فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۱، شماره ۲۵، تابستان ۱۴۰۳

بررسی اثربخشی آموزش فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلابه اختلال بیش فعالی-کم‌توجهی همراه با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه

مصطفی یزدانی[۱]، عاطفه سلطانی فر[۲]، فاطمه محرری[۳]، فرزانه رعایی[۴]، فرزانه جهان‌بخش[۵]

چکیده

هدف: یکی از حیطه‌های درمان در روان‌پزشکی و به خصوص روان‌پزشکی اطفال، درمان غیر دارویی است و تأثیر آموزش والدین در اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان به‌عنوان یکی از درمان‌های بسیار مؤثر در این حیطه می‌باشد. این مطالعه به بررسی اثربخشی آموزش فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب بر مشکلات رفتاری کودکان سنین۷تا۱۲سال مبتلابه اختلال بیش فعالی-کم‌توجهی همراه با اختلال نافرمانی مقابله جویانه می‌پردازد. **روش اجرا:** از بین مراجعین سرپایی به درمانگاه و کلینیک ویژه بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینای مشهد تعداد ۳۲ کودک ۷ تا۱۲ساله 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 پرسشنامه‌های توانایی‌ها و مشکلات (SDQ)، کانرز-فرم کوتاه والدین،(SNAPV) و مقیاس‌های فرزند پروری آرنولد و افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) بودند. والدین این۳۲ کودک به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم‌شده و گروه مداخله، تحت آموزش فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب در پنج جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه شاهد تحت جلسات غیر ساختاریافته گروهی، قرار گرفتند. ارزیابی در بدو مطالعه، پایان جلسات و چهار هفته بعد انجام شد. داده‌ها با آمار توصیفی و آزمون T، مجذور کای، آزمون لوین و کولموگروف اسمیرنوف با کمک نرم‌افزار spss نسخه ۲۵ تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که نمرات گروه مداخله نسبت به شاهد در آزمون‌های مقیاس فرزند پروری آرنولد، SDQ ،کانرز (به جز خرده مقیاس‌های سایکوسوماتیک، اضطراب و مشکلات اجتماعی)، DASS-21 و SNAP-V معنی‌دار بود ($p<0.05$). **نتیجه‌گیری:** فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب در والدین کودکان مبتلابه اختلال بیش فعالی-کم‌توجهی همراه با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس و کاهش مشکلات رفتاری و افزایش توانایی‌های این کودکان بسیار مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: اختلال بیش فعالی-کم‌توجهی، اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه، تئوری انتخاب، فرزند پروری

[۱]استادیار روانپزشکی کودک و نوجوان، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان m.yazdani@kmu.ac.ir
[۲]دانشیار روانپزشکی کودک و نوجوان، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، بیمارستان ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد SoltanifarA@mums.ac.ir
[۳]استاد روانپزشکی کودک و نوجوان، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، بیمارستان ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد Mohararif1@mums.ac.ir
[۴]استادیار روانشناسی، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان (نویسنده مسئول) Mahlahosseini318@gmail.com
[۵]استادیار روانپزشکی، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان f.jahanbakhsh@kmu.ac.ir

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

مقدمه

اختلال بیش فعالی-کم‌توجهی الگوی کاهش توجه پایدار و یا بیش فعالی و رفتارهای تکانشی است که شدیدتر و شایع تراز آنچه که معمولا 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 مبتلابه این اختلال قادر نیست تا مراحل تحصیلی را با موفقیت پشت سر بگذراند(۱). 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(۲). این اختلال بیش فعالی-کم‌توجهی با علائمی از قبیل کم‌توجهی، بیش فعالی و تکانش گری مشخص می‌شود درحالی‌که کودکان و نوجوانان مبتلابه اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه دچار مشکلات در رابطه با کنترل خشم، پرخاشگری و بحث‌وجدل با بزرگ‌سالان هستند (۳). همبودی اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه با اختلال بیش فعالی-کم‌توجهی در حدود یک‌سوم تا یک‌دوم کودکان و نوجوانان مبتلابه این اختلال دیده می‌شود (۴). برای درمان اختلال بیش فعالی- کم‌توجهی از درمان‌های دارویی (محرک‌ها و ...) رفتاری و آموزش والدین می‌توان استفاده کرد (۵). مطالعات نشان داده‌اند که آموزش والدین کودکان و نوجوانان مبتلابه اختلال بیش فعالی-کم‌توجهی می‌تواند باعث بهبود علائم این اختلال و کاهش رفتارهای مقابله‌جویانه آن‌ها شود (۶). 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 تثبیت شده‌ای از رفتارهای سلوک مختل پیش روند. 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 جروبحث می‌کنند و زودرنج 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 تخریبی قابل‌توجه دست نمی‌زنند، برعکس کودکان دچار اختلال سلوک که دست به اعمال خشونت‌بار می‌زنند و ممکن است سبب آسیب رساندن جسمی به خود و دیگران شوند (۷).

