

مقایسه کارکردهای خانوادگی مادران کودکان سالم و کودکان

"بیش فعال/نقص توجه"

Comparison the family function of normal and ADHD mothers

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱/۲۴

تاریخ دریافت: ۸۸/۸/۲۶

Kimiaee S. A. PhD[✉], Baygi F. MSc

سیدعلی کیمیایی[✉]، فاطمه بیگی^۱

Abstract

Introduction: ADHD is chronic and traumatic disorder, which continues from childhood to adulthood. This research was conducted in order to compare the family functions of mothers with normal and ADHD children and investigating the effectiveness of problem solving skill instruction on the family function of mothers with ADHD children.

Method: This research is a quasi-experimental study with a control group. 8 ADHD mothers and 12 normal mothers were selected using available sampling as the statistical sample, and were divided into two groups after homogenization in terms of their age and gender. Before and after the *Badell & Lannox* problem solving skill training, the subjects completed the family assessment device (FAD) questionnaire. Data were analyzed using SPSS.15 software and for analysis of hypothesis, independent T-test independent was used.

Results: Family functions of mothers of normal children were disturbed comparing to those of ADHD mothers ($p < 0.05$). Moreover, the problem solving skill training for ADHD mothers improved their family function; especially this training improved their problem solving ability, parental roles, behavior control and general function ($p < 0.05$); but did not significantly change emotional responsiveness, communication and support ($p > 0.05$), which suggest the sensitivity and effect of multiple factors on family function.

Conclusion: Family function of mothers with ADHD children is considerably weaker than mothers of normal children and problem solving skill instruction improves family function of mothers with ADHD children, especially their problem solving ability, parental roles, behavior control, and general function.

Keywords: Family Function, ADHD, Problem Solving Skills

چکیده

مقدمه: بیش‌فعالی/نقص توجه (ADHD)، اختلال مزمن و آسیب‌زایی است که از کودکی تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. این پژوهش به منظور مقایسه کارکردهای خانوادگی مادران دارای فرزندان سالم و ADHD و بررسی تاثیر آموزش حل مساله بر کارکردهای خانوادگی مادران دارای کودکان ADHD انجام گرفت.

روش: پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با گروه کنترل است. نمونه آماری، ۸ مادر ADHD و ۱۲ مادر سالم با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از هم‌تاسازی به لحاظ سن و جنس در دو گروه قرار گرفتند. قبل و بعد از آموزش حل مساله به روش *بدل و لانتکس*، آزمودنی‌ها پرسش‌نامه کارکرد خانوادگی را تکمیل نمودند. برای تحلیل داده‌ها از برنامه‌های آماری SPSS 15 و برای تحلیل فرضیه‌ها از آزمون T مستقل استفاده شد.

یافته‌ها: کارکردهای خانوادگی مادران با فرزندان سالم در مقایسه با مادران دارای کودکان ADHD مختل بود ($p < 0.05$). به علاوه، آموزش حل مساله به مادران ADHD کارکرد خانوادگی آنها را بهبود بخشید؛ به‌خصوص این آموزش قدرت حل مساله، نقش‌های والدی، کنترل رفتار و کارکرد کلی آنها را افزایش داد ($p < 0.05$)، اما تغییر معنی‌داری در پاسخ‌دهی عاطفی، ارتباط و حمایت عاطفی به‌وجود نیامد ($p > 0.05$) که بیانگر حساسیت و اثرات عوامل متعدد بر کارکردهای خانواده است.

نتیجه‌گیری: کارکرد خانوادگی مادران دارای کودکان ADHD به مراتب ضعیف‌تر از مادران دارای فرزند سالم است و آموزش مهارت‌های حل مساله، کارکرد خانوادگی مادران ADHD به‌خصوص قدرت حل مساله، نقش والدی، کنترل رفتار و عملکرد کلی آنها را بهبود می‌بخشد.

کلیدواژه‌ها: کارکرد خانوادگی، بیش‌فعالی/نقص توجه، مهارت حل مساله

[✉] **Corresponding Author:** Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences & Psychology, Ferdowsi University, Mashhad, Iran
Email: kimiaee@um.ac.ir

[✉] گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
^۱ گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

مقدمه

"بیش‌فعالی - نقص توجه" (ADHD)، اختلالی مزمن و آسیب‌زاست که از کودکی تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. مطالعات همدیگرشناسی نشان می‌دهد که بین ۳ تا ۵٪ کودکان، ملاک‌های تشخیص این اختلال را دارند [۱]. حتی شماری از محققان شیوع این اختلال را در ایالات متحده ۳ تا ۷٪، در ژاپن ۷٪، در چین ۶ تا ۸٪ و در نیوزیلند ۷٪ برآورد می‌کنند [۲].

