

## بررسی اثربخشی آموزش فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی-کم توجهی همراه با اختلال نافرمانی مقابله جویانه

مصطفی یزدانی<sup>۱</sup>، عاطفه سلطانی فر<sup>۲</sup>، فاطمه محرری<sup>۳</sup>، فرزانه رعایی<sup>۴</sup>، فرزانه جهان بخش<sup>۵</sup>

### چکیده

**هدف:** یکی از حیطه های درمان در روانپزشکی و به خصوص روانپزشکی اطفال، درمان غیر دارویی است و تأثیر آموزش والدین در اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان به عنوان یکی از درمان های بسیار مؤثر در این حیطه می باشد. این مطالعه به بررسی اثربخشی آموزش فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب بر مشکلات رفتاری کودکان سنین ۷ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال بیش فعالی-کم توجهی همراه با اختلال نافرمانی مقابله جویانه می پردازد. **روش اجرا:** از بین مراجعین سرپایی به درمانگاه و کلینیک ویژه بیمارستان روانپزشکی ابن سینای مشهد تعداد ۳۲ کودک ۷ تا ۱۲ ساله که تشخیص اختلال بیش فعالی-کم توجهی همراه با اختلال نافرمانی مقابله جویانه بر اساس کرایتریای DSM-5 و مصاحبه روانپزشک کودک و نوجوان، دریافت نموده بودند وارد مطالعه شدند. ابزار این مطالعه و پژوهش شامل پرسشنامه های توانایی ها و مشکلات (SDQ)، کانر-فرم کوتاه والدین (SNAPV) و مقیاس های فرزند پروری آرنولد و افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) بودند. والدین این ۳۲ کودک به طور تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شده و گروه مداخله، تحت آموزش فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب در پنج جلسه ۹۰ دقیقه ای و گروه شاهد تحت جلسات غیر ساختار یافته گروهی، قرار گرفتند. ارزیابی در بد و مطالعه، پایان جلسات و چهار هفته بعد انجام شد. داده ها با آمار توصیفی و آزمون T، مجدور کای، آزمون لوین و کولموگروف اسمیرنوف با کمک نرم افزار spss نسخه ۲۵ تحلیل شدند. **یافته ها:** نتایج بدست آمده نشان داد که نمرات گروه مداخله نسبت به شاهد در بد و مطالعه، پایان جلسات و چهار هفته بعد انجام شد. داده ها با آمار توصیفی و آزمون T، مجدور کای، آزمون لوین و کولموگروف اسمیرنوف با کمک نرم افزار SDQ، کانر (به جز خرده مقیاس های سایکوسوماتیک، اضطراب و مشکلات اجتماعی)، SNAP-V و DASS-21 معنی دار پروری آرنولد، SNAP-V (به جز خرده مقیاس های سایکوسوماتیک، اضطراب و مشکلات اجتماعی)، DASS-21 و SDQ بود ( $p < 0.05$ ). **نتیجه گیری:** فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب در والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی-کم توجهی همراه با اختلال نافرمانی مقابله جویانه در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس و کاهش مشکلات رفتاری و افزایش توانایی های این کودکان بسیار مؤثر است.

**کلیدواژه ها:** اختلال بیش فعالی-کم توجهی، اختلال نافرمانی مقابله جویانه، تئوری انتخاب، فرزند پروری

استادیار روانپزشکی کودک و نوجوان، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان m.yazdani@kmu.ac.ir

آذانشیار روانپزشکی کودک و نوجوان، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، بیمارستان ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد SoltanifarA@mums.ac.ir

استاد روانپزشکی کودک و نوجوان، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، بیمارستان ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد Mohararifl@mums.ac.ir

استادیار روانشناسی، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان (نویسنده مسئول) Mahlahosseini318@gmail.com

استادیار روانپزشکی، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان f.jahanbakhsh@kmu.ac.ir

## مقدمه

اختلال بیش فعالی-کم‌توجهی الگوی کاهش توجه پایدار و یا بیش فعالی و رفتارهای تکانشی است که شدیدتر و شایع تراز آنچه که معمولاً در کودکان و نوجوانان با سطح رشد مشابه دیده می‌شود می‌باشد. مشکلات تحصیلی و رفتاری در این افراد زیاد است و در بعضی موارد فرد مبتلا به این اختلال قادر نیست تا مراحل تحصیلی را با موفقیت پشت سر بگذراند<sup>(۱)</sup>. اختلال بیش فعالی-کم‌توجهی اختلالی شایع در کودکان سنین مدرسه می‌باشد و در افراد مبتلا، مشکلات عملکردی متعددی در طول عمر آن‌ها به وجود می‌آورد و می‌تواند تا سنین نوجوانی و بزرگسالی ادامه یابد<sup>(۲)</sup>. این اختلال بیش فعالی-کم‌توجهی با علائمی از قبیل کم‌توجهی، بیش فعالی و تکانش گری مشخص می‌شود در حالی که کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه دچار مشکلات در رابطه با کنترل خشم، پرخاشگری و بحث‌وجدل با بزرگسالان هستند<sup>(۳)</sup>. همبودی اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه با اختلال بیش فعالی-کم‌توجهی در حدود یک‌سوم تا یک‌دوم کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال دیده می‌شود<sup>(۴)</sup>. برای درمان اختلال بیش فعالی-کم‌توجهی از درمان‌های دارویی (محرك‌ها و ...) رفتاری و آموزش والدین می‌توان استفاده کرد<sup>(۵)</sup>. مطالعات نشان داده‌اند که آموزش والدین کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بیش فعالی-کم‌توجهی می‌تواند باعث بهبود علائم این اختلال و کاهش رفتارهای مقابله‌جویانه آن‌ها شود<sup>(۶)</sup>. از سوی دیگر رفتارهای مقابله‌جویانه و پرخاشگرانه جزو شایع‌ترین دلایل ارجاع کودکان و نوجوانان برای ارزیابی سلامت روان هستند. کودکانی که از اوایل کودکی الگوی پایداری از رفتارهای پرخاشگرانه را نشان می‌دهند و حقوق اساسی همسالان و اعضای خانواده را زیر پا می‌گذارند ممکن است باگذشت زمان به سمت الگوی تشییت شده‌ای از رفتارهای سلوک مختل پیش‌رونده. مشخصه اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه، الگوی پایداری از رفتار منفی کارانه، نافرمانی و رفتارهای خصومت‌آمیز نسبت به افراد دارای قدرت و ناتوانی برای قبول مسئولیت اشتباهات است که منجر به سرزنش دیگران می‌شود. افراد مبتلا با بزرگسالان جزو بحث می‌کنند و زورنج هستند که منجر به حالت عصبانیت و رنجش می‌شود. این کودکان در کلاس درس در ارتباط با همسالان مشکل‌دارند اما درمجموع به پرخاشگری جسمی یا رفتار تحریبی قابل توجه دست نمی‌زنند، بر عکس کودکان دچار اختلال سلوک که دست به اعمال خشونت‌بار می‌زنند و ممکن است سبب آسیب رساندن جسمی به خود و دیگران شوند<sup>(۷)</sup>.