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 مبتلابه 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 (۸). 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 عمده، آموزش مدیریت والد است که بر اساس الگوهای یادگیری اجتماعی طراحی‌شده 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 بپرهیزند. 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 طراحی‌شده 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 قابل‌توجه مشکلات رفتاری در کودکان گردیده و در جمعیت‌های مختلف با کاهش رفتارهای نابهنجار همراه بوده است (۹).

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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

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 مثبت که بر اساس تئوری انتخاب انجام می‌شود و تأثیر زیاد بر بهبود روند ارتباطی، می‌توان از این روش برای درمان کودکان مبتلابه اختلال بیش فعالی-کم‌توجهی استفاده کرد. تاکنون مطالعه‌ای از طریق آموزش تئوری انتخاب به والدین کودکان سنین ۷تا۱۲سال مبتلابه 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 ازجمله تأثیر بر میزان اضطراب و افسردگی والدین، مقیاس کمی فرزند پروری و رفتارهای مقابله‌جویانه کودکان نیز مورد ارزیابی قرارگرفته 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 موردمطالعه توضیح داده شد. ۴۰ والد قبلاً در دوره‌های مشابه شرکت کرده بودند یا مایل به شرکت در جلسات نبودند. والدین ۳۸بیمار رضایت به شرکت در مطالعه دادند که با آن‌ها جهت شرکت در مطالعه تماس گرفته شد و رضایت والدین به‌صورت شفاهی گرفته شد. والدین در ۲ گروه تقسیم شدند. از ۱۹ نفر مراجعه‌کننده در گروه کنترل ۳نفر 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 قرارگرفته‌اند وارد مطالعه شدند. والدین بیماران به‌صورت 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 نیم‌ساعته در پنج هفته متوالی قرارگرفته و والدین در گروه دیگر صرفاً جلساتی به‌صورت غیر ساختاریافته 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 SNAP_V: این مقیاس جهت تشخیص و درجه‌بندی اختلال بیش فعالی و نقص توجه می‌باشد که شامل ۱۸ سؤال است که ۹سؤال مربوط به علائم بیش فعالی و تکانش گری و۹سؤال مربوط به علائم کمبود توجه می‌باشد.(۱۲)

ب- مقیاس فرزند پروری (Parenting Scale): پرسشنامه ۳۰ جمله‌ای است که توسط آرنولد و همکاران (۱۹۹۳) طراحی‌شده و با پاسخ به آن، بهترین توصیف از شیوهٔ فرزند پروری در طی دو ماه گذشته به‌صورت خود سنجی و توسط خود والدین به دست می‌آید. تمامی ۳۰ مورد برحسب ۷ نمره (۷-۱) درجه‌بندی می‌گردد. چنان‌که، نمرات پایین نشان دهندهٔ 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) اهمال‌کاری (LX)، ب) واکنش بیش‌ازحد (OR)، ج) اطناب کلام (VB) می‌باشند. این مقیاس از ثبات داخلی کافی برای نمرهٔ کل (α=۰/۸۴) و مقیاس‌های اهمال‌کاری (α=۰/۸۳)، واکنش بیش‌ازحد (α=۰/۸۲) و اطناب کلام (α=۰/۶۳) و نیز پایداری مطلوب آزمون ـ آزمون مجدد (به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۲ و ۰/۸۳ و ۰/۸۴ =r) و ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب برخوردار است (۱۳).

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

ج- پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ): این پرسشنامه ۲۵ سؤالی، مشکلات رفتاری و هیجانی فرزندان را ازنظر والدین ارزیابی می‌کند. نمره بندی آن از صفرتا ۲ و به‌صورت 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 داده‌شده است (۱۴).

