

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال چهارم شماره ۱۶ زمستان ۱۳۸۸

مقایسه‌ی عملکرد خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی (ADHD) با خانواده‌های دارای کودکان بهنجار

دکتر منصور بیرامی - دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

عیسی حکمتی - کارشناس ارشد روانشناسی

محسن سودمند - کارشناس ارشد روانشناسی

چکیده

علائم و نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی می‌تواند تعامل والدین و عملکرد خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. هدف از پژوهش حاضر نیز مقایسه‌ی عملکرد خانواده‌های دارای فرزند پسر مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی با گروه کنترل بوده است. بدین منظور ۲۹ نفر از مادران کودکانی که با استفاده از مصاحبه‌ی بالینی و پرسشنامه‌ی CSI-4 تشخیص نقص توجه/ بیش‌فعالی دریافت کرده‌اند، ابزار سنجش خانواده را تکمیل کردند. این کودکان به صورت تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای از نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش شهرستان تبریز انتخاب شده بودند. گروه مقایسه نیز شامل مادران کودکان عادی بود که کودکانشان از بین دانش‌آموزان همان مدارس انتخاب شده و مادران از نظر سن، ابعاد خانواده و تحصیلات با گروه اصلی هم‌تا شده بودند. تحلیل داده‌های به دست آمده نشان داد که بین عملکرد خانواده در خانواده‌های دارای کودک مبتلا به

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و گروه کنترل در بعد حل مسأله و پاسخدهی عاطفی در سطح $p < 0/05$ ، و آمیزش عاطفی در سطح $p < 0/001$ و کنترل در سطح $0/001$ تفاوت معنادار وجود دارد.

واژگان کلیدی: نقص توجه/ بیش‌فعالی، عملکرد خانواده، مادر.

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی^۱ به عنوان الگوی تکراری بیش‌فعالی، تکانشگری و بی‌توجهی توصیف شده است که غالباً شروع آن قبل از هفت سالگی بوده و شدیدتر از آن است که قابل اسناد به رشد طبیعی باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ DSM-IV-TR). تخمین زده شده است که این اختلال در ایالات متحده ۵-۳٪ از کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (انستیتوی ملی سلامت روان^۲، ۲۰۰۸). در واقع طبق نتایج مرکز کنترل بیماری‌ها در ایالات متحده، تقریباً ۴/۴ میلیون نفر از کودکان ۱۷-۴ ساله تشخیص این اختلال را دریافت کرده‌اند (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها^۳، ۲۰۰۵).

گرچه اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی به عنوان اختلال انحصاری کودکان شناخته شده است، اکنون معلوم شده است که این اختلال در اکثریت مراجعین بالینی که طی دوران کودکی این تشخیص را دریافت کرده‌اند، تا بزرگسالی تداوم می‌یابد (بارکلی^۴ و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعه لارا^۵ و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که تقریباً ۵۰٪ از کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی ملاک‌های کامل اختلال را در بزرگسالی نیز نشان می‌دهند.

در زمینه این اختلال، از بعد نظری و پژوهشی بیشتر بر عوامل عصب- شیمیایی، آناتومیکی و ژنتیکی تأکید شده است (ریکو و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از خمیس^۶،

1- Attention Deficit/ hyperactivity Disorder
3- Center for Disease Control and Prevention
5- Lara

2- National Institute of Mental Health
4- Barkley
6- Khamis

۲۰۰۶). با این حال رشد رویکردهای اکو سیستمی به نقش عوامل محیطی و فرهنگی علاوه بر عناصر زیستی تأکید می‌کند؛ بنابراین، اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی نمی‌تواند مجزا از عوامل محیطی مورد بررسی قرار گیرد.