درمان اولیه اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه مداخلات خانوادگی با استفاده از آموزش مستقیم والدین در زمینه مهارت‌های اداره کودک و ارزیابی دقیق تعاملات خانوادگی است. در کودکان مبتلا به این اختلال، روان‌درمانی انفرادی می‌تواند مفید باشد. تعارض والد - کودک عامل پیش‌بینی کننده مهم در زمینه مشکلات رفتاری است و الگوهای تنبیه کلامی و جسمانی خشن به پرخاشگری و رفتارهای انحرافی در کودکان منجر می‌گردد لذا حذف روش‌های تربیتی و تعاملی تنبیه‌ی و خشن والدین با کودک یا نوجوان مبتلا و افزایش تعاملات مثبت والد - کودک اثر مثبتی بر سیر این اختلال خواهد گذاشت<sup>(۸)</sup>. متغیرهای مرتبط با خانواده و فرزند پروری در رشد و تکامل کودکان و نوجوانان و اصلاح رفتارهای ناسازگارانه آنان نقش مهمی دارد. یکی از راهکارهای عمدۀ آموزش مدیریت والد است که بر اساس الگوهای یادگیری اجتماعی طراحی شده است. در این راهکار به والدین آموزش داده می‌شود که تعاملات مثبت با فرزندشان را گسترش دهند، تعارضات را کاهش داده و از شیوه‌های نامناسب فرزند پروری بپرهیزنند. این شیوه آموزشی، موجب می‌شود که والدین به شیوه مناسب‌تری دستور داده و اطاعت‌پذیری فرزند خود را تقویت کنند. درنتیجه رفتارهای مقابله‌جویانه، پرخاشگرانه و بیش فعالیتی کودک، کاهش می‌یابد و از تنش‌های والدین نیز کاسته می‌شود. برنامه فرزند پروری مثبت (Triple-P)، بر اساس اصول یادگیری اجتماعی و بر مبنای تئوری انتخاب طراحی شده و هدف آن استفاده از افراد متخصص برای افزایش کفایت والدین و گسترش این آموزش‌ها در سطح وسیعی از جامعه است. تحقیقات مشخص نموده‌اند که این برنامه موجب کاهش قابل توجه مشکلات رفتاری در کودکان گردیده و در جمعیت‌های مختلف با کاهش رفتارهای نابهنجار همراه بوده است<sup>(۹)</sup>.

تئوری انتخاب یک تئوری مبتنی بر روان‌شناسی کنترل درونی است که معتقد است گذشته بر زندگی کنونی ما اثر شگرفی داشته است اما تعیین کننده رفتار کنونی ما نیست. این تئوری در پنجاه سال گذشته در قلمروهای مختلف استفاده و آزموده

شده و نتایج پرباری در پی داشته است. کاربردهای عملی این تئوری را می‌توان به‌غیراز قلمروی سلامت روانی به‌طورکلی در چهار قلمرو طبقه‌بندی کرد: مدرسه و روابط معلم و شاگرد، خانواده و روابط والدین و فرزند، ازدواج و روابط زن و شوهر و محیط کار و روابط کارفرما و کارمند (۱۰).

آموزش تئوری انتخاب، نگرشی جدید در مورد فرزند پروری، ارتباط بین زوجین، ارتباط کارمندان و ... در افراد ایجاد می‌کند (۱۱). به دلیل تأثیر برنامه فرزند پروری مشبت که بر اساس تئوری انتخاب انجام می‌شود و تأثیر زیاد بر بهبود روند ارتباطی، می‌توان از این روش برای درمان کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی-کم‌توجهی استفاده کرد. تاکنون مطالعه‌ای از طریق آموزش تئوری انتخاب به والدین کودکان سنین ۷۷-۱۲ سال مبتلا به این اختلال در ایران انجام نگرفته و در این مطالعه علاوه بر تأثیر آموزش تئوری انتخاب بر روند علائم بیماری، تأثیر این روش بر سایر عوامل تأثیرگذار بر درمان کودکان مبتلا از جمله تأثیر بر میزان اضطراب و افسردگی والدین، مقیاس‌کمی فرزند پروری و رفتارهای مقابله‌جویانه کودکان نیز مورد ارزیابی قرار گرفته است.

### روش اجرا

۷۸ بیمار اختلال بیش فعالی کم‌توجهی در همراهی با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه توسط فوق تخصص روان‌پزشکی اطفال و نوجوانان تشخیص داده شدند و به والدین در مورد مطالعه توضیح داده شد. ۴۰ والد قبلاً در دوره‌های مشابه شرکت کرده بودند یا مایل به شرکت در جلسات نبودند. والدین ۳۸ بیمار رضایت به شرکت در مطالعه دادند که با آن‌ها جهت شرکت در مطالعه تماس گرفته شد و رضایت والدین به صورت شفاهی گرفته شد. والدین در ۲ گروه تقسیم شدند. از ۱۹ نفر مراجعه‌کننده در گروه کنترل ۳ نفر جلسات را تا آخر ادامه ندادند. همچنین از ۱۹ نفر مراجعه‌کننده در گروه مداخله نیز ۳ نفر جلسات را تا آخر ادامه ندادند. ۱۶ والد در هر دو گروه تا انتهای مطالعه و پیگیری آن در مطالعه باقی ماندند. درنهایت تعداد ۳۲ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان بیمارستان ابن‌سینا مشهد که توسط دو فوق تخصص روان‌پزشکی اطفال مورد مصاحبه و تشخیص گذاری قرار گرفته‌اند وارد مطالعه شدند. والدین بیماران به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. رضایت آگاهانه از والدین کودکان توسط دستیار فوق تخصصی روان‌پزشکی کودک و نوجوان اخذ گردید. سپس نمونه‌ها به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله و تقسیم شدند.

