

اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کارکرد خانواده کودکان مبتلا به
اختلال نقص توجه / بیش فعالی

The Effectiveness of Parent Management Training on Family
Function in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity
Disorder

A. Sadeghi, M.A. ✉

Sh. Shahidi, Ph.D.

K. Khooshabi, Ph.D.

اکبر صادقی ✉

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان دانشگاه شهید بهشتی

دکتر شهریار شهیدی

دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی

دکتر کنایون خوشابی

فلوشیپ گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دریافت مقاله: ۸۸/۶/۱۲

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۰/۲/۲۵

پذیرش مقاله: ۹۰/۳/۸

Abstract

The aim of the present research was to study the effectiveness of parent management training on family function in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. A single subject repeated measure design was used in the study. The population consisted of mothers who had children between 4 and 12 years of age with ADHD in Rofaide hospital. The sample group consisted of 14 mothers who volunteered to take parting in the study.

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کارکرد خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی صورت گرفته است. روش پژوهش اندازه‌گیری مکرر (از نوع طرح تک آزمودنی) است. جامعه آماری شامل مادران دارای فرزند ۴-۱۲ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی می‌باشد که به بیمارستان رفیقه مراجعه کرده‌اند. نمونه آماری شامل ۱۴ مادر می‌شود که حاضر به شرکت در پژوهش بوده و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند.

✉Corresponding author: Psychology Dep, Shahid Beheshti University, G. C., Tehran, Iran
Tel: +9809124958314
Email: a.sadeghi377@gmail.com

✉نویسنده مسئول: تهران - اوین - دانشگاه شهید بهشتی - دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی
تلفن: ۰۹۱۲۴۹۵۸۳۱۴
پست الکترونیکی: a.sadeghi377@gmail.com

The instruments included the Child Symptoms Inventory (CSI) & Family Assessment Device (FAD). Results showed the training, family functions were improved significantly. The present research confirmed the hypothesis that parent management training leads to increased and facilitated family functions in the family of children with ADHD.

KeyWords: parent management training, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, family function.

ابزار پژوهش، ابزار سنجش خانواده (FAD) می‌باشد. یافته‌های حاصل از پژوهش با استفاده از فرمول آماری تحلیل واریانس (اندازه‌گیری مکرر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که در پایان دوره آموزش، کارکرد خانواده به طور معناداری بهبود یافته است. همچنین پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت والدین منجر به افزایش و بهبودی کارکرد خانواده در خانواده‌های کودکان مبتلا به ADHD شده است.

کلیدواژه‌ها: آموزش مدیریت والدین، اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، کارکرد خانواده

مقدمه

خانواده شبکه‌ای از الگوهای ارتباطی است که در آن والدین و کودکان در فرایندی دوسویه با یکدیگر تعامل دارند. در این مجموعه طرفین قادرند تأثیرات بس شگرفی بر یکدیگر بگذارند (ملک‌خسروی، ۱۳۸۲). در دهه‌های اخیر روان‌شناسان تأکید بسیاری بر روابط کودک با مراقبینش داشته‌اند. آن‌ها واکنش‌های متقابل را اساس رشد شناختی - عاطفی کودک می‌دانند (بالبی، ۱۹۶۹) و باور دارند که صمیمیت والدین خطر ابتلای کودک به اختلالات روانی را کاهش می‌دهد. در محیط خانواده که در واقع جامعه‌ای محدود است، کنش و واکنش‌های میان اعضاء تأثیر به‌سزایی در کاهش یا افزایش مشکلات موجود دارد. لذا در چنین محیطی صحبت از تأثیر یکسویه (چه کودک و چه والدین) بر یکدیگر خطاست. نمی‌توان صرفاً از مشکلات کودک سخن راند حال آن‌که روشن است، در یک سیستم تعاملی رشد می‌یابد (مش و جانسون، ۲۰۰۱).