بیش‌فعالی - نقص توجه، اختلالی است که با تحریک‌پذیری مداوم، تکانشگری و مشکلاتی در تمرکز مشخص می‌شود [۳، ۴، ۵]. در اکثر موارد، ADHD با مشکلات دیگری همچون لجبازی، نافرمانی از والدین، مشکلات رفتاری و عدم موفقیت تحصیلی نیز همراه است [۶]. از خانواده انتظار می‌رود تا نه تنها نیازهای تغذیه‌ای و رشدی اعضا را فراهم نماید، بلکه ارزش‌ها، باورهای سنتی و داستان‌های گذشته خانوادگی خود را نیز به فرزندان منتقل سازند. مهم‌تر آن‌که با ایجاد محیطی امن و مطمئن، احساس هویت شخصی، حمایت و راهنمایی برای اعضا، توأم با عشق و محبت غیرمشروط برای فرزندان فراهم نمایند. ایجاد این امکان، بیانگر تاثیر خانواده بر شکل‌گیری هویت در اعضا است [۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱]. پس خانواده، بازتاب فرهنگی هزاران ساله‌ای است که برای رشد اعضا، ارتقا بهداشت و سلامت روان و کاهش رفتارهای پرخطر تلاش می‌نماید [۱۲].

اما یافته‌ها حاکی از آن است که تعاملات درون خانوادگی، در خانواده‌های دارای فرزند ADHD با سطوح بالایی از ناسازگاری و ناهماهنگی همراه است. چراکه این کودکان، از دستورات والدین و سایر اعضا تبعیت نمی‌کنند، تکالیف انجام نمی‌دهند و رفتارهای منفی بیشتری نسبت به همسالان خود دارند که این شرایط، ناکارآمدی کارکردهای خانوادگی را به دنبال دارد [۱۳]. بنابراین، خانواده همیشه کارکردهای خود را به خوبی انجام نمی‌دهد. پژوهشگر حاضر، پس از سال‌ها کار با خانواده‌ها، موفق به شناسایی چرخه معیوب در روابط والد-فرزندی خانواده‌های دارای کودک مشکل‌دار همچون کودکان ADHD شد که آن را "چرخه شیطانی رفتار ناسازگار" نامیده است. براساس این چرخه، رفتارهای ناسازگارانه کودک (همچون تکانشگری، عدم تبعیت از دستورات والدین، رفتارهای تخریبی، لجبازی، نافرمانی و تحریک‌پذیری) احساس بدی در والدین (همچون خشم، عصبانیت، درماندگی، خستگی، کاهش تحمل) به وجود می‌آورد؛ قدر مسلم، وقتی این چنین هیجان‌ها و احساساتی در والدین بیش‌فعال - نقص توجه به وجود آید، بر نحوه واکنش و رفتار کردن آنها با این کودکان تاثیر می‌گذارد و آنها شروع به تنبیه، طرد، سرزنش و محرومیت می‌نمایند؛ این واکنش‌ها احساسات منفی کودک (همچون ناکامی، خشم و ناامیدی) را برانگیخته و رفتار ناسازگارانه کودک را در این چرخه شیطانی به دنبال دارد که تکرار

می‌شود. از این‌رو، در بسیاری از موارد، برخورد نادرست والدین می‌تواند در افزایش مشکلات رفتاری کودکان تعیین‌کننده باشد. در حقیقت شماری از تحقیقات، پیرامون افزایش فراوانی امر و نهی مادرانه همچون فرضیه امر و نهی هدمند [۱۴] و فرضیه حمایت‌گری افراطی [۱۵، ۱۶]، نشان می‌دهد که ادراک والدین و انتظارات آنها تاثیر قوی بر شیوه‌های تعامل والدین و فرزند پروری آنها دارد. به‌خصوص که والدین، اثرات پایداری قبل از ورود کودک به مدرسه دارند و آنها اغلب در چنین شرایطی نمی‌توانند کمک‌های مطمئنی برای سازگاری و رشد استعدادها بنمایند [۱۷].

در گذشته اعتقاد بر این بود که ADHD تا نوجوانی ادامه می‌یابد و با بلوغ پشت سر گذاشته می‌شود. اما یافته‌های جدید نشان می‌دهد که این اختلال، در نوجوانی و حتی بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند و باعث اختلال در عملکردهای شخصی، اجتماعی، شغلی و حتی اوقات فراغت می‌شود [۱۸، ۱۹]. یافته‌های هافتس و همکاران نشان می‌دهد که بین کارکردهای بد خانوادگی و عملکرد کودکان رابطه وجود دارد [۲۰]. به‌خصوص که اضطراب و افسردگی والدین، عملکرد خانوادگی بدتری به دنبال دارد. حتی کودکان با اختلال‌های اضطرابی (Ads) به‌طور معنی‌داری، کارکرد خانوادگی و کنترل رفتاری بدی داشتند و پدران آنها نیز از قدرت حل مسأله و درگیری عاطفی ضعیفی برخوردار بودند. همچنین یافته‌ها، حاکی از نقش مادران در این اختلال، به‌خصوص تنیدگی والدینی، انتظارات اجتماعی و اعتماد والدینی است [۲۱]. ضمن اینکه تهدیدهای مادران، وضعیت خلقی آنها، مشکلات رفتاری کودک، احساس شایستگی والدین، خود-کارآمدی و افسردگی مادران، در مشکلات رفتاری کودکان سهیم است [۲۲].

