

مقایسه عملکرد خانواده کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی با عملکرد خانواده کودکان بدون اختلال بیش‌فعالی

Family Functioning in 7-15 year old Children with and without ADHD in Tabriz City

F. Dortaj, Ph.D.

A. Mohammadi

دکتر فریبرز درتاج ✉

دانشیار گروه روان‌شناسی تربیتی و سنجش دانشگاه علامه طباطبائی

اکبر محمدی

کارشناس ارشد رشته سنجش و اندازه‌گیری (روان‌سنجی)

دریافت مقاله: ۸۷/۵/۲۰

دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۸/۱۱/۲۰

پذیرش مقاله: ۸۹/۲/۲۵

Abstract

Objective: The objective of this study was to assess family functioning of 7-15 year-old children with and without attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in Tabriz in 2008.

Method: We used causal-comparative method with 150 families. 75 of them were families of children with ADHD referred to the clinics of Tabriz and the rest of them were the families of ordinary students of Tabriz. We used Random Cluster sampling and used the Family Assessment Device questionnaire with them, and analyzed the data using t-test.

چکیده:

هدف پژوهش حاضر، مقایسه عملکرد خانواده کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعال ۷-۱۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی تبریز با عملکرد خانواده کودکان بدون اختلال بیش‌فعالی در سال ۱۳۸۷ می‌باشد. این مطالعه از نوع علی-مقایسه‌ای و بر روی ۱۵۰ خانواده انجام گرفته است. ۷۵ خانواده کودکان مبتلا به ADHD ۷-۱۵ ساله، از بین مراجعین کلینیک‌های روان-پزشکی شهر تبریز و ۷۵ خانواده کودکان بدون ADHD از بین دانش‌آموزان سنین ۷-۱۵ ساله تبریز، به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای به عنوان نمونه انتخاب شدند.

✉ Corresponding author: Dehkadey Olampic Allameh Tabatabai University, Tehran.

Tel: +9821-44737563

Email: f_dortaj@yahoo.com

✉ نویسنده مسئول: خیابان دهکده المپیک، دانشگاه علامه طباطبائی،

دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

تلفن: ۰۲۱-۴۴۷۳۷۵۶۳

پست الکترونیکی: f_dortaj@yahoo.com

Results: The results showed that there was a significant difference between the 2 groups in problem solving, communication, roles, affective responsiveness, behavioral control, affective involvement and general functioning. The average score of families with ADHD children was higher than the control group. It was found out that ADHD group displayed less healthier functioning compared with the control group.

KeyWords: ADHD, Family Functioning.

پرسشنامه ابزار سنجش خانواده (FAD) در مورد آن‌ها اجرا و داده‌های بدست آمده با روش آماری t-test دو گروه مستقل تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها تفاوت بین عملکرد خانواده کودکان دارای ADHD با عملکرد خانواده‌های کودکان بدون ADHD در همه بعدها (یعنی حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، کنترل رفتار، آمیزش عاطفی و عملکرد کلی) را معنادار نشان داد. در میانگین نمرات عملکرد خانواده‌های کودکان دارای اختلال ADHD در ابعاد یاد شده بزرگتر از میانگین نمرات خانواده‌های کودکان بدون ADHD بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت عملکرد خانواده گروه ADHD نسبت به گروه کنترل ناسالم‌تر می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه، عملکرد خانواده

مقدمه

خانواده، تشکلی طبیعی است که الگوهای گوناگون ارتباطی و عملکردی را در گذر زمان به خدمت می‌گیرد و این الگوها ساخت خانواده را شکل می‌دهند و ضمن تعیین نقش اعضای خانواده، حیطة هر یک از اعضا را مشخص و تبادل نظر میان اعضا را تسهیل می‌کنند. برای این‌که وظایف اصلی خانواده بهتر صورت گیرد خانواده باید دارای ساخت و عملکردی کارآمد و سالم باشد (مینوچین و فیشمن^۱، ترجمه بهاری و سیا، ۱۳۸۴). اهمیت، توجه و حفظ چنین ساختاری با در نظر گرفتن نقش روحی، روانی، عاطفی و اجتماعی و همچنین رفتاری خانواده و الگوبرداری فرزندان در یک محیط عاطفی انکارناپذیر است (بارنز^۲، ۲۰۰۳؛ ترجمه عباس‌دلویی، ۱۳۸۲).

اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه^۳، اختلالی است که در آن پرتحرکی، بی‌توجهی و رفتار ناگهانی، بیشتر و شدیدتر از کودکان دیگر وجود دارد و ۳ تا ۵ درصد کودکان به این اختلال مبتلا هستند. اغلب این کودکان دارای مشکلاتی در قلمرو توجه هستند و ویژگی دیگر این کودکان ناتوانی در مهار رفتارهای تکانشی است (کاپلان، سادوک^۴، ۲۰۰۷؛ واینر^۵، ۲۰۰۴؛ زارعی، ۱۳۷۹).

والدین به دلیل نفوذ و تماس بیشتر با کودکان می‌توانند در اجرای مداخلات رفتاری در محیط طبیعی زندگی کودک نقش بسزایی داشته باشند. به همین دلیل در دهه‌های اخیر توجه روز افزونی به گنجاندن آموزش مدیریت والدین در طرح درمانی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) گردیده است (خوشابی کتایون، قدیری فاطمه، جزایری علیرضا، ۱۳۸۵).

کجباف (۱۳۸۷) در پژوهشی با هدف بررسی سبک‌های فرزندپروری والدین دارای کودکان نارسایی توجه و بیش‌فعالی و نوع برخورد با این کودکان و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و مقایسه آن با سبک‌های فرزندپروری والدین خانواده‌های کودکان عادی دوره ابتدایی شهر نجف‌آباد، بر روی نمونه ۱۲۰ نفری به این نتیجه رسید که خانواده‌های دارای کودکان با نارسایی توجه / بیش‌فعالی نسبت به خانواده‌ای بدون اختلال، بیشتر از سبک فرزندپروری استبدادی و اقتداری استفاده می‌کنند. بر اساس نظریه خانواده پویایی برون (۱۹۷۸) وقتی عملکرد ضعیف در روابط زناشویی وجود داشته باشد این اختلاف روی رفتار کودک تأثیر داشته و انعکاس عملکرد بد والدین را کودک به صورت نشانه‌های نارسایی توجه/ بیش‌فعالی نشان می‌دهد. والدین این کودکان 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. به نظر می‌رسد که یک رابطه متقابل و تأثیرگذار بین والدین، محیط خانه و نارسایی توجه و بیش‌فعالی وجود دارد (کجباف، ۱۳۸۷).