بعد از انجام آزمون‌ها در مرحله بدو مطالعه، والدین کودکان گروه مداخله تحت آموزش بر اساس تئوری انتخاب در پنج جلسه مجزای یک و نیم ساعته در پنج هفته متوالی قرار گرفته و والدین در گروه دیگر صرفاً جلساتی به صورت غیر ساختاری‌افت و گروهی داشتند. تمامی جلسات هر دو گروه، توسط دستیار فوق تخصصی روان‌پزشکی کودک و نوجوان انجام شد. آزمون‌ها چهار هفته پس از آخرین جلسه در دو گروه مداخله و شاهد انجام گرفتند. تحلیل آماری بر روی نتایج هر دو گروه توسط مشاور آمار که در مورد گروه مداخله و شاهد، اطلاعی نداشت انجام پذیرفت.

### ابزار پژوهش

ابزار پژوهش در این مطالعه شامل پرسشنامه‌های زیر می‌باشد:

الف- مقیاس درجه‌بندی V-SNAP: این مقیاس جهت تشخیص و درجه‌بندی اختلال بیش فعالی و نقص توجه می‌باشد که شامل ۱۸ سؤال مربوط به علائم بیش فعالی و تکانش گری و ۹ سؤال مربوط به علائم کمبود توجه می‌باشد (۱۲).  
ب- مقیاس فرزند پروری (Parenting Scale): پرسشنامه ۳۰ جمله‌ای است که توسط آرنولد و همکاران (۱۹۹۳) طراحی شده و با پاسخ به آن، بهترین توصیف از شیوه فرزند پروری در طی دو ماه گذشته به صورت خود سنجی و توسط خود والدین به دست می‌آید. تمامی ۳۰ مورد بر حسب ۷ نمره (۱-۷) درجه‌بندی می‌گردد. چنان‌که، نمرات پایین نشان دهنده فرزند پروری مطلوب و نمرات بالا بیانگر فرزند پروری ناکارآمد هستند. نمره کل، از تقسیم جمع‌بندی کل موارد بر عدد ۳۰ به دست می‌آید. این مقیاس شامل ۳ خرده مقیاس است که شامل الف) اهمال کاری (LX)، ب) واکنش بیش از حد (OR)، ج) اطناب کلام (VB) می‌باشدند. این مقیاس از ثبات داخلی کافی برای نمره کل ( $\alpha=0.84$ ) و مقیاس‌های اهمال کاری ( $\alpha=0.83$ )، واکنش بیش از حد ( $\alpha=0.82$ ) و اطناب کلام ( $\alpha=0.63$ ) و نیز پایداری مطلوب آزمون - آزمون مجدد (به ترتیب  $0.79$  و  $0.82$  و  $0.83$  و  $0.84$ ) و ویژگی‌های روان‌سنجد مناسب برخوردار است (۱۳).

ج- پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ): این پرسشنامه ۲۵ سؤالی، مشکلات رفتاری و هیجانی فرزندان را از نظر والدین ارزیابی می‌کند. نمره بندی آن از صفرتا ۲ و به صورت درست نیست، تا حدی درست است و کاملاً درست است می‌باشد. نمره کل بین صفرتا ۴۰ است. این پرسشنامه حاوی ۵ شاخص بیش فعالی، مشکلات هیجانی و عاطفی، مشکلات سلوک، مشکلات در رابطه با همسالان و رفتارهای مطلوب اجتماعی می‌باشد. این پرسشنامه در ایران جهت غربالگری مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان، مناسب تشخیص داده شده است (۱۴).

د- پرسشنامه کائز فرم والدین: این مقیاس، یکی از شناخته شده‌ترین مقیاس‌های مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان به شمار می‌رود. ساخت مقیاس‌های چندگانه کائز در سال ۱۹۶۰ توسط کیت کائز آغاز شد. این آزمون شکل بازبینی شده پرسشنامه ۹۳ سؤالی است و بر حسب ۴ درجه از اصلاً تا بسیار زیاد (۳-۰) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس در خصوص سنین ۱۷-۳ سال قابل استفاده بوده و علاوه بر اختلال بیش فعالی، اختلالات همراه مانند نافرمانی مقابله‌جویانه و اختلال سلوک را نیز تشخیص می‌دهد. ضریب پایایی باز آزمایی برای نمره کل ۰/۵۸، زیرمقیاس مشکلات اجتماعی ۰/۴۱، زیرمقیاس اضطراب- خجالتی ۰/۸۶، زیرمقیاس مشکلات سلوک ۰/۷۶، زیرمقیاس مشکلات روان- تنی ۰/۷۶ به دست آمد (۱۵).

ه- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21: این مقیاس دارای ۲۱ عبارت است و هر یک از زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس از ۷ عبارت تشکیل شده است. در مطالعه‌ایرانی صورت گرفته، پایایی آن در مطالعات از ۰/۷۰ بالاتر و ضریب همسانی درونی خردۀ مقیاس‌های آن ۰/۹۰ گزارش شده است (۱۶).

#### محتوای جلسات در گروه کنترل:

جلسات صرفاً جلساتی با رویکرد حمایتی بود در تمام پنج جلسه دستیار فوق تخصص روان‌پزشکی اطفال حضور داشته و جلسات بدون ساختار از پیش تعیین شده به مدت نود دقیقه در پنج هفته متوالی برگزار شد.

#### محتوای جلسات در گروه مداخله:

##### جلسه ۱ (۹۰ دقیقه) شامل:

-معارفه (۵ دقیقه)،

-مقدمه و بحث درباره سبک‌های فرزند پروری و توضیح در مورد اصل مهم هماهنگی در فرزند پروری (۲۰ دقیقه)،

-توضیح در مورد علل پرخاشگری و لجبازی در کودکان (۱۵ دقیقه)،

-توضیح در مورد اختلال بیش فعالی و نقص توجه و اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه (۴۰ دقیقه)

-تکلیف این جلسه: پنج ویژگی مثبت کودک را یادداشت نمایید و در طول هفته آینده روزانه یک ربع و یا دو تا یک ربع را به کودک خود اختصاص دهید. (۱۰ دقیقه)

##### جلسه ۲ (۹۰ دقیقه) شامل:

-چک کردن تکالیف جلسه قبل و ارائه نظرات (۵ دقیقه)،

-معرفی تئوری انتخاب، کنترل درونی و مقایسه آن با کنترل بیرونی و کاربرد آن در فرزند پروری (۱۰ دقیقه)،

