



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^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 به عنوان 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 سنین ۷ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال بیش فعالی-کم توجهی همراه با اختلال نافرمانی مقابله جویانه می‌پردازد. **روش اجرا:** از بین مراجعین سرپایی به درمانگاه و کلینیک ویژه بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینا 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 پرسشنامه‌های توانایی‌ها و مشکلات (SDQ)، کانرز-فرم کوتاه والدین (SNAPV) و مقیاس‌های 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 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 به دست آمده 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 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 توانایی‌های این کودکان بسیار مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: اختلال بیش فعالی-کم توجهی، اختلال نافرمانی مقابله جویانه، تئوری انتخاب، فرزند پروری

^۱استادیار روانپزشکی کودک و نوجوان، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان m.yazdani@kmu.ac.ir

^۲دانشیار روانپزشکی کودک و نوجوان، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، بیمارستان ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد SoltanifarA@mums.ac.ir

^۳استاد روانپزشکی کودک و نوجوان، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، بیمارستان ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد Mohararifi1@mums.ac.ir

^۴استادیار روانشناسی، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان (نویسنده مسئول) Mahlahosseini318@gmail.com

^۵استادیار روانپزشکی، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان f.jahanbakhsh@kmu.ac.ir



مقدمه

اختلال بیش فعالی-کم توجهی الگوی کاهش توجه پایدار و یا بیش فعالی و رفتارهای تکانشی است که شدیدتر و شایع تر از آنچه که معمولاً در کودکان و نوجوانان با سطح رشد مشابه دیده می شود می باشد. 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 (۱). اختلال بیش فعالی-کم توجهی اختلالی شایع در کودکان سنین مدرسه می باشد و در افراد مبتلا، مشکلات عملکردی متعددی در طول عمر آن ها به وجود می آورد و می تواند تا سنین نوجوانی و بزرگسالی ادامه یابد (۲). این اختلال بیش فعالی-کم توجهی با علائمی از قبیل کم توجهی، بیش فعالی و تکانش گری مشخص می شود در حالی که کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله جویانه دچار مشکلات در رابطه با کنترل خشم، پرخاشگری و بحث و جدل با بزرگسالان هستند (۳). همبندی اختلال نافرمانی مقابله جویانه با اختلال بیش فعالی-کم توجهی در حدود یک سوم تا یک دوم کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال دیده می شود (۴). برای درمان اختلال بیش فعالی-کم توجهی از درمان های دارویی (محرک ها و ...) رفتاری و آموزش والدین می توان استفاده کرد (۵). مطالعات نشان داده اند که آموزش والدین کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بیش فعالی-کم توجهی می تواند باعث بهبود علائم این اختلال و کاهش رفتارهای مقابله جویانه آن ها شود (۶). از سوی دیگر رفتارهای مقابله جویانه و پرخاشگرانه جزو شایع ترین دلایل ارجاع کودکان و نوجوانان برای ارزیابی سلامت روان هستند. کودکانی که از اوایل کودکی الگوی پایداری از رفتارهای پرخاشگرانه را نشان می دهند و حقوق اساسی همسالان و اعضای خانواده را زیر پا می گذارند ممکن است با گذشت زمان به سمت الگوی تثبیت شده ای از رفتارهای سلوک مختل پیش روند. مشخصه اختلال نافرمانی مقابله جویانه، الگوی پایداری از رفتار منفی کارانه، نافرمانی و رفتارهای خصومت آمیز نسبت به افراد دارای قدرت و ناتوانی برای قبول مسئولیت اشتباهات است که منجر به سرزنش دیگران می شود. افراد مبتلا با بزرگسالان جروبحث می کنند و زودرنج هستند که منجر به حالت عصبانیت و رنجش می شود. این کودکان در کلاس درس در ارتباط با همسالان مشکل دارند اما در مجموع به پرخاشگری جسمی یا رفتار تخریبی قابل توجه دست نمی زنند، برعکس کودکان دچار اختلال سلوک که دست به اعمال خشونت بار می زنند و ممکن است سبب آسیب رساندن جسمی به خود و دیگران شوند (۷).