د- پرسشنامه کانرز فرم والدین: این مقیاس، یکی از شناخته‌شده‌ترین مقیاس‌های مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان به شمار می‌رود. ساخت مقیاس‌های چندگانه کانرز در سال ۱۹۶۰ توسط کیت کانرز آغاز شد. این آزمون شکل بازبینی‌شده پرسشنامه ۹۳ سؤالی است و برحسب ۴ درجه از اصلاً تا بسیار زیاد (۳-۰) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس در خصوص سنین ۱۷-۳ سال قابل‌استفاده 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 استرسDASS-21: این مقیاس دارای ۲۱ عبارت است و هر یک از زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس از ۷ عبارت تشکیل‌شده است. در مطالعه‌ایرانی صورت گرفته، پایایی آن در مطالعات از ۰/۷۰ بالاتر و ضریب همسانی درونی خرده مقیاس‌های آن ۰/۹۰ گزارش‌شده است(۱۶).

محتوای جلسات در گروه کنترل:

جلسات صرفاً جلساتی با رویکرد حمایتی بود در تمام پنج جلسه دستیار فوق تخصص روان‌پزشکی اطفال حضورداشته و جلسات بدون ساختار از پیش تعیین‌شده 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)،

-به‌منظور آموزش مفهوم کنترل بیرونی بحث در مورد نیازهایی اصلی و اساسی شامل بقا, قدرت, آزادی, عشق و تعلق‌خاطر ,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 کارگروهی(۱۰ دقیقه)،

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

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

-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 گفته‌شده برآورده می‌کنید و همچنین مبادرت به ادامه دادن تکالیف جلسه قبل(۵ دقیقه)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

جلسه ۳ (۹۰ دقیقه) شامل:

-چک کردن تکالیف جلسه قبل و ارائه نظرات (۱۰ دقیقه)،

-بحث درباره نیاز به عشق و احساس تعلق‌خاطر 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 این‌که هرکدام از موارد فوق، چه احساسی در آن‌ها ایجاد می‌کند، صحبت کرده و پیشنهاد دهند که به‌جای آنچه باید کرد؟ (۱۰ دقیقه)،

-عادات پیونددهنده شامل:حمایت و مراقبت، پذیرش و مشارکت، احترام، تشویق، گوش دادن بدون قضاوت (۲۵دقیقه)،

-کار گروهی به این صورت که در گروه‌های دونفره تمرین گوش دادن بدون قضاوت را انجام دهند (۱۰ دقیقه)،

-تکلیف شامل تمرین عدم انجام سه تا از رفتارهای تخریبگر و یادداشت چند مورد از تنبیهاتی که قبلاً انجام میداده‌اند و پیشنهاد پیامد به‌جای 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 به‌صورت قاطع (۱۵ دقیقه)،

-کار گروهی به این صورت که در گروه‌های دونفره تمرین گفتگو را انجام دهند (۱۵ دقیقه)،

-بحث درباره اینکه در خواسته‌هایمان از کودکان چه ویژگی‌هایی باید داشته باشد که توسط کودک با احتمال بیشتری انجام شودونحوه صحیح بیان درخواست از کودک (۴۵ دقیقه)،

-تکلیف شامل این‌که در طول هفته آینده مانیتور کنیم که چقدر طرح وبیان خواسته‌هایمان از کودک با ویژگی‌های ذکرشده مطابقت دارد وسعی 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 به‌عنوان یک والد چگونه از خودمان مراقبت بیشتری داشته باشیم(مثلاً اختصاص زمان‌هایی در روز یا هفته برای تفریح خود)و جلوگیری ازافسردگی و عصبی شدن(که بطور غیرمستقیم در رفتار کودک تاثیردارد) (۲۵دقیقه)

-بحث درباره رفتار کلی، ماشین رفتار و اهمیت تمرکز بر چرخ های جلو (فکر و عمل)(۲۵دقیقه)،

-آموزش کنترل هیجانات به‌ویژه کنترل خشم و آموزش حل مسئله(۲۵دقیقه)،

-تکلیف :شامل مانیتور کردن موقعیت‌هایی که منجر به عصبانیت می‌شود و تمرین به‌کارگیری مهارت کنترل خشم و مبادرت به انجام تکالیف جلسات قبل .(۵دقیقه)

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)، حداقل۱۶ 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:

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

۱. بیمارانی که طبق کرایتریای DSM 5 مبتلابه اختلال ADHD (اختلال بیش فعالی-کم‌توجهی) وODD (اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه) می‌باشند.
۲. بیماری سیستمیک و روان‌پزشکی دیگری ندارند، طی مصاحبه و سوابقشان ضریب هوشی آن‌ها در محدوده طبیعی می¬باشد.
۳. سن آن‌ها بین ۷تا۱۲سال می‌باشد.
۴.از درمان دارویی استاندارد آن‌ها (قرص ریتالین ۱۰ میلی‌گرمی حداکثر 1 mg/kg و قرص ریسپریدون ۱ میلی‌گرمی حداکثر ۱ میلی‌گرم در روز بر اساس علائم) بین ۳ تا ۱۲ ماه گذشته است.
۵. فرم رضایت آگاهانه توسط قیم قانونی ایشان تکمیل‌شده است.

