

## The Compare Effectiveness of Positive Behavioral Support program and Barkley's parenting model on improve symptoms in ADHD children

Shahmive Esfahani A<sup>1</sup>, \*Abedi A<sup>2</sup>, Faramarzi S<sup>3</sup>, Yarmohammadian A<sup>4</sup>

**Author Address**

1. PhD Student in Psychology of Children with Special Needs, Isfahan University, Isfahan, Iran;
2. Associate Professor of Psychology, Department of Child Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran;
3. Associate Professor of Psychology, Department of Child Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran;
4. Associate Professor of Psychology, Department of Child Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.

\*Corresponding Author's Email: a.abedi@edu.ui.ac.ir

Received: 2018 May 21; Accepted: 2018 July 28

**Abstract**

**Background & Objective:** Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a developmental neurodevelopmental disorder in children who exhibits distressing behavior, impulsivity, or inattention that is not appropriate to his or her age. In the first line treatment of this disorder, education of parents, especially mothers, has a special place in order to reduce its syndrome. The aim of this study was to compare the effectiveness of positive behavioral support (PBS) program with Barkley parenting model on improving the symptoms in ADHD children.

**Methods:** Regarding the subject and research hypothesis in this research, a pretest–posttest test with control group was used. The sampling method was multi-stage, randomized placement in the experimental, and control groups. Four schools were selected from schools in Isfahan city (Isfahan province, Iran) and from these schools, 30 ADHD children and their mothers were selected and randomly assigned to experimental groups (20 mothers) and control group (10 mothers). The criteria for entering the study were, having an ADHD diagnosis from a psychiatrist and a psychologist, having criteria for this disorder according to DSM-5, having no other disorder other than ADHD. To assess the ADHD symptoms, the Conners questionnaire (parent form) was used. This scale is the most commonly used grading scale for attention deficit/hyperactivity disorder and has four subscales: dissonance, cognitive/inattention, hyperactivity disorder, and attention deficit/hyperactivity disorder. All of selected mothers completed a questionnaire in two stages of pre-test and post-test. The mothers of the experimental group received 8 sessions and were treated with PBS and Barkley for about two months. Mothers of the control group did not receive any training; they were placed on the waiting list and received the training after the end of the intervention. To compare the effect of two methods training on ADHD syndrome improvement, multivariate covariance analysis was used to control the pretest effect. The post-hoc test was used to determination the difference between the groups in each variable. Data analysis was performed with SPSS 20 software at 95% confidence level.

**Results:** There was a significant difference between cognitive/inattention ( $p=0.017$ ) and hyperactive ( $p=0.047$ ) and inattention/hyperactive ( $p=0.021$ ) variables between the two groups. However, no significant difference was found in the opposition variable ( $p=0.063$ ). In the hyperactivity and inattention/hyperactivity, the difference between the two groups of education Barkley parenting education ( $p=0.040$ ) and PBS education ( $p=0.008$ ) was significant with the control group. This means that both methods have been able to reduce and improve the ADHD symptoms. Also, in the variable of cognitive/inattention ( $p=0.006$ ) and opposition ( $p=0.024$ ), only PBS program was able to make a significant difference with the control group. There was no significant difference in education in all subscales.

**Conclusion:** the results showed that training with both programs could improve the symptoms of ADHD. Therefore, it is suggested that parent education be widely used in both methods to treat the problems of children with this disorder and their families. In addition, these patterns can use in a group method in schools and childcare centers as well as in child-rearing workshops. Coaches and therapists can also use the contents of these patterns for parenting counseling and ADHD treatment for children.

**Keywords:** Positive behavioral support, Barkley parenting model, Attention deficit/hyperactivity disorder, Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms.

## مقایسه اثربخشی برنامه آموزش حمایت رفتاری مثبت (PBS) با الگوی والدگری بارکلی بر بهبود نشانگان کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی

آرزو شاهمیو اصفهانی<sup>۱</sup>، \*احمد عابدی<sup>۲</sup>، سالار فرامرزی<sup>۳</sup>، احمد یارمحمدیان<sup>۴</sup>

### توضیحات نویسنده

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

۲. دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

۳. دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

۴. دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

\*رایانه نویسنده مسئول: a.abedi@edu.ui.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۳۹۷ مرداد ۶؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷ اردیبهشت ۳۱؛ ارجاع: ۱۳۹۷ درصد

### چکیده

**هدف و زمینه:** اختلال عصبی‌رشدی است که در خط‌مقدم درمان این اختلال، برای کاهش نشانگان آن، آموزش والدین جایگاه ویژه‌ای دارد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی برنامه PBS با الگوی والدگری بارکلی بر بهبود نشانگان کودکان ADHD انجام شد.

**روش بررسی:** در این پژوهش از روش نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون پس‌آزمون گمراه با گروه گواه استفاده شد. روش نمونه‌گیری به صورت چندمرحله‌ای و جای‌گذاری تصادفی ساده در گروه‌های آزمایش و گواه بود. بدین صورت که از مدارس شهر اصفهان چهار مدرسه و از این مدارس ۳۰ کودک ADHD انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه‌های آزمایش، طی هشت جلسه تحت آموزش به روشن PBS و بارکلی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات به منظور سنجش نشانگان ADHD، پرسش‌نامه کانترز فرم والدین بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و تحلیل کوواریانس چندمتغیره بهمراه آزمون‌های تعقیبی در سطح اطیان ۹۵ درصد به کار گرفته شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد در متغیرهای شناختی/بی‌توجهی ( $p=0.047$ ) و بیش فعالی ( $p=0.021$ ) بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد؛ اما در متغیر مخالفت جویی ( $p=0.063$ ) تفاوت معناداری یافت نشد. در متغیر بیش فعالی و کاستی توجه/بیش فعالی تفاوت نمرات هر دو گروه آموزش والدگری بارکلی ( $p=0.040$ ) و آموزش حمایت رفتاری مثبت ( $p=0.008$ )، با گروه گواه معنادار بود. همچنین در متغیر شناخت/بی‌توجهی ( $p=0.006$ ) و مخالفت جویی ( $p=0.024$ ) تنها آموزش حمایت رفتاری مثبت توانست تفاوت معناداری را با گروه گواه ایجاد کند. شایان ذکر است در همه خرده‌مقیاس‌ها تفاوت آموزش معنادار نبود.

**نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش نشان داد که آموزش به هر دو روش مذکور، نشانگان ADHD را در کودکان بهبود می‌بخشد.

**کلیدواژه‌ها:** برنامه حمایت رفتاری مثبت، الگوی والدگری بارکلی، اختلال بیش فعالی و نقص توجه، نشانگان نقص توجه/بیش فعالی.

## ۱ مقدمه

اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی موضوعی بحث برانگیز بوده است. در سال های اخیر، با فهم این موضوع که این اختلال مربوط به تمام طول عمر است، موجب علاوه مندی پژوهشگران برای مطالعه این اختلال در همه گروه های سنی شده است (۱). مشکلات بالینی عمره این کودکان، سه دسته کلی با عنوانین بی توجهی، بیش فعالی و تکانشگری است (۲).

شکایت والدین و معلم ها این است که کودک گوش نمی کند، تم رکز حواس ندارد، کارها را ناتمام رها می کند و به راحتی حواس پرت می شود. مشکل نارسایی توجه فرد ممکن است در جهت یابی یا پیدا کردن محرك باشد یا پاسخ نادرست فرد به جنبه های از محرك ها یا پاسخ نادرست او به کل محرك باشد (۳).

با توجه به ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM-5)، پژوهش ها نشان می دهد ADHD در ۴ تا ۸ درصد کودکان سینین مدرسه و ۳ تا ۵ درصد بزرگ سالان رخ می دهد (۴). با اعتقاد صاحب نظران، علائم بیش فعالی وقتی گسترش پیدا می کند که عوامل زمینه ساز اختلال با یک شیوه مستبدانه و ناکارآمد فرزند پروری همراه می شود. در این وضعیت، کودک نمی تواند از فرامین والدین پیروی کند و والدین مستبدانه تو سختگیرتر می شوند تا فرزندانشان را مهار کنند و این چرخه با رها و بارها تکرار می شود تا کودک را به سوی مشکلات رفتاری و تبعیت نکردن از دستورات والدین و قوانین محیط خانوادگی سوق دهد (۵,۶).

برنامه های آموزش والدین بر پایه اصول یادگیری اجتماعی بنا شده است و به والدین یاد می دهد که چگونه می توانند تعامل مثبت تری با کودکان برقرار کنند و میزان رفتارهای منفی و تعارض های درونی خانواده را کاهش دهند (۷). برنامه های آموزش والدین مبتنی بر این دیدگاه است که اختلالات رفتاری کودکان در نتیجه تعامل نادرست بین کودک و والد (به ویژه مادر) ایجاد می شود و تداوم می یابد. ذکر این نکته ضروری است که در درمان این گروه از اختلالات رفتاری، می بایستی این تعامل ها بازنگری و اصلاح شوند. به همین دلیل، توجه به آموزش مادران در درمان این کودکان، در دهه های اخیر به طور چشمگیری افزایش یافته است. در همین راستا، برنامه های متنوع آموزش مادران، با تأکید بر کل نظام خانواده به وجود آمده است.

یکی از برنامه های درمانی ویژه والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فرونکنشی، آموزش والدینی مبتنی بر الگوی بارکلی است که بر مبنای مفهوم سازی جدید بارکلی از اختلال نارسایی توجه/فرونکنشی گرفته شده است. به نظر بارکلی، مشکل این کودکان نقص در کارکردهای اجرایی و کنترل خود است و درمان بارکلی نیز بر همین اساس پایه ریزی شده است. این برنامه برای کودکانی طراحی شده که سطح رشد زبانی یا رشد شناختی آنان حداقل در حد کودک دو ساله و سن زمانی شان بین ۲ تا ۱۲ سال باشد. برنامه حاضر اهداف محدودی دارد؛ اما در نیل به آن ها در اکثر خانواده ها بسیار کارآمد عمل می کند. این اهداف عبارت اند از: ارتقای مهارت های مدیریتی و توانایی والدین در حل مشکلات رفتاری کودک، افزایش

آگاهی والدین درباره علل رفتار کودکان و اصول زیربنایی چنین رفتارهایی، افزایش میزان پیروی کودک از فرمان ها، رهنمودها و قوانین والدین و افزایش توجه آن ها، افزایش هماهنگی در خانواده از طریق بیشتر کردن استفاده والدین از توجه مثبت و نتایج دیگر برای فرزندان، پیش بینی راهنمایی، قوانین و آموزش روش برای آن کودکان، اعمال تنبیه فوری و عادلانه و منصفانه برای رفتار نامناسب کودک و تکیه فرگیر بر رفتار تربیتی قاعده محور (۸). تعداد زیادی از تحقیقات، مؤید کارایی الگوی والدگری بارکلی هستند (۹). در ایران، حسین زاده ملکی و همکاران، درمان ترکیبی آموزش حافظه کاری و برنامه آموزش والدینی بارکلی با رویکرد جدید را بر حافظه کاری کودکان ADHD بررسی کردند. نتایج نشان داد که درمان ترکیبی آموزش حافظه کاری و برنامه آموزش والدینی بارکلی با رویکرد جدید، می تواند باعث بهبود بیشتر حافظه کاری شود که از مؤلفه های مهم آسیب دیده این اختلال است (۱۰).