درمان اولیه اختلال نافرمانی مقابله جویانه مداخلات خانوادگی با استفاده از آموزش مستقیم والدین در زمینه مهارت های اداره کودک و ارزیابی دقیق تعاملات خانوادگی است. در کودکان مبتلا به این اختلال، روان درمانی انفرادی می تواند مفید باشد. تعارض والد - کودک عامل پیش بینی کننده مهم در زمینه مشکلات رفتاری است و الگوهای تنبیه کلامی و جسمانی خشن به پرخاشگری و رفتارهای انحرافی در کودکان منجر می گردد لذا حذف روش های 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 طراحی شده است. در این راهکار به والدین آموزش داده می شود که تعاملات مثبت با فرزندشان را گسترش دهند، تعارضات را کاهش داده و از شیوه های نامناسب فرزند پروری بپرهیزند. این شیوه آموزشی، موجب می شود که والدین به شیوه مناسب تری دستور داده و اطاعت پذیری فرزند خود را تقویت کنند. در نتیجه رفتارهای مقابله جویانه، پرخاشگرانه و بیش فعالیتی کودک، کاهش می یابد و از تنش های والدین نیز کاسته می شود. 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 آموزش ها در سطح وسیعی از جامعه است. تحقیقات مشخص نموده اند که این برنامه موجب کاهش قابل توجه مشکلات رفتاری در کودکان گردیده و در جمعیت های مختلف با کاهش رفتارهای ناپهناجر همراه بوده است (۹).

تئوری انتخاب یک تئوری مبتنی بر روان شناسی 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 مثبت 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 ۷ تا 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، مقیاس کمی 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 به‌صورت 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. در نهایت 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 تشخیص‌گذاری قرار گرفته‌اند 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 قرار گرفته 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 ۹ سؤال مربوط به علائم بیش فعالی و تکانش‌گری 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 به‌صورت خود سنجی و توسط خود والدین به دست می‌آید. تمامی ۳۰ مورد برحسب ۷ نمره (۷-۱) درجه‌بندی می‌گردد. چنان‌که، نمرات پایین نشان‌دهنده 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 نمره کل ($\alpha=0/84$) و مقیاس‌های اهمال‌کاری ($\alpha=0/83$)، واکنش بیش‌ازحد ($\alpha=0/82$) و اطناب کلام ($\alpha=0/63$) و نیز پایداری مطلوب آزمون - آزمون مجدد (به ترتیب $0/79$ و $0/82$ و $0/84$) و ویژگی‌های روان‌سنجی 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 صفر تا ۲ و به صورت درست نیست، تا حدی درست است و کاملاً درست است می‌باشد. نمره کل بین صفر تا 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 کانرز فرم والدین: این مقیاس، یکی از شناخته شده ترین مقیاس های مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان به شمار می‌رود. ساخت مقیاس های چندگانه کانرز در سال ۱۹۶۰ توسط کیت کانرز آغاز شد. این آزمون شکل بازبینی شده پرسشنامه ۹۳ سؤالی است و برحسب ۴ درجه از اصلاً تا بسیار زیاد (۰-۳) نمره گذاری می‌شود. این مقیاس در خصوص سنین ۱۷-۳ سال قابل استفاده بوده و علاوه بر اختلال بیش فعالی، اختلالات همراه مانند نافرمانی مقابله جویانه 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 زیرمقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس از ۷ عبارت تشکیل شده است. در مطالعه ایرانی صورت گرفته، پایایی آن در مطالعات از ۰/۷۰ بالاتر و ضریب همسانی درونی خرده مقیاس های 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 روان پزشکی اطفال حضورداشته 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 سبک های 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 مقابله جویانه (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 خواسته ها و تفاوت خواسته ها در افراد مختلف (تعارض خواسته ها بین افراد) (۳۰ دقیقه)،

-نمایش مجسمه سازی (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 راه های مشارکت و کمک به کودکان برای برطرف شدن این نیاز. (۵ دقیقه)،