اگرچه عوامل جسمانی در ADHD نقش دارد، اما نقش والدین، به‌خصوص مادران در سبب‌شناسی این اختلال مهم است. چرا که مادران این کودکان سخت‌گیر یا کاملاً رهاکننده هستند [۲۳]. اخیراً کارآمدترین روش برای درمان ADHD برنامه‌های چندوجهی شناخته شده است [۲۴]. این برنامه‌ها شامل درمان دارویی با متیل‌فنیدیت، همراه با خانواده درمانی یا آموزش والدین، آموزش برنامه‌های رفتاری در مدرسه و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به کودکان است [۲۵].

برنامه‌های چندوجهی مبتنی بر خانواده، قطعاً کارآمد است زیرا چارچوبی برای ایجاد راهبردهایی به‌منظور مدیریت ناتوانی‌های مزمن ارایی می‌دهد. از شناخته‌ترین این برنامه‌های آموزشی، برنامه‌هایی است که رفتاردرمانگران ارایی داده‌اند [۲۶، ۲۷]. آموزش رفتاری، به والدین و کودکان کمک می‌کند تا چرخه تعامل ناکارآمد را بشکنند و الگوهای تعاملی حمایتی مثبت متقابلی به وجود آورند. خانواده درمانی به آنها کمک می‌کند تا

خانوادگی مادران با فرزندان سالم، ADHD و بررسی کارآمدی آموزش مهارت حل مساله بر عملکرد خانوادگی مادران کودکان بیش فعال - نقص توجه بود.

روش

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه مادرانی است که برای درمان مشکلات فرزندان ADHD خود در سال ۸۸-۱۳۸۷ به مراکز مشاوره شهر مشهد مراجعه کردند. از بین آنها ۱۰ مادر که فاقد اختلال‌های روان پزشکی بوده و هیچ دارویی دریافت نمی‌کردند، پس از همتاسازی به‌طور تصادفی ساده در گروه آزمایش قرار گرفتند. ۲ نفر از والدین ADHD طی آموزش‌ها انصراف دادند. گروه مادران سالم نیز از بین مهدکودک‌های سطح شهر مشهد به‌طور تصادفی انتخاب شدند و پس از همتاسازی به‌عنوان گروه کنترل تعیین شدند.

ابزار اندازه‌گیری آزمون کارکرد خانوادگی (FAD) بود که توسط ایستین، بالدوین و بی‌شاپ [۴۱] و براساس مدل مک‌مستر ساخته شده و هفت حوزه کارکرد خانوادگی (حل مساله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، حمایت عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی) را می‌سنجد. پاسخ‌گویی به آیتم‌ها به‌صورت پیوستاری از ۱ تا ۴ و به روش لیکرت صورت می‌گیرد. سازندگان همسانی درونی خوبی با آلفای ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ برای خرده‌مقیاس‌ها گزارش کرده‌اند [۴۲]. این آزمون در ایران نیز مورد ارزیابی قرار گرفته و آلفای آن ۰/۶۱ تا ۰/۹۲ گزارش شده و از روایی همزمان و پیش‌بینی خوبی نیز برخوردار است [۴۳].

گروه آزمایش طی ۸ جلسه مهارت‌های حل مساله را به روش بدل و لانکس دریافت داشتند. پس از جلسه آشنایی و برقراری ارتباط در جلسات بعد، هفت گام حل مساله شامل تعیین مشکل، تعریف مشکل، جمع‌آوری اطلاعات، ارایه کلیه راه‌حل‌های ممکن، انتخاب بهترین راه‌حل، اجرا و ارزیابی نتایج آموزش داده شد. در هر جلسه نمونه‌هایی از مشکلات والدین طرح و به این روش بررسی شده و تکالیف مناسبی نیز بین جلسات داده شد [۴۰]. برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و آزمون‌های کولموگروف - اسمیرنوف، لون و T برای گروه‌های مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی ۱۲ مادر دارای فرزند سالم 30 ± 6 سال و ۸ مادر دارای کودکان ADHD $29 \pm 5/5$ سال بود (جدول ۱). در کل، کارکرد خانوادگی مادران سالم و ADHD تفاوت معنی‌داری داشت (جدول ۲).

