MEJDS. 2019; 9:82.

Published online 2019 Nov. **Research Article**

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

Shahmive Esfahani A[1], *Abedi A[2], Faramarzi S[3], Yarmohammadian A[4]

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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.61.3]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۸۲.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی برنامهٔ آموزش حمایت رفتاری مثبت (PBS) با الگوی والدگری بارکلی بر بهبود نشانگان کودکان دارای اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی

آرزو شاه‌میوه اصفهانی[۱]، *احمد عابدی[۲]، سالار فرامرزی[۳]، احمد یارمحمدیان[۴]

توضیحات نویسندگان

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.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** a.abedi@edu.ui.ac.ir

دریافت مقاله: ۳۱اردیبهشت۱۳۹۷؛ **پذیرش مقاله:** ۶مرداد۱۳۹۷

چکیده

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

روش‌بررسی: در این پژوهش از روش نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون‌پس‌آزمون همراه با گروه گواه استفاده شد. روش نمونه‌گیری به‌صورت 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 به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه‌های آزمایش، طی هشت جلسه تحت آموزش به روش PBS و بارکلی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات به‌منظور سنجش نشانگان ADHD، پرسش‌نامهٔ کانرز فرم والدین بود. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ و تحلیل کوواریانس چندمتغیره به‌همراه آزمون‌های تعقیبی در سطح اطمینان ۹۵درصد به کار گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد در متغیرهای شناختی/بی‌توجهی (p=۰/۰۱۷) و بیش‌فعالی (p=۰/۰۴۷) و کاستی‌توجه/بیش‌فعالی (p=۰/۰۲۱) بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد؛ اما در متغیر مخالفت‌جویی (p=۰/۰۶۳) تفاوت معناداری یافت نشد. در متغیر بیش‌فعالی و کاستی‌توجه/بیش‌فعالی تفاوت نمرات هر دو گروهِ آموزش والدگری بارکلی (p=۰/۰۴۰) و آموزش حمایت رفتاری مثبت (p=۰/۰۰۸)، با گروه گواه معنادار بود. همچنین در متغیر شناخت/بی‌توجهی (p=۰/۰۰۶) و مخالفت‌جویی (p=۰/۰۲۴) تنها آموزش حمایت رفتاری مثبت توانست تفاوت معناداری را با گروه گواه ایجاد کند. شایان ذکر است در همهٔ 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: برنامهٔ حمایت رفتاری مثبت، الگوی والدگری بارکلی، اختلال بیش‌فعالی و نقص‌توجه، نشانگان نقص‌توجه/بیش‌فعالی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.61.3]

۱ مقدمه

اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی موضوعی بحث‌برانگیز بوده است. در سال‌های اخیر، با فهم این موضوع که این اختلال مربوط به تمام طول عمر است، موجب علاقه‌مندی پژوهشگران برای مطالعهٔ این اختلال در همهٔ گروه‌های سنی شده است (۱). مشکلات بالینی عمدهٔ این کودکان، سه دستهٔ کلی با عناوین بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری است (۲). شکایت والدین و معلم‌ها این است که کودک گوش نمی‌کند، تمرکز حواس ندارد، کارها را ناتمام رها می‌کند و به‌راحتی حواسش پرت می‌شود. مشکل نارسایی‌توجه فرد ممکن است در جهت‌یابی یا پیداکردن محرک باشد یا پاسخ نادرست فرد به‌جنبه‌ای از محرک‌ها یا پاسخ نادرست او به کل محرک باشد (۳).

با توجه به ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)، پژوهش‌ها نشان می‌دهد ADHD در ۴ تا ۸درصد کودکان سنین مدرسه و ۳ تا ۵درصد بزرگ‌سالان رخ می‌دهد (۴). به‌اعتقاد صاحب‌نظران، علائم بیش‌فعالی وقتی گسترش پیدا می‌کند که عوامل زمینه‌ساز اختلال با یک شیوهٔ مستبدانه و ناکارآمد فرزندپروری همراه می‌شود. در این وضعیت، کودک نمی‌تواند 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 به‌سوی مشکلات رفتاری و تبعیت‌نکردن از دستورات والدین و قوانین محیط خانوادگی سوق دهد (۵،۶).

