانگر ناتوانی در تفکر درمورد پیامد رفتار است. تفکر درمورد پیامد ولی عمل براساس خشنودی آنی، به رفتار پیش‌بینی‌ناپذیر منجر می‌شود (بارکلی، ۲۰۱۳). خودکنترلی بیانگر میزان مطابقت ویژگی‌های رفتاری کودک با شرایط و موقعیت موجود است (گلمن، ۱۳۹۵)؛ بنابراین کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به دلیل نداشتن خودکنترلی و بروز رفتارهای تکانشی، به‌طور معمول پاسخ‌های نادرست بیشتری ارائه می‌کنند و سازمان‌دهی بیشتر و تمرکز بر جزئیات نیاز دارند (علیزاده، ۱۳۸۳) که موجب بروز مشکلات در فضای مدرسه و خانه می‌شود (برجلی و همکاران، ۱۳۹۳). به این ترتیب لازم است تا برای کاهش علائم این کودکان و تقلیل بار مشکلات خانواده‌های آنان، خودکنترلی بهبود یابد.

متخصصان حوزه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در دهه‌های اخیر در مفهوم‌سازی نظری این اختلال به سمت دیدگاه‌های عصب‌شناختی گرایش یافته‌اند (احمدی، ارجمندیا، عزیزی و مطیعی، ۱۳۹۶). بارکلی (۱۹۹۷) درمورد سبب‌شناسی این اختلال، وجود نقایصی در کنترل-بازداری را به‌عنوان هسته اصلی ازهم‌پاشیدگی فرایندهای پردازشی در تکالیف کارکرد اجرایی معرفی کرد. کارکردهای اجرایی مجموعه توانایی‌های شناختی‌ای هستند که مسئول خودتنظیمی و رفتارهای معطوف به هدف‌اند و فرد را به ایجاد الگوی رفتار جدید و روش‌های فکر کردن و بازبینی افکار توانا می‌سازند (برتلسن، هایز، وایت و ویلیامز، ۲۰۱۷). این قابلیت‌ها در موقعیت‌های

---

1. DSM-5

2. self-control

ناآشنا بسیار موردنیاز است و نقش مهمی در انعطاف‌پذیری شناختی و کنترل آن، هیجان و عمل دارد. کارکردهای اجرایی برای زندگی روزمره بسیار حیاتی هستند و شامل رفتارهای پیچیده معطوف به هدف و سازگاری با طیف وسیعی از تغییرات و مطالبات محیطی از جمله حافظه فعال، مهار استرس<sup>۱</sup>، بازداری، عملکرد برنامه‌ریزی<sup>۲</sup> و حل مسئله<sup>۳</sup>، توجه به رویدادهای غیرمعمول و همچنین خودیابی رفتار است (کاناگرانام و اسبجرسن، ۲۰۰۷). هرگونه نقص یا اختلال در این کارکردها می‌تواند سبب نقص توجه، اشکال در یادسپاری تکالیف، بیش‌فعالی و اختلال در برنامه‌ریزی برای شروع و اتمام تکلیف، اختلال حافظه و اختلال یادگیری شود. در تأیید این نظریه، تحقیقات انجام‌شده نشان داده‌اند کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی ضعیف‌تر از کودکان عادی است (داگانایس و همکاران، ۲۰۱۶). به‌دلیل مشکلات اساسی این کودکان در زمینه فردی، تحصیلی و اجتماعی، در بسیاری از موارد این تصور برای سایرین به‌وجود می‌آید که این کودکان از نظر یادگیری، هوش و حافظه دچار مشکل هستند و این تصور موجب نگرانی زیادی برای والدین می‌شود. واقعیت این است که کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نظر هوشی تفاوتی با جمعیت کلی کودکان ندارند و پراکندگی طبیعی هوش که در سایر کودکان مشاهده می‌شود و دلیل اصلی افت عملکرد آن‌ها وجود اختلال در کارکردهای اجرایی آن‌هاست (دل آنجلو و همکاران، ۲۰۰۹).

پژوهش‌های انجام‌شده نشان داده‌اند کارکردهای اجرایی با خودکنترلی ارتباط نزدیک دارند (نکا، گروسزکا، ارزچوسکی، نوواک و ووچکیک، ۲۰۱۸)؛ بنابراین اعمال مداخله‌ای به‌منظور بهبود کارکردهای اجرایی ممکن است بتواند به این کودکان در حل مشکلات مرتبط با خودکنترلی کمک کند. چنین دیدگاهی توسط برخی شواهد تجربی تأیید می‌شود (کریستینسن و همکاران، ۲۰۱۹؛ شای و همکاران، ۲۰۱۷)؛ برای مثال عزیزیان (۱۳۹۷) اثر مثبت مداخله‌های آموزشی کارکردهای اجرایی برای کودکان با نارسایی شناختی را اعلام کرد. پژوهش مدنی، علیزاده، فرخی و حکیمی‌راد (۱۳۹۶) نیز نشان داد برنامه آموزشی کارکردهای اجرایی (بازداری پاسخ، به‌روزرسانی، توجه پایدار) بر کاهش نشانه‌های کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر است. به‌علاوه برنامه‌های والدگری در این زمینه مورد توجه خاص قرار گرفته‌اند؛ چرا که یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند وجود اختلال‌های رفتاری در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، متأثر از تعامل والدین-فرزند است. مادران کودکان با نقص توجه/بیش‌فعالی در مهارت‌های فرزندپروری دچار احساس بی‌کفایتی هستند (بوسینگ و همکاران، ۲۰۱۲) و بیشتر اوقات مادران این کودکان برای کنترل کودک و رفتار با آن به روش‌هایی متوسل می‌شوند که وضعیت علائم اختلال در کودک را بدتر می‌کنند و از طریق اعمال کنترل شدید بر کودک، وضعیتی به‌وجود می‌آورند که پیامد آن تعارض جدی والد با کودک و شدیدتر شدن نشانه‌های اختلال مانند بیش‌فعالی و تکانشگری و مشکلات رفتاری برون‌ریزانه در کودک با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی است؛ بنابراین امروزه در زمینه استفاده از روی‌آوردهای درمانی برای کودکان با اختلال‌های رفتاری، گرایش زیادی

1. inhibition of stress
2. planning
3. problem solving

به مشارکت والدین مخصوصاً مادران به عنوان مراقبان اصلی کودکان، در روند درمان ایجاد شده است (ارکویزا و تیمر، ۲۰۱۲). در واقع آموزش والدین از روش‌هایی است که در درمان اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی بر سایر روش‌ها برتری دارد (فایانو و همکاران، ۲۰۰۹). با توجه به نبود الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی و با توجه به نقش این مهارت‌ها در بهبود خودکنترلی، پژوهش حاضر این پروتکل درمانی را به روش ترکیبی (کیفی- کمی) تدوین می‌کند.