نظام‌های باور خود را که براساس آن مشکل رفتاری کودک را به اهداف منفی کودک نسبت می‌دهند، به ناتوانی (یعنی ADHD) یا عوامل موقعیت بیرونی نسبت دهند. خانواده درمانی، در مورد مشکلات بیش‌فعالی - نقص توجه، برای کمک به خانواده‌ها به‌منظور ایجاد الگوهای سازمان‌داری برای برخورد و مدیریت کارآمد در رابطه با کودک، متمرکز است [۲۸]. چنین الگوهای سازمان‌داری، همچون سطح بالای حل مساله و مدیریت کودک، چرخه درون‌نسلی روشن بین والدین و کودک، روابط خانوادگی گرم و حمایتی، روابط مشخص و قوانین، نقش‌ها و جهت‌گیری میانه و انعطاف‌پذیری را در والدین به‌دنبال دارد. آموزش رفتاری والدین، بر کمک به آنها متمرکز است تا مهارت‌های تنظیم رفتار مثبت و منفی خاص را بیاموزند که از این طریق پیش‌آیند و پیامد آن را تغییر دهند [۲۹].

مهارت‌های مقابله‌ای، به‌میزان زیاد بر درگیرنمودن والدین و کودک در مهارت‌های مورد نیاز برای حفظ تمرکز و حل مساله، به‌طور نظام‌دار متمرکز است [۳۰، ۳۱]. این مهارت‌ها شامل شناسایی مشکل و شکستن آن به مشکلات جزئی قابل حل، بررسی یک مورد از آنها در هر زمان، فهرست‌نمودن راه‌حل‌های ممکن، بررسی سود و زیان آنها، انتخاب بهترین راه‌حل ممکن، اجرای آن، کنترل پیشرفت کار، ارزیابی نتایج، تشویق خود برای حل مساله موفقیت‌آمیز، شناسایی راه‌حل‌های موفقیت‌آمیز، کنترل نتایج و بررسی مجدد فرآیند حل مساله است [۳۲]. اصولاً مداخله‌های رفتاری همچون حل مساله، بر اصول یادگیری مبتنی است که به‌نظر می‌رسد راهبرد کارآمدی برای کاهش مشکلات رفتاری این کودکان و کودکانی باشد که در خطر بروز مشکلات رفتاری هستند. آموزش والدین، برنامه مداخله‌ای خانوادگی چند بعدی برای اختلال‌های رفتاری کودکان از جمله بیش‌فعالی - نقص توجه است. والدینی که در این برنامه‌ها شرکت نموده‌اند به‌طور معنی‌داری کاهش رفتارهای تخریبی کودکان و افزایش کارآمدی خود را در ارتباط با کودکان‌شان گزارش داده‌اند [۳۳]. همچنین این آموزش‌ها، تنبیه و تهدید والدین را کاهش و خودکارآمدی، کنترل رفتار، بهبود نقش‌ها، قدرت حل مساله، روابط بین فردی و عملکرد خانوادگی را به‌طور معنی‌داری افزایش می‌دهد [۲۲].

آموزش حل مساله، به کاهش الگوی ارتباطی ناکارآمد متوقع - کناره‌گیر مادران و پدران منجر شده و الگوهای ارتباطی سازنده را تقویت می‌کند [۳۴]. فراتر از این، آموزش حل مساله برای همه سنین با مشکلاتی همچون تعارضات زناشویی، افسردگی، فشارهای روانی زندگی، مدیریت خشم، جرأت‌آموزی و سازگاری در مدرسه، کارآمد شناخته شده است [۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹]. اما مهم است که اثربخشی آن در سایر موارد، موقعیت‌ها و مشکلات هم بررسی شود. هدف پژوهش حاضر، مقایسه کارکردهای

جدول ۱) مشخصات دموگرافیک گروه‌های مورد بررسی

توزیع سنی	مشخصات	مادران کودکان سالم	مادران کودکان ADHD	فراوانی درصد
۶۰	۱۲	۸	۴۰	
۶۶/۶	۸	دبیلیم	۳۳/۳	
۸۷/۵	۷	دبیلیم	۱۲/۵	
۱۲/۵	۱	لیسانس	۵۰	
۳۳/۳	۴	دو فرزند	۱۶/۶	
۱۶/۶	۲	سه فرزند	۵۰	
۲۵	۲	دو فرزند	۲۵	
۲۵	۲	سه فرزند	۲۵	

جدول ۲) شاخص‌های آزمون T مربوط به مقایسه میانگین نمره‌های پیش‌آزمون مادران کودکان سالم و مادران کودکان ADHD

مقیاس	آزمون کارکردهای خانوادگی
سطح معنی داری	۰/۹۱۴
کولموگروف-اسمیرنوف	
فرضیات آزمون لون (همگنی واریانس‌ها)	فرض همگن بودن فرض همگن نبودن
آزمون لون	مقدار f
۰/۴۶	
آزمون T	مقدار t
۰/۵۰۵	
درجه آزادی	۱۸
۳/۲۴۴	
سطح معنی داری	۰/۰۰۷
۱۷/۹۰۹	
۰/۰۰۵	

جدول ۳) شاخص‌های آزمون T مربوط به مقایسه میانگین پیش‌آزمون- پس‌آزمون مادران کودکان سالم و مادران کودکان ADHD