برنامه‌های آموزش والدین بر پایهٔ اصول یادگیری اجتماعی بنا شده است و به والدین یاد می‌دهد که چگونه می‌توانند تعامل مثبت‌تری با کودکان برقرار کنند و میزان رفتارهای منفی و تعارض‌های درونی خانواده را کاهش دهند (۷). برنامه‌های آموزش والدین مبتنی بر این دیدگاه است که اختلالات رفتاری کودکان در نتیجهٔ تعامل نادرست بین کودک و والد (به‌ویژه مادر) ایجاد می‌شود و تداوم می‌یابد. ذکر این نکته ضروری است که در درمان این گروه از اختلالات رفتاری، می‌بایستی این تعامل‌ها بازنگری و اصلاح شوند. به همین دلیل، توجه به آموزش مادران در درمان این کودکان، در دهه‌های اخیر به‌طور چشمگیری افزایش یافته است. در همین راستا، برنامه‌های متنوع آموزش مادران، با تأکید بر کل نظام خانواده به وجود آمده است.

یکی از برنامه‌های درمانی ویژهٔ والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی‌توجه/فزون‌کنشی، آموزش والدینی مبتنی بر الگوی بارکلی است که بر مبنای مفهوم‌سازی جدید بارکلی از اختلال نارسایی‌توجه/فزون‌کنشی گرفته شده است. به‌نظر بارکلی، مشکل این کودکان نقص در کارکردهای اجرایی و کنترل خود است و درمان بارکلی نیز بر همین اساس پایه‌ریزی شده است. این برنامه برای کودکانی طراحی شده که سطح رشد زبانی یا رشد شناختی آنان حداقل در حد کودک دوساله و سن زمانی‌شان بین ۲ تا ۱۲ سال باشد. برنامهٔ حاضر اهداف معدودی دارد؛ اما در نیل به آن‌ها در اکثر خانواده‌ها بسیار کارآمد عمل می‌کند. این اهداف عبارت‌اند از: ارتقای مهارت‌های مدیریتی و توانایی والدین در حل مشکلات رفتاری کودک، افزایش آگاهی والدین دربارهٔ علل رفتار کودکان و اصول زیربنایی چنین رفتارهایی، افزایش میزان پیروی کودک از فرمان‌ها، رهنمودها و قوانین والدین و افزایش توجه آن‌ها، افزایش هماهنگی در خانواده از طریق بیشترکردن استفادهٔ والدین از توجه مثبت و نتایج دیگر برای فرزندان، پیش‌بینی راهنمایی، قوانین و آموزش روشن برای آن کودکان، اعمال تنبیه فوری و عادلانه و منصفانه برای رفتار نامناسب کودک و تکیهٔ فراگیر بر رفتار تربیتی قاعده‌محور (۸). تعداد زیادی از تحقیقات، مؤید کارایی الگوی والدگری بارکلی هستند (۹). در ایران، حسین‌زادهٔ ملکی و همکاران، درمان ترکیبی آموزش حافظهٔ کاری و برنامهٔ آموزش والدینی بارکلی با رویکرد جدید را بر حافظهٔ کاری کودکان ADHD بررسی کردند. نتایج نشان داد که درمان ترکیبی آموزش حافظهٔ کاری و برنامهٔ آموزش والدینی بارکلی با رویکرد جدید، می‌تواند باعث بهبود بیشتر حافظهٔ کاری شود که از مؤلفه‌های مهم آسیب‌دیدهٔ این اختلال است (۱۰).