-تکلیف: مشخص کنید رفتارهایی را که شما و فرزندان 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 تعلق 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 گروه های سه نفره راجع به این که هر کدام از موارد فوق، چه احساسی در آنها ایجاد می کند، صحبت کرده و پیشنهاد دهند که به جای آنچه باید کرد؟ (۱۰ دقیقه)،
- عادات پیونددهنده شامل: حمایت و مراقبت، پذیرش و مشارکت، احترام، تشویق، گوش دادن بدون قضاوت (۲۵ دقیقه)،
- کار گروهی به این صورت که در گروه های 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 میداده اند 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 گروه های دونفره تمرین گفتگو را انجام دهند (۱۵ دقیقه)،
- بحث درباره اینکه در خواسته هایمان از کودکان چه ویژگی هایی 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 خواسته هایمان از کودک با ویژگی های ذکر شده مطابقت دارد و سعی کنیم که خواسته هایمان را مطابق با این ویژگی ها 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 (مثلاً اختصاص زمان هایی در روز یا هفته برای تفریح خود) و جلوگیری از افسردگی و عصبی شدن (که بطور غیرمستقیم در رفتار کودک تاثیر دارد) (۲۵ دقیقه)
- بحث درباره رفتار کلی، ماشین رفتار و اهمیت تمرکز بر چرخ های جلو (فکر و عمل) (۲۵ دقیقه)،
- آموزش کنترل هیجانات به ویژه کنترل خشم و آموزش حل مسئله (۲۵ دقیقه)،
- تکلیف: شامل مانیتور کردن موقعیت هایی که منجر به عصبانیت می شود 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 $\alpha/0.5$ و $\beta/20$ (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 می باشد شماره طرح ۹۴۱۱۰۰ مطرح و با کد IR.MUMS.fm.REC.1395.39 از دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد.

معیارهای ورود:



۱. بیمارانی که طبق کرایتریای DSM 5 مبتلا به اختلال ADHD (اختلال بیش فعالی-کم توجهی) و ODD (اختلال نافرمانی مقابله جویانه) می باشند.
۲. بیماری سیستمیک و روان پزشکی دیگری ندارند، طی مصاحبه و سوابقشان ضریب هوشی آنها در محدوده طبیعی می باشد.
۳. سن آنها بین ۷ تا ۱۲ سال می باشد.
۴. از درمان دارویی استاندارد آنها (قرص ریتالین ۱۰ میلی گرمی حداکثر ۱ mg/kg و قرص ریسپریدون ۱ میلی گرمی حداکثر ۱ میلی گرم در روز بر اساس علائم) بین ۳ تا ۱۲ ماه گذشته است.
۵. فرم رضایت آگاهانه توسط قییم قانونی ایشان تکمیل شده است.

معیارهای خروج:

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

یافته ها

از نظر جنسیت، بین دو گروه آزمون و شاهد، تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P=0/649$). بین دو گروه از نظر سن کودک و سن پدر و مادر کودکان تفاوت معنی داری دیده نشد و همچنین بین دو گروه از نظر سطح تحصیلات و شغل والدین تفاوت معنی داری وجود ندارد و می توان گفت از نظر مشخصات جمعیت شناختی کودکان و والدین بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی داری وجود ندارد.

جدول ۱: 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	۷۰/۴۹	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	بین ابتدا و پیگیری $P<0/001$
	شاهد	۷۱/۷۴	۱۶/۴۳	

بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری مطالعه بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی دار بود ($p<0/001$) و در گروه مداخله بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p=0/280$) ولی در گروه مداخله بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری تفاوت معنی داری 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	بین ابتدا و پیگیری $P=0/02$
	شاهد	۱۲۰/۰۴	۱۴/۸۹	

بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری مطالعه بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی دار بود ($p=0/02$) و در گروه مداخله بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p=0/180$) ولی در گروه مداخله بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری



تفاوت معنی داری وجود داشت ($p=0/03$) در گروه شاهد بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی دار نبود ($p=0/190$) و همچنین در گروه شاهد بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری تفاوت معنی داری 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	$P = ۰/۱۵۰$
	شاهد	۱۶/۶۸	۵/۱۱	
پیگیری	مداخله	۱۲/۶۲	۳/۵۵	بین ابتدا و پیگیری $P < ۰/۰۰۱$
	شاهد	۱۷/۷۷	۵/۲۶	

در گروه مداخله بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p=0/260$) ولی در گروه مداخله 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 ($p=0/280$) همچنین در گروه شاهد بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری تفاوت معنی داری 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 و انتها $P = ۰/۵۰۰$
	شاهد	۱۵/۰۲	۴/۳۴	
پیگیری	مداخله	۱۱/۸۸	۳/۸۳	بین ابتدا و پیگیری $P < ۰/۰۰۱$
	شاهد	۱۶/۱۵	۵/۰۴	

بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری مطالعه بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی دار بود ($p<0/001$) ولی در گروه مداخله بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p=0/250$) از سوی دیگر در گروه مداخله 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 ($p=0/270$) و همچنین در گروه شاهد بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری تفاوت معنی داری 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	$P = ۰/۲۲۰$
	شاهد	۱۹/۴۲	۴/۴۰	
پیگیری	مداخله	۱۴/۴۸	۳/۶۶	بین ابتدا و پیگیری $P < ۰/۰۰۱$
	شاهد	۱۹/۸۸	۴/۵۵	

بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری مطالعه بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی دار بود ($p<0/001$) و در گروه مداخله بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p=0/260$) ولی در گروه مداخله 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 ($p=0/280$) 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	مداخله	۱۷/۳۸	۸/۱۵	$P=0/530$
	شاهد	۱۹/۰۸	۶/۷۶	
انتهای مطالعه	مداخله	۱۶/۰۲	۷/۱۷	بین ابتدا و انتها $P=0/710$
	شاهد	۱۷/۳۸	۶/۵۳	
پیگیری	مداخله	۱۲/۵۸	۷/۳۸	بین ابتدا و پیگیری $P=0/01$
	شاهد	۱۷/۱۵	۶/۵۶	

بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری مطالعه بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی دار بود ($p \leq 0/01$) و در گروه مداخله بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p=0/180$) ولی در گروه مداخله 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	مداخله	۱۳/۷۱	۷/۳۲	$P=0/210$
	شاهد	۱۶/۸۸	۶/۳۴	
انتهای مطالعه	مداخله	۱۲/۱۸	۶/۵۰	بین ابتدا و انتها $P=0/430$
	شاهد	۱۵/۴۰	۵/۸۸	
پیگیری	مداخله	۹/۴۴	۴/۷۷	بین ابتدا و پیگیری $P=0/004$
	شاهد	۱۵/۷۵	۵/۸۳	

در مقیاس بیش فعالی و تکانشگری بین ابتدای مطالعه و مرحله پیگیری مطالعه بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی دار بود ($p=0/004$) ولی در گروه مداخله بین ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p=0/190$) و در گروه مداخله 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 سال های 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 ریسک فاکتورهای فامیلی از جمله فرزند پروری ضعیف، تعارضات خانوادگی، انضباط خشک و نامنظم 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 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 ۷ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - 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 بیش‌فعالی - کم‌توجهی، انتظار بر این است که بر روی علائم مرکزی و اصلی ADHD که شامل بیش‌فعالی - 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 بیش‌فعالی 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 دهنده 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 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 اهمال‌کاری (Laxness)، واکنش بیش‌ازحد (Over Reactivity) و اطباب کلام (Verbosity) را می‌سنجد. در مطالعه دکتر محرری و همکاران در سال ۱۳۸۸ با برنامه فرزند پروری مثبت triple-p بر روی ۶۰ کودک ۶ تا ۱۲ ساله مبتلا به ADHD انجام‌گرفته بود مادران تحت آموزش در هر سه مقیاس تغییرات مشخص و معنی‌دار نشان دادند که از این جهت با مطالعه ما همخوانی داشت. (۱۹) درحالی‌که در مطالعه دکتر سلطانی فر و همکاران در سال ۱۳۹۵ که تأثیر آموزش 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 انتشار یافته برنامه تربیت سازنده triple-p به مادران برای مدیریت مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی آموزش داده شد. در این مطالعه ۳۰ مادر با کودکان ۱۰-۶ ساله مبتلا به اختلال



بیش فعالی - کم توجهی به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرارداد شدند. در گروه مداخله تحت ۵ جلسه آموزش ۲ ساعته به علاوه 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 تفاوتی 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

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

نقاط قوت مطالعه

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

پیشنهادهای

- ۱- در مطالعات آینده پیشنهاد می شود که حجم نمونه بالاتر و دوره پیگیری طولانی مدت تر مدنظر باشد.
- ۲- 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.
- ۳- 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. 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 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 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