یکی از برنامه های پیشنهاد شده، برنامه حمایت رفتاری مثبت<sup>۱</sup> (PBS) است که یک رویکرد مبتنی بر پژوهش های علوم شناختی و رفتاری است و ثابت شده برای طیف وسیعی از افراد دارای مشکلات رفتاری مؤثر بوده است. PBS به والدین کمک می کند علت رفتارهای کودکشان را بفهمند و نیز بتوانند راهبردهای مناسب را در جهت بهتر کردن این رفتارها انتخاب کنند. از ویژگی های کلیدی PBS ارزیابی هایی است که به فهم علت مشکلات رفتاری کودک و همچنین بهتر کردن رفتار او کمک می کند. والدین با تسهیلگران و کسانی که کودکشان را حمایت می کنند، همکاری دارند تا یک برنامه حمایت رفتاری طراحی کنند. هدف کلی این کار تنها تغییر رفتار کودک نیست؛ بلکه به طور کلی هدف بهتر کردن زندگی خانوادگی است. این برنامه همچنین برای کمک به کودکان به منظور روبرو شدن با موقعیت های چالش انگیز و ایجاد روش های بهتر برای مواجهه با نیازها و خواسته های شان طراحی شده است. بسته به موقعیت، این آموزش ها می توانند شامل آموزش مهارت ها به کودک برای شناسایی نیازهای شان، ارتباط متقابل با افراد دیگر، دست و پنجه نرم کردن با موقعیت های پر استرس و ناخوشایند یا هرچه مستقل تر شدن در انجام دادن تکالیف روزانه باشد (۱۱).

نتایج تحقیقات نشان دهنده اثربخشی این رویکرد بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان و بهبود خلق آن ها در مدرسه بوده است (۱۲, ۱۳). در مطالعه ای طولی که چهار سال به طول انجامید، لویسلی و پتان و سارلن د حمایت رفتاری مثبت را در جمعیت روستایی در مقطع دبیرستان آزمایش کردند. نتایج این مطالعه، نشان دهنده کاهش مشکلات رفتاری از سال اول به چهارم و کاهش در سال های متوالی بود (۱۴). هورنر برنامه حمایت رفتاری مثبت را روی یک کودک ده ساله که دارای عقب ماندگی ذهنی خفیف، همراه با محدودیت ارتباطی و رفتارهای خود آزاری بود، اجرا کرد. نتایج پژوهش ایشان نشان داد رفتارهای خود آزارنده به طور چشمگیری کاهش یافت، ارتباط با همسالان بهبود پیدا کرد و رفتارهای کودک برای معلم و والدین قابل درک شد (۱۵). متأسفانه در کشور ما خلاً تحقیقاتی زیادی در این زمینه وجود دارد و

<sup>۱</sup>. Positive Behavior Support (PBS)

مشخص کردن اینکه بین چه گروههایی تفاوت وجود دارد، از آزمون تعقیبی استفاده شد. گفتی است که تمامی آزمون‌های آماری در سطح اطمینان ۹۵ درصد بررسی شدند.

#### -محتوای جلسات الگوی والدگری بارکلی:

در پژوهش حاضر از بسته آموزشی کودکان با نقص توجه/بیش فعالی (ویرایش سوم) راسل بارکلی استفاده شد (۸). آموزش رفتاری والدین که در راهنمای درمانی بارکلی توصیف شده است، برای تقریباً دو سوم از کودکان دچار اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی اثربخش است. این برنامه شامل نه جلسه دوساخته بود که هفته‌ای یک بار تشکیل می‌شد و تقریباً دو ماه طول کشید که در پژوهش حاضر نیز طبق راهنمای درمانی بارکلی جلسات آموزش والدین برگزار شد (۸).

#### -محتوای جلسات حمایت رفتاری مثبت:

برای آموزش حمایت رفتاری مثبت، از بسته آموزشی کمک به والدین با کودکان چالش‌انگیز و مداخله خانواده مثبت<sup>۱</sup> دورنده هیمن<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) استفاده شد (۱۱). این برنامه نیز شامل هشت جلسه دوساخته بود که هفته‌ای یک بار تشکیل می‌شد و تقریباً دو ماه طول کشید. در این بسته به والدین، برای مواجه شدن با چالش‌های رفتاری کودکان، درک رفتار آنها و استفاده مناسب از پی‌آیندهای رفتاری مثبت، مهارت‌هایی آموزش داده شد.