-به منظور آموزش مفهوم کنترل بیرونی بحث در مورد نیازهایی اصلی و اساسی شامل بقا، قدرت، آزادی، عشق و تعلق خاطر، تفریح و بحث در مورد خواسته‌ها و تفاوت خواسته‌ها در افراد مختلف (تعارض خواسته‌ها بین افراد) (۳۰ دقیقه)،

-نمایش مجسمه‌سازی (کار گروهی) (۱۵ دقیقه)،

-ارائه نظرات جمع درمورد این کار گروهی (۱۰ دقیقه)،

-بحث درباره ۳ راه برآورده کردن نیاز به قدرت (۱۰ دقیقه)

-بحث درباره ضرورت تفریح به خصوص برای کودکان و راههای مشارکت و کمک به کودکان برای برطرف شدن این نیاز (۵ دقیقه)،

-تکلیف: مشخص کنید رفتارهایی را که شما و فرزندتان در طول این هفته انجام می‌دهید برای برطرف کردن کدام نیاز اصلی است و اینکه نیاز به قدرت را از طریق کدام سه روش گفته شده برآورده می‌کنید و همچنین مبادرت به ادامه دادن تکالیف جلسه

قبل (۵ دقیقه)

## جلسه ۳ (۹۰ دقیقه) شامل:

- چک کردن تکالیف جلسه قبل و ارائه نظرات (۱۰ دقیقه)،
- بحث درباره نیاز به عشق و احساس تعقیل خاطر و اهمیت رابطه در فرزند پروری (۱۰ دقیقه)،
- معرفی رفتارهای مخرب در رابطه مانند انتقاد، تهدید، غر زدن و شکایت، تحقیر و توهین (سرزنش)، تنبیه، فرق پیامد و تنبیه (۲۰ دقیقه)،
- کار گروهی به این صورت که در گروههای سه نفره راجع به این که هر کدام از موارد فوق، چه احساسی در آنها ایجاد می‌کند، صحبت کرده و پیشنهاد دهنده شامل: حمایت و مراقبت، پذیرش و مشارکت، احترام، تشویق، گوش دادن بدون قضاوت (۲۵ دقیقه)،
- کار گروهی به این صورت که در گروههای دونفره تمرین گوش دادن بدون قضاوت را انجام دهنده (۱۰ دقیقه)،
- تکلیف شامل تمرین عدم انجام سه تا از رفتارهای تخریبگر و یادداشت چند مورد از تنبیهاتی که قبل انجام میدادهند و پیشنهاد پیامد به جای آن و مبادرت به ادامه دادن تکالیف جلسات قبل (۵ دقیقه)

## جلسه ۴ (۹۰ دقیقه) شامل:

- چک کردن تکالیف جلسه قبل و ارائه نظرات (۱۰ دقیقه)،
- مذاکره: چگونه گفتگو کنیم؟ شامل بیان دقیق مشاهده، بیان احساس، بیان نیاز، بیان خواسته به صورت قاطع (۱۵ دقیقه)،
- کار گروهی به این صورت که در گروههای دونفره تمرین گفتگو را انجام دهنده (۱۵ دقیقه)،
- بحث درباره اینکه در خواسته‌هایمان از کودکان چه ویژگی‌هایی باید داشته باشد که توسط کودک با احتمال بیشتری انجام شود و نحوه صحیح بیان درخواست از کودک (۴۵ دقیقه)،
- تکلیف شامل این که در طول هفته آینده مانیتور کنیم که چقدر طرح و بیان خواسته‌هایمان از کودک با ویژگی‌های ذکر شده مطابقت دارد و سعی کنیم که خواسته‌هایمان را مطابق با این ویژگی‌ها مطرح نماییم و مبادرت به ادامه دادن تکالیف جلسات قبل (۵ دقیقه)

## جلسه ۵ (۹۰ دقیقه) شامل:

- چک کردن تکالیف و ارائه نظرات (۱۰ دقیقه)،
- بحث درباره چگونگی کنترل رفتارهایمان و اینکه به عنوان یک والد چگونه از خودمان مراقبت بیشتری داشته باشیم (مثال اختصاص زمان‌هایی در روز یا هفته برای تفریح خود) و جلوگیری از افسردگی و عصبی شدن (که بطور غیرمستقیم در رفتار کودک تاثیردارد) (۲۵ دقیقه)،
- بحث درباره رفتار کلی، ماشین رفتار و اهمیت تمرکز بر چرخهای جلو (فکر و عمل) (۲۵ دقیقه)،
- آموزش کنترل هیجانات به ویژه کنترل خشم و آموزش حل مسئله (۲۵ دقیقه)،
- تکلیف: شامل مانیتور کردن موقعیت‌هایی که منجر به عصبانیت می‌شود و تمرین به کارگیری مهارت کنترل خشم و مبادرت به انجام تکالیف جلسات قبل (۵ دقیقه)

حجم نمونه نهایی با اشاره به میزان خطای نوع اول و دوم تحمل شده: با آلفا ۰/۰۵ و بتا ۰/۲۰ (قدرت ۸۰ درصد)، حداقل ۱۶ کودک یا نوجوان در هر گروه نیاز خواهد بود.

بر اساس فرمول مقایسه دو میانگین در جامعه جهت مطالعات کار آزمایی و مفروضات مقابل به استناد مقاله و با احتساب ۲۰ درصد ریزش حجم نمونه ۱۶ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد.  
این مطالعه یک مطالعه کار آزمایی بالینی نیمه تجربی می‌باشد شماره طرح ۹۴۱۱۰۰ مطرح و با کد IR.MUMS.fm.REC.1395.39 از دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد.

**معیارهای ورود:**

- بیمارانی که طبق کرایتریای ۵ DSM مبتلا به اختلال ADHD (اختلال بیش فعالی-کم توجهی) و ODD (اختلال نافرمانی مقابله جویانه) می‌باشند.
- بیماری سیستمیک و روانپزشکی دیگری ندارند، طی مصاحبه و سوابقشان ضریب هوشی آن‌ها در محدوده طبیعی می‌باشد.
- سن آن‌ها بین ۷ تا ۱۲ سال می‌باشد.
- از درمان دارویی استاندارد آن‌ها (قرص ریتالین ۱۰ میلی‌گرمی حداکثر ۱ mg/kg و قرص ریسپریدون ۱ میلی‌گرمی حداکثر ۱ میلی‌گرم در روز بر اساس علائم) بین ۳ تا ۱۲ ماه گذشته است.
- فرم رضایت آگاهانه توسط قیم قانونی ایشان تکمیل شده است.