یکی دیگر از برنامه‌های پیشنهادشده، برنامهٔ حمایت رفتاری مثبت[1] (PBS) است که یک رویکرد مبتنی بر پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری است و ثابت شده برای طیف وسیعی از افراد دارای مشکلات رفتاری مؤثر بوده است. PBS به والدین کمک می‌کند علت رفتارهای کودکشان را بفهمند و نیز بتوانند راهبردهای مناسب را در جهت بهترکردن این رفتارها انتخاب کنند. از ویژگی‌های کلیدی PBS ارزیابی‌هایی است که به فهم علت مشکلات رفتاری کودک و همچنین بهترکردن رفتار او کمک می‌کند. والدین با تسهیلگران و کسانی که کودکشان را حمایت می‌کنند، همکاری دارند تا یک برنامهٔ حمایت رفتاری طراحی کنند. هدف کلی این کار تنها تغییر رفتار کودک نیست؛ بلکه به‌طور کلی هدف بهترکردن زندگی خانوادگی است. این برنامه همچنین برای کمک به کودکان به‌منظور روبه‌روشدن با موقعیت‌های چالش‌انگیز و ایجاد روش‌های بهتر برای مواجهه با نیازها و خواسته‌هایشان طراحی شده است. بسته به موقعیت، این آموزش‌ها می‌تواند شامل آموزش مهارت‌ها به کودک برای شناسایی نیازهایشان، ارتباط متقابل با افراد دیگر، دست‌وپنجه‌نرم‌کردن با موقعیت‌های پراسترس و ناخوشایند یا هرچه مستقل‌ترشدن در انجام‌دادن تکالیف روزانه باشد (۱۱).

نتایج تحقیقات نشان‌دهندهٔ اثربخشی این رویکرد بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان و بهبود خلق آن‌ها در مدرسه بوده است (۱۲،۱۳). در مطالعه‌ای طولی که چهار سال به طول انجامید، لویسلی و پتنام و سارلند حمایت رفتاری مثبت را در جمعیت روستایی در مقطع دبیرستان آزمایش کردند. نتایج این مطالعه، نشان‌دهندهٔ کاهش مشکلات رفتاری از سال اول به چهارم و کاهش در سال‌های متوالی بود (۱۴). هورنر برنامهٔ حمایت رفتاری مثبت را روی یک کودک ده‌ساله که دارای عقب‌ماندگی ذهنی خفیف، همراه با محدودیت ارتباطی و رفتارهای خودآزاری بود، اجرا کرد. نتایج پژوهش ایشان نشان داد رفتارهای خودآزارنده به‌طور چشمگیری کاهش یافت، ارتباط با هم‌سالان بهبود پیدا کرد و رفتارهای کودک برای معلم و والدین قابل‌درک شد (۱۵). متأسفانه در کشور ما خلأ تحقیقاتی زیادی در این زمینه وجود دارد و

[1]. Positive Behavior Support (PBS)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.61.3]

تحقیقاتی انجام نشده است.
دانفورث و همکاران، پژوهشی با عنوان «نتیجهٔ آموزش گروهی والدین برای خانواده‌هایی با کودک ADHD و رفتارهای مقاوم و پرخاشگرانه» انجام دادند. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد آموزش والدین، بیش‌فعالی و رفتار پرخاشگرانه و ستیزه‌جویانهٔ کودکان را کاهش می‌دهد (۱۶). همچنین کورکوم و همکاران در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که برنامهٔ آموزش والدین در زمینه‌های گوناگون، مانند کاهش رفتارهای بیش‌فعالی و رفتارهای پرخاشگرانهٔ 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 مقایسهٔ اثربخشی برنامهٔ مداخلهٔ حمایت رفتاری مثبت (PBS) و الگوی والدگری بارکلی بر بهبود نشانگان کودکان ADHD بود.