برای مثال اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی^۱ با علائمی چون نداشتن تاب مقاومت در برابر ناکامی، کج‌خلقی، بی‌ثباتی خلقی، طرد شدن از سوی همسالان، عزت‌نفس پایین و افت تحصیلی همراه است که به نظر می‌رسد این علائم موجب اشکال در روابط بین فردی با همسالان و دیگران می‌شود و از طرف دیگر موجب واکنش خانواده و معلمین می‌گردد (دبو و پرینز^۲، ۲۰۰۷). همچنین ممکن است روابط خانوادگی این کودکان اغلب با رنجش و خصومت همراه باشد، به خصوص به دلیل تغییرپذیری علائم فرد که موجب می‌شود والدین فکر کنند کلیه رفتارهای مزاحم وی عمدی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). بر اساس تئوری خانواده‌پویایی براون^۳ (۱۹۷۸) وقتی عملکرد ضعیف در

روابط زناشویی وجود داشته باشد، این اختلاف روی رفتار کودک تأثیر کرده و انعکاس عملکرد خانواده را به صورت رفتارهای ADHD نشان می‌دهد. والدین این کودکان نیز در مقایسه با والدین کودکان سالم، دارای تنش زیاد و توانایی سازگاری کمتری بوده و مستعد احتمال بروز رفتار منفی در برخورد با فرزندانشان هستند (دوپاول، مک‌گویی و اکرت^۴، ۲۰۰۱). بنابراین برای کاهش مشکلات رفتاری لازم است اصلاحاتی در محیط خانواده انجام گیرد (سوانسون و هنگر، ۱۹۹۹؛ نقل از مش و جانسون، ۲۰۰۱). خانواده درمانگران به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بیشتر به عنوان یک مشکل خانوادگی و نه یک بیماری تشخیص داده شده برای یک کودک بیمار می‌نگرند (موندن^۵، ۲۰۰۰). این نگرش باید برای اعضای خانواده نیز فراهم شود تا بتوانند آسان‌تر با این بیماری و با هم‌کنار بیابند (فیشر و بکلی، ۱۹۹۸؛ نقل از ملک‌خسروی، ۱۳۸۲). به دلیل تعداد و تنوع مشکلات این کودکان در حوزه‌های مختلف، رویکردهای درمانی متفاوتی اعم از دارودرمانی، رفتاردرمانی، تغییر در سبک زندگی و مشاوره ارائه شده‌اند (رامسی و راسل^۶، ۲۰۰۷). آموزش مدیریت والدین^۷ یکی از روش‌هایی است که در درمان این اختلال بر سایر روش‌ها برتری دارد (فابیو و همکاران، ۲۰۰۹؛ کرتوچویل^۸ و همکاران، ۲۰۰۹). تحقیقات نشان می‌دهند، این نوع درمان، استرس والدین این کودکان را کاهش می‌دهد و اعتماد به نفس آن‌ها را افزایش می‌دهد (پیسترمان و همکاران، ۱۹۸۹؛ آناستوپولوس و همکاران، ۱۹۹۳؛ نقل از آناستوپولوس و شافر، ۲۰۰۱).

مش و جانسون (۲۰۰۱) در مرور خود به این نتیجه رسیده‌اند که وجود اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در کودکان با درجات مختلفی از اختلالات در خانواده و ناهماهنگی زناشویی رابطه دارد. بنابراین نوع برخورد اعضای خانواده در ادامه رفتارهای نامطلوب این کودکان نقش دارد. طبق مطالعات صورت گرفته بین بروز علائم ADHD و عواملی مثل وجود مشکل در انسجام خانواده و نحوه تربیت فرزند، مادرانی که بیشتر در خانه هستند، ناسازگاری خانوادگی، جدایی والدین و اختلالات روان‌پزشکی آن‌ها ارتباط وجود دارد (پاوولوری، لاک و گی، ۱۹۹۹).