#### معیارهای خروج:

- عدم تمایل بیمار یا قیم قانونی وی به ادامه شرکت در طرح تحقیقاتی
- بروز بیماری سیستمیک و روانپزشکی مداخله کننده
- شرکت والدین در هرگونه دوره فرزند پروری یافته‌ها

ازنظر جنسیت، بین دو گروه آزمون و شاهد، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $P=0.649$ ). بین دو گروه ازنظر سن کودک و سن پدر و مادر کوکان تفاوت معنی‌داری دیده نشد و همچنین بین دو گروه ازنظر سطح تحصیلات و شغل والدین تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و می‌توان گفت ازنظر مشخصات جمعیت شناختی کوکان و والدین بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

**جدول ۱: نمرات میانگین و انحراف معیار مربوط به نمره کل مقیاس کائز در مراحل مختلف مطالعه**

زمان ارزیابی	گروه	میانگین	انحراف معیار	مقایسه بین گروهی و تغییرات به وجود آمده
بدو مطالعه	مداخله	۷۰/۴۹	۲۱/۲۹	$P=0.510$
	شاهد	۷۵/۳۸	۲۰/۰۳	
انتهای مطالعه	مداخله	۶۰/۸۹	۲۴/۴۹	$P=0.160$
	شاهد	۶۴/۵۸	۲۰/۳۱	
پیگیری	مداخله	۴۳/۴۲	۱۲/۸۱	بين ابتدا و پیگیری
	شاهد	۷۱/۷۴	۱۶/۴۳	$P<0.001$

بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری مطالعه بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی‌دار بود ( $p<0.001$ ) و در گروه مداخله بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ( $p=0.280$ ) ولی در گروه مداخله بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $p<0.001$ ).

**جدول ۲: نمرات میانگین و انحراف معیار مربوط به نمره کل مقیاس فرزند پروری در مراحل مختلف مطالعه**

زمان ارزیابی	گروه	میانگین	انحراف معیار	مقایسه بین گروهی و تغییرات به وجود آمده
بدو مطالعه	مداخله	۱۱۳/۸۹	۱۱/۷۸	$P=0.530$
	شاهد	۱۱۸/۹۱	۱۴/۶۷	
انتهای مطالعه	مداخله	۱۱۷/۴۲	۱۰/۱۹	$P=0.120$
	شاهد	۱۱۹/۵۳	۱۴/۵۹	
پیگیری	مداخله	۷۶/۷۸	۸/۹۲	بين ابتدا و پیگیری
	شاهد	۱۲۰/۰۴	۱۴/۸۹	$P=0.02$

بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری مطالعه بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی‌دار بود ( $p=0.02$ ) و در گروه مداخله بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ( $p=0.180$ ) ولی در گروه مداخله بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری

تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $p=0/03$ ) در گروه شاهد بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی‌دار نبود ( $p=0/190$ ) و همچنین در گروه شاهد بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $p=0/210$ )

**جدول ۳: نمرات میانگین و انحراف معیار مربوط به خرده مقیاس افسردگی در مراحل مختلف مطالعه**

زمان ارزیابی	گروه	میانگین	انحراف معیار	مقایسه بین گروهی و تغییرات به وجود آمده
بدو مطالعه	مدخله	۱۸/۳۸	۵/۳۹	$P = 0/770$
	شاهد	۱۷/۸۹	۵/۰۹	
انتهای مطالعه	مدخله	۱۵/۸۰	۵/۴۵	$P = 0/150$
	شاهد	۱۶/۶۸	۵/۱۱	
پیگیری	مدخله	۱۲/۶۲	۳/۵۵	بين ابتدا و پیگیری
	شاهد	۱۷/۷۷	۵/۲۶	$P < 0/001$

در گروه مدخله بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ( $p=0/260$ ) ولی در گروه مدخله بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $p<0/001$ ). در گروه شاهد بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی‌دار نبود ( $p=0/280$ ) همچنین در گروه شاهد بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $p=0/260$ )

**جدول ۴: نمرات میانگین و انحراف معیار مربوط به خرده مقیاس اضطراب در مراحل مختلف مطالعه**

زمان ارزیابی	گروه	میانگین	انحراف معیار	مقایسه بین گروهی و تغییرات به وجود آمده
بدو مطالعه	مدخله	۱۵/۷۶	۶/۰۳	$P = 0/430$
	شاهد	۱۵/۸۹	۴/۶۰	
انتهای مطالعه	مدخله	۱۴/۴۲	۶/۰۸	بين ابتدا و انتهای
	شاهد	۱۵/۰۲	۴/۳۴	$P = 0/500$
پیگیری	مدخله	۱۱/۸۸	۳/۸۳	بين ابتدا و پیگیری
	شاهد	۱۶/۱۵	۵/۰۴	$P < 0/001$

بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری مطالعه بین دو گروه مدخله و شاهد تفاوت معنی‌دار بود ( $p<0/001$ ) ولی در گروه مدخله بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ( $p=0/250$ ) از سوی دیگر در گروه مدخله بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $p<0/001$ )

در گروه شاهد بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی‌دار نبود ( $p=0/270$ ) و همچنین در گروه شاهد بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $p=0/240$ )

**جدول ۵: نمرات میانگین و انحراف معیار مربوط به زیرمقیاس استرس در مراحل مختلف مطالعه**

زمان ارزیابی	گروه	میانگین	انحراف معیار	مقایسه بین گروهی و تغییرات به وجود آمده
بدو مطالعه	مدخله	۱۹/۴۹	۵/۱۶	$P = 0/510$
	شاهد	۲۰/۵۱	۴/۴۷	
انتهای مطالعه	مدخله	۱۷/۲۲	۴/۴۳	بين ابتدا و انتهای
	شاهد	۱۹/۴۲	۴/۴۰	$P = 0/220$
پیگیری	مدخله	۱۴/۴۸	۳/۶۶	بين ابتدا و پیگیری
	شاهد	۱۹/۸۸	۴/۵۵	$P < 0/001$

بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری مطالعه بین دو گروه مدخله و شاهد تفاوت معنی‌دار بود ( $p<0/001$ ) و در گروه مدخله بین ابتدای و انتهای مطالعه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ( $p=0/260$ ) ولی در گروه مدخله بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $p<0/001$ )

در گروه شاهد بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی دار نبود ( $p=0/280$ ) و همچنین در گروه شاهد بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری تفاوت معنی داری وجود نداشت ( $p=0/260$ )