۲ روش بررسی

برای انجام‌دادن پژوهش از روش نیمه‌آزمایشی طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. در ابتدا نمونه‌هایی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به‌صورت چندمرحله‌ای 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 به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه تخصیص یافتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن تشخیص ADHD از یک روان‌پزشک 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. همهٔ مادران پرسش‌نامهٔ کانرز، فرم والدین را در مرحلهٔ پیش‌آزمون تکمیل کردند و به‌مدت دو ماه و هرکدام 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 نسخهٔ ۲۰ در دو سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی تجزیه‌وتحلیل شد. به‌دلیل کنترل تأثیر پیش‌آزمون و به این دلیل که هم‌زمان تأثیر چند متغیر مستقل و وابسته بررسی می‌شد، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد و در مرحلهٔ بعد، برای مشخص‌کردن اینکه بین چه گروه‌هایی تفاوت وجود دارد، از آزمون تعقیبی استفاده شد. گفتنی است که تمامی آزمون‌های آماری در سطح اطمینان ۹۵ درصد بررسی شدند.
-محتوای جلسات الگوی والدگری بارکلی:
در پژوهش حاضر از بستهٔ آموزشی کودکان با نقص‌توجه/بیش‌فعالی (ویرایش سوم) راسل بارکلی استفاده شد (۸). آموزش رفتاری والدین که در راهنمای درمانی بارکلی توصیف شده است، برای تقریباً دوسوم از کودکان دچار اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی اثربخش است. این برنامه شامل نُه جلسهٔ دوساعته 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 بستهٔ آموزشی کمک به والدین با کودکان چالش‌انگیز و مداخلهٔ خانوادهٔ مثبت[1] دورندو هیمن[2] (۲۰۰۸) استفاده شد (۱۱). این برنامه نیز شامل هشت جلسهٔ دوساعته بود که هفته‌ای یک بار تشکیل می‌شد و تقریباً دو ماه طول کشید. در این بسته به والدین، برای مواجه‌شدن با چالش‌های رفتاری کودکان، درک رفتار آن‌ها و استفادهٔ مناسب از پی‌آیندهای رفتاری مثبت، مهارت‌هایی آموزش داده شد.
ابزار اندازه‌گیری شامل مقیاس درجه‌بندی اختلال کاستی‌توجه و بیش‌فعالی از نگاه والدین کانرز (۱۹۹۰) بود (۱۹). این مقیاس متداول‌ترین مقیاس درجه‌بندی اختلال کاستی‌توجه و بیش‌فعالی از نگاه والدین است. این پرسش‌نامه، ۲۷ سؤال دارد که مادران تکمیل می‌کنند و چهار زیرمقیاس مخالفت‌جویی، مشکلات شناختی/بی‌توجهی، بیش‌فعالی و شاخص اختلال کاستی‌توجه و بیش‌فعالی دارد. نمونه‌ای از سؤالات به این شکل است: «بی‌توجه است و حواسش به‌راحتی پرت می‌شود» که باید یکی از گزینه‌های «هرگز»، «گاه‌گاهی»، «اغلب» و «خیلی زیاد» انتخاب شود. نمرهٔ خام آزمودنی 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 گزارش شده است. همچنین روایی سازهٔ پرسش‌نامه‌های کانرز با استفاده از روش‌های تحلیل عوامل به دست آمده است (۲۰). توانایی این پرسش‌نامه در تمایز افراد مبتلا به اختلال کاستی‌توجه و بیش‌فعالی از عادی و دیگر گروه‌های بالینی، به‌شدت تأیید شده است. زرگری‌نژاد و یزدان‌دوست نشان دادند که ضریب هم‌بستگی سؤال‌های پرسش‌نامه با نمرهٔ کل آن، بین ۰/۳۸ تا ۰/۶۳ بود. ضریب پایایی کل ۰/۸۹، خرده‌مقیاس نقص‌توجه ۰/۸۳، بیش‌فعالی/تکانشگری ۰/۸۲ و نافرمانی مقابله‌ای ۰/۸۰ است. در این پژوهش برای تعیین پایایی پرسش‌نامه، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای پرسش‌نامهٔ آزمون کانرز برابر ۰/۷۸ بود (۲۰).