به‌علاوه در اینجا ذکر این نکته ضروری است که یکی از رویکردهای پرکاربرد در این زمینه، برنامه والدگری بارکلی است که برای کودکان با علائم اختلالات رفتاری در سال ۱۹۷۷ تدوین شده است (یغمایی، ملک‌پور و قمرانی، ۲۰۱۹). بارکلی (۲۰۱۳) معتقد است آموزش والدین موجب افزایش شناخت آنان از ماهیت اختلال می‌شود و اعتماد به نفسشان را در خصوص نقش فرزندپروری افزایش می‌دهد. همچنین به آن‌ها کمک می‌کند تا رفتارهای نامناسب خود را کنترل کنند و کاهش دهند و در تربیت آن‌ها احساس موفقیت بیشتری داشته باشند. این برنامه، برنامه‌ای جهان‌شمول در مورد فرزندپروری است که سبب ایجاد رابطه مثبت بین والدین و فرزندان می‌شود و کمک می‌کند تا والدین راهبردهای مؤثر مدیریت را در برخورد با انواع مسائل رشدی- رفتاری کودک بیاموزند؛ برنامه ساده‌ای که می‌تواند تغییرات بزرگی در خانواده ایجاد کند و به والدین کمک می‌کند تا دریابند که وقتی به روش‌های جدیدی حرف بزنند و فکر و عمل کنند، نتایج بهتری در خانواده به بار خواهد آمد (کدخدایی، احمدی و عابدی، ۱۳۹۶). به عبارت دیگر، این برنامه شامل محیطی امن، تقویت رفتار مثبت، ایجاد محیط مثبت یادگیری، داشتن انتظارات واقع‌گرایانه و مراقبت از خود است (بارکلی، ۱۳۹۴). بهمنی و علیزاده (۱۳۹۰) گزارش کردند آموزش مدیریت بارکلی به مادران بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی مؤثر است. ملک و طاروق (۲۰۱۴) نیز نشان دادند الگوی والدگری بارکلی روش مؤثری برای کاهش علائم اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی است.

با آنکه اثربخشی برنامه بارکلی در کاهش علائم کودکان با اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی تأیید شده است، این برنامه ویژگی‌های خاص این کودکان و همچنین تقویت اختصاصی کارکردهای اجرایی را مورد توجه قرار نداده است. همچنین جست‌وجوها مشخص کرد پژوهشی که الگوی والدگری مبتنی بر آموزش کارکردهای اجرایی متناسب با فرهنگ ایرانی را بومی‌سازی کند در دسترس نیست و اغلب برنامه‌های مداخلاتی در این راستا، متناسب با برنامه‌های خارجی تنظیم شده است. همچنین تناقضی مشهود در یافته‌های تحقیقات موجود در زمینه اثربخشی برنامه‌های آموزش والدین وجود دارد (دلوچ، ۲۰۱۵؛ دلی و ابرین، ۲۰۱۳؛ استینر، ۲۰۱۱) که نیاز به تدوین برنامه‌ای با حیطه مداخلاتی گسترده‌تر نسبت به برنامه‌های قبلی آموزش والدین در بهبود کارکردهای اجرایی را روشن می‌کند. همچنین با در نظر گرفتن این نکته که تاکنون توجه اندکی به انجام مداخله‌های مربوط به آموزش والدین مبتنی بر آموزش کارکردهای اجرایی به صورت ترکیبی (کیفی- کمی) شده است و نبود الگوی بومی والدگری مبتنی بر آموزش کارکردهای اجرایی و بررسی اعتبار آن، پژوهش حاضر ضمن تدوین برنامه‌ای جدید و با حیطه مداخلات گسترده‌تر مبتنی بر آموزش کارکردهای اجرایی برای آموزش به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی و مقایسه آن با برنامه آموزش والدین بارکلی

انجام شده است و به این سؤال پاسخ دهد که آیا بین اثربخشی الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی با برنامه والدگری بارکلی بر خودکنترلی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی تفاوتی وجود دارد.

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرا

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و کلینیک‌های شهر اصفهان در بهار و تابستان ۱۳۹۸ است که تعداد دقیق آنان در دسترس نیست. از میان جامعه آماری مورد اشاره، ۴۵ مادر با احتساب ۱۵ نفر برای هر یک از سه گروه پژوهش، به روش نمونه‌گیری هدفمند برمبنای ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. به این صورت که پس از اخذ مجوز و معرفی‌نامه از دانشگاه برای مراکز روان‌شناختی شهر اصفهان، با آگهی فراخوانی از مادران کودکان نقص توجه/بیش‌فعالی دعوت شد تا در پژوهش شرکت کنند. از مادران داوطلب، مصاحبه‌ای انجام شد و ۴۵ مادر که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند و از آنان خواسته شد تا در جلسه توجیهی که در مرکز مشاوره تشکیل شد، حاضر شوند. بعد از برگزاری جلسه توجیهی، با انجام قرعه‌کشی، شرکت‌کنندگان در سه گروه شامل دو گروه آزمایش (یک گروه آزمایش الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی و یک گروه برنامه بارکلی) و یک گروه کنترل قرار گرفتند.

معیارهای ورود عبارت‌اند از: داشتن سطحی از تحصیلات در حدی که بتوانند آزمون‌ها را پاسخ دهند، داشتن حداقل یک فرزند مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی که توسط روان‌شناس بالینی تأیید شده باشد، نداشتن اختلال روان‌شناختی یا روان‌پریشی حاد یا مزمن، نداشتن بیماری جسمانی که موجب ناتوانی در برنامه‌های درمانی باشد، شرکت‌نکردن در دوره درمانی موازی در طول زمان انجام پژوهش و معیارهای خروج نیز شامل همکاری‌نکردن و انجام‌ندادن تکالیف ارائه‌شده در جلسات، غیبت بیش از دو جلسه طی روند آموزش بودند. اصول اخلاقی رعایت‌شده نیز عبارت‌اند از: رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج همراه با آموزش گروه کنترل پس از اتمام درمان دو گروه آزمایش. پس از انتخاب گروه نمونه و جایگذاری افراد در گروه‌های پژوهش، با استفاده از مقیاس ارزیابی خودکنترلی، پیش‌آزمون به صورت گروهی اجرا شد. سپس گروه آزمایش اول تحت دوازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی و گروه آزمایش دوم تحت هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه برنامه بارکلی توسط درمانگر مجرب و بیش از ۱۰ سال تجربه درمان و آموزش، تحت درمان قرار گرفتند. گروه گواه در این مدت، در لیست انتظار بودند. در هر جلسه درمان، درمانگر با بررسی گزارش مراجعان از تکالیف خانگی جلسه قبل، از شیوه درست انجام تکالیف و تفهیم آن‌ها اطمینان حاصل کرد. پس از پایان

جلسات درمان، هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری دوماهه، مقیاس ارزیابی خودکنترلی را مجدداً تکمیل کردند؛ به این صورت که جمع‌آوری اطلاعات از دو گروه آزمایش (الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی و برنامه بارکلی) پس از اتمام جلسات درمانی و از گروه کنترل نیز هماهنگ با دو گروه آزمایشی صورت گرفت.