ابزار اندازه‌گیری شامل مقیاس درجه‌بندی اختلال کاستی توجه و بیش فعالی از نگاه والدین کائز (۱۹۹۰) بود (۱۹). این مقیاس متداول‌ترین مقیاس درجه‌بندی اختلال کاستی توجه و بیش فعالی از نگاه والدین است. این پرسشنامه ۲۷ سؤال دارد که مادران تکمیل می‌کنند و چهار زیرمقیاس مخالفت‌جویی، مشکلات شناختی/بی‌توجهی، بیش فعالی و شاخص اختلال کاستی توجه و بیش فعالی دارد. نمونه‌ای از سوالات به این شکل است: «بی‌توجه است و حواسش به راحتی پرت می‌شود» که باید یکی از گزینه‌های «هرگز»، «گاه‌گاهی»، «اغلب» و «خیلی زیاد» انتخاب شود. نمره خام آزمونی در هر زیرمقیاس، از مجموع درجه‌بندی‌های والدین از ۰ تا ۳ در عبارات مربوط به آن زیرمقیاس محاسبه می‌شود. ضریب پایایی درونی با دامنه‌ای از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰، تا ۰/۹۰ گزارش شده است. همچنین روایی سازه پرسشنامه‌های کائز با استفاده از روش‌های تحلیل عوامل به دست آمده است (۲۰). توانایی این پرسشنامه در تمایز افراد مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش فعالی از عادی و دیگر گروه‌های بالینی، به شدت تأیید شده است. زرگری نژاد و بیزان دوست نشان دادند که ضریب همبستگی سوال‌های پرسشنامه با نمره کل آن، بین ۰/۳۸ تا ۰/۶۳ بود. ضریب پایایی کل ۰/۸۹، خرد مقیاس نقص توجه ۰/۸۲، بیش فعالی/تکانشگری ۰/۸۲ و نافرمانی مقابله‌ای ۰/۸۰ است. در این پژوهش برای تعیین پایایی پرسشنامه، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای پرسشنامه آزمون کائز برابر ۰/۷۸ بود (۲۰).

تحقیقاتی انجام نشده است.

دانفورث و همکاران، پژوهشی با عنوان «نتیجه آموزش گروهی والدین برای خانواده‌هایی با کودک ADHD و رفتارهای مقاوم و پرخاشگرانه» انجام دادند. نتایج به دست آمده نشان داد آموزش والدین، بیش فعالی و رفتار پرخاشگرانه و سنتیزه‌جویانه کودکان را کاهش می‌دهد (۱۶). همچنین کورکوم و همکاران در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که برنامه آموزش والدین در زمینه‌های گوناگون، مانند کاهش رفتارهای بیش فعالی و رفتارهای پرخاشگرانه کودکان دارای ADHD مفید است (۱۷).

با توجه به چالش‌هایی که والدین کودکان ADHD دارند و نیاز والدین برای فراگیری شیوه‌های رفتار با این کودکان، هدف پژوهش؛ بررسی و مقایسه اثری خشی برنامه مداخله حمایت رفتاری مثبت (PBS) و الگوی والدگری بارکلی بر بهبود نشانگان کودکان ADHD بود.

## ۲ روش بررسی

برای انجام‌دادن پژوهش از روش نیمه‌آزمایشی طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. در ابتدا نمونه‌هایی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای و جایگذاری تصادفی ساده در گروه‌های آزمایش و گواه بود. به این صورت که از مدارس شهر اصفهان، چهار مدرسه به تصادف انتخاب و از این مدارس تعداد ۳۰ کودک ADHD انتخاب شدند (۱۸) و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه تخصیص یافتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن تشخیص ADHD از یک روانپرشک و یک متخصص روان‌شناسی، داشتن معیارهای این اختلال بر طبق DSM-5، نداشتن اختلال دیگری غیر از ADHD. گروه آزمایش شامل ۲۰ نفر بود که ۱۰ مادر تحت آموزش الگوی والدگری بارکلی و ۱۰ مادر تحت آموزش حمایت رفتاری مثبت قرار گرفتند.

سپس مادران طی قراردادی متعهد به حضور در جلسات آموزشی و همکاری با پژوهشگر شدند. همه مادران پرسشنامه کائز، فرم والدین را در مرحله پیش‌آزمون تکمیل کردند و به مدت دو ماه و هر کدام هشت جلسه، آموزش الگوی والدگری بارکلی (۱۰ مادر) و آموزش حمایت رفتاری مثبت (۱۰ مادر) را دریافت کردند. گروه گواه (۱۰ مادر) هیچ آموزشی دریافت نکرد. آن‌ها در لیست انتظار قرار گرفتند و بعد از پایان مداخله، آموزش دیدند. پس از پایان جلسات آموزشی، از تمام مادران پس‌آزمون گرفته شد. نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ در دو سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی تجزیه و تحلیل شد. به دلیل کنترل تأثیر پیش‌آزمون و به این دلیل که هم‌زمان تأثیر چند متغیر مستقل ووابسته بررسی می‌شد، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد و در مرحله بعد، برای

## جدول ۱. شرح جلسات بسته آموزشی والدگری کودکان بیشفعال/نقص توجه بر اساس مدل بارکلی

جلسه	موضوع	اهداف و محتوا
اول	ارائه پیش‌آزمون اختلال ADHD چیست؟ علت این اختلال چیست؟ درمان‌های رایج اختلال چیست؟	آشنایی مادران با ماهیت اختلال، سبب‌شناسی و درمان.
دوم	مشکلات کودکان ADHD محیط خانوادگی کودک ADHD	آشنایی با مشکلات متعددی که این کودکان با آن مواجه‌اند آشنایی والدین با چالش‌ها و تعاملات این کودکان با پدر، مادر، خواهرها و برادرها، همسالان و...
سوم	کنترل استرس	آموزش به مادران بهمنظور اینکه چگونه با استرس و مشکلات موواجه شوند و چگونه از خود مراقبت کنند
چهارم	اصول راهنمایی برای تربیت کودک ADHD	آشنایی و آموزش مادران درباره چهارده اصل راهنمایی برای تربیت کودک ADHD
پنجم	مدیریت اختلال در خانه و مدرسه	آموزش هشت گام به‌سوی رفتار بهتر
ششم	هنر حل مسئله	آموزش چهارچوب برای حل مسائل جدید (هفت گام برای حل مسئله)
هفتم	کمک به بهبود وضعیت تحصیلی	ارائه اطلاعات در زمینه محیط آموزشی مناسب این کودک (فضای کلاس، معلم مناسب، تکالیف و...) روش‌های مدیریت رفتاری در کلاس ارائه تکنیک رفتاری بهمنظور انجام دادن تکالیف و مدیریت زمان در این زمینه
هشتم	جمع‌بندی، پرسش و پاسخ، ارائه پس‌آزمون	جمع‌بندی