نازک‌تبار فیروزجایی (۱۳۸۴) در پژوهشی با عنوان نقش عملکرد خانواده بر سبک مقابله با فشارهای روانی و پیشرفت تحصیلی روی ۳۶۰ دانش‌آموز دختر و پسر به این نتیجه رسید که بین عملکرد خانواده و سبک‌های مقابله (مسئله‌مدار و هیجان‌مدار) رابطه معناداری وجود دارد. نتایج مطالعات انجام شده نشان‌دهنده این است، والدینی که با سبک صمیمی و همدلی و عاری از مزاحمت مفرط مشخص شده‌اند، در سلامت عملکرد خانواده و سلامت روانی کودکان و نوجوانان با اهمیت تشخیص داده شده‌اند (محمودنژاد، ۱۳۸۰). شریفی (۱۳۸۳) در پژوهشی با عنوان بررسی و مقایسه رابطه بین عملکرد خانواده و میزان سازگاری کل، سازگاری آموزشی، عاطفی و اجتماعی روی ۳۰۰ دانش‌آموز دختر و پسر به این نتیجه رسید که بین عملکرد خانواده و ابعاد سازگاری، رابطه وجود دارد.

خوشابی و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهشی با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزش گروهی مدیریت والدین متناسب با فرهنگ ایرانی در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و مقایسه آن با دارودرمانی به این نتیجه رسیدند که برنامه آموزش مدیریت والدین به تنهایی در کاهش نشانه‌های اصلی اختلال و مشکلات رفتاری کودکان تأثیری ندارد. ولی درمان ترکیبی در کاهش مشکلات یادگیری و نیز مشکلات روان‌تنی، کاهش نشانه‌های اصلی اختلال و مشکلات رفتاری کودکان تأثیر معنادار برتری نسبت به دو شرایط دیگر نشان داده است. والدین کودکان ADHD به دلیل این‌که

با چالش‌های والدگری بیشتری روبه‌رو هستند، استرس فراتری از والدین کودکان سالم دارند. با وجود این‌که منشأ چندگانه‌ای برای استرس والدگری شناخته شده است بسیاری از محققان بیان می‌کنند که ADHD کودک و مشخصه‌های بالینی آن از عوامل مؤثر در استرس والدگری است (روشن‌بین، پوراعتماد، خوشابی، ۱۳۸۶).

روشن‌بین و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهشی با هدف بررسی تأثیر آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان ۱۰-۴ ساله مبتلا به ADHD به این نتیجه رسیدند که برنامه آموزشی فرزندپروری مثبت منجر به کاهش استرس والدگری در قلمرو کودک و قلمرو والدین شده است.

نتایج تحقیقات حاکی از آن است که خانواده‌ها در طی دوران تحول فرزندان‌شان به عنوان سیستم‌های حمایتی عمل می‌کنند (کلی، لاری، آن، ۲۰۰۶؛ جانستون، ماش، ۲۰۰۱). کودکان بیش‌فعال به دلیل رفتارهایی چون پرتحرکی، کم توجهی، بی‌قراری و رفتارهای تکانشی ممکن است تأثیرات عمیقی بر روابط خود با سایر اعضا و فضای کلی حاکم بر خانواده بگذارند (واینر، ۲۰۰۴؛ کانوکوان، آر، اوراوان^۸، ال، ۲۰۰۸). وجود این رفتارها منجر به بروز واکنش‌هایی مانند پرخاشگری، خصومت و تنبیهات جسمانی از جانب والدین می‌انجامد حتی اطرافیان با تنبیه کودکان تلاش می‌کنند تا توجه و رفتار او را کنترل کنند اما این امر نه تنها مؤثر واقع نمی‌شود بلکه او را برای مقابله با خواسته‌های اطرافیان بیش از پیش تحریک می‌کند و باعث افزایش لجبازی و نافرمانی او نیز می‌شود (واینر، ۲۰۰۴؛ دادستان، ۱۳۷۸). ساخت‌گرایان، خانواده را کانون آسیب‌شناسی روانی می‌دانند و فرایندهای درونی افراد را پدیده‌ای کاملاً درونی نمی‌دانند بلکه تحت‌الشعاع عوامل بیرونی از جمله تعاملات خانوادگی می‌دانند که متقابلاً بر هم اثر می‌گذارند (سکستون، ویکز، رابینز^۹، ۲۰۰۳).

هم‌چنین نتایج تحقیقات حاکی از آن است که خانواده^{۱۰} کودکان بیش‌فعال نسبت به خانواده‌های غیربیش‌فعال از عملکرد مخرب‌تری برخوردارند (گیل، تراپ؛ الیزابت، آ، اسپاوجنسی؛ رابین، لانگلد؛ کلی، موات^{۱۱}، ۲۰۰۷). جانستون (۲۰۰۱) در تحقیقی تعامل بین والدین و کودکان مبتلا به ADHD را مورد بررسی قرار داده و مشاهده کرد که این والدین واکنش‌های منفی‌تری در برخورد با کودکان‌شان نشان می‌دادند و شیوه‌های مثبت کمتری اتخاذ می‌کردند. هم‌چنین در تحقیقی بارکلی و کانینگهام^{۱۲} نشان دادند که مادران کودکان ADHD سبک کنترل‌کننده و بیشتر حالت انتقادی داشتند و ارتباط متقابل اجتماعی کمتری را اتخاذ می‌کردند و کمتر به کودکان‌شان پاسخ می‌دادند (بارلو، دوراند^{۱۳}، ۱۹۹۵؛ کارلسون، پلهام، میلیچ، دیکسون^{۱۴}، ۱۹۹۲؛ گاردنر، اف، آسلاند، اج^{۱۵}، ۲۰۰۵). کانوکوان، آر، اوراوان، ال (۲۰۰۸) در تحقیقی با عنوان مقایسه عملکرد خانوادگی در کودکان بیش‌فعال و بدون بیش‌فعال روی ۴۴ خانواده کودک ADHD و ۴۵ خانواده کودک بدون ADHD دریافتند که بین دو گروه در بعد حل مسئله و همراهی عاطفی تفاوت معناداری وجود دارد اما تفاوت

در ابعاد دیگر معنادار نبود. در تحقیقات انجام شده توسط پاترنیت^{۱۶} و همکاران (۱۹۷۶) در مورد ۹۹ پسر ADHD چنین نتیجه‌گیری شد که عوامل خانوادگی در بروز علائم ثانویه از جمله پرخاشگری و رفتار ضداجتماعی و عزت‌نفس پایین تأثیر می‌گذارد (گودرزی، ۱۳۶۹). نتایج تحقیقات بارکلی (۱۹۹۲) و آناستوپولوس^{۱۷} (۱۹۹۲) نشان می‌دهد که ارتباط مادران نوجوان نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با فرزندان نشان منفی‌تر از مادران دیگر است و به هنگام بروز اختلاف، خشمگین‌تر می‌شوند، مادران این نوجوانان اغلب خودرأی و مستبد و گرایش کمتری به حل مسئله نشان می‌دهند. بدین ترتیب الگوهای تعامل خاص این والدین ایجاد رابطه و حل تعارض را مشکل‌تر می‌کند (کجباف، ۱۳۸۷؛ زارعی، ۱۳۷۹).