در پژوهشی که ملک‌خسروی (۱۳۸۲) با استفاده از ابزار سنجش خانواده (FAD)، کارکرد خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی را مورد بررسی قرار داده بود، نتایج نشان دادند که کارکرد خانواده در کودکان مبتلا به این اختلال در مقایسه با خانواده‌های کودکان بهنجار کارایی کمتری دارد. هم‌چنین در ابعاد ارتباط و کنترل رفتار، کارایی این خانواده‌ها در مقایسه با خانواده‌های بهنجار از کارایی کمتری برخوردار است. اما در ابعاد حل مسئله، آمیختگی عاطفی، پاسخگویی عاطفی و نقش‌ها بین خانواده‌های کودکان مبتلا به ADHD و خانواده‌های کودکان عادی تفاوت معناداری پیدا نشد.

آناستوپولوس^۹ و همکاران (۱۹۹۳) برنامه آموزش رفتاری را بر روی کودکان پیش‌دبستانی مورد

مطالعه قرار دادند، نتایج نشان دادند که در کارکرد والد - کودک بهبود حاصل شده است. پژوهش پیسترمان و همکاران (۱۹۸۹) و آناستوپولوس و همکاران (۱۹۹۳) حاکی از آن است که آموزش والدین بر جنبه‌های مختلفی از کارکرد خانواده و والدین اثر می‌گذارد و نیز این نوع درمان، استرس والدین این کودکان را کاهش می‌دهد و اعتماد به نفس آن‌ها را افزایش می‌دهد. مارگالیت و بن‌آرزیس^{۱۰} (۱۹۸۶) داده‌هایی را ارائه داده‌اند که نشان می‌دهد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال با ویژگی‌هایی چون میزان ارتباط کمتر، به هم پیوستگی خانوادگی ضعیف‌تر و آزادی محدودتر در اظهارنظر توصیف شده‌اند. این والدین نسبت به والدین بدون مشکل در فعالیتهای اجتماعی کمتر شرکت داشتند که به نظر محققان این مسئله می‌تواند به علت درگیری‌های فراوان والدین و نداشتن وقت کافی برای شرکت در فعالیتهای مذکور باشد (ملک‌خسروی، ۱۳۸۲).

کازدین^{۱۱} (۱۹۸۵) با بازنگری پیشینه پژوهشی متذکر می‌شود که آموزش رفتاردرمانی به والدین در مقایسه با دارونما و عدم مداخله در اکثر پژوهش‌ها تأثیر معناداری داشته است. اگر والدین بتوانند این شیوه را به خوبی پیاده کنند، تأثیر درمان از خانه و خانواده نیز تجاوز می‌کند و حتی به محیط مدرسه و خارج از مدرسه نیز تعمیم می‌یابد.

با توجه به مختل بودن کارکرد خانواده^{۱۲} در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی و تأثیرپذیری کودکان از کارکرد خانواده و رابطه والد - کودک، این مطالعه در راستای احساس نیاز به آموزش مادران جهت تغییر نگرش تربیتی آنان و نیز بهبود کارکرد خانواده شکل گرفته است. بنابراین، این پژوهش در پی آن است که با آموزش مدیریت والدین بر کارکرد خانواده کودکان مبتلا به اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی اثر بگذارد و از این طریق سبک رابطه‌ای نامناسب والد - کودک را تغییر داده و الگوهای مناسب ارتباطی را جایگزین آن کند.

روش

پژوهش حاضر از نوع اندازه‌گیری مکرر (از نوع طرح تک‌آزمودنی) است. اطلاعات به دست آمده از آزمودنی‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS با فرمول‌های آماری میانگین، انحراف استاندارد و آزمون تحلیل واریانس (اندازه‌گیری مکرر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری در این پژوهش شامل ۲۳ مادر دارای کودک ۱۲-۴ مبتلا به اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی بوده که در سه ماهه اول سال ۱۳۸۷ به بیمارستان رفیده مراجعه کرده‌اند. از بین این مادران، ۱۴ نفر از آنان که حاضر به شرکت در پژوهش بودند با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آموزش مدیریت والدین به مدت هشت جلسه بر روی نمونه مورد نظر به صورت گروهی و هفتگی اجرا شد.