## ابزار سنجش

### مقیاس ارزیابی خودکنترلی<sup>۱</sup> (SCRS)

مقیاس ارزیابی خودکنترلی توسط کندال و ویلکاکس (۱۹۷۹) در دانشگاه مینه‌سوتا برای سنجش میزان خودکنترلی کودکان ساخته شد. این مقیاس با ۳۳ عبارت برای ارزیابی میزان رفتار خویش‌دارانه در کودکان طراحی شده است و توسط یک ناظر که رفتار کودک را ارزیابی می‌کند به کار گرفته می‌شود. ۱۰ سؤال آن مربوط به خودکنترلی، ۱۳ سؤال مربوط به تکانش‌گری و ۱۰ سؤال آن نیز مربوط به هردو (تکانشگری-خودکنترلی) است. ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۸ و با استفاده مقیاس ارزیابی خودکنترلی از روش بازآزمایی ۰/۸۴ محاسبه شده که در حد قابل قبول است. پایایی آزمون-بازآزمون در طول ۳-۴ هفته برای یک نمونه ۲۴ نفره در کودکان مقطع ابتدایی ۰/۸۴ بود. پیوستگی درونی و پایایی آزمون-بازآزمون این مقیاس درجه‌بندی پایا و مشابه پیشنهاد می‌کند. همچنین پایایی آزمون توسط مورای (۲۰۰۲) تأیید شده است. در ایران این مقیاس برای اولین بار توسط همتی (۱۳۸۳) ویرایش و روایی محتوایی آن تأیید شد. همچنین این محقق پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ روی یک نمونه ۱۰۰ نفری از کودکان شهر تهران ۰/۹۸ محاسبه شد.

## درمان

الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی برای اولین بار برای این پژوهش متناسب با ضعف‌های کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی در کارکردهای اجرایی و همچنین مشکلات والدگری خانواده‌های این کودکان تهیه و تدوین شد. در این راستا ابتدا از طریق ۲۷ منبع علمی، مشکلات مبتنی بر کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی جمع‌آوری شدند. هم‌زمان به‌منظور شناسایی روش‌های ارتقای کارکردهای اجرایی براساس اصلاح الگوهای والدگری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، ده کتاب و مقاله بررسی شدند. ضریب توافق پنج داور با تخصص ارزیابی درمان‌های روان‌شناختی در زمینه درمان‌های کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی، درمورد محتوا، زمان، ساختار و کفایت درمانی بین ۰/۹۲ تا ۱ در نوسان بود. علاوه بر این، طی یک مطالعه مقدماتی (پایلوت) تأثیر الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی بر متغیر خودکنترلی ( $p < 0/05$  و  $df=15$ ) بررسی و تأیید شد. برنامه بارکلی

1. Self-Control Rating Scale (SCRS)

نیز مطابق با دستورالعمل کتاب آموزش کودکان با نقص توجه/بیش‌فعالی (بارکلی، ۱۳۹۴) که در مطالعات قبلی روایی آن تأیید شده بود، در این پژوهش اجرا شد. شایان ذکر است با توجه به اینکه این دو مداخله از نظر تعداد و طول مدت مداخله اختلاف چشمگیری با هم دارند، پیش از اجرای مداخلات، میزان همبستگی بین دو روش بررسی شد و قابل قبول بود ( $r=0/064$ ). خلاصه محتوای جلسات الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی و برنامه بارکلی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی

جلسه	شرح اختصاری جلسات الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی	شرح اختصاری جلسات برنامه بارکلی
جلسه اول	معرفی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد فضایی امن و قابل اعتماد، اجرای پیش‌آزمون، آشنایی با قوانین کلی درمان	ارائه اطلاعات ضروری در مورد ماهیت، شیوع، سبب، پیش‌آگهی، سبب‌شناسی این اختلال به والدین، اجرای پیش‌آزمون؛ توضیح در مورد اصول شکل‌گیری رفتار و ضرورت رعایت اصول مدیریت رفتار.
جلسه دوم	آشنایی مادران با اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه، آشنایی مادران با کارکردهای اجرایی، آشنایی مادران با نقش کارکردهای اجرایی در بروز مشکلات شناختی و رفتاری کودکانشان	توضیح و تشریح چهارده 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 تأکید بر نقش و اهمیت توجه والدین بر رفتارهای کودک
جلسه سوم	بررسی تکالیف خانگی، توضیح در مورد چگونگی ارزیابی کارکردهای اجرایی توسط مادران، آشنایی مادران با سازه بازداری پاسخ، توضیح در مورد چگونگی تظاهر مشکل در سازه بازداری پاسخ در موقعیت‌های زندگی، ارائه راهکارهایی برای تقویت بازداری پاسخ	ادامه آموزش چهارده گام شامل توضیح عینی و ملموس تفکر و حل مسئله، تلاش برای ثبات و هماهنگی در عملکرد، لزوم عمل کردن به‌جای پرحرفی، شناخت موقعیت‌های مشکل‌ساز و 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	بررسی تکالیف خانگی، آشنایی مادران با سازه حافظه کاری، توضیح در مورد چگونگی تظاهر مشکل در سازه حافظه کاری در موقعیت‌های زندگی، ارائه راهکارهایی به منظور تقویت حافظه کاری	بحث در مورد توجه مثبت (آموزش نشانه‌های غیرکلامی و کلامی)، آموزش استفاده از توجه قدرتمند برای کسب اطاعت، آموزش نحوه دادن دستورهای مؤثر
جلسه پنجم	بررسی تکالیف خانگی، آشنایی مادران با سازه کنترل عاطفی، توضیح در مورد چگونگی تظاهر مشکل در سازه کنترل عاطفی در موقعیت‌های زندگی، ارائه راهکارهایی برای تقویت کنترل عاطفی	آموزش اقتصاد پته‌ای، تنظیم چگونگی اجرای برنامه کسب امتیاز خانگی
جلسه ششم	بررسی تکالیف خانگی، آشنایی مادران با سازه توجه پایدار، توضیح در مورد چگونگی تظاهر مشکل در سازه توجه پایدار در موقعیت‌های زندگی، ارائه راهکارهایی برای تقویت توجه پایدار	آموزش روش تنبیه کردن شامل جریمه و محروم‌سازی، دستورالعمل استفاده از وقفه تربیتی
جلسه هفتم	بررسی تکالیف خانگی، آشنایی مادران با سازه‌های آغازگری تکلیف و پیگیری هدف، توضیح در مورد چگونگی تظاهر مشکل در سازه‌های آغازگری تکلیف و پیگیری هدف در موقعیت‌های زندگی، ارائه راهکارهایی به منظور تقویت آغازگری تکلیف و پیگیری هدف	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