خانواده یکی از ارکان اصلی زندگی اجتماعی محسوب می‌شود (آرونس و رادجرز^{۱۸}، ۱۹۸۷). می‌بایست کلیه مسائل مربوط به آن مورد توجه قرار گیرد. وجود یک بیماری در هر یک از اعضای خانواده هم‌چنین داشتن کودک ADHD که تأثیر بیشتری بر فضای حاکم بر خانواده می‌گذارد، به کار عادی خانواده لطمه می‌زند و نشاط و رفاه را از سایر اعضا سلب می‌کند (میلانی‌فر، ۱۳۸۳). از آن‌جا که عملکرد خانواده نقش مهمی در یک زندگی سالم و به‌خصوص در مواقعی که یکی از اعضای خانواده نیاز به کمک بیشتر خانواده جهت سازگاری با محیط دارد، به نظر می‌رسد که عملکرد سالم خانواده می‌تواند نقشی کمک‌کننده و تعیین‌کننده‌ای داشته باشد.

شکوهی‌یکتا و پرنده (۱۳۸۷) در تحقیقی با هدف بررسی آموزش روش حل مسئله به مادران و تأثیر آن بر روابط خانوادگی که سه عامل ارتباط، پاسخدهی عاطفی و مشارکت عاطفی بررسی شد به این نتیجه رسیدند که آموزش روش حل مسئله به مادران در عامل مشارکت عاطفی تأثیر داشته است. حمیدی (۱۳۸۴) طی تحقیقی نشان داد که خانواده‌درمانی باعث بهبود عملکرد خانواده می‌شود. کلانتری و همکاران (۱۳۸۰) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که ترکیب آموزش رفتار والدین و دارو - درمانگری از میزان علائم فزون‌کنشی کودکان مبتلا به ADHD می‌کاهد. پژوهش حاضر با توجه به نقش والدین و عملکرد خانواده در شکل‌گیری رفتار کودکان ADHD و تشدید یا کاهش علائم مخرب و کمبود مطالعات درمانی اختلال ADHD با رویکرد به خانواده، با هدف مقایسه عملکرد خانواده کودکان ADHD با گروه کنترل و بررسی این فرضیه کلی که بین عملکرد خانواده کودکان ADHD با خانواده کودکان بدون ADHD تفاوت وجود دارد، انجام شد.

روش

با توجه به هدف پژوهش حاضر، مقایسه عملکرد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال/ نقص توجه با خانواده‌های کودکان غیر بیش‌فعال، واحد تحلیل، خانواده است و روش تحقیق علی - مقایسه‌ای^{۱۹} می‌باشد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری شامل خانواده کودکان ADHD ۷-۱۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز درمانی روان‌پزشکی تبریز و خانواده کودکان غیر بیش‌فعال ۷-۱۵ ساله شهر تبریز می‌باشد. ۷۵ خانواده از خانواده کودکان ADHD از بین مراجعین مراکز درمانی روان‌پزشکی تبریز و ۷۵ خانواده گروه عادی از بین دانش‌آموزان مدارس ناحیه ۲ آموزش و پرورش تبریز به عنوان نمونه به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای^{۲۰} انتخاب شدند. تشخیص کودکان ADHD توسط روان‌پزشک بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، ویراست چهارم (DSM-IV-TR) و مصاحبه بالینی توسط روان‌شناس صورت گرفت. معیار تشخیص کودکان بدون ADHD نداشتن بیماری روانی می‌باشد. رسیدن به این تشخیص (نداشتن بیماری روانی) از طریق مصاحبه با روان‌شناس مدرسه، بررسی اطلاعات مندرج در پرونده دانش‌آموز و مصاحبه با والدین دانش‌آموز توسط روان‌شناس بالینی شاغل در یکی از مراکز درمانی اختلالات روان‌پزشکی کودکان صورت گرفت. پس از انتخاب و تشخیص کودکان دارای ADHD و کودکان بدون ADHD و جلب رضایت آنان برای همکاری در پژوهش، پرسشنامه عملکرد خانواده در اختیار هر دو والد (والدین کودکان بدون ADHD با همکاری مدیر به مدرسه دعوت شدند و پرسشنامه در اختیار آنان قرار گرفت) قرار داده شد و میانگین نمرات مادر و پدر به عنوان عملکرد والدین (خانواده) کودک وارد تحلیل گردید.

ابزار پژوهش

مقیاس سنجش خانواده مک‌مستر: ابزار سنجش خانواده^{۲۱} (FAD)، یک پرسشنامه ۶۰ سؤالی است که برای سنجیدن عملکرد خانواده بر اساس الگوی مک‌مستر^{۲۲} تدوین شده است. این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط اپشتاین و بالدوئین و بیشاب^{۲۳} با هدف توصیف ویژگی‌های ساختاری خانواده تهیه شده است، که توانایی خانواده را در سازش با حوزه وظایف خانوادگی با یک مقیاس خود - گزارش‌دهی مورد سنجش قرار می‌دهد (اپشتاین و همکاران، ۱۹۸۳، ۱۹۸۵؛ به‌نقل از ثنایی، ۱۳۷۹؛ اپشتاین و همکاران، ۲۰۰۷). مدل مک‌مستر بر آن گروه از ابعاد کارایی خانواده متمرکز است که بیشترین تأثیر را بر سلامت جسمی و عاطفی اعضای خانواده نشان داده است (اپشتاین و همکاران، ۲۰۰۷). این مدل ۶ جنبه از کارکرد خانواده را مدنظر دارد که شامل: حل مسئله^{۲۴}، ارتباط^{۲۵}، نقش‌ها^{۲۶}، همراهی عاطفی^{۲۷}، آمیزش عاطفی^{۲۸} و کنترل رفتار^{۲۹} می‌باشد (کارسون و همکاران^{۳۰}، ۱۹۷۷؛ ترجمه نوایی‌نژاد، ۱۳۷۸؛ ثنایی، ۱۳۷۹؛ اپشتاین و همکاران، ۱۹۸۳، ۱۹۸۵، ۲۰۰۳، ۲۰۰۷) که علاوه بر این‌ها یک بعد عملکرد کلی^{۳۱} را نیز در نظر گرفته، که نمره آن شامل مجموع نمره‌های ابعاد ذکر شده است (میلر، اپشتاین، بیشاب، کیتز^{۳۲}، ۱۹۸۵، ۲۰۰۳، ۲۰۰۷). این آزمون با قدرت متمایزسازی اعضای خانواده‌های بالینی و غیربالینی در هر هفت خرده‌مقیاس خود، دارای روایی^{۳۳}

خوبی شناخته شده است (ایشتاین، ان، بی. بالدوئین، ال. ام و بیشاب، ۱۹۸۳؛ به نقل از ثنایی، ۱۳۷۹؛ ایشتاین و همکاران، ۱۹۸۵؛ ۲۰۰۷). ضریب آلفای^{۳۴} این ابزار توسط ایشتاین و همکاران در سال ۱۹۸۳ بر روی نمونه ۵۰۳ نفری بین ۰/۷۲ در بعد نقش‌ها و کنترل رفتار و ۰/۹۲ در عملکرد کلی گزارش شده است که نشان می‌دهد از همسانی درونی خوبی برخوردار است.