معیارهای خروج:

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

یافته‌ها

ازنظر جنسیت، بین دو گروه آزمون و شاهد، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (P=۰/649).بین دو گروه ازنظر سن کودک و سن پدر و مادر کودکان 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 کودکان و والدین بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد .

جدول 1: نمرات میانگین و انحراف معیار مربوط به نمره کل مقیاس کانرز در مراحل مختلف مطالعه

زمان ارزیابی	گروه	میانگین	انحراف معیار	مقایسه بین گروهی و *تغییرات به وجود آمده*
بدو مطالعه	مداخله	۷۰/49	۲۱/29	P= ۰/510
	شاهد	۷۵/38	۲۰/03	
انتهای مطالعه	مداخله	۶۰/89	۲۴/49	بین ابتدا و انتها P= ۰/160
	شاهد	۶۴/58	۲۰/31	
پیگیری	مداخله	۴۳/42	۱۲/81	بین ابتدا و پیگیری
	شاهد	۷۱/74	۱۶/43	P <۰/۰۰۱

بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری مطالعه بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی‌دار بود(p<0/001) ودرگروه 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 2: 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= ۰/530
	شاهد	۱۱۸/۹۱	۱۴/۶۷	
انتهای مطالعه	مداخله	۱۱۷/۴۲	۱۰/۱۹	بین ابتدا وانتها P= ۰/120
	شاهد	۱۱۹/۵۳	۱۴/۵۹	
پیگیری	مداخله	۷۶/۷۸	۸/۹۲	بین ابتدا و پیگیری
	شاهد	۱۲۰/۰۴	۱۴/۸۹	P= ۰/۰۲

بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری مطالعه بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی‌دار بود(p=0/02) ودرگروه مداخله بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد(p=0/180) ولی در گروه مداخله بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

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 3: 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	مداخله	۱۸/۳۸	۵/۳۹	P= ۰/۷۷۰
	شاهد	۱۷/۸۹	۵/۰۹	
انتهای مطالعه	مداخله	۱۵/۸۰	۵/۴۵	بین ابتدا وانتها P= ۰/۱۵۰
	شاهد	۱۶/۶۸	۵/۱۱	
پیگیری	مداخله	۱۲/۶۲	۳/۵۵	بین ابتدا و پیگیری
	شاهد	۱۷/۷۷	۵/۲۶	P <۰/۰۰۱

در گروه مداخله بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد(p=0/260) ولی در گروه مداخله 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 4: 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	مداخله	۱۵/۷۶	۶/۰۳	P= ۰/۴۳۰
	شاهد	۱۵/۸۹	۴/۶۰	
انتهای مطالعه	مداخله	۱۴/۴۲	۶/۰۸	بین ابتدا وانتها P= ۰/۵۰۰
	شاهد	۱۵/۰۲	۴/۳۴	
پیگیری	مداخله	۱۱/۸۸	۳/۸۳	بین ابتدا و پیگیری
	شاهد	۱۶/۱۵	۵/۰۴	P <۰/۰۰۱

بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری مطالعه بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی‌دار بود(p<0/001)ولی در گروه مداخله بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد(p=0/250)از سوی دیگر در گروه مداخله 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 5: 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	مداخله	۱۹/۴۹	۵/۱۶	P= ۰/۵۱۰
	شاهد	۲۰/۵۱	۴/۴۷	
انتهای مطالعه	مداخله	۱۷/۲۲	۴/۴۳	بین ابتدا و انتها P= ۰/۲۲۰
	شاهد	۱۹/۴۲	۴/۴۰	
پیگیری	مداخله	۱۴/۴۸	۳/۶۶	بین ابتدا و پیگیری
	شاهد	۱۹/۸۸	۴/۵۵	P <۰/۰۰۱

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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