**جدول ۶: نمرات میانگین و انحراف معیار مربوط به نقص توجه در مراحل مختلف مطالعه**

زمان ارزیابی	گروه	میانگین	انحراف معیار	مقایسه بین گروهی و تغییرات به وجود آمده
بدو مطالعه	مدخله	۱۷/۳۸	۸/۱۵	$P=0/530$
	شاهد	۱۹/۰۸	۶/۷۶	
انتهای مطالعه	مدخله	۱۶/۰۲	۷/۱۷	ابتدا و انتهای
	شاهد	۱۷/۳۸	۶/۵۳	$P=0/720$
پیگیری	مدخله	۱۲/۵۸	۷/۳۸	بین ابتدا و پیگیری
	شاهد	۱۷/۱۵	۶/۵۶	$P=0/01$

بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری مطالعه بین دو گروه مدخله و شاهد تفاوت معنی دار بود ( $p<0/01$ ) و در گروه مدخله بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی داری مشاهده نشد ( $p=0/180$ ) ولی در گروه مدخله بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری تفاوت معنی داری وجود داشت ( $p<0/001$ )

در گروه شاهد بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی دار نبود ( $p=0/210$ ) و همچنین در گروه شاهد بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری تفاوت معنی داری وجود نداشت ( $p=0/190$ )

**جدول ۷: نمرات میانگین و انحراف معیار مربوط به بیش فعالی در مراحل مختلف مطالعه**

زمان ارزیابی	گروه	میانگین	انحراف معیار	مقایسه بین گروهی و تغییرات به وجود آمده
بدو مطالعه	مدخله	۱۳/۷۱	۷/۳۲	$P=0/210$
	شاهد	۱۶/۸۸	۶/۳۴	
انتهای مطالعه	مدخله	۱۲/۱۸	۶/۵۰	ابتدا و انتهای
	شاهد	۱۵/۴۰	۵/۸۸	$P=0/430$
پیگیری	مدخله	۹/۴۴	۴/۷۷	بین ابتدا و پیگیری
	شاهد	۱۵/۷۵	۵/۸۳	$P=0/004$

در مقیاس بیش فعالی و تکانشگری بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری مطالعه بین دو گروه مدخله و شاهد تفاوت معنی دار بود ( $p=0/004$ ) ولی در گروه مدخله بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی داری مشاهده نشد ( $p=0/190$ ) و در گروه مدخله بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری تفاوت معنی داری وجود داشت ( $p<0/001$ ) در گروه شاهد بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی دار نبود ( $p=0/290$ ) همچنین در گروه شاهد بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری تفاوت معنی داری وجود نداشت ( $p=0/300$ )

### بحث

با توجه به اینکه افزایش شیوع اختلال بیش فعالی و کم توجهی در همراهی با اختلال نافرمانی مقابله جویانه در کودکان و نوجوانان در سالهای اخیر باعث این نگرانی شده است که بر عملکرد و رفتار این افراد تاثیر می گذارد این مطالعه باهدف بررسی اثربخشی آموزش فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی-کم توجهی همراه با اختلال نافرمانی مقابله جویانه انجام شد. با توجه به مطالعات اپیدمیولوژیک مشخص شده است که رسیک فاکتورهای فامیلی از جمله فرزند پروری ضعیف، تعارضات خانوادگی، انضباط خشک و نامتعطف و ناپایدار، نظارت ضعیف بر رفتارهای کودکان و فقدان رابطه گرم و مثبت با والدین پیشگویی کننده قوی برای ایجاد و باقی ماندن مشکلات هیجانی و رفتاری در کودکان و نوجوانان محسوب

می‌شود (۱۷). مداخلات رفتاری در خانواده (Behavior Family Intervention) که بر پایه اصول یادگیری اجتماعی بنانهاده می‌شوند. قدرتمندترین نوع مداخلات در یاری‌رساندن به کودکان با مشکلات رفتاری و سلوک شناخته‌شده‌اند (۱۸).

روش آموزش فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب روشی است که با استفاده از زیربنای علمی تئوری انتخاب و واقعیت درمانی در چند سطح و با رویکردی پیشگیرانه طراحی شده است. این برنامه روش‌های مثبت و غیرتهاجمی جهت مدیریت رفتار والدین و کودکان پیشنهاد می‌کند که می‌تواند جانشین رفتارهای نامناسب والدین با کودکان شود. این برنامه به تغییر شناخته‌های غیرواقعی والدین به خصوص اسنادها و انتظارات نادرست آنان در مدیریت کودکان می‌پردازد و به والدین می‌آموزد تا به نوع دیگری به رفتارهای کودکان بنگرند و تفسیر و عمل کنند. از اهداف دیگر این برنامه افزایش احساس توأم‌نمدی والدین و قدرت خود تنظیمی آن‌ها در مهارت‌های اصلی زندگی و کمک به توانایی حل مستقلانه مشکلات است. در این مطالعه روش فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب به والدین کودکان ۱۲ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی - کم‌توجهی در همراهی با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه در ۵ جلسه یک نیم‌ ساعته آموزش داده شد. نتایج حاصله از فرضیات مطرح شده در ابتدای پژوهش حمایت نمود.