## ادامه جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی

جلسه	شرح اختصاری جلسات الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی	شرح اختصاری جلسات برنامه بارکلی
جلسه هشتم	بررسی تکالیف خانگی، آشنایی مادران با سازه‌های برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی، توضیح درمورد چگونگی تظاهر مشکل در سازه‌های برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی در موقعیت‌های زندگی، ارائه راهکارهایی به منظور تقویت برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی	آموزش روش‌هایی به منظور بهبود رفتار کودک در مدرسه، آموزش ثبت رفتارهای مثبت در منزل و روش‌های امتیازدهی به این رفتارها، آموزش چگونگی مقابله با مشکلات در آینده؛ در پایان این جلسه، پس‌آزمون و دو ماه پس از آن مرحله پیگیری برای سنجش متغیرهای وابسته اجرا شد.
جلسه نهم	بررسی تکالیف خانگی، آشنایی مادران با سازه مدیریت زمان، توضیح درمورد چگونگی تظاهر مشکل در سازه مدیریت زمان در موقعیت‌های زندگی، ارائه راهکارهایی برای تقویت مدیریت زمان	-
جلسه دهم	بررسی تکالیف خانگی، آشنایی مادران با سازه انعطاف‌پذیری شناختی، توضیح درمورد چگونگی تظاهر مشکل در سازه انعطاف‌پذیری شناختی در موقعیت‌های زندگی، ارائه راهکارهایی به منظور تقویت انعطاف‌پذیری شناختی	-
جلسه یازدهم	بررسی تکالیف خانگی، آشنایی مادران با سازه فراشناخت، توضیح درمورد چگونگی تظاهر مشکل در سازه فراشناخت در موقعیت‌های زندگی، ارائه راهکارهایی برای تقویت فراشناخت	-
جلسه دوازدهم	بررسی تکالیف خانگی، بررسی مشکلات مادران در به کارگیری تکنیک‌ها و ارائه توضیحات تکمیلی، ارزیابی میزان کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی، توضیح درمورد لزوم تکرار تمرینات ارائه شده	-

## روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در تحلیل آماری داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین<sup>۱</sup>، بررسی پیش‌فرض برابری ماتریس واریانس-کوواریانس از طریق آزمون ام‌باکس<sup>۲</sup> و بررسی آزمون کرویت ماکلی<sup>۳</sup> (ماچلی)، از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی<sup>۴</sup> استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. سطح معناداری قابل قبول مورد استفاده در پژوهش حاضر حداکثر ۰/۰۵ و حداقل ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

## الف) توصیف جمعیت‌شناختی

1. Leven's Test
2. M Box
3. Mauchly's Test of Sphericity
4. Bonferroni



جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌های نمونه

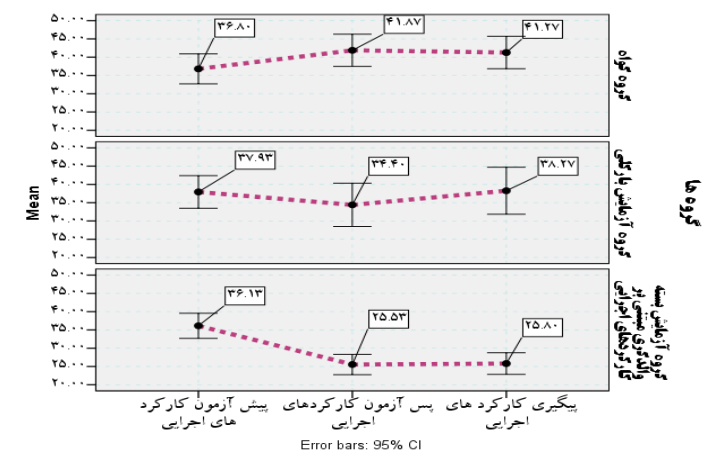
درصد فراوانی	فراوانی	گروه‌ها	متغیر جمعیت‌شناختی	
۱۷/۷۷	۸	الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی	دختر	جنسیت کودکان
۱۷/۷۷	۸	برنامه بارکلی		
۱۳/۳۳	۶	گروه گواه		
۱۵/۵۵	۷	الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی	پسر	
۱۵/۵۵	۷	برنامه بارکلی		
۲۰	۹	گروه گواه		
۴/۴۴	۲	الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی	۷ ساله	سن کودکان
۶/۶۶	۳	برنامه بارکلی		
۲/۲۲	۱	گروه گواه		
۶/۶۶	۳	الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی	۸ ساله	
۴/۴۴	۲	برنامه بارکلی		
۶/۶۶	۳	گروه گواه		
۴/۴۴	۲	الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی	۹ ساله	
۶/۶۶	۳	برنامه بارکلی		
۴/۴۴	۲	گروه گواه		
۶/۶۶	۳	الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی	۱۰ ساله	
۶/۶۶	۳	برنامه بارکلی		
۸/۸۸	۴	گروه گواه		
۴/۴۴	۲	الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی	۱۱ ساله	
۴/۴۴	۲	برنامه بارکلی		
۶/۶۶	۳	گروه گواه		
۶/۶۶	۳	الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی	۱۲ ساله	
۴/۴۴	۲	برنامه بارکلی		
۴/۴۴	۲	گروه گواه		
۸/۸۸	۴	الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی	زیردیپلم و دیپلم	تحصیلات مادران
۸/۸۸	۴	برنامه بارکلی		
۶/۶۶	۳	گروه گواه		
۱۱/۱۱	۵	الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی	فوق‌دیپلم	
۸/۸۸	۴	برنامه بارکلی		
۱۳/۳۳	۶	گروه گواه		
۱۱/۱۱	۵	الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی	لیسانس	
۱۱/۱۱	۵	برنامه بارکلی		
۸/۸۸	۴	گروه گواه		
۲/۲۲	۱	الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی	فوق‌لیسانس	
۴/۴۴	۲	برنامه بارکلی		
۴/۴۴	۲	گروه گواه		
۳۳/۳۳	۱۵	الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی	کل	
۳۳/۳۳	۱۵	برنامه بارکلی		
۳۳/۳۳	۱۵	گروه گواه		

براساس نتایج جدول ۲، در هریک از گروه‌های آزمایش، ۸ مادر دارای دختر و ۷ مادر دارای پسر و در گروه گواه نیز ۶ مادر دارای دختر و ۹ نفر از این گروه نیز دارای پسر بودند. همچنین در گروه آزمایش الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی ۲ مادر دارای کودک ۷ ساله، ۳ مادر دارای کودک ۸ ساله، ۲ مادر دارای کودک ۹ ساله، ۳ مادر دارای کودک ۱۰ ساله، ۲ مادر دارای کودک ۱۱ ساله و ۳ مادر دارای کودک ۱۲ ساله، در گروه آزمایش برنامه بارکلی ۳ مادر دارای کودک ۷ ساله، ۲ مادر دارای کودک ۸ ساله، ۳ مادر دارای کودک ۹ ساله، ۳ مادر دارای کودک ۱۰ ساله، ۲ مادر دارای کودک ۱۱ ساله و ۲ مادر دارای کودک ۱۲ ساله و در گروه گواه ۱ مادر دارای کودک ۷ ساله، ۳ مادر دارای کودک ۸ ساله، ۲ مادر دارای کودک ۹ ساله، ۴ مادر دارای کودک ۱۰ ساله، ۳ مادر دارای کودک ۱۱ ساله و ۲ مادر دارای کودک ۱۲ ساله بودند. همچنین در گروه آزمایش الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی، ۴ نفر (معادل ۸/۸ درصد) دارای مدرک تحصیلی زیردیپلم و دیپلم، ۵ نفر (معادل ۱۱/۱۱ درصد) دارای مدرک فوق دیپلم، ۵ نفر (معادل ۱۱/۱۱ درصد) دارای مدرک لیسانس و ۱ نفر از این گروه نیز (معادل ۲/۲۲ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. در گروه آزمایش برنامه بارکلی، ۴ نفر (معادل ۸/۸۸ درصد) دارای مدرک تحصیلی زیردیپلم و دیپلم، ۴ نفر (معادل ۸/۸۸ درصد) دارای مدرک فوق دیپلم، ۵ نفر (معادل ۱۱/۱۱ درصد) دارای مدرک لیسانس و ۲ نفر از این گروه نیز (معادل ۴/۴۴ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. در گروه گواه نیز ۳ نفر (معادل ۶/۶۶ درصد) دارای مدرک تحصیلی زیردیپلم و دیپلم، ۶ نفر (معادل ۱۳/۳۳ درصد) دارای مدرک فوق دیپلم، ۴ نفر (معادل ۸/۸۸ درصد) دارای مدرک لیسانس و ۲ نفر از این گروه نیز (معادل ۴/۴۴ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند.