شیوه اجرا

با توجه به طرح پژوهش، شرکت‌کنندگان در چهار مرحله مورد سنجش قرار گرفتند. قبل از شروع آموزش شرکت‌کنندگان با پرسشنامه علائم کودکان و ابزار سنجش خانواده مورد ارزیابی قرار گرفتند تا سطح پایه رفتار آزمودنی‌ها بدست آید (پیش‌آزمون)، در هفته چهارم آموزش (میان‌آزمون)، هفته هشتم آموزش (پس‌آزمون) و یک ماه پس از آخرین جلسه آموزش (پیگیری) نیز مورد ارزیابی قرار گرفتند.

در این پژوهش به منظور آموزش والدین از برنامه گروهی فرزندپروری مثبت (Triple-P) استفاده شد که به صورت ۶ جلسه آموزش دو ساعته و هفتگی و به صورت حضوری و گروهی و دو جلسه نیز به صورت تلفنی اجرا شد (ساندرز، مارکی ددز و ترنر، ۲۰۰۲).

عناوین جلسات آموزشی به شرح زیر است:

جلسه اول: شناخت ADHD و عوامل مؤثر بر رفتار کودکان و روش‌های اندازه‌گیری و ثبت

عینی رفتار

جلسه دوم: تقویت رابطه والد - کودک و آموزش مهارت‌های جدید به کودک

جلسه سوم: افزایش رفتارهای مطلوب و کاهش رفتارهای نامطلوب

جلسه چهارم: استفاده مؤثر از تنبیه و تمرین مهارت اطاعت و اصلاح رفتار

جلسه پنجم: فضای خانواده و شناسایی موقعیت‌های در دسرساز

جلسه ششم: تمرین در مورد مشکلات شایع

جلسه هفتم و هشتم: تماس تلفنی

برای مادران متناسب با محتوای هر جلسه، تکلیف خانگی در طول هفته بعد در نظر گرفته شد و

نیز در انتهای هر جلسه، برگه‌ای حاوی خلاصه‌ای از محتوای آموزش به مادران ارائه داده شد. پس از

اتمام جلسات آموزشی نیز دو هفته پیگیری به صورت تماس تلفنی انجام شد.

ابزارهای پژوهش

ابزار سنجش خانواده: یک پرسشنامه ۶۰ سؤالی است که برای سنجش کارکرد خانواده، توسط

اِپشتاین، بالدوین و بیشاپ در سال ۱۹۸۳ بنا بر الگوی مک‌مستر تدوین شده است. این پرسشنامه

دارای ۷ مقیاس به شرح زیر است: حل مسئله (توانایی خانواده برای حل مشکلات و مراحل که برای

این کار طی می‌کنند)، ارتباط (تبادل مؤثر، گسترده، روشن و مستقیم اطلاعات در خانواده)، نقش‌ها

(کارآیی شیوه خانواده در توضیح و انجام وظایف)، پاسخدهی عاطفی (راه‌کارهای خانواده برای دادن

پاسخ هیجانی مناسب مثبت و منفی)، آمیختگی عاطفی (کیفیت علاقه، توجه و سرمایه‌گذاری

اعضای خانواده در برابر یکدیگر، کنترل رفتار (استانداردها و آزادی‌های رفتاری) و نیز یک ارزیابی از کارکرد کلی بدست می‌دهد (کیت‌نر و همکاران، ۱۹۹۶). آزمودنی برای هر ماده یکی از گزینه‌های کاملاً موافقم، مخالفم و کاملاً مخالفم را انتخاب می‌کند. برای نمره‌گذاری پرسشنامه، تمام پاسخ‌ها از ۱ تا ۴ کدگذاری می‌شوند. نمرات بالاتر نشانگر کارکرد ناسالم‌تر است. این ابزار با قدرت متمایزسازی اعضای خانواده‌های بالینی و غیربالینی در هر هفت خرده‌مقیاس خود دارای روایی خوبی برای این گروه‌ها شناخته شده است.