گروه	میانگین پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	مقدار معنی-داری	مقدار درجه آزادی	سطح معنی داری
مادران ADHD	۲/۲۶۰	۲/۰۱۳	۰/۰۰۲	۱۸	۳/۵۹۹
مادران سالم	۱/۹۶۵	۲/۰۲۴	۰/۰۶	۴/۰۳۷	۰/۰۰۲

آموزش حل مسأله بر کارکرد خانوادگی مادران کودکان ADHD در مقایسه با مادران گروه کنترل تاثیر معنی‌داری در سطح $p < 0.002$ داشت (جدول ۳).
آموزش مهارت حل مسأله بر کارکرد کلی، حل مسأله، نقش‌ها و کنترل رفتار مادران کودکان ADHD تاثیر معنی‌داری داشت ($p < 0.05$; جدول ۴).

جدول ۴) شاخص‌های آزمون T مربوط به مقایسه میانگین پیش‌آزمون- پس‌آزمون مادران با فرزندان سالم و مادران با کودکان ADHD در خرده-مقیاس‌های کارکرد کلی، حل مسأله، نقش‌ها و کنترل رفتار

مقیاس	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	میانگین پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	مقدار معنی-داری	مقدار درجه آزادی	سطح معنی داری
عملکرد کلی	مادران ADHD	۲/۲۵۰	۱/۹۳۳	۰/۱۶۹	۰/۶۸۶	۰/۰۰۸	۱۸	۳
	مادران سالم	۱/۹۴۲	۱/۹۶۲					
حل مسأله	مادران ADHD	۲/۰۸۳	۱/۳۵۴	۰/۳۲۹	۰/۵۶۶	۰/۰۰۰	۱۸	۵
	مادران سالم	۱/۷۷۸	۱/۸۶۱					
نقش‌ها	مادران ADHD	۲/۵۰۰	۲/۳۴۷	۰/۲۰۲	۰/۹۱۴	۰/۰۰۹	۱۸	۲
	مادران سالم	۲/۱۰۲	۲/۲۴۱					
کنترل رفتار	مادران ADHD	۲/۳۱۹	۲/۱۸۱	۰/۹۹	۰/۱۶۵	۰/۰۰۰	۱۸	۲
	مادران سالم	۱/۹۸۱	۲/۰۳۷					
ارتباط	مادران ADHD	۲/۲۰۳	۲/۱۴۱	۰/۲۱۵	۰/۴۱۷	۰/۶۸۱	۱۸	۰
	مادران سالم	۱/۸۴۴	۱/۸۵۴					
پاسخ‌دهی عاطفی	مادران ADHD	۲/۱۷۹	۲/۰۰۰	۰/۰۸	۳/۴۴۵	۰/۱۰۰	۱۸	۱
	مادران سالم	۲/۱۵۵	۲/۲۳۸					
حمایت عاطفی	مادران ADHD	۲/۲۰۳	۱/۹۵۳	۰/۰۸۹	۳/۲۴۲	۰/۱۹۵	۱۸	۱
	مادران سالم	۱/۹۲۷	۱/۹۶۹					

اما آموزش مهارت حل مسأله بر خرده مقیاس‌های ارتباط، پاسخ‌دهی عاطفی و حمایت عاطفی تاثیر معنی‌داری نداشت ($p > 0.05$; جدول ۵).