در ایران اولین کوشش علمی به منظور هنجاریابی جهت سنجش عملکرد خانواده را نجاریان (۱۳۷۴) به عمل آورد. وی ضریب آلفای این ابزار را با اجرا بر روی نمونه ۵۱۰ نفری، ۰/۹۳ در بعد کلی، صیادی (۱۳۸۱) ضریب آلفایی برابر با ۰/۹۳ در کل مقیاس و امینی (۱۳۷۹) ۰/۸۱ و رضایی (۱۳۷۸)، ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند که نشانگر پایایی بالای این آزمون است. زاده‌محمدی و ملک‌خسروی (۱۳۸۵) در مطالعه خود در زمینه اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون، پایایی بازآزمایی با فاصله یک هفته در گستره ۰/۵۶ برای خرده‌مقیاس پاسخ‌های عاطفی تا ۰/۸ برای خرده‌مقیاس نقش‌ها را گزارش کردند. قدیری و نوش‌کیا (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در مطالعه بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو دسته روش‌های آماری استفاده شد: روش توصیفی (شامل میانگین، انحراف استاندارد، واریانس) و روش استنباطی. تجزیه و تحلیل نتایج پژوهش حاضر با استفاده از روش t-test دو گروهی مستقل (با واریانس برابر) و با نرم افزار spss16 انجام شد.

یافته‌ها

از مطالعه عملکرد ۷۵ خانواده دارای کودکان با اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه و ۷۵ خانواده بدون کودکان اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه با استفاده از مقیاس سنجش خانواده (FAD) نتایج زیر بدست آمد.

چنان‌که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمرات عملکرد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال در حل مسئله برابر $M=18/53$ و برای خانواده‌های کودکان بدون بیش‌فعال $M=16/29$ می‌باشد. تفاوت بین این دو میانگین از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۱، یعنی با احتمال ۰/۹۹ معنادار است. از این‌رو نتیجه می‌گیریم تفاوت بین میانگین عملکرد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال و بدون بیش‌فعال در حل مسئله معنادار است.

جدول ۱: مقایسه عملکرد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال با خانواده‌های

کودکان بدون بیش‌فعالی

ابعاد عملکرد خانواده	شاخص‌های آماری گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری																																																													
حل مسئله	بیش‌فعال	۱۸/۵۳	۴/۹۹	۲/۲۴	۲/۸۸	۱۴۸	**p≤۰/۰۱																																																													
	عادی	۱۶/۲۹	۴/۴۹					ارتباط	بیش‌فعال	۱۸/۶۹	۴/۹۷	۲/۰۱	۲/۶۷	۱۴۸	*p≤۰/۰۱	عادی	۱۶/۶۸	۴/۲	نقش‌ها	بیش‌فعال	۲۱/۰۵	۴/۳۹	۱/۸	۲/۴۳	۱۴۸	**p≤۰/۰۵	عادی	۱۹/۳۵	۴/۶۷	واکنش عاطفی	بیش‌فعال	۱۹/۲۴	۴/۵۷	۲/۸	۳/۷۳	۱۴۸	**p≤۰/۰۱	عادی	۱۶/۴۴	۴/۶۷	آمیزش عاطفی	بیش‌فعال	۱۸/۳۳	۵/۳۵	۲	۲/۴۴	۱۴۸	**p≤۰/۰۵	عادی	۱۶/۳۳	۴/۶۲	کنترل رفتار	بیش‌فعال	۲۰/۲۱	۴/۵۶	۱/۶۲	۲/۱۶	۱۴۸	**p≤۰/۰۵	عادی	۱۸/۵۸	۴/۶۲	عملکرد کلی	بیش‌فعال	۱۱۶/۰۶	۱۳/۹۲	۱۲/۴۸	۵/۳۹
ارتباط	بیش‌فعال	۱۸/۶۹	۴/۹۷	۲/۰۱	۲/۶۷	۱۴۸	*p≤۰/۰۱																																																													
	عادی	۱۶/۶۸	۴/۲					نقش‌ها	بیش‌فعال	۲۱/۰۵	۴/۳۹	۱/۸	۲/۴۳	۱۴۸	**p≤۰/۰۵	عادی	۱۹/۳۵	۴/۶۷	واکنش عاطفی	بیش‌فعال	۱۹/۲۴	۴/۵۷	۲/۸	۳/۷۳	۱۴۸	**p≤۰/۰۱	عادی	۱۶/۴۴	۴/۶۷	آمیزش عاطفی	بیش‌فعال	۱۸/۳۳	۵/۳۵	۲	۲/۴۴	۱۴۸	**p≤۰/۰۵	عادی	۱۶/۳۳	۴/۶۲	کنترل رفتار	بیش‌فعال	۲۰/۲۱	۴/۵۶	۱/۶۲	۲/۱۶	۱۴۸	**p≤۰/۰۵	عادی	۱۸/۵۸	۴/۶۲	عملکرد کلی	بیش‌فعال	۱۱۶/۰۶	۱۳/۹۲	۱۲/۴۸	۵/۳۹	۱۴۸	**p≤۰/۰۱	عادی	۱۰۳/۵۸	۱۴/۴						
نقش‌ها	بیش‌فعال	۲۱/۰۵	۴/۳۹	۱/۸	۲/۴۳	۱۴۸	**p≤۰/۰۵																																																													
	عادی	۱۹/۳۵	۴/۶۷					واکنش عاطفی	بیش‌فعال	۱۹/۲۴	۴/۵۷	۲/۸	۳/۷۳	۱۴۸	**p≤۰/۰۱	عادی	۱۶/۴۴	۴/۶۷	آمیزش عاطفی	بیش‌فعال	۱۸/۳۳	۵/۳۵	۲	۲/۴۴	۱۴۸	**p≤۰/۰۵	عادی	۱۶/۳۳	۴/۶۲	کنترل رفتار	بیش‌فعال	۲۰/۲۱	۴/۵۶	۱/۶۲	۲/۱۶	۱۴۸	**p≤۰/۰۵	عادی	۱۸/۵۸	۴/۶۲	عملکرد کلی	بیش‌فعال	۱۱۶/۰۶	۱۳/۹۲	۱۲/۴۸	۵/۳۹	۱۴۸	**p≤۰/۰۱	عادی	۱۰۳/۵۸	۱۴/۴																	
واکنش عاطفی	بیش‌فعال	۱۹/۲۴	۴/۵۷	۲/۸	۳/۷۳	۱۴۸	**p≤۰/۰۱																																																													
	عادی	۱۶/۴۴	۴/۶۷					آمیزش عاطفی	بیش‌فعال	۱۸/۳۳	۵/۳۵	۲	۲/۴۴	۱۴۸	**p≤۰/۰۵	عادی	۱۶/۳۳	۴/۶۲	کنترل رفتار	بیش‌فعال	۲۰/۲۱	۴/۵۶	۱/۶۲	۲/۱۶	۱۴۸	**p≤۰/۰۵	عادی	۱۸/۵۸	۴/۶۲	عملکرد کلی	بیش‌فعال	۱۱۶/۰۶	۱۳/۹۲	۱۲/۴۸	۵/۳۹	۱۴۸	**p≤۰/۰۱	عادی	۱۰۳/۵۸	۱۴/۴																												
آمیزش عاطفی	بیش‌فعال	۱۸/۳۳	۵/۳۵	۲	۲/۴۴	۱۴۸	**p≤۰/۰۵																																																													
	عادی	۱۶/۳۳	۴/۶۲					کنترل رفتار	بیش‌فعال	۲۰/۲۱	۴/۵۶	۱/۶۲	۲/۱۶	۱۴۸	**p≤۰/۰۵	عادی	۱۸/۵۸	۴/۶۲	عملکرد کلی	بیش‌فعال	۱۱۶/۰۶	۱۳/۹۲	۱۲/۴۸	۵/۳۹	۱۴۸	**p≤۰/۰۱	عادی	۱۰۳/۵۸	۱۴/۴																																							
کنترل رفتار	بیش‌فعال	۲۰/۲۱	۴/۵۶	۱/۶۲	۲/۱۶	۱۴۸	**p≤۰/۰۵																																																													
	عادی	۱۸/۵۸	۴/۶۲					عملکرد کلی	بیش‌فعال	۱۱۶/۰۶	۱۳/۹۲	۱۲/۴۸	۵/۳۹	۱۴۸	**p≤۰/۰۱	عادی	۱۰۳/۵۸	۱۴/۴																																																		
عملکرد کلی	بیش‌فعال	۱۱۶/۰۶	۱۳/۹۲	۱۲/۴۸	۵/۳۹	۱۴۸	**p≤۰/۰۱																																																													
	عادی	۱۰۳/۵۸	۱۴/۴																																																																	