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

جدول 6: 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	مداخله	۱۷/۳۸	۸/۱۵	P= ۰/۵۳۰
	شاهد	۱۹/۰۸	۶/۷۶	
انتهای مطالعه	مداخله	۱۶/۰۲	۷/۱۷	بین ابتدا وانتها P= ۰/۷۱۰
	شاهد	۱۷/۳۸	۶/۵۳	
پیگیری	مداخله	۱۲/۵۸	۷/۳۸	بین ابتدا و پیگیری P =۰/۰۱
	شاهد	۱۷/۱۵	۶/۵۶	

بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری مطالعه بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی‌دار بود(p<=0/01)ودرگروه 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<0/001)

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

جدول 7: 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	مداخله	۱۳/۷۱	۷/۳۲	P= ۰/۲۱۰
	شاهد	۱۶/۸۸	۶/۳۴	
انتهای مطالعه	مداخله	۱۲/۱۸	۶/۵۰	بین ابتدا وانتها ۰/۴۳۰ P=
	شاهد	۱۵/۴۰	۵/۸۸	
پیگیری	مداخله	۹/۴۴	۴/۷۷	بین ابتدا و پیگیری P =۰/۰۰۴
	شاهد	۱۵/۷۵	۵/۸۳	

در مقیاس بیش فعالی وتکانشگری بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری مطالعه بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی‌دار بود (p=0/004) ولی در گروه مداخله بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد(p=0/190)ودرگروه مداخله 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=0/290) همچنین در گروه شاهد بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت(p=0/300)

بحث

با توجه به اینکه افزایش شیوع اختلال بیش فعالی و کم‌توجهی در همراهی با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه در کودکان و نوجوانان درسال‌های 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 مبتلابه اختلال بیش فعالی-کم‌توجهی همراه با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه انجام شد. با توجه به مطالعات اپیدمیولوژیک مشخص‌شده است که ریسک فاکتورهای فامیلی ازجمله فرزند پروری ضعیف، تعارضات خانوادگی، انضباط خشک و نامنعطف و ناپایدار، نظارت ضعیف بر رفتارهای کودکان و فقدان رابطه گرم و مثبت با والدین پیشگویی‌کننده قوی برای ایجاد و باقی ماندن مشکلات هیجانی و رفتاری در کودکان و نوجوانان محسوب

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

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 طراحی‌شده 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 شناخت‌های غیرواقعی والدین به‌خصوص 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 توانمندی والدین و قدرت خودتنظیمی 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 ۷تا۱۲ساله مبتلابه اختلال بیش فعالی ـ کم‌توجهی در همراهی با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه در ۵ جلسه یک نیم‌ساعته آموزش داده شد. نتایج حاصله از فرضیات مطرح‌شده 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 ایجادشده در این حوزه در گروه مداخله معنی‌دار بود. با توجه به اینکه در اختلال بیش فعالی ـ کم‌توجهی، انتظار بر این است که بر روی علائم مرکزی و اصلی ADHD که شامل بیش فعالی ـ کم‌توجهی و تکانشگری می‌باشد دارو تأثیر مشخص و بهتری نسبت به مداخلات رفتاری داشته باشد. بااین‌حال 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 به‌موقع 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 متناسب به کودک در انجام فعالیت‌های نیازمند توجه کافی دانست. و از طرفی چون در گروه کنترل نیز تغییراتی حاصل‌شده (هرچند معنی‌دار نیست) می‌تواند نشان دهندهٔ این نکته باشد که خود دارو به‌تنهایی می‌تواند تغییرات قابل‌توجهی بر روی علائم اصلی این اختلال ایجاد کند. لازم به ذکر است که در این مطالعه درمان دارویی و مداخله فرزند پروری به‌صورت هم‌زمان شروع نشده بود و کودکان والدین شرکت‌کننده قبل از شروع مطالعه به ثبات و پایداری نسبی در علائم اختلال براثر 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 اهمال‌کاری (Laxness)، واکنش بیش‌ازحد (Over Reactivity) و اطناب کلام (Verbosity) را می‌سنجد. در مطالعه دکتر محرری و همکاران در سال ۱۳۸۸ با برنامه فرزند پروری مثبت triple-p بر روی ۶۰ کودک۶ تا۱۲ مبتلابه ADHDانجام‌گرفته بود مادران تحت آموزش در هر سه مقیاس تغییرات مشخص و معنی‌دار نشان دادند که ازاین‌جهت بامطالعه ما همخوانی داشت.(۱۹) درحالی‌که در مطالعه دکتر سلطانی فر و همکاران در سال ۱۳۹۵که تاثیرآموزش فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب بر روی والدین ۳۰ نوجوان انجام گرفت,نشان داد که درمقیاس فرزند پروری بین گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود نداشت که ازاین‌جهت بامطالعه 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 بامطالعه دکتر سلطانی فر و همکاران در سال ۱۳۹۵همخوانی 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 مبتلابه اختلال بیش فعالی –کم‌توجهی آموزش داده شد. در این مطالعه ۳۰ مادر با کودکان ۱۰-۶ ساله مبتلابه اختلال