## جدول ۲. شرح جلسات برنامه مداخله حمایت رفتاری مثبت (PBS)

جلسه	موضوع	اهداف و محتوا
اول	مقدمه و تنظیم هدف	- درک اهمیت افکار و احساسات - یادگیری درباره حمایت رفتاری مثبت (PBS) - تعیین نیازهایی که باید گنجانده شوند - ترسیم اهداف برای خانواده و کودکتان - تعریف رفتارهای نگران‌کننده - شروع و پیشگیری رفتار
دوم	گردآوری اطلاعات	- کشف رابطه بین افکار و رفتار - فهم اطلاعات کلی و اهداف غایی رفتار - یادگیری اینکه چطور تمام اطلاعات را گردآوری کنیم: <ul style="list-style-type: none"><li>• مشاهده رفتار</li><li>• مصاحبه با مردم</li><li>• ثبت اطلاعات</li><li>• شروع گردآوری اطلاعات</li></ul>
سوم	تحلیل و طراحی برنامه	- استفاده از منحرف‌کننده فکر برای مقابله با خود صحبت‌کردن بی‌فایده - استفاده از اطلاعات برای تحلیل الگوها - خلاصه‌کردن الگوها یا ترسیم فرضیه‌ها
چهارم	اجتناب از مشکلات	- استفاده از الگوها برای میادله ایده‌های مداخله‌گرانه - بحث درباره موقعیتی که احتمال رفتار را افزایش می‌دهد - یادگیری استراتژی برای اجتناب از موقعیت‌های دشوار

<ul style="list-style-type: none"> <li>- یادگیری استراتژی برای بهبود موقعیت دشوار</li> <li>- آشنایی با روش‌هایی که به کودک حق انتخاب بدهد</li> <li>- یادگیری استراتژی‌هایی برای ایجاد رفتار خوب</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- استفاده از اظهارات مثبت به جای باورهای منفی</li> <li>- درک واکنش‌هایی که ممکن است رفتار کودک را حفظ کند</li> <li>- یادگیری چگونگی مدیریت پیامدها</li> </ul>	پنجم مدیریت پیامدها
<ul style="list-style-type: none"> <li>- انجام‌دادن اقدامات احتیاطی در هنگام استفاده از تنیه</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تمرین بازسازی شناختی</li> <li>- انتخاب رفتارهای جایگزین برای کودکتان</li> <li>- آموزش مهارت‌ها به کودکتان</li> </ul>	ششم جایگزینی رفتار	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- بررسی با خود صحبت‌کردن و استفاده از راهبردهای شناختی</li> <li>- طراحی برنامه حمایت رفتاری</li> <li>- اطمینان از مناسب بودن برنامه حمایت رفتاری</li> <li>- بهبودبخشیدن به زندگی خانواده و فرزندتان</li> <li>- ایجاد یک برنامه عملی</li> </ul>	هفتم قراردادن طرح حمایت رفتاری در محل	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- بررسی گزارش روزانه با خود صحبت‌کردن و ادامه استفاده از راهبردهای شناختی</li> <li>- ایجاد یک برنامه نظارتی</li> <li>- یادگیری اینکه چطور در طول زمان سازگاری‌ها را ایجاد کنیم</li> <li>- تکمیل آموزش و ادامه آن با خودتان</li> </ul>	هشتم نظارت به نتایج و جمع‌بندی	

### ۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات خردمندی مقیاس پرسشنامه کانز آن در سه جدول ۳ ارائه شده است. گروه PBS، بارکلی و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات خردمندی مقیاس پرسشنامه کانز در سه گروه PBS، بارکلی و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	PBS											
	بارکلی				گواه				پس‌آزمون			
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون										
مخالفت‌جویی	۱۴/۷	۲/۲۰	۶/۳۲	۱۵/۶	۲/۴۸	۹/۸	۳/۳۷	۱۰/۶	۲/۲۰	۹/۸	۲/۶۲	۱۴/۷
شناختی/بی‌توجهی	۲۲/۷	۴/۹۶	۵/۵	۲۰	۴/۸۷	۱۷	۴/۱۵	۲۲/۸	۳/۳۳	۱۴	۴/۹۶	۲۲/۷
بیش‌فعالی	۱۴	۳/۷۱	۱۲/۵	۶/۲۷	۱۴/۱	۲/۷۹	۹/۴	۳/۳	۱۴/۱	۲/۱۴	۹/۲	۶/۰۷
کاستی‌توجه/بیش‌فعالی	۱۸/۹	۱۷/۳	۶/۶۱	۱۹/۲	۱/۸۵	۱۳/۱	۳/۳	۱۷/۵	۲/۷۹	۱۳/۳	۳/۹	۶/۸۶

همان گونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، نمرات در گروه‌های آزمایش هم در گروه‌ها، در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است. نتایج آزمون و گواه در مراحل پیش‌آزمون پس‌آزمون متفاوت بوده است. نتایج لوین نیز نشان داد فرض همسانی واریانس‌ها برقرار است. لامبای ویلکز نشان داد تفاوت میانگین‌ها، هم در خردمندی مقیاس‌ها و