### ب) توصیف شاخص‌ها

توصیف داده‌ها به کمک شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد صورت گرفته است که در جدول ۳ و شکل ۲ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی خودکنترلی در گروه‌های پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری				
متغیرها	مراحل	بسته آموزشی والدگری مبتنی بر کارکردهای اجرایی	برنامه بارکلی	گروه گواه
پیش‌آزمون	میانگین	۱۷۸/۹۳	۱۷۹/۶۶	۱۹۰/۲۰
	انحراف معیار	۲۰/۴۱	۳۱/۴۶	۱۵/۹۴
پس‌آزمون	میانگین	۱۸۵/۳۳	۱۲۹/۹۳	۱۶۸/۸۶
	انحراف معیار	۱۹/۳۳	۳۴/۷۵	۲۱/۰۷
پیگیری	میانگین	۱۸۵/۷۳	۱۲۷/۳۳	۱۶۷/۶۶
	انحراف معیار	۱۹/۶۳	۳۴/۱۸	۲۰/۰۵



شکل ۱. نمودار توصیفی متغیر خودکنترلی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش و پس‌آزمون و پیگیری

نتایج جدول ۳ و شکل ۱ نشان می‌دهد بسته آموزشی والدگری مبتنی بر کارکردهای اجرایی و برنامه بارکلی موجب تغییر در میانگین نمرات خودکنترلی کودکان با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده، اما معناداری این تغییرات و همچنین تفاوت میزان تأثیر این دو مداخله باید با آزمون‌های استنباطی بررسی شود. جهت تأثیر نیز به این صورت بوده است که بسته آموزشی والدگری مبتنی بر کارکردهای اجرایی و برنامه بارکلی توانسته‌اند سبب افزایش میانگین نمرات خودکنترلی در کودکان با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شوند.

### ج) آزمون نرمال

جدول ۴. نتایج آزمون شاپیرو و ویلک در مورد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای متغیر خودکنترلی در گروه‌های پژوهش

آزمون شاپیرو ویلک			گروه	نرمال بودن توزیع نمرات
معناداری	درجه آزادی	آماره		
۰/۴۳	۱۵	۰/۹۴	الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی	پیش‌آزمون خودکنترلی
۰/۳۳	۱۵	۰/۹۳	برنامه بارکلی	
۰/۹۷	۱۵	۰/۹۸	گروه گواه	
۰/۳۰	۱۵	۰/۹۳	الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی	پس‌آزمون خودکنترلی
۰/۶۵	۱۵	۰/۹۶	برنامه بارکلی	
۰/۶۸	۱۵	۰/۹۷	گروه گواه	
۰/۰۲	۱۵	۰/۸۵	الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی	پیگیری خودکنترلی
۰/۸۱	۱۵	۰/۹۶	برنامه بارکلی	
۰/۷۳	۱۵	۰/۹۶	گروه گواه	

همان گونه که مشخص است، توزیع نمونه‌ای نمرات مؤلفه خودکنترلی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای تفاوت معنادار با توزیع نرمال نیست و بر این اساس استفاده از آزمون‌های پارامتریک در این متغیر محدودیتی ندارد.

جدول ۵. نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های گروه‌های آزمایش (بسته آموزشی والدگری مبتنی بر کارکردهای اجرایی و برنامه بارکلی) و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	معناداری
پیش‌آزمون	۱/۱۳	۲	۴۲	۰/۳۳	
پس‌آزمون	۲/۹۱	۲	۴۲	۰/۰۹	
پیگیری	۳/۹۶	۲	۴۲	۰/۰۷	

همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مقدار F به‌دست‌آمده برای آزمون لوین در متغیر خودکنترلی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری غیرمعنادار است. این عدم معناداری بدین معنا است که پیش‌فرض همگنی واریانس نمرات در مؤلفه خودکنترلی رعایت شده است.

جدول ۶. آزمون باکس برای بررسی پیش‌فرض‌های یکسانی ماتریس واریانس‌ها

آزمون باکس	نمره F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
۸۷/۳۹	۶/۵۲	۱۲	۸۵۴۸/۶۱	۰/۱۹

با بررسی جدول ۶ مشخص می‌شود شرط یکسانی ماتریس واریانس‌ها رعایت شده و آزمون F با محدودیتی مواجه نیست.

جدول ۷. جدول موچلی مبنی بر بررسی پیش‌فرض کرویت

آزمون موچلی	مجذور تقریبی خی	درجه آزادی	مقدار معناداری
۰/۹۹	۰/۲۵	۲	۰/۸۸

نتایج آزمون موچلی نشان می‌دهد پیش‌فرض کرویت که از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر است، برآورده شده است.

### (د) آزمون فرضیه‌ها

جدول ۸. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیرات الگوی والدگری مبتنی بر کارکردهای اجرایی و

برنامه بارکلی بر خودکنترلی در کودکان با اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی								
توان آزمون	اندازه اثر	مقدار p	مقدار f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	برنامه درمانی	تأثیر کارکردهای الگوی والدگری
۱	۰/۳۲	۰/۰۰۰۱	۱۳/۷۵	۱۶۰۵/۶۴	۲	۳۲۱۱/۲۸	مراحل	
۰/۳۹	۰/۰۹	۰/۰۰۹	۳/۰۵	۲۷۶۶/۶۷	۱	۲۷۶۶/۶۷	گروه‌بندی	
۰/۹۲	۰/۲۰	۰/۰۰۰۱	۷/۴۰	۸۶۳/۵۱	۲	۱۷۲۷/۰۲	تعامل مراحل و گروه‌بندی	
				۱۱۶/۶۹	۵۶	۶۵۳۵/۰۲	خطا	
۱	۰/۷۲	۰/۰۰۰۱	۷۲/۹۵	۲۴۱۶/۵۴	۲	۱۴۸۳۳/۰۸	مراحل	تأثیر کارکردهای الگوی والدگری
۱	۰/۳۹	۰/۰۰۰۱	۱۸/۳۰	۳۷۸۶۳/۵۱	۱	۳۷۸۶۳/۵۱	گروه‌بندی	
۱	۰/۶۶	۰/۰۰۰۱	۵۵/۹۶	۵۶۸۹/۲۱	۲	۱۱۳۷۸/۴۲	تعامل مراحل و گروه‌بندی	
				۱۰۱/۶۶	۵۶	۵۶۹۳/۱۵	خطا	