در ایران اولین نسخه ۵۳ ماده‌ای ^{13}FAD توسط نجاریان (۱۳۷۴) ترجمه شد و ویژگی‌های روان‌سنجی آن مورد بررسی قرار گرفت. او آزمون را بر روی ۵۹۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران انجام داد. همسانی درونی آزمون را با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ بین ۰/۱۴ (مقیاس کارکرد کلی) تا ۰/۷۰ (مقیاس آمیختگی عاطفی) بدست آورد. پس از آن نوروزی (۱۳۷۵) در قسمتی از کار پژوهشی خود دوباره به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۵۳ ماده‌ای FAD پرداخت. او پرسشنامه را بر روی ۱۶۰ نفر اجرا کرد و همسانی درونی آن را بین ۰/۲۸ (نقش‌ها) تا ۰/۷۰ (کارکرد کلی) گزارش کرد (ملک‌خسروی، ۱۳۸۲).

در مطالعه مقدماتی پژوهشی که میرعنایت (۱۳۷۸) بر روی ۵۰ دانشجوی ایرانی انجام داد، آلفای کرونباخ بین ۰/۴۹ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. در پژوهش امینی، آلفای بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۲ و در پژوهش رضایی آلفای بین ۰/۳۸ تا ۰/۹۱ گزارش شده (ملک‌خسروی، ۱۳۸۲). در مطالعه سالاری از نسخه ۶۰ سؤالی استفاده شده که در یک مطالعه مقدماتی در اردیبهشت‌ماه ۱۳۷۹ بر روی ۱۰۹ دانش‌آموز دبیرستانی و راهنمایی اجرا شد و ترجمه بعضی از مواد که فهم آن برای دانش‌آموزان دشوار بود، تغییر یافت. همسانی درونی این نسخه با استفاده از آلفای کرونباخ و اعتبار بازآزمایی آن با فاصله یک هفته تا ده روز محاسبه گردید که نتایج آن تقریباً خوب بوده است (آلفای بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۵) و اعتبار^{۱۴} بازآزمایی آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۸ اندکی کمتر از همسانی درونی و اعتبار فرم اصلی آن است و همبستگی مقیاس‌ها با یکدیگر بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۱ تقریباً با نتایج مربوط به فرم اصلی آن همسان بوده است (ملک‌خسروی، ۱۳۸۲).

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌ها: میانگین سن مادران ۳۴/۳ سال و میانگین سن کودکان ۸/۴ سال می‌باشد. تحصیلات یکی از مادران سیکل، نه نفر از آن‌ها دیپلم، یک نفر فوق دیپلم و سه نفر از آن‌ها لیسانس می‌باشد. به غیر از سه نفر از مادران، تمامی شرکت‌کنندگان خانه‌دار هستند. جنسیت ده نفر از کودکان پسر و چهار نفر آن‌ها دختر می‌باشد.

یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد متغیر مورد مطالعه در چهار مرحله سنجش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات کارکرد خانواده در چهار مرحله سنجش

پیگیری	هفته هشتم	هفته چهارم	پیش‌آزمون	مقیاس	
				میانگین	انحراف استاندارد
۲۳	۲۳	۲۷	۲۸	میانگین	کارکرد کلی
				۵/۱۳۰	۴/۵۸۹
۱۲	۱۱	۱۲	۱۳	میانگین	حل مسئله
				۴/۶۲۰	۴/۰۲۹
۱۶	۱۶	۱۹	۲۱	میانگین	ارتباط
				۳/۲۰۴	۲/۳۶۶
۲۵	۲۲	۲۴	۲۶	میانگین	نقش‌ها
				۲/۵۸۱	۱/۹۸۸
۱۹	۱۸	۲۱	۲۳	میانگین	کنترل رفتار
				۴/۳۱۵	۴/۰۸۷
۱۳	۱۳	۱۶	۱۷	میانگین	پاسخگویی عاطفی
				۳/۶۷۵	۳/۳۳۶
۱۱	۱۱	۱۲	۱۴	میانگین	آمیختگی عاطفی
				۳/۸۱۳	۲/۴۸۵