جدول ۴. نتایج لامبادای ویلکز درباره تفاوت میانگین‌ها در خرده‌مقیاس‌های گروه‌های مورد مطالعه

محل‌گذار اثرا	مقدار احتمال	درجه آزادی اثر	ارزش F	مقدار	میانگین‌ها	ضریب احتمال	متغیر
۰/۸۲	<۰/۰۰۱	۲۰	۴	۲۳/۵۲	۰/۱۷۵	مخالفت‌جویی	
۰/۵۶	۰/۰۰۲	۲۰	۴	۶/۴۸	۰/۴۳۶	شناختی/بی‌توجهی	
۰/۸۱	<۰/۰۰۱	۲۰	۴	۲۱/۶۸	۰/۱۸۷	بیش‌فعالی	
۰/۸۸	<۰/۰۰۱	۲۰	۴	۳۸/۳۴	۰/۱۱۵	کاستی‌توجه/بیش‌فعالی	
۰/۳۸	۰/۰۰۷	۴۰	۸	۳/۱۴	۰/۳۷۷	گروه	

بدلیل اینکه هدف بررسی اثر چند متغیر وابسته بر روی چند متغیر خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه کانز در گروه‌های مورد مطالعه در جدول مستقل بود و نیز به‌منظور کنترل تأثیر پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس ۵ ارائه شده است.

چندمتغیره استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نمرات

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نمرات خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه کانز در مرحله پس‌آزمون

متغیر	مجموع میانگین‌ها	درجه آزادی	F	مقدار احتمال	ضریب اتا	تون آماری
مخالفت‌جویی	۶۰/۹۱	۲	۳۰/۴۵	۰/۰۶۳	۰/۲۱	۰/۵۴
شناختی/بی‌توجهی	۱۵۳/۴۳	۲	۷۶/۷۱	۴/۹۲	۰/۰۱۷	۰/۷۵
گروه	۵۵/۵۳	۲	۲۷/۷۶	۲/۴۹	۰/۰۴۷	۰/۰۹۹
بیش‌فعالی	۹۹/۸۷	۲	۴۹/۹۳	۴/۵۶	۰/۰۲۱	۰/۷۱
مخالفت‌جویی	۲۲۳/۸۶	۲۳	۹/۷۳			
خطا	۳۵۸/۲	۲۳	۱۵/۵۷			
بیش‌فعالی	۱۸۲/۷۲	۲۳	۷/۹			
کاستی‌توجه/بیش‌فعالی	۲۵۱/۶۱	۲۳	۱۰/۹۴			

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد در متغیرهای شناختی/بی‌توجهی مخالفت‌جویی ( $p=0/063$ ) تفاوت معناداری یافت نشد. برای بررسی تأثیر انواع آموزش از آزمون تعقیبی و مقایسه‌های زوجی ( $p=0/017$ ) و بیش‌فعالی ( $p=0/047$ ) و کاستی‌توجه/بیش‌فعالی ( $p=0/011$ ) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی

متغیر	گروه	گروه‌های آزمایشی	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار تفاوت	مقدار احتمال
مخالفت‌جویی	گواه	PBS	۳/۷۶	۱/۵۵	۰/۰۲۴
	بارکلی	بارکلی	۱/۱۸	۱/۶۴	۰/۴۷۹
	PBS	بارکلی	-۲/۵۷	۱/۵۶	۰/۱۱۴
	گواه	PBS	۶/۰۱	۱/۹۶	۰/۰۰۶
شناختی/بی‌توجهی	بارکلی	بارکلی	۲/۰۶	۲/۰۸	۰/۳۳۳
	بارکلی	بارکلی	-۳/۹۵	۱/۹۸	۰/۰۵۰
	PBS	PBS	۳/۵۲	۱/۴۰	۰/۰۲۰
بیش‌فعالی	گواه	بارکلی	۳/۰۳	۱/۴۹	۰/۰۵۰
	بارکلی	بارکلی	-۰/۴۸	۱/۴۱	۰/۷۳۴
	PBS	بارکلی	۴/۸۲	۱/۶۵	۰/۰۰۸
کاستی‌توجه/بیش‌فعالی	گواه	بارکلی	۳/۸۰	۱/۷۴	۰/۰۴۰
	بارکلی	بارکلی	-۱/۰۲	۱/۶۶	۰/۵۴۳

همان طور که از نتایج جدول مشخص است، در متغیر بیش‌فعالی و کاستی‌توجه/بیش‌فعالی تفاوت نمرات هر دو گروه آموزش والدگری با رکارکلی ( $p=0/040$ ) و آموزش حمایت رفتاری مثبت ( $p=0/008$ )، با

والدین در نظر گرفته‌اند. همچنین نداشتن انگیزه و تلاش کافی نداشتن در اجرای اصول آموخته‌شده توسط والدین، از دلایل دیگر اثربخش‌بودن آموزش والدین می‌تواند باشد.