هم‌چنین تفاوت بین میانگین نمرات عملکرد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال و بدون بیش‌فعال در بعد ارتباط از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۱، یعنی با احتمال ۰/۹۹ معنادار است. تفاوت بین میانگین عملکرد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال و خانواده‌های کودکان غیر بیش‌فعال در بعد نقش‌ها از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۵، یعنی با احتمال ۰/۹۵ معنادار است. میانگین نمرات عملکرد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال در بعد واکنش عاطفی برابر $M=۱۹/۲۴$ و برای خانواده‌های کودکان بدون بیش‌فعال $M=۱۶/۶۸$ می‌باشد. تفاوت بین میانگین عملکرد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال و خانواده‌های کودکان غیر بیش‌فعال در بعد واکنش عاطفی در سطح ۰/۰۱، یعنی با احتمال ۰/۹۹ معنادار است.

تفاوت بین میانگین عملکرد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال و خانواده‌های کودکان غیر بیش‌فعال در بعد آمیزش عاطفی در سطح ۰/۰۵، یعنی با احتمال ۰/۹۵ معنادار است. میانگین نمرات عملکرد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال در بعد کنترل رفتار برابر $M=۲۰/۲۱$ و برای خانواده‌های کودکان بدون بیش‌فعال $M=۱۸/۵۸$ می‌باشد. تفاوت بین میانگین عملکرد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال و خانواده‌های کودکان غیر بیش‌فعال در بعد کنترل رفتار در سطح ۰/۰۵، یعنی با احتمال ۰/۹۵ معنادار است. بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱ تفاوت بین میانگین عملکرد خانواده‌های

کودکان بیش‌فعال و خانواده‌های کودکان غیر بیش‌فعال در بعد عملکرد کلی در سطح ۰/۰۱ یعنی با احتمال ۹۹٪ معنادار است.

با توجه به نتایج جدول ۱ با اطمینان ۹۹٪ نتیجه گرفته می‌شود که تفاوت بین میانگین عملکرد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال و خانواده‌های کودکان غیر بیش‌فعال در حل مسئله معنادار است. نتیجه تحقیق حاضر با نتایج نازک‌تبار فیروزجایی (۱۳۸۴) مبنی بر نقش عملکرد خانواده بر سبک مقابله (مسئله‌مدار و هیجان‌مدار) با فشار روانی و همچنین با نتایج تحقیق کانوکوان، آر؛ اوراوان، ال (۲۰۰۸) با عنوان مقایسه عملکرد خانوادگی در کودکان بیش‌فعال و بدون بیش‌فعال و تفاوت معنادار در بعد حل مسئله بین دو گروه همخوان است.

هم‌چنین بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱ با اطمینان ۹۹٪ نتیجه گرفته می‌شود که تفاوت بین میانگین عملکرد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال و خانواده‌های کودکان غیر بیش‌فعال در بعد ارتباط معنادار است. نتیجه تحقیق حاضر با نتایج جانستون (۲۰۰۱) مبنی بر واکنش منفی والدین در تعامل با کودکان ADHD و نتایج بارکلی و گانینگهام (۱۹۹۵) مبنی بر ارتباط متقابل اجتماعی کمتر مادران کودکان ADHD، هم‌چنین با نتایج بارکلی (۱۹۹۲) و آناستوپولوس (۱۹۹۲) مبنی بر ارتباط منفی مادران کودکان ADHD نسبت به دیگر مادران همسو است. بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱ تفاوت بین میانگین عملکرد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال و خانواده‌های کودکان غیر بیش‌فعال در بعد نقش‌ها معنادار است. نتایج تحقیق حاضر با نتایج کلی، لاری، آن (۲۰۰۶) همسو است.

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱ با اطمینان ۹۹٪ می‌توان نتیجه گرفت، تفاوت بین میانگین عملکرد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال و خانواده‌های کودکان غیر بیش‌فعال در بعد واکنش عاطفی معنادار است. نتیجه تحقیق حاضر با نتایج تحقیق کانوکوان، آر؛ اوراوان، ال (۲۰۰۸) با عنوان مقایسه عملکرد خانوادگی در کودکان بیش‌فعال و بدون بیش‌فعال و تفاوت معنادار در بعد واکنش عاطفی بین دو گروه همخوان است.