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین کارکرد کلی خانواده، سیر نزولی دارد که حاکی از بهبود کارکرد خانواده می‌باشد. در زیرمقیاس‌های ارتباط، کنترل رفتار و پاسخ‌گویی عاطفی نیز کاهش نمرات میانگین‌ها چشمگیر است. در زیرمقیاس‌های حل مسئله، نقش‌ها و آمیختگی عاطفی میانگین‌ها کاهش نسبتاً کمی داشته‌اند.

جدول ۲: آزمون تحلیل واریانس (اندازه‌گیری مکرر) برای کارکرد خانواده

F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	گرین-هاوس (Sig)	فرض کرویت (Sig)	موچلی (Sig)	
۶/۱۹۸	۷۱/۳۶۷	۳	۲۱۴/۱۰۰	۰/۰۰۸	۰/۰۰۲	۰/۳۵۴	کارکرد کلی
۱/۵۹۴	۷/۳۵۸	۳	۲۲/۰۷۵	۰/۲۲۷	۰/۲۱۴	۰/۴۰۳	حل مسئله
۷/۵۷۰	۶۰	۳	۱۸۰	۰/۰۱۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۰	ارتباط
۵/۹۱۲	۴۰/۲۲۵	۳	۱۲۰/۶۷۵	۰/۰۰۷	۰/۰۰۳	۰/۵۱۶	کنترل
۴/۶۸۱	۲۴/۴۹۲	۳	۷۳/۴۷۵	۰/۲۲۸	۰/۰۶۹	۰/۰۹۴	نقش‌ها
۹/۶۰۱	۴۲/۰۶۷	۳	۱۲۶/۲۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۷۲۸	پاسخگویی عاطفی
۲/۳۴۰	۱۶/۴۹۲	۳	۴۹/۴۷۵	۰/۱۲	۰/۰۹۶	۰/۱۲۱	آمیختگی عاطفی

جدول ۲ نشان می‌دهد که بر طبق آزمون موچلی برای زیرمقیاس‌های کارکرد کلی، کنترل رفتار و پاسخگویی عاطفی فرض کرویت برقرار می‌باشد و از نظر آماری در سطح $P < 0/01$ معنادار می‌باشند. برای زیرمقیاس ارتباط، فرض کرویت برقرار نیست اما بر طبق آزمون گرین‌هاوس - گیسر معنادار است. بر طبق این نتایج می‌توان نتیجه گرفت که آموزش والدین باعث بهبود کارکرد کلی خانواده در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی شده است. هم‌چنین آموزش والدین باعث شده که پاسخگویی عاطفی در این خانواده‌ها افزایش پیدا کند، ارتباط بین اعضای خانواده افزایش یابد و هم‌چنین کنترل رفتار نیز بهبود پیدا کند.

برای زیرمقیاس‌های حل مسئله، نقش‌ها و آمیختگی عاطفی فرض کرویت برقرار است اما از نظر آماری معنادار نمی‌باشند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش والدین بر روی این سه بُعد از کارکرد خانواده تأثیر نداشته است.

بحث

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده شد، داده‌ها نشان می‌دهند که آموزش والدین باعث بهبود کارکرد خانواده در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی شده است. این یافته با نتایج پژوهش پیسترمان و همکاران (۱۹۸۹) و آناستوپولوس و همکاران (۱۹۹۳) مبنی بر این که آموزش والدین بر جنبه‌های مختلفی از کارکرد خانواده و والدین اثر می‌گذارد، همسو می‌باشد.