همچنین نتایج نشان داد آموزش والدگری بارکلی بر مخالفت‌جویی و بی‌توجهی کودکان ADHD مؤثر نیست. این یافته با تعدادی از پژوهش‌ها از جمله پژوهش وینبرگ (۲۵) که بر بی‌تأثیربودن روش آموزش رفتاری والدین بر بی‌توجهی کودکان مبتلا به اختلال کاستی‌توجه و بیشفعالی تأکید کرده‌اند، همسو است. به نظر می‌رسد چون بی‌توجهی پایه زیستی قوی‌تری در مقایسه با سایر مشکلات رفتاری کودکان دارد، به تغییر مقاومت بوده است. از طرف دیگر، مطالعات درباره دو قول‌ها نشان می‌دهد عوامل زنگنه نقش مهمی در سبب‌شناسی این اختلال (بی‌توجهی) و تغییرات آن داشته است. علاوه بر این، بنا به نظر پژوهشگران، بسیاری از مشکلات شناختی که این کودکان با آن روبرو هستند، نتیجه کارکرد پایین قشر پیش‌پیشانی است؛ زیرا داروهای محرك از قبیل فدیت در درمان این اختلال مفید است، کارکرد قشر پیش‌پیشانی را بهبود می‌بخشد و باعث افزایش کارایی قدرت توجه، دقت و حافظه فعال این کودکان می‌شود.

تحقیق حاضر روی مادران کودکان با گروه سنی اول دبستان با گستره تحصیلات پراکنده و همچنین با مشارکت‌نداشتن فعل پدران صورت گرفته است که در نتیجه، تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. عدم همتاسازی جنسی در طرح پژوهشی، بررسی تأثیر جنسیت و تغییرات احتمالی درمانی را مقدور نساخت که از جمله محدودیت‌های پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود از آموزش والدین با هر دو روش به‌طور گستره در درمان مشکلات کودکان مبتلا به این اختلال و خانواده آن‌ها بهره گرفته شود و نیز از این الگوها به صورت گروهی در مدارس و مراکز تربیت کودک و همچنین در کارگاه‌های فرزندپروری استفاده شود. همچنین مریان و درمانگران می‌توانند از محتویات این الگوها برای مشاوره والدین و درمان کودکان ADHD استفاده کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشی با همین عنوان برای بررسی تأثیر جنسیت انجام شود و همچنین این روش‌ها بر روی متغیرهای دیگری، مانند استرس والدین نیز صورت گیرد.

## ۵ نتیجه‌گیری

نتیجه پژوهش نشان داد آموزش والدگری بارکلی و آموزش حمایت رفتاری مثبت می‌تواند بیشفعالی و کاستی‌توجه/بیشفعالی را کاهش دهد و آن را بهبود بخشد؛ لذا می‌توان از این دو برنامه در آموزش والدین استفاده کرد.

## ۶ تشکر و قدردانی

در انتهای از همکاری صمیمانه مسئولان مدارس و مؤسسه‌های روانی که در اجرای طرح، مشارکت‌های لازم را انجام دادند و خصوصاً والدین عزیز که صبورانه در جلسات آموزشی شرکت کردند و نکالیف را بهنحو احسن انجام دادند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

مخالفت‌جویی ( $p=0.24$ ) تنها آموزش حمایت رفتاری مثبت توانست تفاوت معناداری را با گروه گواه ایجاد کند. شایان ذکر است که در تمام خرده‌مقیاس‌ها تفاوت آموزش معنادار نبود ( $p>0.05$ ).

## ۴ بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی الگوی والدگری بارکلی و درمان حمایت رفتاری مثبت بر بهبود نشانگان کودکان دارای ADHD انجام شد. نتایج نشان داد هر دو نوع آموزش (آموزش والدگری بارکلی و آموزش حمایت رفتاری مثبت) می‌توانند بیشفعالی و کاستی‌توجه/بیشفعالی را کاهش دهند و آن را بهبود بخشد؛ اما درباره متغیر شناخت/بی‌توجهی و مخالفت‌جویی، تنها آموزش حمایت رفتاری مثبت، بهبودی و کاهش معنادار ایجاد می‌کند. همچنین تنها در خرده‌مقیاس شناختی/بی‌توجهی گروه آموزش والدگری بارکلی و آموزش حمایت رفتاری مثبت با یکدیگر تفاوت معنادار داشتند و در بقیه خرده‌مقیاس‌ها تفاوت آموزش‌ها معنادار نبود. با توجه به تغییر معنی دار کودکان در حوزه‌های مذکور، می‌توان به تأثیر آموزش‌ها بر روی بهبود تعاملات والدین کودک، تغییر نگرش والدین به رفتارهای کودک و شناخت مشکلات آنان، مدیریت صحیح‌تر والدین در زمینه اداره بیشفعالی فرزندان، نحوه آموزش به کودک برای مهار رفتارهای تکانشگرانه و به موقع و مناسب بودن تذکرات، پاداش‌ها و تنبیهات نسبت داد. همچنین افزایش آگاهی والدین در زمینه ویژگی‌های اختلال، برخورد مناسب با این کودکان باعث تغییر در شناخت والدین از رفتار کودک می‌شود که همین می‌تواند باعث کاهش درگیری بین والد و کودک و مدیریت بهتر کودک و به تبع آن بهبود نشانگان اختلال شود. شرکت فعال والدین در جلسات آموزشی و انگیزه آن‌ها در نتایج درمان را می‌توان از دلایل دیگر کاهش نشانه‌ها دانست. چنانچه ویس و ویس (۲۱) نیز اشاره کرده‌اند، شرکت فعال والدین در جلسات و انگیزه آن‌ها، در نتایج درمان تأثیر تعیین‌کننده‌ای دارد. در زمینه مخالفت‌جویی، اشاره به این نکته ضروری است که با ارائه برنامه گروهی والدین، والدین به راهکارهای صحیح‌تری در برخورد با مشکلات رفتاری کودکان دست می‌یابند و با تدبیری از پیش‌اندیشیده شده، سعی می‌کنند رفتارهای ناگهانی خود را در هنگام هیجانات منفی را به‌طور عملی و بر مبنای همان نظریه یادگیری اجتماعی به کودک خود انتقال نمی‌دهند و به این ترتیب از افزایش بروز مشکلات رفتاری، همچون مخالفت‌جویی کودک جلوگیری می‌کنند (۲۲).