زندگی کردن با کودک دارای اختلال یا ناتوانی، اغلب به صورت عاملی استرس‌زا برای خانواده درک شده و می‌تواند همه جنبه‌های خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. در این میان از آنجایی که مادر در تعامل بیشتر با این کودکان می‌باشد، احتمالاً بیشترین تأثیر را خواهد پذیرفت. گرچه رفتارهای والدینی ناکارآمد، شاید به عنوان واکنشی در مقابل مشکلات رفتاری کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی باشد، آن می‌تواند یک نقش سبب‌شناسی در ظهور اختلال رفتاری همزمان در بین این کودکان نیز داشته باشد (جانستون و ماش^۱، ۲۰۰۱). هر چند به سهم بالقوه این عامل در سبب‌شناسی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی توجه چندانی نشده است (جنسن و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از ری و همکاران^۲، ۲۰۰۰) تجارب متخصصان کودک و نوجوان پیشنهاد می‌کنند که بدعملکردی خانواده یکی از علل رفتارهای مربوط به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بوده و یا آن را تشدید می‌کند.

نتایج پژوهش زمینه‌یابی در گستره وسیعی از اروپا نشان داد که والدین این کودکان گزارش کردند که اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی تأثیر مهمی بر خود کودک و خانواده داشته و کار در مدرسه، روابط با همسالان و روابط خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کوگیل و همکاران، ۲۰۰۸).

از آنجایی که کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مشکلاتی در زمینه خودتنظیمی دارند و برای تنظیم رفتارهایشان بیشتر به پسخورندهای محیطی وابسته هستند (بارکلی، ۱۹۹۷؛ به نقل از هاروی^۴، ۲۰۰۰) مطالعه خانواده‌ها و الگوهای رفتاری

1- Jhonston & Mash
3- Cohghil

2- Rey et al
4- Harvey

والدین اهمیت به سزایی دارد. به طوری که کرونیس^۱ و همکاران (۲۰۰۷) اظهار کرده‌اند که آسیب والدین و رفتار والدینی عوامل خطر مهمی در پیامد رشدی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی می‌باشند. این احتمال وجود دارد که والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، به ویژه والدینی که خود نیز اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی را دارند، چالش‌های زیادی برای حفظ ساختار و پیوستگی خانواده داشته باشند (بیدرمن^۲، ۲۰۰۲).

این کودکان مکرراً با والدین شان در زمینه رفتارهای مختلف جر و بحث می‌کنند، به ویژه هنگامی که اختلال سلوک یا نافرمانی مقابله‌ای را به صورت همزمان داشته باشند (روبین^۳ و همکاران، ۲۰۰۸)، کمتر مطیع بوده و اغلب کمتر قادر به انجام خواسته‌های والدین می‌باشند (دوپوال و همکاران، ۲۰۰۱؛ به نقل از کرونیس - توسکانو^۴ و همکاران، ۲۰۰۸). مطابق گزارش والدین، دامنه‌ی زیادی از فعالیت‌های روزانه و اغلب روابط (والد-کودک، کودک با همشیرها و کودک با دیگران) در طی روز تحت تأثیر رفتارهای این کودکان می‌شود (کوگیل و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین چنین رفتارهایی می‌توانند واکنش‌هایی در والدین ایجاد کرده و از این طریق بر ساختار و عملکردهای خانواده تأثیر بگذارند.

اهمیت انتخاب مادر، در این پژوهش بدان سبب می‌باشد که برخی پژوهشگران (پولسکی و نیگ، ۲۰۰۱؛ به نقل از نتوفیتو و وبر^۵، ۲۰۰۵) بر این اعتقاد هستند که غالباً مادران، خود را برای رفتارهای نامناسب کودک مقصر می‌دانند. هاربرن و ولبرت^۶ (۲۰۰۴) الگوی سرزنش خود را در خانواده‌هایی که پسران مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی داشتند گزارش نموده‌اند و اظهار کرده‌اند که والدین به واسطه‌ی متخصصان و اعضای خانواده به خاطر مشکلات پسرانشان احساس تقصیر می‌کنند و در نتیجه آن،

1- Chronis

3- Robin

5- Neophytou & Webber

2- Biederman

4- Chronis- Tusciano

6- Harborne & Wolbert

آشفستگی‌های هیجانی تجربه می‌کنند.