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱ تفاوت بین میانگین عملکرد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال و خانواده‌های کودکان غیر بیش‌فعال در بعد آمیزش عاطفی معنادار است. نتیجه تحقیق حاضر با نتایج تحقیق پاترنیت و همکاران (۱۹۷۶) همخوان و با نتایج کانوکوان، آر؛ اوراوان، ال (۲۰۰۸) ناهمخوان است. شکوهی‌یکتا و پرند (۱۳۸۷) در تحقیقی با هدف آموزش روش حل مسئله به مادران و تأثیر آن بر روابط خانوادگی به این نتیجه رسیدند که آموزش حل مسئله در عامل آمیزش عاطفی تأثیر داشته است. والدین کودکان ADHD 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. به نظر می‌رسد که یک رابطه متقابل و تأثیرگذار بین والدین، محیط خانه و نارسایی توجه و بیش‌فعالی

وجود دارد (کجباف، ۱۳۸۷). تنش زیاد مادران کودکان بیش‌فعال می‌تواند به تبادل عاطفی بین والد و فرزند آسیب برساند و این آسیب منجر به کاهش آمیزش عاطفی و درک صحیح عواطف در روابط دوسویه مادر و کودک شود. بنابراین نتایج تحقیق حاضر با نتایج تحقیق شکوهی‌یکتا و پرند (۱۳۸۷) و کجباف و عظیمی (۱۳۸۷) همسو است.

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱ با اطمینان ۹۵٪ می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت بین میانگین عملکرد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال و خانواده‌های کودکان غیر بیش‌فعال در بعد کنترل رفتار معنادار است. نتیجه تحقیق حاضر با نتایج محمودنژاد (۱۳۸۰)، روشن‌بین و همکاران (۱۳۸۶)؛ گاردنر و آسلاند (۲۰۰۵) و واینر (۲۰۰۴) همسو می‌باشد.

بر اساس نتایج جدول ۱ با اطمینان ۹۹٪ نتیجه گرفته می‌شود که تفاوت بین میانگین عملکرد کلی خانواده‌های کودکان بیش‌فعال و خانواده‌های کودکان غیر بیش‌فعال معنادار است. نتیجه تحقیق حاضر با نتایج تراپ و همکاران (۲۰۰۷) مبنی بر عملکرد خانواده مخرب‌تر کودکان ADHD در مقایسه با خانواده‌های بدون ADHD، روشن‌بین و همکاران (۱۳۸۶) شریفی (۱۳۸۳)، نتایج تحقیق شریفی (۱۳۸۲) با عنوان بررسی رابطه بین عملکرد خانواده با سرسختی روان‌شناختی دانش‌آموزان متوسطه شهر اصفهان و علیزاده (۱۳۸۳) همسو می‌باشد.

بحث

با توجه به نتایج تحقیق، میانگین نمرات گروه ADHD در تمام ابعاد بالاتر از گروه کنترل یا بدون ADHD است و با توجه به این‌که نمرات کمتر نشانگر عملکرد سالم‌تر است، بنابراین عملکرد خانواده کودکان بیش‌فعال ناسالم‌تر و مخرب‌تر از گروه غیر بیش‌فعال می‌باشد.

به‌طور کلی حاکم بودن روابط مطلوب در درون خانواده، رشد ذهنی، عاطفی و روانی - اجتماعی فرزندان را امکان‌پذیر می‌سازد. عملکرد نامطلوب و خصمانه موجب آشفتگی در روابط بین اعضای خانواده می‌شود و یک دور باطل از ارتباط نامطلوب و واکنش خصمانه و گاهی موارد تنبیه و سرزنش را موجب می‌شود. تأثیر متقابل عملکرد ارتباطی خانواده و کودک بیش‌فعال و سایر اعضای خانواده بر یکدیگر، می‌تواند نقش تعیین‌کننده در سبک سالم ارتباطی و میزان سلامت ارتباط متقابل والدین و سایر اعضا داشته باشد، زیرا رابطه متقابل و تأثیرگذاری بین والدین، محیط خانه و نارسایی توجه و بیش‌فعالی وجود دارد (کجباف، ۱۳۸۷). اساساً نقش‌های خانوادگی زمانی به مؤثرترین شکل تحقق می‌یابند که دربرگیرنده تمام کارکردهای ضروری خانواده باشند و به‌طور عادلانه بین اعضای خانواده تقسیم شوند. هم‌چنین درباره انجام وظایف در قالب رفتارهای توصیه شده، پیگیری مستمری صورت بگیرد. نتایج تحقیق حاضر نشان‌دهنده تفاوت بین میانگین عملکرد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال و

خانواده‌های کودکان غیر بیش فعال در بعد نقش‌ها می‌باشد. به عبارتی وجود کودک ADHD، نقش‌های خانوادگی را بر هم زده و باعث اختلال در تعیین نقش‌ها می‌گردد.

با توجه به نتایج، توانایی پاسخ‌دهی اعضای خانواده به گستره‌ای از محرکات همراه با کیفیت و کمیت مناسب (همراهی عاطفی) خانواده کودکان ADHD نامناسب و ناسالم‌تر از گروه بدون ADHD است و این می‌تواند ناشی از تأثیرات ویژگی‌های رفتاری کودک بیش فعال از جمله رفتار تکانشی، پر تحرکی و نقص توجه بر سایر افراد خانواده باشد که در طول زمان منجر به بی تفاوتی والدین نسبت به پاسخ‌دهی نیازهای کودک بیش فعال شود. مادران کودکان بیش فعال در قبال کودکان خود سبک کنترل کننده و بیشتر حالت انتقادی به کار می‌گیرند و این نه تنها باعث کاهش رفتارهای مخرب نمی‌شود بلکه وی را بیش از پیش لجباز و تحریک پذیرتر می‌کند. نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده این است که کنترل رفتار والدین کودکان بیش فعال ناسالم‌تر از گروه کنترل است.

سیستم خانواده باید برای حفظ ثبات و تعادل، خود را با فردی دارای نشانه‌های بیماری تطبیق دهد. تطبیق‌های لازم توسط سیستم خانواده اغلب گسترده‌تر است و بر تمام اعضا و نقش‌ها، پدر و مادر، خواهران و برادران، پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها تأثیر دارد. شروع کارها و ناتمام رها کردن آن‌ها، والدین و معلمان را متقاعد می‌سازد که این کودکان (ADHD) دارای انگیزه‌های کافی نیستند، یا شاید این‌که آن‌ها کارشان را خوب انجام نمی‌دهند. این نگرش باعث افزایش فشار روانی در والدین و معلمان می‌شود و از سوی دیگر، منجر به پنهان ماندن مشکل‌های عصبی - شناختی این کودکان می‌شوند (علیزاده، ۱۳۸۳). در این زمان، آرامش خانواده از بین می‌رود و تمام نگاه‌ها به سوی کودک بیمار معطوف می‌شود. به بیان دیگر بیماری یکی از فرزندان مانع آن می‌شود که خانواده بتواند کارکردهای خوبی داشته باشد و از طرفی رفتارهای کودکان بیش فعال در معرض خطر بالایی از اختلال سلوک، شخصیت ضداجتماعی و سوء مصرف مواد قرار دارند، لذا آگاهی همگان به ویژه والدین و معلمان در این حالات از اهمیت به سزایی برخوردار است.