[1]. Helping Parents With Challenging Children
[2]. Durand & Hieneman

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.61.3]

جدول ۱. شرح جلسات بستهٔ آموزشی والدگری کودکان بیش‌فعال/نقص‌توجه بر اساس مدل بارکلی

جلسه	موضوع	اهداف و محتوا
اول	ارائهٔ 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 مواجه شوند و چگونه از خود مراقبت کنند
چهارم	اصول راهنما برای تربیت کودک ADHD	آشنایی و آموزش مادران دربارهٔ چهارده اصل راهنما 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 تحصیل	ارائهٔ اطلاعات در زمینهٔ محیط آموزشی مناسب این کودک (فضای کلاس، معلم مناسب، تکالیف و...) روش‌های مدیریت رفتاری در کلاس ارائهٔ تکنیک رفتاری به‌منظور انجام‌دادن تکالیف و مدیریت زمان در این زمینه
هشتم	جمع‌بندی، پرسش و پاسخ، ارائهٔ پس‌آزمون	جمع‌بندی

جدول ۲. شرح جلسات برنامهٔ مداخلهٔ حمایت رفتاری مثبت (PBS)

جلسه	موضوع	اهداف و محتوا
اول	مقدمه و تنظیم هدف	- درک اهمیت افکار و احساسات - یادگیری دربارهٔ حمایت رفتاری مثبت (PBS) - تعیین نیازهایی که باید گنجانده شوند - ترسیم اهداف برای خانواده و کودکتان - تعریف رفتارهای نگران‌کننده ـ شروع و پیشگیری رفتار
دوم	گردآوری اطلاعات	ـ کشف رابطه بین افکار و رفتار ـ فهم اطلاعات کلی و اهداف غایی رفتار ـ یادگیری اینکه چطور تمام اطلاعات را گردآوری کنیم: • مشاهدهٔ رفتار • مصاحبه با مردم • ثبت اطلاعات • شروع گردآوری اطلاعات
سوم	تحلیل و طراحی برنامه	– استفاده از منحرف‌کنندهٔ فکر برای مقابله با خود صحبت‌کردن بی‌فایده ـ استفاده از اطلاعات برای تحلیل الگوها ـ خلاصه‌کردن الگوها یا ترسیم فرضیه‌ها ـ استفاده از الگوها برای مبادلهٔ ایده‌های مداخله‌گرانه
چهارم	اجتناب از مشکلات	ـ بحث دربارهٔ موقعیتی که احتمال رفتار را افزایش می‌دهد ـ یادگیری استراتژی برای اجتناب از موقعیت‌های دشوار

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.61.3]

		ـ یادگیری استراتژی برای بهبود موقعیت دشوار ـ آشنایی با روش‌هایی که به کودک حق انتخاب بدهد ـ یادگیری استراتژی‌هایی برای ایجاد رفتار خوب
پنجم	مدیریت پیامدها	– استفاده از اظهارات مثبت به‌جای باورهای منفی – درک واکنش‌هایی که ممکن است رفتار کودک را حفظ کند – یادگیری چگونگی مدیریت پیامدها – انجام‌دادن اقدامات احتیاطی در هنگام استفاده از تنبیه
ششم	جایگزینی رفتار	ـ تمرین بازسازی شناختی ـ انتخاب رفتارهای جایگزین برای کودکتان ـ آموزش مهارت‌ها به کودکتان
هفتم	قراردادن طرح حمایت رفتاری در محل	– بررسی با خود صحبت‌کردن و استفاده از راهبردهای شناختی – طراحی برنامهٔ حمایت رفتاری – اطمینان از مناسب‌بودن برنامهٔ حمایت رفتاری – بهبودبخشیدن به زندگی خانواده و فرزندتان ـ ایجاد یک برنامهٔ عملی
هشتم	نظارت به نتایج و جمع‌بندی	ـ بررسی گزارش روزانهٔ با خود صحبت‌کردن و ادامهٔ استفاده از راهبردهای شناختی ـ ایجاد یک برنامهٔ نظارتی ـ یادگیری اینکه چطور در طول زمان سازگاری‌ها را ایجاد کنیم ـ تکمیل آموزش و ادامهٔ آن با خودتان

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف‌معیار نمرات خرده‌مقیاس پرسش‌نامهٔ کانرز آن در سه گروه PBS، بارکلی و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف‌معیار نمرات خرده‌مقیاس پرسش‌نامهٔ کانرز در سه گروه PBS، بارکلی و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