بحث

کارکرد خانوادگی مادران دارای کودکان ADHD در مقایسه با مادران با فرزند سالم مختل است. این یافته همسو با سایر یافته‌ها [۴۴] است که بیان می‌کند، اختلال در عملکرد والدین می‌تواند بر کارکردهای خانواده، نقش‌های خانوادگی، پویایی‌های تعامل خانوادگی و توانایی والدین برای اجرای طرح جامعی که برای درمان به آن نیاز است، اثر بگذارد. همچنین عملکرد بد خانوادگی پدران و مادران با عملکرد بد کودکان، شامل اختلال‌های اضطرابی شدید در کودکان، نشانگان اضطراب و عملکرد کلی کودک رابطه معنی‌داری دارد [۱۰]. همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش حل مسأله به والدین دارای فرزند بیش‌فعال - نقص توجه، به بهبود و ارتقا کارکرد خانوادگی آنها منجر می‌شود. نتایج حاضر، یافته‌های تحقیقات دیگر [۲۶، ۲۷] را تایید می‌کند که براساس آن، خانواده درمانی به والدین بیش‌فعال - نقص توجه، می‌تواند چارچوبی برای ایجاد راهبردهایی برای مدیریت ناکارآمدی‌های مزمن خانوادگی فراهم آورد. به‌ویژه آموزش‌های رفتاری به والدین و کودکان بیش‌فعال - نقص توجه، کمک می‌کند تا چرخه تعامل ناکارآمد را بشکنند و الگوهای تعاملی حمایتی مثبت متقابلی به‌وجود آورند. همچنین این آموزش‌ها، به‌خصوص آموزش حل مسأله گروهی، به والدین کمک می‌کند تا نظام‌های باور خود را که براساس آن مشکل رفتاری کودک را به اهداف منفی او نسبت می‌دهند، به ناتوانی یعنی بیش‌فعالی - نقص توجه یا عوامل موقعیت بیرونی نسبت دهند [۴۵]. یادگیری این مهارت توسط مادران دارای فرزند بیش‌فعالی - نقص توجه، قدرت حل مسأله آنها را به‌طور معنی‌داری افزایش می‌دهد. حل مسأله، فنی است که به افراد در شناسایی مشکلاتی و راه‌حل‌های بالقوه کمک می‌کند. راه‌حل‌های ممکن، به دقت مطالعه و مناسب‌ترین آن با شرایط فرد، انتخاب و اجرا می‌شود. حل مسأله از محوری‌ترین فنون رفتار درمانی - شناختی است [۴۴] و می‌تواند با کمک سایر مداخله‌ها راهبرد موثری باشد یا به‌عنوان تکنیک درمانی، همان‌گونه که ماینورز-والیس و همکاران [۴۶] توصیف نموده‌اند، به کار رود. همچنین حل مسأله، در موقعیت‌های مختلفی همچون مشکل‌گشایی، مشکلات ارتباطی، مدیریت بحران، مشکلات شغلی، تحصیلی، تصمیم‌گیری و فقدان، کارآمد است [۴۷]. به‌علاوه، به بهبود نقش والدینی آنها نیز منجر می‌شود. در خانواده سالم، نقش‌ها به دو زیر منظومه والدینی و زناشویی واگذار می‌شود که هر یک دیگری را حمایت و کامل می‌کند [۴۸]. نقش والدین، به‌خصوص مادران در سبب‌شناسی این اختلال و در شکل‌گیری هویت کودکان و نوجوانان بسیار مهم است [۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱]. اصلاح نقش والدین، به‌خصوص مادران ADHD، کلیدی است که می‌تواند به مدیریت تکانشگری، بی‌توجهی و رفتارهای بیش‌فعالی کودک

کمک نماید. یعنی مدیریت این رفتارها، به کمک دستورات روشن و صریح و وضع قوانین و محدودیت‌های مشخص از طرف والدین، به‌ویژه مادران که زمان بیشتری را با این کودکان می‌گذرانند. در نهایت، سطح بالای حل مسأله و مدیریت کودک چرخه درون‌نسلی روشنی بین والدین و کودک، روابط خانوادگی گرم و حمایتی، قوانین و روابط مشخص، نقش‌ها و جهت‌گیری میانه و انعطاف‌پذیری را در والدین به دنبال دارد [۲۸]. براساس یافته‌های پژوهش حاضر، آموزش حل مسأله به مادران، "چرخه شیطانی" را در مرحله واکنش و عکس‌العمل‌های منفی مادران قطع نموده و کنترل رفتار آنها را به‌دنبال دارد. سایر تحقیقات هم نشان می‌دهد که در بسیاری از موارد، تغییر رفتار والدین وقت و هزینه کمتری دارد و حتی گاهی باید از آنها شروع شود؛ به‌خصوص اگر مشکلات ارتباطی بر خانواده سایه افکنده باشد یا خود والدین از اختلال روان‌شناختی رنج ببرند [۴۸]. به‌خصوص که آموزش والدین به بهبود رفتار مادران منجر شده و به‌دنبال آن رفتار کودک هم تغییر می‌کند [۴۹] و رفتارهای تخریبی مادران و کودکان بیش‌فعال - نقص توجه را کاهش می‌دهد [۵۰]. همچنین پرخاشگری آنها می‌انجامد [۵۱، ۵۲، ۵۳]؛ و مهارت‌های والدینی را تقویت نموده [۵۵]؛ فشار روانی آنها را کم و اعتماد به‌نفس مادران را افزایش می‌دهد [۵۳، ۵۴]. اما با توجه به اینکه خانواده در دو سطح خرد و کلان است که کارکردهای متفاوتی دارد [۵۵]، از این‌رو، حوزه گسترده‌ای داشته و عوامل متعددی بر آن اثرگذار هستند. جدیدترین یافته‌ها [۲۴] حاکی از آن است که کارآمدترین درمان برای کودکان بیش‌فعال - نقص توجه، درمان چندوجهی است که علاوه بر آموزش رفتاری والدینی، از دارو، مداخله‌های مدرسه‌ای و مشورت با معلمان نیز استفاده می‌شود [۴۵]. چراکه این اختلال، به‌طور معنی‌داری با اختلال‌های روان‌پزشکی، روان‌شناختی و خانوادگی، همچون افسردگی و اضطراب والدین، وضعیت خلقی آنها، احساس شایستگی والدین و خودکارآمدی مادران، در رابطه است [۲۱، ۲۲]. از این‌رو، آموزش حل مسأله به‌تنهایی به تغییر در کلیه کارکردهای خانوادگی مادران منتهی نمی‌شود و همان‌گونه که پژوهش حاضر نشان می‌دهد، بر حمایت عاطفی، پاسخ‌دهی عاطفی و ارتباط مادران کودکان بیش‌فعال - نقص توجه تأثیری ندارد. شاید دلیل اصلی این موضوع این است که مهارت حل مسأله، مداخله رفتاری - شناختی است و به عواطف، احساسات و هیجان توجهی ندارد.