نتایج حاصل از زیرمقیاس حل مسئله نشان می‌دهد که آموزش والدین قادر به تأثیر بر این بعد از کارکرد خانواده نبوده است. به نظر می‌رسد که بعد حل مسئله بیشتر با اسنادهای والدین در ارتباط باشد. مثلاً اگر آن‌ها مشکل کودک خود را به عوامل فیزیولوژیک نسبت داده باشند یا اگر وجود اختلال را نپذیرفته باشند و آن را به طبیعت کودک نسبت داده باشند، راحت‌تر با مشکل برخورد می‌کنند و با اضطراب کمتری به حل مسئله می‌پردازند. در چنین شرایطی والدین در همان مرحله اول فرایند حل مسئله، یعنی تشخیص مشکل گیر کرده‌اند. علاوه بر این، فرایند حل مسئله یک فرایند چند مرحله‌ای و نیازمند این است که برای حل موفقیت‌آمیز مسئله این مراحل طی شوند، در حالی که در برنامه فرزندپروری مثبت آموزش نحوه حل مسئله برای والدین طراحی نشده است. هم‌چنین، بعد حل مسئله با توجه به نوع پرسشنامه در فرهنگ‌های مختلف می‌تواند متفاوت باشد.

بررسی داده‌های حاصل از زیرمقیاس ارتباط نشان می‌دهد که آموزش والدین باعث افزایش ارتباط بین اعضای خانواده شده است. این یافته با نتایج پژوهش آناستاپولوس و همکاران (۱۹۹۳) که معتقدند آموزش والدین باعث بهبود رابطه والد - کودک می‌شود، هماهنگ است. خانواده‌های کودکان بیش‌فعال در مورد برقراری ارتباط با درون سیستم خانواده مشکل بیشتری دارند و بیشتر از خانواده‌های کودکان عادی از ارتباط غیرصریح، غیرمستقیم و سردرگم استفاده می‌کنند. در واقع در

برنامه فرزندپروری مثبت والدین تشویق می‌شوند که به فرزند خود وقت باکیفیت و مفید اختصاص دهند. همچنین این برنامه باعث یادگیری مهارت‌های جدید برقراری ارتباط در والدین می‌شود و از این طریق باعث بهبود و تسهیل ارتباط بین والد - کودک می‌گردد.

داده‌های حاصل از زیرمقیاس نقش‌ها نشان می‌دهند که آموزش والدین بر این بعد از کارکرد خانواده اثر مثبت و معنادار نداشته است. در واقع در برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بیشتر بر روی بعد ارتباط و ابراز احساسات تأکید می‌شود و آموزش، بعد نقش‌ها را در بر نمی‌گیرد. علاوه بر این برای تغییر در نقش‌ها باید مداخلات در سطحی عمیق‌تر و با تعداد جلسات بیشتری انجام گیرند.

بررسی داده‌های حاصل از کنترل رفتار نشان می‌دهند که آموزش والدین بر این بعد از کارکرد خانواده اثر مثبت و معنادار داشته است. در واقع در روش آموزش والدین برای کنترل رفتار کودکان مقررات مشخصی تعیین شده و مرزها به خوبی تعریف می‌شوند و این موضوع تأثیر زیادی در اعمال کنترل والد بر کودک دارد. همچنین والدین در جریان آموزش با یادگیری روش‌های تشویق و تنبیه، می‌آموزند که در شرایط و موقعیت‌های مختلف رفتار کودک را کنترل کنند.

بررسی داده‌های حاصل از پاسخگویی عاطفی نشان می‌دهند که آموزش والدین باعث افزایش پاسخگویی عاطفی در بین اعضای خانواده شده است. در واقع در این روش برای بهبود رابطه والد-کودک، بر ابراز احساسات والدین به کودکان تأکید زیادی می‌شود و همین امر باعث افزایش پاسخدهی مادران به کودکان شده است.