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد میانگین نمرات متغیر خودکنترلی در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی فارغ از تأثیر گروه‌بندی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنادار به‌شمار می‌رود. از طرفی نتایج سطر دوم این جدول بیانگر آن است که متغیر گروه‌بندی (الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی) فارغ از مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر متغیر خودکنترلی در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تأثیر معنادار داشته است. بدین معنا که اثر الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی در مقایسه با گروه گواه یک اثر معنادار بوده است. همچنین نتایج نشان داد ۲۰ درصد از تغییرات متغیر خودکنترلی در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود. همچنین میانگین نمرات متغیر خودکنترلی در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی فارغ از تأثیر گروه‌بندی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنادار به‌شمار می‌رود. از طرفی نتایج سطر ششم این جدول بیانگر آن است که متغیر گروه‌بندی (برنامه بارکلی) فارغ از مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر متغیر خودکنترلی در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تأثیر معنادار داشته است. بدین معنا که اثر برنامه بارکلی در مقایسه با گروه گواه یک اثر معنادار بوده است و ۶۶ درصد از تغییرات متغیر خودکنترلی در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود.

نتایج جدول ۹ نشان‌دهنده تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری متغیر خودکنترلی در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی معنادار است. این در حالی است که بین میانگین نمرات پس‌آزمون با پیگیری این متغیرها تفاوت معناداری وجود ندارد. این بدان معنا است که میانگین نمرات متغیر خودکنترلی در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی که در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار افزایش معنادار شده بود، در مرحله پیگیری ثابت بوده است.

جدول ۹. بررسی تفاوت‌های دوبه‌دو در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر خودکنترلی در دو درمان

مقدار معناداری	خطای انحراف معیار	تفاوت میانگین‌ها	مراحل آزمون	درمان
۰/۰۰۰۱	۲/۵۸	۱۲/۴۶	پس‌آزمون	تفاوت‌های الگوی والدگری
۰/۰۰۰۱	۲/۸۰	۱۲/۸۶	پیگیری	
۰/۰۰۰۱	۲/۵۸	-۱۲/۴۶	پیش‌آزمون	
۰/۷۸	۲/۹۶	۰/۴۰	پیگیری	
۰/۰۰۰۱	۲/۲۸	۲۶/۶۶	پس‌آزمون	برنامه بارکلی
۰/۰۰۰۱	۲/۵۲	۲۷/۷۶	پیگیری	
۰/۰۰۰۱	۲/۲۸	-۲۶/۶۶	پیش‌آزمون	
۰/۷۳	۲/۹۵	۱/۱۰	پیگیری	

جدول ۱۰. بررسی تفاوت‌های دوبه‌دو جهت مقایسه اثر گروه‌های آزمایش (بسته آموزشی والدگری مبتنی بر کارکردهای اجرایی و برنامه بارکلی)

مقدار معناداری	خطای انحراف معیار	تفاوت میانگین‌ها	گروه‌ها
۰/۰۰۰۱	۸/۷۱	۴۱/۰۲	برنامه بارکلی
۰/۰۰۲	۸/۷۱	۱۱/۰۸	بسته آموزشی والدگری مبتنی بر کارکردهای اجرایی
۰/۰۰۰۱	۸/۷۱	-۴۱/۰۲	گروه گواه
۰/۰۰۰۱	۸/۷۱	-۲۹/۹۳	بسته آموزشی والدگری مبتنی بر کارکردهای اجرایی

در جدول ۱۰، تفاوت دوبه‌دو برای مقایسه اثر گروه‌های آزمایش (بسته آموزشی والدگری مبتنی بر کارکردهای اجرایی و برنامه بارکلی) ارائه شده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد بین میانگین نمرات متغیر خودکنترلی گروه آزمایش بسته آموزشی والدگری مبتنی بر کارکردهای اجرایی و گروه آزمایش برنامه بارکلی معنادار نیست و این یافته بدین معنا است که بین میزان اثربخشی بسته آموزشی والدگری مبتنی بر کارکردهای اجرایی و برنامه بارکلی بر متغیر خودکنترلی در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تفاوت معنادار وجود ندارد. این در حالی است که تفاوت بین گروه‌های آزمایش بسته آموزشی والدگری مبتنی بر کارکردهای اجرایی و برنامه بارکلی با گروه گواه معنادار بوده است. در یک جمع‌بندی می‌توان گفت روش بسته آموزشی والدگری مبتنی بر کارکردهای اجرایی و برنامه بارکلی در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تأثیر معنادار دارد؛ درحالی‌که بین میزان اثربخشی این دو روش تفاوت معنادار وجود ندارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی و برنامه بارکلی

بر خودکنترلی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی انجام شد. براساس نتایج، دو مداخله خودکنترلی در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی اثرات مشابه، مثبت و ماندگاری داشته‌اند. نتایج این بخش از یافته‌ها به صورت غیرمستقیم با نتایج تحقیقات گذشته مبنی بر اثر مثبت مداخلات مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (عزیزیان، ۱۳۹۷؛ مدنی و همکاران، ۱۳۹۶؛ کریستینسن و همکاران، ۲۰۱۹؛ شای و همکاران، ۲۰۱۷) و همچنین پژوهش‌هایی مبنی بر اثر برنامه بارکلی بر کاهش علائم اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (بهمنی و عزیزاده، ۱۳۹۰؛ ملک و طارق، ۲۰۱۴) همسو است.