نتیجه‌گیری

با توجه به کارکرد خانوادگی مادران بیش‌فعال - نقص توجه، در مقایسه با مادران دارای فرزندان سالم با مشکلات جدی در حوزه حل مسأله، ارتباط، نقش‌ها، کنترل رفتار، حمایت عاطفی و

17- Cuzzocrea F, Larcana R. Parent training for families with mentally retarded children. *J Ment Retard Cogn Dev Dis.* 2008;28:715-30.

18- Hoza B, Mrug S, Gerdes A. What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *J Clin Psychol.* 2005;73(3):411-23.

19- Resnick RJ. Attention deficit hyperactivity disorder in teens and adults: They do not all outgrow it. *JCLP.* 2005;61(5):529-33.

20- Hughes AA, Hedtke KA, Kendall PC. Family functioning in families of children with anxiety disorders. *J Fam Psychol.* 2009;22(2):325-8.

21- Koula N, Ruth W. Attention deficit hyperactivity disorder: The family and social context. *Aust Soc Work.* 2005;58(3):313-25.

22- William B, Matthew S. Correlates of self-reported coercive parenting of preschool-aged children at high risk for the development of conduct problems. *Aust N Z J Psychiatry.* 2004;38(9):738-45.

23- Charlotte J, Mandy C, Jeneva O. Mothers attribution for behavior in no problem boys, boys with attention deficit hyperactivity disorder and boys with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant behavior. *J Clin Adolesc Psychol.* 2006;35(1):60-71.

24- Nolan M, Carr A. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Carr A, editor. What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families. London: Routledge; 2000.

25- MTA Cooperative Group. A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatr.* 1999;56:1073-86.

26- Sanders MR, McFarland M. Treatment of depressed mothers with disruptive children: A controlled evaluation of cognitive behavioral family intervention. *Behav Ther.* 2000;31:89-112.

27- Faraone SV, Beiderman J, Mennin D, Gershon J, Tsuang MT. A prospective four-year follow-up study of children at risk for ADHD: Psychiatric, neuropsychological and psychosocial outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr.* 1996;35:1449-59.

28- Barkley R, Guevremont D, Anastopoulos A, Fletcher K. A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with ADHD. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60:450-62.

29- Barkley R. Defiant children: A clinician is manual for parent training. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1997.

30- Baer R, Nietzel M. Cognitive and behaviour treatment of impulsivity in children: A meta-analytic review of the outcome literature. *J Clin Child Psychol.* 1991;20:400-12.

31- Kendall P, Braswell L. Cognitive behavioral therapy for impulsive children. New York: Guilford; 1985.

32- Austad CS. Counseling and psychotherapy today: Theory, practice and research. New York: McGraw Hill; 2009.

33- Sanders MR, Montgomery DT, Brechman-Toussaint ML. The mass media and the prevention of child behavior problems: The evaluation of a television to promote positive outcomes for parents and their children. *J Child Psychol Psychiatr.* 2000;41(7):939-48.

34- Keshavarz-Afshar H. Effective method of problem solving group counseling on the expected communication pattern retired couples. Tehran; Third National Congress of Family Pathology, 2008. [Persian]

پاسخدهی عاطفی روبرو است؛ آموزش حل مسأله به مادران دارای کودکان بیش‌فعال - نقص توجه، کارکرد خانوادگی آنها را ارتقا بخشیده و قدرت حل مسأله، کنترل رفتار و نقش‌های والدینی آنها را به‌طور معنی‌داری تقویت می‌کند. اما بر روابط، حمایت عاطفی و پاسخدهی عاطفی تأثیر معنی‌داری ندارد. بنابراین، آموزش حل مسأله رفتاری به والدین و به‌خصوص مادران، به بهبود ناکارآمدی‌های مزمن خانوادگی، بهبود نقش‌ها و نظام خودباوری و سخت‌گیری یا رهاکنندگی آنها منتهی می‌شود.