علاوه بر این، مادران به رفتارهای خطرناک پسران، بیشتر با خشونت واکنش نشان می‌دهند، زیرا در کنترل چنین رفتارهایی خود را ناتوان احساس می‌کنند (مورونگیلو و هاگ^۱، ۲۰۰۴). از دیدگاه نظریه اسنادی نیز، مادران الگوهای خاصی در مورد رفتارهای کودکان نقص توجه/ بیش‌فعال دارند که قابل توجه است. چن و سیپ^۲ (۲۰۰۸) نشان دادند که مادران رفتارهای بی‌توجهی و تکانشگری را با احتمال زیادی به این شکل در نظر می‌گیرند که در آینده و موقعیت‌های مختلف مجدداً اتفاق خواهد افتاد و در کل آنها واکنش منفی‌تری برای رفتارهایی که پایدار و کلی درک می‌شوند، نشان می‌دهند. بنابر این انتظار می‌رود، خانواده و به ویژه مادر بیشتر تحت فشار گرفته و از نظر روانشناختی دچار آسیب‌های شوند که به نوبه خود در مسائل خانوادگی تأثیر خواهد گذاشت.

مطالعات متعدد، عوامل محیطی و به ویژه خانوادگی را در خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مورد بررسی قرار داده‌اند. میراندا^۳ و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که والدین این کودکان سطوح بالاتر استرس و احساس شایستگی کمتری داشته‌اند. آنها چنین نتیجه‌گیری کردند که این استرس در ارتباط با به کارگیری تکنیک‌های انضباطی ناکارآمد یعنی سهل‌گیرانه یا سخت‌گیرانه است. علیزاده و آندریس^۴ (۲۰۰۲) نیز به این نتیجه دست یافته‌اند که بین ابتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و شیوه‌های والدینی مستبدانه رابطه منفی وجود دارد؛ یعنی والدین این کودکان به شیوه‌ای مستبدانه با کودکان برخورد می‌کنند.

والدین واکنش‌های منفی به بدرفتاری‌های کودکان نشان می‌دهند (والن و هنکر، ۱۹۹۹؛ به نقل از ویمس^۵ و همکاران، ۲۰۰۸) که احتمالاً به دلیل تجربه

1- Morrongiello & Hogg
3- Miranda
5- Wymbms

2- Chen & Seip
4- Andries

استرس‌های زیاد است. مطالعه طولی (کمپل، ۱۹۹۴؛ به نقل از هلر و باکر^۱، ۲۰۰۰) نشان داد که منفی‌گرایی مادر پیش‌بین نیرومندی (حتی فراتر از مشکلات اولیه رفتاری کودک) تداوم مشکلات کودک است.

همچنین مطالعات دیگری (اسکرودر^۲ و همکاران، ۲۰۰۸؛ لانگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۵؛ پریمن^۴ و همکاران، ۲۰۰۶) نشان دادند که والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی سطوح بالاتری از تعارض و سطوح پایین سازماندهی خانوادگی را در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند. نکته جالب توجه این است که حتی شدت این اختلال بر عملکرد خانواده تأثیر متفاوتی می‌تواند داشته باشد. گوستافسون^۵ و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که خانواده‌های دارای کودکان با رفتارهای شدید، در مقایسه با خانواده‌های دارای کودکان با رفتارهای متوسط این اختلال، بدعملکردی بیشتری نشان دادند. شور و گو^۶ (۲۰۰۷) در مطالعه خود که به بررسی عوامل خانوادگی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی پرداختند، به این نتیجه دست یافتند که مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی آشفته‌گی روانشناختی بیشتر گزارش کرده و حمایت کمتری از سوی خانواده ادراک می‌کنند. همچنین این مادران از نظر عاطفی کمتر پاسخ‌دهنده بوده و محافظت و کنترل بیشتری نسبت به کودکانشان اعمال می‌کنند.

اغلب پژوهش‌های مربوط به خانواده در این کودکان، به بررسی محیط عمومی خانواده و یا رفتارهای والدینی پرداخته‌اند و مبتنی بر مطالعه، تاکنون هیچ پژوهشی عملکرد خانواده را، به ویژه از دیدگاه مادر و با توجه به مدل عملکرد خانواده مک مستر، مورد بررسی قرار نداده است.