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

بیش فعالی –کم‌توجهی به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرارداد شدند. در گروه مداخله تحت ۵ جلسه آموزش ۲ ساعته بعلاوه ۳ جلسه آموزش تلفنی قرار گرفتند .نتایج نشان داد که تغییر معنی‌داری 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 کوتاه‌تر جلسات و عدم وجود جلسات فردی تلفنی در اتمام جلسات می‌توان اثربخشی بیشتر و کم‌هزینه‌تر بودن روش فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب را در مقایسه با روش triple-pدر کاهش اضطراب –افسردگی-استرس والدین را در نظر گرفت. تفاوت معنی‌دار 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 معنی‌دار بین گروه مداخله و شاهد وجود داشت و همچنین کودکان گروه تحت آموزش همچنین تغییرات معنی‌دار در حوزه مشکلات سلوک (Conduct Problem Score) نسبت به گروه کنترل نشان دادند. که در این موارد با نتایج حاصل ازمطالعه دکتر سلطانی فر و همکاران در سال۱۳۹۵ همخوانی داشت به جز خرده مقیاس بیش فعالی که در مطالعه دکتر سلطانی فر معنی‌دار نشد) ولی از جهت حوزه مشکلات سلوک بامطالعه دکتر محرری و همکاران که در سال ۱۳۸۸ با روش triple-p بر روی والدین ۶۰ کودک مبتلابه اختلال بیش فعالی و کم‌توجهی انجام‌شده بود, متفاوت بود چراکه در آن مطالعه روش triple-p بر مشکلات سلوک بی‌تأثیر بود در حالیکه درروش فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب مشکلات سلوک کاهش معنی‌داری داشت. در خرده مقیاس‌های 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 معنی‌داری وجود داشت ولی در خرده مقیاس‌های سایکوسوماتیک,اضطراب و مشکلات اجتماعی این تفاوت معنی‌دار نبود که در این زمینه هم بامطالعه دکتر سلطانی فر و همکاران در سال۱۳۹۵همخوانی داشت(به جز خرده مقیاس تکانش گری که در مطالعه دکتر سلطانی فر و همکاران در سال۱۳۹۵تفاوتی معنی‌دار بین دو گروه نشان نداد). در خرده مقیاس‌های 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 معنی‌داری وجود داشت که از این جهت با مطالعه دکترسلطانی فر و همکاران در سال۱۳۹۵همخوانی داشت.

محدودیت‌ها

۱- مطالعه حاضر با حجم نمونه کم انجام شد.

۲- ارزیابی پیگیری درازمدت در مورد این مطالعه انجام نشد.

۳-پیگیری طولانی‌تر می‌توانست سیر طولی تأثیرگذاری این روش را بهتر مشخص نماید.

نقاط قوت مطالعه

۱- این مطالعه برای اولین بار در ایران بر روی والدین کودکان ۷تا۱۲ساله طرح‌ریزی و اجراشده است

۲- فرزند پروری با این رویکرد با توجه به کمتر بودن ساعات و جلسات می‌تواند روشی مقرون‌به‌صرفه در مقایسه با سایر روش‌های فرزند پروری باشد

پیشنهادها

۱- در مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود که حجم نمونه بالاتر و دوره پیگیری طولانی‌مدت تر مدنظر باشد.

۲- به‌کارگیری روش‌های فرزند پروری بر اساس تئوری انتخاب در والدین کودکان مبتلابه اختلال بیش فعالی کم‌توجهی در همراهی با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه باعث کاهش افسردگی، اضطراب و استرس والدین می‌شوند.

۳- روش‌های غیر دارویی در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش توانایی‌های این کودکان مؤثر می‌باشند.

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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

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. 4th 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). 8th 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 Univercity 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.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

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.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۱، شماره ۲۵، تابستان ۱۴۰۳

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 Kolmogrov-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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]