درمورد مکانیسم اثر الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی بر خودکنترلی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی براساس محتوای جلسات این درمان می‌توان بیان کرد طی این الگو، موقعیت‌هایی که در آن، رفتارهای تکانه‌ای کودک مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی اتفاق می‌افتاد از سوی مادران شناسایی شد. سپس روی یک قانون برای موقعیت‌هایی که رفتار تکانه‌ای اتفاق می‌افتاد و کودک قادر به انجام آن بود تمرکز شد و به این صورت سعی شد تا رفتار تکانه‌ای کنترل شود. در این شرایط، به مادران توصیه شد تا سرخ‌هایی به کودکان داده شود تا دریابند که در آستانه از دست دادن کنترل هستند. به مادران آموزش داده شد که در این موقعیت‌ها به کودک یادآور شوید که می‌تواند به عقب برگردد یا از راهبردها و رفتارهای مورد توافق استفاده کند. در این شرایط بهترین سرخ، علامت‌های بصری نسبتاً مجزا (مثل حرکت دست) اعلام شد؛ زیرا کودکان به راحتی قادر هستند این علامت را متوجه و از موقعیت مشکل احتمالی آگاه شوند (اسپرز، ۱۳۹۴). بازی وانمودسازی و ایفای نقش‌هایی نیز که مستلزم به‌کارگیری مهارت خودکنترلی بود در این راستا قابل ملاحظه است. به علاوه به کارگرفتن روش‌های صحیح سیستم پاداش و تنبیه از سوی مادران در زمینه بروز رفتارهای تکانه‌ای کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی و همچنین وضع قوانین و انتظارات مشخص، موجب ارائه پاداش‌های ملموس و تنبیه‌های مؤثر در زمان وقوع رفتارهای تکانه‌ای و درنهایت ایجاد الگوهای رفتاری مورد انتظار مادر، کاهش رفتارهای تکانه‌ای و ارتقای خودکنترلی شد. به بیان دیگر، الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی به مادران کمک کرد با توضیح درمورد علت رفتارهای تکانشی، انجام راهکار وانمودسازی، تمرین در محیط واقعی، تشویق و تقویت به‌کارگیری مهارت خودکنترلی، نادیده گرفتن پاسخ‌های بازداری نشده و درنهایت حذف سرخ‌ها و تقویت‌کننده‌ها، توانایی و ظرفیت فکر کردن قبل از عمل و توانایی به تأخیر انداختن را در این کودکان تقویت سازند (بارکلی، ۱۳۹۵). همچنین به نظر می‌رسد ارائه راهکارهای تقویت کنترل عاطفی طی جلسات الگوی والدگری مبتنی بر کارکردهای اجرایی سبب شد تا این کودکان به طور مستقل بتوانند از راهبردهایی مانند استراحت در بین شرایط سخت و طاقت‌فرسای تصمیم‌گیری، خودگویی‌های مثبت و خرد کردن تکالیف استفاده کنند. طی این آموزش به مادران آموزش داده شد تا به کودکانشان بیاموزند که چگونه روش مقابله با موقعیت‌های دشوار را شناسایی کنند و آن را به کار گیرند و چگونه با استفاده از خودگویی‌های مثبت میزان واکنش‌های عاطفی مثبت با راهبردهای مقابله‌ای اثربخش را در خود ایجاد کنند. به علاوه مادران آموختند به منظور تقلیل رفتارهای تکانه‌ای کودک خود می‌توانند با استفاده از روش بارش فکر، انگیزه یافتن برنامه‌ای برای کنترل عواطف خود را در کودکان ایجاد و به آنان کمک کنند تا در راستای آن تلاش کنند. زمانی که

کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بتوانند عواطف خود را کنترل کنند، بهتر می‌توانند توجه خود را روی موقعیت حفظ کنند و در نهایت خودکنترلی بهتری داشته باشند (داوسون و گوئیر، ۲۰۱۰).

درمورد مکانیسم اثر برنامه بارکلی بر خودکنترلی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی براساس مبانی نظری می‌توان گفت برنامه بارکلی به مادران کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی که هنوز آمادگی پذیرش و کمک به کودک خود را ندارند، کمک کرد تا از طریق شناخت دقیق اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و پیامدهای منفی آن و شیوه‌های درست والدگری به کودک خود نزدیک‌تر شوند (رینو و مک‌گراث، ۲۰۰۶). به‌علاوه به‌موجب این برنامه، مادران به درک صحیحی از شرایط رشدی کودکان دست یافتند و متوجه شدند که مشکلات و نافرمانی‌های کودکان از روی عمد نیست و ناشی از اختلال رشدی در خودکنترلی است. به همین ترتیب نگرش مثبتی در مادران به کودکان شکل گرفت که زمینه تلاش بیشتر برای اصلاح روابط والد-فرزندی و بهبود خودکنترلی کودکانشان را فراهم آورد. جلسات گروهی برای مادران این موقعیت را فراهم ساخت که استرس‌ها و فشارهای روحی ناشی از تنش روزمره تعامل با کودکان را ابراز کنند و به یک حس همدلی از جانب سایر مادران برسند. به‌طور کلی به‌نظر می‌رسد به‌تناسب افزایش آگاهی و شناخت، فرد به درک بهتری نیز از رفتار خود دست یافت. این افزایش آگاهی به‌طبع موجب افزایش میزان وقوع رفتار مناسب و کاهش رفتار نامناسب شد. این آموزش به مادران کمک کرد تا به ارتباط بین یک رفتار و پیامدهای احتمالی آن رفتار پی ببرند و در نتیجه رفتارهایی را انتخاب و ارائه کنند که پیامدهای مثبتی داشته باشد. به این ترتیب با مادران توانستند با اصلاح شیوه‌های برخورد با کودک، رفتارهای او را به‌سمت مداومت در انجام تکالیف محوله و ممارست در کارها سوق دهند و در نتیجه رفتارهای آسیب‌رسان نظیر رفتارهای تکانه‌ای را کاهش دهند (بارکلی، ۲۰۱۳). به‌علاوه افراد با شرکت در جلسات آموزشی و آشنایی با سایر مادران با مشکلات مشابه، به آنان کمک کرد تا دریابند که در این مسیر تنها نیستند و آرامش بیشتری پیدا کنند و مشکلاتی نظیر اضطراب و استرس ناشی از رفتارهای کودک خود را حل کنند و به‌طبع محیط آرام‌تری برای کودک فراهم شود و کودک در محیط آرام‌تر و بدون استرس، پاسخ‌های بهتری به رفتارها و دستورها دهد. علاوه بر آن بتواند با بهره‌گیری از رهنمودهای مادران، خودکنترلی بهتری را در تعامل با همسالان خود برقرار سازد. این فرایند سبب شد تا این کودکان، خودکنترلی رفتاری بیشتری را نیز از خود نشان دهند (یغمایی، ملک‌پور و قمرانی، ۲۰۱۹). به‌علاوه در مدل رشد مهارت‌های اجرایی بارکلی، درونی کردن گفتار ابزار قدرتمندی برای خودتنظیمی است. این مهارت‌ها کودکان را قادر ساخت تا قوانین را بفهمند و تمرین کنند، مسائل را حل کنند، رفتار خود را نظارت کنند و خودآموزی را گسترش دهند که این موضوع در بهبود خودکنترلی تأثیر شگرفی داشته است (بارکلی، ۱۳۹۴).

در نهایت باید گفت همگن نبودن گروه‌های پژوهش از لحاظ وضعیت اجتماعی و اقتصادی و همچنین تفاوت در ویژگی‌های افرادی که به‌صورت داوطلبانه در یک برنامه آموزشی شرکت می‌کنند با افرادی که در برنامه آموزشی شرکت نکرده‌اند، محدودیت‌هایی را در تفسیر نتایج ایجاد می‌کنند. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی اشاره کرد که بهتر است در پژوهش‌های آتی از روش‌های دیگر جمع‌آوری داده‌ها نظیر مشاهده و مصاحبه استفاده شود. پیشنهاد می‌شود به‌منظور بهبود خودکنترلی



کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، از الگوی والدگری مبتنی بر نظریه کارکردهای اجرایی و برنامه بارکلی استفاده شود.