نتایج حاصل از این پژوهش، با نتایج مطالعات دانفورث و همکاران (۱۶)، کرکوم و همکاران (۱۷) هم‌خوانی دارد.

نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش‌های بارلو و کورن (۲۳)، مونتایل ناوا و همکاران (۲۴) هم‌خوانی ندارد. در این پژوهش‌ها این نتیجه به دست آمده که آموزش والدین تأثیر چندانی در کاهش علائم و بهبودی اختلال ADHD نداشته است. این تناقض در یافته‌ها به‌دلایل مختلفی بستگی دارد. برخی پژوهش‌ها وجود علائم بیشفعالی/نارسایی توجه در والدین را علت اثربخش‌بودن آموزش

## References

1. Wolraich ML. Attention-deficit/hyperactivity disorder: can it be recognized and treated in children younger than 5 years? *Infants & Young Children*. 2006;19(2):86-93.
2. Johnson C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2001;4(3):183-207. doi:[2](#)
3. Tracy L, Tripp G, Barid A. Parent stress management training for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behav Ther*. 2005;36(3):223-33. doi:[10.1016/S0005-7894\(05\)80071-1](#)
4. Kooij JJS. *Adult ADHD: Diagnostic assessment and treatment*. Third edition. New York, USA: Springer-Verlag Publishing; 2013.
5. Davison CG, Blankstein KR, Neale JM. *Abnormal psychology*. Fifth edition. New York, USA: John Wiley & Sons; 2005.
6. Davison GC, Neale JM. *Abnormal psychology*. Sixth edition. New York, UAS: Wiley; 1994.
7. Kazdin AE. *Psychotherapy for children and adolescents: directions for research and practice*. New York, USA: Oxford University Press; 2000. doi:[10.1093/med:psych/9780195126181.001.0001](#)
8. Barkley RA. *Taking charge of ADHD, The complete, authoritative guide for parents*. Third edition. New York, USA: The Guilford Press; 2013.
9. Anastopoulos AD, Shelton TL. *Assessing attention-deficit/hyperactivity disorder*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 2001.
10. Hosseinzade Maleki Z, Mashhadi A, Soltanifar A, Moharrari F, Ghanaei Chamanabad A. Effectiveness of working memory training, Barkley's parent training program, and combination of these two interventions on improvement of working memory in children with ADHD. *Advances in Cognitive Science*. 2014;15(4):53-63. [Persian] <http://icssjournal.ir/article-1-217-en.html>
11. Durand VM, Hieneman M. *Helping parents with challenging children: Positive family intervention facilitator's guide*. First edition. New York, USA: Oxford University Press; 2008.
12. Lewis TJ, Powers LJ, Kely MJ, Newcomer LL. Reducing problem behaviors on the playground: An investigation of the application of schoolwide positive behavior supports. *Psychology in the Schools*. 2002;39(2):181–90. doi:[10.1002/pits.10029](#)
13. Todd AW, Horner RH, Sugai G, Sprague JR. Effective behavior support: Strengthening school-wide systems through a team-based approach. *Effective School Practices*. 1999;17(4):23–37.
14. Luiselli JK, Putnam RF, Sunderland M. Longitudinal evaluation of behavior support intervention in a public middle school. *J Posit Behav Interv*. 2002;4(3):182–8. doi:[10.1177/10983007020040030701](#)
15. Horner RH. Positive behavior supports. *Focus Autism Other Dev Disabl*. 2000;15(2):97-105. doi:[10.1177/108835760001500205](#)
16. Danforth JS, Harvey E, Ulaszek WR, McKee TE. The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2006;37(3):188-205. doi:[10.1016/j.jbtep.2005.05.009](#)
17. Corkum PV, McKinnon M, Mullane JC. The effect of involving classroom teachers in a parent training program for families of children with ADHD. *Child Fam Behav Ther*. 2005;27(4):29-49. doi:[10.1300/J019v27n04\\_02](#)
18. Gall MD, Gall JP, Borg WR. *Educational research: an introduction*. Eighth edition. Boston, USA: Pearson; 2007.
19. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. The revised Conners' parent rating scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *J Abnorm Child Psychol*. 1998;26(4):257-68. doi:[10.1023/A:1022602400621](#)
20. Zargarinejad Gh, Yekkeh Yazdandoost R. Efficacy of parent's training on problem behaviors in ADHD children. *Quarterly Journal of psychological studies*. 2007;3(2):29-48. [Persian] doi:[10.22051/PSY.2007.1694](#)
21. Weiss M, Hechtman L, Weiss G. ADHD in parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000 Aug.
22. Houshvar P, Behniya F, Khoshabi K, Mirzaei H, Rahgozar M. Effect of group parent management training on behavioral disorders of children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Archives of Rehabilitation*. 2009;10(3):24-31. [Persian] <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-373-en.html>
23. Barlow J, Coren E. Parent-training programs for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1):CD002020. doi:[10.1002/14651858.CD002020.pub2](#)
24. Montiel-Navá C, Peña JA, Espina MG, Ferrer-Hernandez ME, López RA, Puertas-Sánchez S, et al. A pilot study of methylphenidate and parent training in the treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol*. 2002;35(3):201-5. [Spanish] doi:[10.33588/rn.3503.2002110](#)
25. Weinberg HA. Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: parent and child outcome. *J Clin Psychol*. 1999;55(7):907 -13. doi:[10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199907\)55:7<907::AID-JCLP11>3.0.CO;2-3](#)