منابع

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorder. 4th ed. Washington, DC: Author; 1994.
- 2- Barkly RA. Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents. New York: Guilford Press; 2000.
- 3- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of the mental disorders. 4th ed. Washington, DC: APA; 2000.
- 4- Barkley R. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Mash E, Barkley R, editors. Child psychopathology. 2nd ed. New York: Guilford; 2003.
- 5- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Geneva: WHO; 1992.
- 6- Whalen CK, Henker B. The social worlds of attention-deficit/hyperactive disorder: Five fundamental facets. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 1985;1(5):395-410.
- 7- Beyers W, Goossens L. Dynamics of perceived parenting and identity formation in late adolescence. *J Adolesc.* 2003;31:165-86.
- 8- Matos PM, Barlbosa S, Almeida HM, Costa ME. Parental attachment and identity in Portuguese late adolescents. *J Adolesc.* 1999;22:805-18.
- 9- Green JD, Campbell WK. Attachment and exploration in adults: Chronic and contextual accessibility. *Pers Soc Psychol Bull.* 2000;26:452-61.
- 10- Faber AJ, Edwards AE, Baure KS, Wetchler JL. Family structure: Its effects on adolescent attachment and identity format. *Am J Fam Ther.* 2003;31:243-55.
- 11- Dean SK. The contributions of mother, father and friend attachment and social provisions to adolescent psychosocial development [dissertation]. Canada: University of Calgary; 2002. Available from: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=765315431&sid=1&fmt=2&clientid=46431&RQT=309&Vname=PQD>.
- 12- Christensen P. The health-promoting family: A conceptual framework for future research. *Soc Sci Med.* 2004;59:377-87.
- 13- John F. We are people first: The social and emotional lives of individuals with mental retardation. London: Quorum; 1994.
- 14- Mahoney G, Fors S, Wood S. Maternal directive behavior revisited. *Am J Men Retard.* 1990;94:398-406.
- 15- Marfo K. Interactions between mothers and their mentally retarded children: Integration of research findings. *J Appl Dev Psychol.* 1984;5:45-69.
- 16- Burack JA, Hodapp RM, Zigler E. Handbook of mental retardation and development. UK: Cambridge University Press; 1998.

- 47- Hawton K, Kirk J. Problem solving. In: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark D, editors. Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide. Oxford: Oxford University Press; 1989.
- 48- Goldstein S, Ellison AT. Clinician's guide to adult ADHD: Assessment and intervention. San Diego: Elsevier Sciercer; 2002.
- 49- Evans SW, Vallano G, Pelham W. Treatment of parenting behavior with a psychostimulant: A case study of an adult with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 1994;4:63-9.
- 50- Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1998.
- 51- Wells KC, Abikoff H, Abramowitz A, Courtney M, Cousins L, Carmen R, et al. Parent training for attention deficit hyperactivity disorder. UK: MTA; 1996.
- 52- Wells KC, Pelham WE, Kotkin RA, Hoza B, Abikoff HB, Abramowitz A, et al. Psychosocial treatment strategies in the MTA study: Rationale, methods and critical issues in design and implementation. *J Abnorm Child Psychol*. 2000;28:483-505.
- 53- Sonuga-Baker EJS, Daley D, Thompson M, Laver-Bradbury C, Weeks A. Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder. A randomized controlled trial with a community sample. *J Am Aca Child Adolesc Psychiatr*. 2001;40:402-8.
- 54- Pisterman S, Firestone P, McGrath P, Goodman JT, Webster I, Mallory R. Outcome of parent-mediated treatment of preschoolers with attention deficit disorder with hyperactivity. *J Consult Clin Psychol*. 1989;57:628-35.
- 55- Jangsema A. Treatment of marital problems. Kimiyaei A, translator. Tehran: Roshd Publication; 2005. [Persian]
- 35- Asen E, Tomson D, Young V, Tomson P. Ten minutes for the family: Systemic interventions in primary care. London: Routledge; 2004.
- 36- Lankton S, Lankton C. Ericksonian family therapy. In: Gurman A, Kinskern D, editors. Handbook of family therapy. New York: Bruner Mazel; 1991.
- 37- Norcross J, Goldfried M. Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2005.
- 38- Hanlon W, Weiner-Davis M. In search of solutions: A new direction in psychotherapy. New York: Norton; 2003.
- 39- Olweus D. Bullying at school: What we know and what we can do. UK: Oxford Blackwell; 1993.
- 40- Badell JR, Lennox SS. Handbook of communication and problem-solving skills training. New York: Guilford Press; 1996.
- 41- Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. *J Marital Fam Ther*. 1983;9:171-80.
- 42- Fischer J, Corcoran K. Measures for clinical practice and research. UK: Oxford University Press; 2007.
- 43- Sanaei B. Scales measuring family and marriage. Tehran: Besat Publication; 2000. [Persian]
- 44- Roth A, Pilling S. The competencies required to deliver effective cognitive and behavioral therapy for people with depression and with anxiety disorder. New York: Department of Health Publication; 2007.
- 45- Alan C. Family therapy: Concepts, process and practice. 2nd ed. New York: John Wiley and Sons; 2006.
- 46- Mynors-Wallis LM, Cath AH, Day A, Barker E. Randomized controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication and combined treatment for major depression in primary care. *Br Med J*. 2000;320:26-30.