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

همان‌گونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، نمرات در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون‌پس‌آزمون متفاوت بوده است. نتایج لامبدای ویلکز نشان داد تفاوت میانگین‌ها، هم در خرده‌مقیاس‌ها و هم در گروه‌ها، در سطح اطمینان ۹۵درصد معنادار است. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد فرض هم‌سانی واریانس‌ها برقرار است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.61.3]

جدول ۴. نتایج لامبدای ویلکز دربارهٔ تفاوت میانگین‌ها در خرده‌مقیاس‌های گروه‌های موردمطالعه

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

بدلیل اینکه هدف بررسی اثر چند متغیر وابسته بر روی چند متغیر مستقل بود و نیز به‌منظور کنترل تأثیر پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیرهٔ نمرات خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامهٔ کانرز در گروه‌های موردمطالعه در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیرهٔ نمرات خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامهٔ کانرز در مرحلهٔ پس‌آزمون

	متغیر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	ضریب اتا	توان آماری
گروه	مخالفت‌جویی	۶۰/۹۱	۲	۳۰/۴۵	۳/۱۲	۰/۰۶۳	۰/۲۱	۰/۵۴
	شناختی/بی‌توجهی	۱۵۳/۴۳	۲	۷۶/۷۱	۴/۹۲	۰/۰۱۷	۰/۳۰	۰/۷۵
	بیش‌فعالی	۵۵/۵۳	۲	۲۷/۷۶	۳/۴۹	۰/۰۴۷	۰/۲۳	۰/۵۹
	کاستی توجه/بیش‌فعالی	۹۹/۸۷	۲	۴۹/۹۳	۴/۵۶	۰/۰۲۱	۰/۲۸	۰/۷۱
خطا	مخالفت‌جویی	۲۲۳/۸۶	۲۳	۹/۷۳				
	شناختی/بی‌توجهی	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 (p=۰/۰۱۷) و بیش‌فعالی (p=۰/۰۴۷) و کاستی‌توجه/بیش‌فعالی (p=۰/۰۲۱) بین دو گروه تفاوت معنادار وجود داشت؛ لکن در متغیر مخالفت‌جویی (p=۰/۰۶۳) تفاوت معناداری یافت نشد.

برای بررسی تأثیر انواع آموزش از آزمون تعقیبی و مقایسه‌های زوجی 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	۱/۱۸	۱/۶۴	۰/۴۷۹
	PBS	بارکلی	-۲/۵۷	۱/۵۶	۰/۱۱۴
شناختی/بی‌توجهی	گواه	PBS	۶/۰۱	۱/۹۶	۰/۰۰۶
		بارکلی	۲/۰۶	۲/۰۸	۰/۳۳۳
	PBS	بارکلی	-۳/۹۵	۱/۹۸	۰/۰۵۰
بیش‌فعالی	گواه	PBS	۳/۵۲	۱/۴۰	۰/۰۲۰
		بارکلی	۳/۰۳	۱/۴۹	۰/۰۵۰
	PBS	بارکلی	-۰/۴۸	۱/۴۱	۰/۷۳۴
کاستی‌توجه/بیش‌فعالی	گواه	PBS	۴/۸۲	۱/۶۵	۰/۰۰۸
		بارکلی	۳/۸۰	۱/۷۴	۰/۰۴۰
	PBS	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 گروهِ آموزش والدگری بارکلی (p=۰/۰۴۰) و آموزش حمایت رفتاری مثبت (p=۰/۰۰۸)، با گروه گواه معنادار بوده است. بدین معنی که هر دو روش توانسته‌اند نشانگان بیش‌فعالی و کاستی‌توجه/بیش‌فعالی را کاهش دهند و آن را بهبود بخشند. همچنین در متغیر شناخت/بی‌توجهی (p=۰/۰۰۶) و

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.61.3]

مخالفت‌جویی (p=۰/۰۲۴) 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>۰/۰۵).