با توجه به نتایج تحقیق حاضر و تحقیقات قبلی از جمله روشن بین و همکاران (۱۳۸۶)، کلانتری و همکاران (۱۳۸۰) می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر متقابل عملکرد خانواده بر رفتار کودک و همچنین کودک بر رفتار والدین از اهمیت بیشتری برخوردار است چرا که عملکرد ناسالم خانواده می‌تواند ابعاد سالم کارکردی خانواده از جمله تعیین نقش اعضای خانواده و مشخص کردن وظایف هر یک، ایجاد روابط صمیمانه و به دور از هرگونه تحقیر و سرزنش، کنترل صحیح رفتار متقابل و تبادل اطلاعات عاطفی را در خانواده مخدوش نماید. همچنین عملکرد سالم خانواده می‌تواند نقش مهمی در برخورد خانواده با مشکلات و واکنش مناسب در تعاملات بین اعضای خانواده به خصوص عضو دارای ADHD داشته باشد (کلانتری و همکاران، ۱۳۸۱؛ علیزاده، ۱۳۸۳).

آسیب روانی یک عضو خانواده، یک مشکل درون فردی نیست بلکه یک فرایند تعاملی بین اعضای خانواده است (زرگر و همکاران، ۱۳۸۶). با توجه به مشکلات همه جانبه‌ای که کودکان دارای ADHD و خانواده‌های آنان متحمل می‌شوند، تأثیر تعامل دوسویه والد - فرزندی و تأثیر سبک تربیتی (فرزندپروری) می‌تواند با مداخلات آموزشی و تربیتی از جمله آموزش مدیریت والدین بر رفتار کودک از استرس والدگری ناشی از مشخصه‌های بالینی کودک ADHD، فراوانی و شدت اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان و پیامدهای متعاقب آن را در جامعه کاهش داد (روشن‌بین و همکاران، ۱۳۸۶).

در نتیجه به نظر می‌رسد که توجه به کارکرد خانواده در کنار درمان مشکلات رفتاری و فیزیولوژیک کودکان ADHD می‌تواند از بروز رفتارهای مخرب ثانویه از جمله لجبازی، پرخاشگری و... بکاهد و سلامت روانی و عملکرد سالم را در فضای کلی خانواده ایجاد نماید. خانواده‌الگویی برای شکل‌گیری رفتار در فرد در سنین کودکی و حتی نوجوانی می‌باشد. اهمیت و توجه و حفظ چنین ساختاری با در نظر گرفتن نقش روحی، روانی، عاطفی و اجتماعی و هم‌چنین رفتاری خانواده و الگوپردازی فرزندان در یک محیط عاطفی، به خصوص برای کودکان ADHD مضاعف می‌باشد. با توجه به نتایج تحقیق حاضر و نتایج تحقیق حمیدی (۱۳۸۴) مبنی بر اثربخشی خانواده‌درمانی در بهبود عملکرد خانواده، مشاوره و آموزش به والدین کودکان ADHD در رابطه با روش‌های ارتباط صحیح و مؤثر، روش‌های صحیح حل مسئله، سبک‌های سالم کنترل رفتار و به طور کلی عملکرد سالم و کارآمد خانواده در کنار درمان ADHD این کودکان ضروری می‌نماید. چون کودک بیش‌فعال در درون نظام خانواده رشد می‌کند که، متأثر از روابط متقابل با همدیگر هستند (سکستون، ویکز و رابینز، ۲۰۰۳). یک خانواده سالم به لحاظ عملکردهای یاد شده و رفتارهای والدینی صحیح می‌تواند از اثرات مخرب اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه بکاهد (کلانتری و همکاران، ۱۳۸۰). ارائه آگاهی و اطلاعات در مورد اختلالات ADHD و نیز دستیابی به مهارت‌هایی جهت کنترل کودکان ADHD می‌تواند ادراک مادران از چگونگی پیامد و کیفیت خلقی در فرزندان‌شان را تغییر دهد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که با آموزش‌های مناسبی از جمله خانواده‌درمانی و آموزش والدین می‌توان عملکرد خانواده را بهبود بخشید. بهبود عملکرد خانواده از یکسو افزایش بهداشت روانی خانواده و جامعه و از طرف دیگر کاهش علائم ثانوی مخرب کودکان ADHD را به دنبال دارد.

از نتیجه تحقیق حاضر و تحقیقات مشابه می‌توان در مراکز درمانی کودکان ADHD و مراکز آموزشی و مشاوره استفاده نمود. هم‌چنین با توجه به رابطه عملکرد خانواده و داشتن کودک دارای ADHD می‌توان از رویکردهای درمانی معطوف به خانواده از جمله خانواده‌درمانی و... در کنار سایر درمان‌ها جهت کاهش استرس، احساس گناه و سایر مسائلی که موجب تنش در والدین این کودکان

می‌گردد، به حفظ سلامت روانی والدین و کاهش رفتارهای مخرب و علائم فزون‌کنشی کودک دارای ADHD کمک کرد.

یادداشت‌ها

1. Minuchin & Fishman
2. Barenz
3. Attention Deficit / Hyperactivity Disorder
4. Kaplan, H & Sadock, B
5. Wiener S
6. Kelly, M & Larry, B & Ann, M
7. Johnston, C & Mash, E J
8. Kanokwan R & Orawan L
9. Sekston & Vikze & Rabyz
10. Family functioning
11. Gail Tripp & Elizabeth A, Schaughency & Robyn Langlands & Kelly Mouat
12. Barkly and Cunningham
13. Barlow, D. H & Durand, VM
14. Carlson, C.L & Pelham, W.E & Milich, R and Dixon J
15. Gardner, F & Asland, H
16. Paternit
17. Anastopolous
18. Aronse & Radgerz
19. Causal - Comparative
20. Random Cluster Sampling
21. Family Assessment Device
22. Mc Master Model
23. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS
24. Problem solving
25. Communication
26. Rules
27. Affective responsiveness
28. Affective involvement
29. Behavioral control
30. Karson & et al
31. General function
32. Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, Keitner GI, Baldwin LM
33. Validity
34. Coefficient Alpha(α)