در این مطالعه والدین تحت آموزش کاهش مشخص در حوزه‌های پرفعالیتی و سلوک در کودکان گزارش نمودند که در مقایسه با ابتدای مطالعه این تغییرات معنی‌دار بود. معنی‌دار شدن اختلاف بین دو گروه مداخله و کنترل در دوره پیگیری یعنی پس از پنج هفته پس از پایان جلسات مشهود بود. این یافته می‌تواند مؤید آن باشد که تأثیرگذاری روش‌های فرزند پروری نیازمند گذر زمان جهت ایجاد تأثیرات خود است. همچنین در حوزه کم‌توجهی نیز والدین تحت آموزش پیشرفت مشخص در کودکان به سمت طیف طبیعی عملکرد گزارش نمودند و تغییرات ایجاد شده در این حوزه در گروه مداخله معنی‌دار بود. با توجه به اینکه در اختلال بیش فعالی - کم‌توجهی، انتظار بر این است که بر روی علائم مرکزی و اصلی ADHD که شامل بیش فعالی - کم‌توجهی و تکانشگری می‌باشد دارو تأثیر مشخص و بهتری نسبت به مداخلات رفتاری داشته باشد. با این حال تغییر مشخص و معنی‌دار کودکان در حوزه‌های مذکور در این مطالعه را می‌توان به تأثیر برنامه بر روی بهبود تعاملات والدین و کودکان و تغییر نگرش والدین به رفتارهای کودک و شناخت مشکلات آنان، مدیریت صحیح‌تر والدین در زمینه‌های بیش فعالی و نحوه آموزش به کودک در جهت کنترل تکانشگری و به موقع بودن تذکرات، پاداش‌ها، تنبیهات با توجه به اینکه هر انتخاب کودک می‌تواند با تبعات مختص خود همراه باشد نسبت داد. و در حوزه کم‌توجهی بهبود و تغییر معنی‌دار کودکان در گروه مداخله می‌تواند مرهون افزایش توانایی والدین در زمینه درگیر نمودن بیشتر کودکان با تکالیف درسی و پاداش‌های بجا و مناسب به کودک در انجام فعالیت‌های نیازمند توجه کافی دانست. و از طرفی چون در گروه کنترل نیز تغییراتی حاصل شده (هرچند معنی‌دار نیست) می‌تواند نشان دهنده این نکته باشد که خود دارو به تنها یکی می‌تواند تغییرات قبل توجهی بر روی علائم اصلی این اختلال ایجاد کند. لازم به ذکر است که در این مطالعه درمان داروبی و مداخله فرزند پروری به صورت همزمان شروع نشده بود و کودکان والدین شرکت‌کننده قبل از شروع مطالعه به ثبات و پایداری نسبی در علائم اختلال برآثر مصرف دارو رسیده بودند. مطالعه حاضر نشان داد که توانایی والدین تحت آموزش در زمینه مهارت‌های فرزند پروری در پایان مداخله پیشرفت مشخص و معنی‌داری در مقایسه بین گروهی با گروه کنترل داشت. مقیاس فرزند پروری سه الگوی انضباطی ناکارآمد والدین یعنی اهمال کاری (Laxness)، واکنش بیش‌ازحد (Over Reactivity) و اطناب کلام (Verbosity) را می‌سنجد. در مطالعه دکتر محمری و همکاران در سال ۱۳۸۸ با برنامه فرزند پروری مثبت triple-p بر روی ۶۰ کودک ۶ تا ۱۲ ساله مبتلا به ADHD انجام گرفته بود

مادران تحت آموزش در هر سه مقیاس تغییرات مشخص و معنی‌دار نشان دادند که از این جهت با مطالعه ما همخوانی داشت (۱۹). در حالی که در مطالعه دکتر سلطانی فر و همکاران در سال ۱۳۹۵ که تأثیرآموزش فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب بر روی والدین ۳۰ نوجوان انجام گرفت، نشان داد که در مقیاس فرزند پروری بین گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود نداشت که از این جهت با مطالعه ما همخوانی نداشت (۱۲). در مادران تحت آموزش فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب تفاوت مشخص و معنی‌داری در زمینه میزان اضطراب، استرس، افسردگی پس از پایان مداخله نسبت به گروه کنترل پدیدار گشت که در این زمینه با مطالعه دکتر سلطانی فر و همکاران در سال ۱۳۹۵ همخوانی داشت. همچنین در این زمینه در مطالعه‌ای که در ایران در سال ۲۰۱۴ توسط عاقبتی و همکاران انتشاریافته برنامه تربیت سازنده triple-p به مادران برای مدیریت مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کم‌توجهی آموزش داده شد. در این مطالعه ۳۰ مادر با کودکان ۶-۱۰ ساله مبتلا به اختلال

بیش فعالی -کم توجهی به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار داد شدند. در گروه مداخله تحت ۵ جلسه آموزش ۲ ساعته بعلاوه ۳ جلسه آموزش تلفنی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که تغییر معنی داری در اضطراب، استرس و افسردگی، والدین پس از انجام مداخله حاصل شد (۲۰). در مطالعه حاضر با توجه به تأثیرگذاری مشابه مطالعه مذکور و زمان کوتاه تر جلسات و عدم وجود جلسات فردی تلفنی در اتمام جلسات می توان اثربخشی بیشتر و کم هزینه تر بودن روش فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب را در مقایسه با روش triple-p در کاهش اضطراب - افسردگی - استرس والدین را در نظر گرفت. تفاوت معنی دار در گروه والدین کودکان تحت آموزش در زمینه بیش فعالی، ارتباط با همسالان، رفتارهای مطلوب اجتماعی (Prosocial) توانایی کنترل هیجانات و احساسات مشخص شد. این مسئله در کودکان گروه کنترل بارز نبود و تفاوت معنی دار بین گروه مداخله و شاهد وجود داشت و همچنین کودکان گروه تحت آموزش همچنین تغییرات معنی دار در حوزه مشکلات سلوک (Conduct) (Problem Score) نسبت به گروه کنترل نشان دادند. که در این موارد با نتایج حاصل از مطالعه دکتر سلطانی فر و همکاران در سال ۱۳۹۵ همخوانی داشت به جز خرده مقیاس بیش فعالی که در مطالعه دکتر سلطانی فر معنی دار نشد) ولی از جهت حوزه مشکلات سلوک با مطالعه دکتر محرری و همکاران که در سال ۱۳۸۸ با روش triple-p بر روی والدین ۶۰ کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی و کم توجهی انجام شده بود، متفاوت بود چراکه در آن مطالعه روش triple-p بر مشکلات سلوک بی تأثیر بود در حالیکه در روش فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب مشکلات سلوک کاهش معنی داری داشت. در خرده مقیاس های مشکلات سلوک، یادگیری، تکانش گری و بیش فعالی و همچنین نمره کل مقیاس بین ابتدا و مرحله پیگیری مطالعه بین گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی داری وجود داشت ولی در خرده مقیاس های سایکوسوماتیک، اضطراب و مشکلات اجتماعی این تفاوت معنی دار نبود که در این زمینه هم با مطالعه دکتر سلطانی فر و همکاران در سال ۱۳۹۵ همخوانی داشت (به جز خرده مقیاس تکانش گری که در مطالعه دکتر سلطانی فر و همکاران در سال ۱۳۹۵ تفاوت معنی دار بین دو گروه نشان نداد). در خرده مقیاس های بیش فعالی - تکانش گری و نقص توجه همچنین نمره کل مقیاس بین ابتدا و مرحله پیگیری مطالعه در بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی داری وجود داشت که از این جهت با مطالعه دکتر سلطانی فر و همکاران در سال ۱۳۹۵ همخوانی داشت.