۴ بحث

این پژوهش با هدف مقایسهٔ 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 بخشند؛ اما دربارهٔ 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 بقیهٔ خرده‌مقیاس‌ها تفاوت آموزش‌ها معنادار نبود. با توجه به تغییر معنی‌دار کودکان در حوزه‌های مذکور، می‌توان به تأثیر آموزش‌ها بر روی بهبود تعاملات والدین‌کودک، تغییر نگرش والدین به رفتارهای کودک و شناخت مشکلات آنان، مدیریت صحیح‌تر والدین در زمینهٔ ادارهٔ بیش‌فعالی فرزندان، نحوهٔ آموزش به کودک برای مهار رفتارهای تکانشگرانه و به‌موقع و مناسب‌بودن تذکرات، پاداش‌ها و تنبیهات نسبت داد. همچنین افزایش آگاهی والدین در زمینهٔ 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 به‌تبع آن بهبود نشانگان اختلال شود. شرکت فعال والدین در جلسات آموزشی و انگیزهٔ 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 انگیزهٔ آن‌ها، در نتایج درمان تأثیر تعیین‌کننده‌ای دارد. در زمینهٔ مخالفت‌جویی، اشاره به این نکته ضروری است که با ارائهٔ برنامهٔ گروهی والدین، والدین به راهکارهای صحیح‌تری در برخورد با مشکلات رفتاری کودکان دست می‌یابند و با تدبیری از پیش‌اندیشیده‌شده، سعی می‌کنند رفتارهای ناگهانی خود را در هنگام عصبانیت و ناکامی مدیریت کنند و از این طریق، کنترل هیجانات منفی را به‌طور عملی و بر مبنای همان نظریهٔ 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/نارسایی‌توجه در والدین را علت اثربخش‌نبودن آموزش والدین در نظر گرفته‌اند. همچنین نداشتن انگیزه و تلاش کافی نداشتن در اجرای اصول آموخته‌شده توسط والدین، از دلایل دیگر اثربخش‌نبودن 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، هم‌سوست. به نظر می‌رسد چون بی‌توجهی پایهٔ زیستی قوی‌تری در مقایسه با سایر مشکلات رفتاری کودکان دارد، به تغییر مقاوم‌تر بوده است. از طرف دیگر، مطالعات دربارهٔ دوقلوها نشان می‌دهد عوامل ژنتیکی نقش مهمی در سبب‌شناسی این اختلال (بی‌توجهی) و تغییرات آن داشته است. علاوه بر این، بنا به‌نظر پژوهشگران، بسیاری از مشکلات شناختی که این کودکان با آن روبه‌رو هستند، نتیجهٔ کارکرد پایین قشر پیش‌پیشانی است؛ زیرا داروهای محرک از قبیل متیل‌فندیت در درمان این اختلال مفید است، کارکرد قشر پیش‌پیشانی را بهبود می‌بخشد و باعث افزایش کارایی قدرت توجه، دقت و حافظهٔ فعال این کودکان می‌شود.

تحقیق حاضر روی مادران کودکان با گروه سنی اول دبستان با گسترهٔ تحصیلات پراکنده و همچنین با مشارکت‌نداشتن فعال 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 گسترده در درمان مشکلات کودکان مبتلا به این اختلال و خانوادهٔ آن‌ها بهره گرفته شود و نیز از این الگوها به‌صورت گروهی در مدارس و مراکز تربیت کودک و همچنین در کارگاه‌های فرزندپروری استفاده شود. همچنین مربیان و درمانگران می‌توانند از محتویات این الگوها برای مشاورهٔ 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

نتیجهٔ 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 انتها از همکاری صمیمانهٔ مسئولان مدارس و مؤسسهٔ رویش که در اجرای طرح، مشارکت‌های لازم را انجام دادند و خصوصاً والدین عزیز که صبورانه در جلسات آموزشی شرکت کردند و تکالیف را به‌نحو احسن انجام دادند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.61.3]

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 traning on behavioral disorders of children with attention deficit-hyoeractivity 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-Nava 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.61.3]