منابع

- پاداش اصل، خ. (۱۳۷۹). بررسی رابطه میان برخی ویژگی‌های روانی - اجتماعی خانواده و بروز بیش‌فعالی در کودکان ۶ ساله شهر تبریز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد رودهن، رودهن.
- تامپلسون، ب. (۱۳۸۳). راهنمای سنجش خانواده (ترجمه بهاری و مهدوی هرسینی). تهران: نشر تزکیه. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۲).
- توماس، ر.، کراتوچریل، ر.، و موریس، ج. (۱۳۸۴). روان‌شناسی بالینی کودک (ترجمه م.ر. نائینیان و همکاران). تهران: رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۲)
- ثنایی، ب. (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: نشر بعثت.
- حمیدی، ف. (۱۳۸۴). بررسی ساخت خانواده، سبک دلبستگی در دختران فراری و اثربخشی خانواده درمانی و درمانگری حمایتی در تغییر آن‌ها. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۱(۱)، ۱-۱۹.
- خوشایبی، ک.، و پورا اعتماد، ح. (۱۳۸۰). بررسی میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه و اختلالات همراه آن در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران (گزارش طرح پژوهشی). تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

- خوشایبی، ک.، قدیری، ف.، و جزایری، ع.ر. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر برنامه آموزش گروهی مدیریت والدین متناسب با فرهنگ ایرانی در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و مقایسه آن با دارودرمانی. *فصلنامه خانواده-پژوهی*، ۲(۷)، ۲۶۹-۲۸۳.
- دادستان، پ. (۱۳۷۸). *روان‌شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی*. تهران: سمت.
- روشن‌بین، م.، پوراعتماد، ح.، و خوشایبی، ک. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری کودکان مادران ۴-۱۰ ساله کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش فعالی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۳(۱۰)، ۵۷۲-۵۵۶.
- زارعی، م. ب. (۱۳۷۹). بررسی تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارودرمانی در میزان علائم بیش فعالی کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش فعالی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان، اصفهان.
- زاده‌محمدی، ع.، و ملک‌خسروی، غ. (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۲(۵)، ۶۹-۸۹.
- زرگر، ف.، عاشوری، ا.، اصغری‌پور، ن.، و عاقبتی، ا. (۱۳۸۶). مقایسه عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده با بیماران بدون اختلالات روان‌پزشکی در شهر اصفهان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰، ۱۰۶-۹۹.
- شکوهی‌یکتا، پ. (۱۳۸۷). آموزش روش حل مسئله به مادران و تأثیر آن بر روابط خانوادگی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۴(۱۳)، ۱۶-۵.
- شریفی، خ. (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین عملکرد خانواده با سرسختی روان‌شناختی دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان، اصفهان.
- شریفی، ف. (۱۳۸۳). عملکرد خانواده و بزهکاری نوجوانان. *مجله رشد معلم*، ۶، ۳۶ و ۳۷.
- صیادی، ع. (۱۳۸۱). بررسی اثرات متقابل کارآیی خانواده در بروز مشکلات روانی نوجوانان پایه سوم متوسطه شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- علیزاده، ح. (۱۳۸۳). *اختلال نارسایی‌فزون جنسی*. تهران: رشد.
- قدیری، ف.، و نوش‌کیا، س. (۱۳۸۷). سهم ابعاد کارکرد خانواده بر میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۴(۱۳)، ۶۱-۵۱.
- کاپلان، ه.، و سادوک، و. (۱۳۸۲). خلاصه روان‌پزشکی (ترجمه ن. پورافکاری). تهران: شهرآب. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).
- کجباف، م. ب.، و عظیمی، م. (۱۳۸۷). مقایسه شیوه‌های فرزندپروری والدین دارای کودکان با و بدون نارسایی توجه و بیش‌فعالی. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۱:۴۱، ۲۹-۱۴.
- گلدنبرگ، ای.، و گلدنبرگ، ه. (۱۳۸۶). *خانواده‌درمانی* (ترجمه حسین شاهی برواتی، نقشبندی و ارجمند). تهران: نشر روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰)
- ملک‌خسروی، غ.، و زاده‌محمدی، ع. (۱۳۸۶). رابطه ناخواسته بودن تولدکودکان ومشکلات رفتاری و خانوادگی آنها. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۳(۱۱)، ۷۲۷-۷۳۶.
- مینوچین، س.، و فیشمن، اچ. سی. (۱۳۸۴). *فنون خانواده‌درمانی* (ترجمه ف. بهاری و ف. سیا). تهران: رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۶)
- نجاریان، ف. (۱۳۷۶). *عوامل مؤثر بر کارآیی خانواده*، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار سنجش خانواده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد، رودهن.

هربرت، م. (۱۳۷۸). روان‌شناسی بالینی کودک: یادگیری اجتماعی، رشد و رفتار (ترجمه م. فیروز خت). تهران: انتشارات شناخت. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۲).

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Aspland, H., & Gardner, F. (2005). Observational Measures of parent-child interaction: An introductory review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 136-14.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention- Deficit /Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barney, M. C., & Max, J. E. (2005). *The McMaster family assessment device and clinical rating scale: Questionnaire vs. interview in childhood traumatic brain injury*. Children's Hospital and Health Center, San Diego, CA 92123, USA.
- Brown, R. T., Amler, R. W., Freeman, W. S., Perrin, J. M., Stein, M. T., Feldman, H. M., & Pacini, J. N. (2005). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: Overview of the evidence. *Pediatrics*, 115, 749-57.
- Cunningham, C. E. (2007). Family-centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with Attention- Deficit /Hyperactivity Disorder. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 676-694.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Epstein, N. B., Bishop, D., Ryan, C., Miller, I. W., & Keitner, G. I. (1993). The McMaster model view of healthy family functioning. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (pp. 138-160). New York: The Guilford Press.
- Gail, T., Elizabeth, A. S., Robyn, L., & Kelly, M. (2007) Family interactions in children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 385-400
- Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Disability Child*, 90(1), 2-7.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with ADHD: Review and recommendation for research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183-207.
- Kanokwan, R., & Orawan, L. (2008). Family functioning in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 2, 73-77.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007) *Synopsis of psychiatry: behavioral science and clinical Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lewis, M. (2002). *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Keitner, G. I. (1985). *The McMaster Family Assessment Device: Reliability and validity*. *Journal of Marital Family Therapy*, 11, 345-56.
- Murray, C., & Johnston, C. (2006). *Parenting in mothers with and without attention-deficit/ hyperactivity disorder*. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 52-61.
- Nathan B. E., Lawrence, M. B., & Duane, S. B. (2007). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180

- Trangkasombat, U. (2006). *Family functioning in the families of psychiatric patients: A comparison with nonclinical families. Journal of Medical Association Thai.* 89, 1946-53.
- Wiener, S. (2004). *Textbook of child & adolescent psychiatry* (3rd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Woodward, L., Taylor, E., Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 39, 161-9.