## منابع

- احمدی، ا.، ارجمندیا، ع. ا.، عزیزی، م.، و مطیعی، س. (۱۳۹۶). اثربخشی برنامه آموزش کارکردهای اجرایی رایانه‌محور بر ویژگی‌های شناختی و پیشرفت ریاضی کودکان دارای نارسایی توجه/بیش‌فعالی. *مجله پرستاری کودکان*. ۴(۱)، ۴۳-۵۰.
- اسپر، ک. (۱۳۹۴). *درمان اختلالات توجه و تمرکز در کودکان بیش‌فعال*. ترجمه شهلا رفیعی. تهران: انتشارات فراوان.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۹۹). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر روان.
- بارکلی، ر. (۱۳۹۴). *آموزش کودکان با نقص توجه-بیش‌فعالی*. ترجمه احمد عابدی و عادلہ شعرباف‌زاده. تهران: جنگل.
- برجلی، م.، علی‌زاده، ح.، احدی، ح.، فرخی، ن.، سهرابی، ف.، و محمدی، م. (۱۳۹۳). مقایسه تأثیر روش‌های آموزش دلگرم‌سازی، رفتاری و دارودرمانی بر مهارت‌های خودکنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۴(۱۶)، ۱۷۵-۱۵۳.
- بهمنی، ط.، و علیزاده، ح. (۱۳۹۰). بررسی اثر آموزش مدیریت به مادران بر بهبود شیوه‌های فرزندپروری و کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی فرزندان. *روان‌شناسی افراد/استثنایی*. ۱(۱)، ۴۴-۲۷.
- شکوهی یکتا، م.، پرند، ا.، شهائیان، آ.، و اکبری زردخانه، س. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش روش تربیتی مبتنی بر حل مسئله بر روش فرزندپروری و رفتارهای خشمگینانه والدین. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*. ۲(۶)، ۵۶-۴۵.
- عزیزیان، م. (۱۳۹۷). *مداخله‌های آموزشی کارکردهای اجرایی برای کودکان با نارسایی شناختی. تعلیم و تربیت استثنایی*. ۱(۱۵۰)، ۷۱-۶۳.
- علیزاده، ح. (۱۳۸۳). *کتاب آدلر: در گستره نظریه شخصیت و روان‌درمانی*. تهران: دانژه.
- کدخدایی، م.، احمدی، ا.، و عابدی، ا. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر آموزش برنامه والدگری بارکلی بر سلامت روان مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مقطع ابتدایی شهر اصفهان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. ۱۸(۲)، ۲۴-۱۲.
- گلمن، د. (۱۳۹۷). *هوش هیجانی*. ترجمه نسرین پارسا. تهران: رشد.
- مدنی، س.، علیزاده، ح.، فرخی، ن.، و حکیمی‌راد، ا. (۱۳۹۶). تدوین برنامه آموزشی کارکردهای اجرایی (بازداری پاسخ، به‌روزرسانی، توجه پایدار) و ارزیابی میزان اثربخشی آن بر کاهش نشانه‌های کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. *روان‌شناسی افراد/استثنایی*. ۷(۲۶)، ۲۵-۱.
- نجاتی، و.، آقایی ثابت، س.، و خوشحالی پناه، ص. (۱۳۹۲). شناخت اجتماعی در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی. *علوم تربیتی و روان‌شناسی*. ۲(۲)، ۵۳-۴۷.
- همتی، ق. (۱۳۸۳). تأثیر آموزش خودکنترلی بر بهبودبخشی مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال بیش‌فعالی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه تهران*.

## References

- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2013). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training* (3<sup>rd</sup> Ed.). New York: Guilford Press.
- Berthelsen, D., Hayes, N., White, S. L. J., & Williams, K. E. (2017). Executive function in adolescence: Associations with child and family risk factors and self-regulation in early childhood. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 903. Retrieved from <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00903>
- Bussing, R., Zima, B. T., Mason, D. M., Meyer, J. M., White, K., & Garvan, C. W. (2012). ADHD knowledge, perceptions, and information sources: perspectives from a community sample of adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 51(6), 593-600.
- Bussing, R., Mason, D.M., Bell, L., Porter, P. H., & Garvan, C. (2010). Adolescent outcomes of childhood attention- deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(6), 565-605.
- Christiansen, L., Beck, M. M., Bilenberg, N., Wienecke, J., Astrup, A., & Lundbye-Jensen, J. (2019). Effects of exercise on cognitive performance in children and adolescents with ADHD: potential mechanisms and evidence-based recommendations. *Journal of Clinical Medicine*, 8(6), 2-51.
- Dagenais, E., Rouleau, I., Tremblay, A., Demers, M., Roger, É., Jobin, C., & Duquette, P. (2016). Role of executive functions in prospective memory in multiple sclerosis: Impact of the strength of cue-action association. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 38(1), 127-140.
- Dawson, P., & Guare, R. (2010). *Executive skills in children and adolescent: a practical guide to assessment and intervention* (2<sup>nd</sup> Ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Dell'Angello, G., Maschietto, D., Bravaccio, C., Calamoneri, F., Masi, G., Curatolo, P. et al. (2009). Atomoxetine hydrochloride in the treatment and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid oppositional defiant disorder: A placebo-controlled Italian study. *Journal of European Neuropsychopharmacology*, 19(11), 822-834.
- Daley, D., & O'Brien, M. (2013). A small-scale randomized controlled trial of the self-help version of the New Forest Parent Training Programme for children with ADHD symptoms. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(9), 543-552.
- DeLoatche, K. J. (2015). *Parent-child interaction therapy as a treatment for ADHD in early childhood: A multiple baseline single-case design*. Unpublished doctoral dissertation, College of Education, University of South Florida, Tampa Bay, Florida.
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 129-140.
- Kanagaratnam, P., & Asbjornsen, A. (2007). Executive deficits in chronic PTSD related to political violence. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(4), 510-525
- 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.

- Koi, P. (2020). Born which Way? ADHD, situational self-control, and responsibility. *Neuroethics*. 14, 205–218
- Malik, T. A., & Tariq, N. (2014). Parent training in reduction of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder symptoms in children. *Pakistan Journal of Psychological Research*. 29(1), 151–169.
- Murray, E. (2002). Challenges in educational research. *Med Educ*. 36(2), 110-112.
- Nęcka, E., Gruszka, A., Orzechowski, J., Nowak, M., & Wójcik, N. (2018). The (In)significance of executive functions for the trait of self-control: A psychometric study. *Frontiers in Psychology*. 9, Article 1139. Retrieved from <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01139>
- Reyno, S. M., & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems—A metaanalytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 47, 99-111.
- Shuai, L., Daley, D., Wang, Y., Zhang, J., Kong, T., TAN, X. et al. (2017). Executive function training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Chinese Medical Journal*. 130(5), 549–558.
- Steiner, A. M. (2011). A strength-based approach to parent education for children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 13(3), 178-190.
- Urquiza, A. J., & Timmer, S. G. (2012). Parent-child interaction therapy: Enhancing parent-child relationships. *Psychosocial Intervention*. 21(2), 145-156.
- Willcutt, E. G. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*. 57(11), 1336-1346.
- Yaghmaei, S., Malekpour, M., & Ghamarani, A. (2019). The effectiveness of Barkley's parent training on social skills of students with attention deficit/hyperactivity disorder. *Social Behavior Research and Health Journal*. 3(1), 349-359.