بررسی داده‌های حاصل از آمیختگی عاطفی نشان می‌دهند که آموزش والدین بر این بعد از کارکرد خانواده اثر مثبت و معنادار نداشته است. در واقع آمیختگی عاطفی بر خلاف پاسخگویی عاطفی مستلزم این است که والدین در سطحی عمیق‌تر با کودکان خود ارتباط برقرار کنند و این در حالی است که برنامه فرزندپروری مثبت مبتنی بر نظریه‌های رفتاری است و تغییرات حاصله در این رویکرد به اندازه‌ای عمیق نیست که بتواند در سطحی عمیق‌تر باعث تغییر شود. علاوه بر این در جوامع شرقی مثل ایران که به عنوان جوامع جمع‌گرا شناخته می‌شوند، افراد خانواده در هر شرایطی با هم احساس همدردی می‌کنند. بنابراین ممکن است آمیختگی عاطفی و همدردی یک صفت خاص جوامع شرقی باشد و نیازی به تغییر و یا افزایش نداشته باشد و به این صورت در نتایج مورد انتظار تأثیر گذاشته باشد. چنانچه پژوهش ملک‌خسروی نیز نشان می‌دهد که بعد آمیختگی عاطفی در خانواده‌های کودکان ADHD و خانواده‌های عادی از لحاظ آماری تفاوت معناداری ندارند.

پی‌نوشت‌ها

1. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. De Boo Prinz
3. Brown

4. Dupaul, Mcgoey & Eckert
5. Munden
6. Ramsay & Russell
7. Parent Management Training (PMT)
8. Kratochvil
9. Anastopoulos
10. Margtalit & Benarzis
11. Kazdin
12. Family Function
13. Family Assessment Device (FAD)
14. Validity

منابع

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۸۴). متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ترجمه م. ر. نیکخو و ه. آوادیس یانس، چاپ چهارم). تهران: انتشارات سخن.
- قهاری، ش. و مهریار، ا. ه. (۱۳۷۵). بررسی مقایسه‌ای شیوع اختلالات ایذایی و کمبود توجه، افسردگی و اضطراب فراگیر در کودکان شاهد، محروم از پدر و عادی شهر چالوس با ابزار *CSI-IV*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران، تهران.
- ملک‌خسروی، غ. (۱۳۸۲). کارکرد خانواده در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی؟، تهران.

- Anastopoulos, A. D., & Shaffer, S. D. (2001). *Attention deficit/hyperactivity disorder: Handbook of clinical child psychiatry*. Canada: John Wiley & Sons.
- Anastopoulos, A. D., Shelton, I. L., & Dupaul, G. J. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 581-596.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Volume 1. London; Hogarth.
- De Boo, G. M., & Prins, P. J. M. (2007). Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social- skills training. *Clinical Psychology Review*, 27, 78-97.
- Dupaul, G. J., Mcgoey, K. E., & Eckert, T. L. (2001). Preschool children with attention deficit and hyperactivity: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 508-515.
- Fabio, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 129-40.
- Gradow, K. D., & Sparfking, J. (1994). *Child symptom inventory manual*. Stony Brook. Checkmate Plus LTD.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with ADHD: Review and recommend actions for future research. *Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183-207.

- Kazdin, A. E. (1985). Psychopathology for children and adolescents. *Journal of Adolescent Psychotherapy, 41*, 21-54.
- Keitner, G. I., Killer, I. W., & Ryan, C. E. (1996). Mood disorder and the family. In F. W. Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunction family patterns* (435-446). New York: Wiley.
- Kratochvil, C. J., Vaughan, B. C., Barker, A., Corr, L., Wheeler, A., & Madaan, V. (2009). Review of pediatric attention-deficit/hyperactivity disorder for the general psychiatrist. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North American, 32* (1), 39-56.
- Munden, A. (2000). *The ADHD handbook. Journal of Abnormal Psychology, 112*, 497-507.
- Pavuluri, M. N., Luk, S. L., & Gee, M. R. (1999). Parent reported preschool attention deficit and hyperactivity: Measurement and validity. *Journal of The Eurpope of Child & Adolsocent Psychiatry, 8*, 126-133.
- Ramsay, J., & Russell, L. (2007). Cognitive behavioral therapy for adult ADHD. *Rutledge, 26* (4), 433- 444.
- Sanders, M., Markie-Dadds, C., & Turner, K. (2002). *Every parent's group workbook. Journal of Clinical Psychiatry. 65*, 18-21.