#### محدودیت ها

- مطالعه حاضر با حجم نمونه کم انجام شد.
- ارزیابی پیگیری درازمدت در مورد این مطالعه انجام نشد.
- پیگیری طولانی تر می توانست سیر طولی تأثیرگذاری این روش را بهتر مشخص نماید.

#### نقاط قوت مطالعه

- این مطالعه برای اولین بار در ایران بر روی والدین کودکان ۷ تا ۱۲ ساله طرح ریزی و اجرا شده است
- فرزند پروری با این رویکرد با توجه به کمتر بودن ساعات و جلسات می تواند روشی مقرر به صرفه در مقایسه با سایر روش های فرزند پروری باشد

#### پیشنهادها

- در مطالعات آینده پیشنهاد می شود که حجم نمونه بالاتر و دوره پیگیری طولانی مدت تر مدنظر باشد.
- به کارگیری روش های فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب در والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی کم توجهی در همراهی با اختلال نافرمانی مقابله جویانه باعث کاهش افسردگی، اضطراب و استرس والدین می شوند.
- روش های غیر دارویی در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش توانایی های این کودکان مؤثر می باشند.

#### ملاحظات اخلاقی

به والدین بیماران در مورد اهداف تحقیق، مختار بودن جهت شرکت در مطالعه و حق انصراف در هر مرحله از تحقیق، توضیحات لازم داده شد. در ضمن کل اطلاعات طرح محرمانه بوده و نزد مجریان طرح خواهد ماند.

#### References

1. Fischer M,Barkley RA,Fletcher KE,Smallish L,The adolescent outcome of hyperactive children:predictor of psychiatric,academic,social,and emotional

- adjustment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1993;32(2):324-32.
2. Pastor PN, Reuben CA. Diagnosed attention deficit hyperactivity disorder and learning disability: United States, 2004-2006. *Vital Health Stat* 2008; 237: 1-14.
  3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publication; 2000.
  4. Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 2007; 48(7): 703-13.
  5. Greenhill LL, Halperin JM, Abikoff H. Stimulant medications. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(5): 503-12.
  6. Anastopoulos AD, Shelton TL, DuPaul GJ, Guevremont DC. Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning. *J Abnorm Child Psychol* 1993; 21(5): 581-96.
  7. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadocks synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Rezaei F. (translator). Tehran: Arjmand; 2016: 443-62, 562-6. (Persian)
  8. Sohrabi F, Asadzadeh H, Arabzadeh Z. Effectiveness of Barkley's parental education program in reducing the symptoms of oppositional defiant disorder on preschool children. *School psychology* 2014; 3(2): 82-103. (Persian)
  9. McKee TE, Harvey E, Danforth JS, Ulaszek WR, Friedman JL. The relation between parental coping styles and parent-child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional behavior. *J Child Adolesc Psychol* 2004; 33(1): 158-68.
  10. Glasser W. Introduction to hope psychology: Choice theory. Sahebi A. (translator). 8<sup>th</sup> ed. Tehran: Sayeh Sokhan; 2016: 9-14. (Persian)
  11. Glasser W. Choice theory: a new psychology of personal freedom. Sahebi A. (translator). Tehran: Sayeh Sokhan; 2013. (Persian)
  12. Soltanifar A, Moharreri F, Askari-Noghani A. Efficacy of parenting choice theory on behavioral disturbance of Adolescents with ADHD and ODD. Mashhad University of Medical Sciences 2016;4:19-30. (Persian)
  13. Arnold DS, O'Leary SG, Wolff LS, Acker MM. The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychol Assess* 1993; 5: 137-44.
  14. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38: 581-6.
  15. Conner CO. Conner's rating scale revised technical manual. New York: Multi health systems incorporated; 1997: 57.
  16. Asghari Moghaddam MS, Saed F, Dibajnia P, Zanganeh J. Reliability of Depression, Anxiety and Stress Scale in non-clinical samples. *Daneshvar Raftar* 2009; 15: 23-38. (Persian)
  17. Laeber R, Farragton DP. Never too early, never too late: Risk factor and successful interventions for serious and violent juvenile offenders. *Students on crime and crime prevention* 1998; 71(1): 7-30.
  18. Tylor TK, Biglan A. Behavior family interventions. For improving child rearing: A review of the literature for practitioners and policy makers. *Clinical child and family psychology Review* 1998; 1: 41-60.



19. Moharreri F, Shahrivar Z, Tehrani-Dust M. Effect of the positive parenting program on parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of fundamentals of mental health* 2009; 11(1): 31-40. (Persian).
20. Aghebati A, Gharraee B, Hakim Shoshtari M, Gohari R. Triple P-Positive Parenting Program for mothers of ADHD children. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2014; 8(1): 59-65.

## Investigating the Effectiveness of Parenting Training based on Choice Theory on the Behavioral Problems of Children Aged 7-12 Years with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder.

Mustafa Yazdani, Atefeh Soltanifar, Fatemeh Mohrari, Farzaneh Raaie, Farzaneh Jahanbakhsh.

### Abstract

**Objective:** One of the fields of treatment in psychiatry, especially pediatric psychiatry, is non-drug treatment, and the effect of parent education in behavioral disorders of children and adolescents is one of the most effective treatments in this field. This study investigates the effectiveness of parenting training based on choice theory on the behavioral problems of children aged 7-12 years with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. **Methods & Materials:** In this clinical trial, 32 children aged 7-12 years who referred to clinic of Ibn-e-Sina psychiatric hospital in Mashhad city and they received hyperactivity-attention deficit disorder and oppositional defiant disorder based on DSM-5 and children and adolescent psychiatrist's interview, entered to study. Research instrument included SDQ, Conner's-short form of parents, Arnold's parenting scale and DASS-21. Finally 32 cases divided into experimental and control groups. The experimental group received parenting training with approach of Glasser's Choice Theory in 5 (ninety minutes) weekly sessions while control group only received non-structured supportive sessions. The evaluations conducted at baseline, the end of sessions and 4 weeks later. Data analyzed through descriptive statistics, t-test, chi-square, Levene's test and Kolmogorov-Smirnov via SPSS software version 25. **Results:** The comparison between scores related to Conner's (excluded subscales of psychosomatic, anxiety and social problems), DASS-21, SDQ, parenting scale and SNAP-V Scale were significant between experimental and control groups ( $p<0.05$ ). **Conclusion:** It seems that parenting training based on choice theory is effective on reducing depression, anxiety and stress among parents of children with hyperactivity-attention deficit disorder and oppositional defiant disorder and behavioral problems and improving skills among these patients.

**Key words:** Choice Theory, Attention Deficit-Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Parenting