البته پژوهش غنی‌زاده و شمس (۲۰۰۷) عملکردهای خانواده‌های کودکان مبتلا به

1- Heller & Backer

3- Lang

5- Gustafsson

2- Schroder

4- Pressman

6- Shure & Gaue

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی را مورد بررسی قرار داده و به این نتیجه دست یافتند که خانواده‌های این کودکان در مقایسه با گروه کنترل در همه ابعاد خانواده، عملکرد ضعیف‌تری نشان دادند. اما نقص یا محدودیت عمده پژوهش آنها این است که عملکرد خانواده را از دیدگاه خود کودک مبتلا، و نه والدین و یا اطرافیان، مورد بررسی قرار داده است. از آنجا که میانگین سنی آزمودنی‌ها در پژوهش آنها معادل ۱۰ بوده است، به نظر می‌رسد این کودکان توانایی شناختی کافی برای پاسخگویی به مسائل مطرح شده در ابزار سنجش خانواده را نداشته باشند.

با توجه به این مسأله، این پژوهش درصدد آن بود که ابعاد عملکرد خانواده را با توجه به مدل مک مستر، از دیدگاه مادران این کودکان مورد بررسی قرار دهد.

روش

جامعه و نمونه آماری

جامعه پژوهش حاضر را مادران کودکان پسر مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی با دامنه سنی ۸-۱۲ ساله شهرستان تبریز تشکیل داده است، که این کودکان در سال تحصیلی ۷۷-۷۸ در یکی از مدارس ابتدایی نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش تبریز مشغول به تحصیل بودند.

نمونه پژوهش شامل ۲۹ نفر از مادران کودکان مبتلا به نقص توجه/ بیش‌فعالی می‌باشد که طبق ملاک‌های DSM-IV، کودک تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی دریافت کرده است. این کودکان و مادران آنها، از بین دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهرستان تبریز انتخاب شده بودند.

گروه کنترل پژوهش حاضر نیز شامل ۳۰ نفر از مادران کودک غیرمبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی (عادی) است که هیچ اختلال رفتاری ندارند. آزمودنی‌ها از نظر ابعاد خانواده (تعداد نفرات خانواده)، سن و تحصیلات با گروه اصلی هم‌تا شده‌اند. گروه

کنترل نیز از بین کودکان همان مدارس و والدین آنها انتخاب و همتا سازی شده اند. میانگین سن مادران گروه نقص توجه/ بیش فعال $33/96$ ($SD=4/96$) و گروه کنترل $33/50$ ($SD=3/9$) بود. در جدول شماره ۱ تحصیلات والدین گروه کودکان نقص توجه/ بیش فعال و گروه کنترل نشان داده شده است.

جدول (۱) وضعیت تحصیلی مادران در گروه‌های پژوهشی

گروه	تحصیلات	تعداد	درصد
مادران کودکان نقص توجه/ بیش فعال	زیردیپلم	۶	۲۰/۶۸
	دیپلم	۱۲	۴۱/۳۷
	لیسانس	۹	۳۰/۰۳
	بالتر از لیسانس	۲	۶/۸۹
	کل	۲۹	۱۰۰
مادران کودکان گروه کنترل	زیردیپلم	۸	۲۶/۶۶
	دیپلم	۱۳	۴۳/۳۳
	لیسانس	۷	۲۳/۳۳
	بالتر از لیسانس	۲	۶/۶
	کل	۳۰	۱۰۰

هر دو گروه از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای غربالگری شده و سپس مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند.

ابزارهای اندازه‌گیری

در این پژوهش برای دستیابی به اهداف مورد نظر از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4): این پرسشنامه یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اولین بار توسط اسپیرافگین و گادو براساس طبقه‌بندی DSM-III با نام SLUG به منظور غربالگری ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی کودکان ۱۲-۵ ساله ساخته شده است. بعدها به همراه تغییرات DSM این ابزار دوباره تجدیدنظر شده و در سال ۱۹۹۴ با

چاپ DSM-IV با اندکی تجدیدنظر با نام CSI-4 منتشر شده است (محمد اسماعیل، ۱۳۸۱).

این مقیاس شامل دو فرم معلم و والد است که فرم معلم دارای ۱۱۲ سوال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلالات رفتاری تنظیم شده است. فرم معلم دارای ۷۷ سوال است که ۹ گروه عمده از اختلالات رفتاری را در برمی‌گیرد. هر یک از این گروه‌ها زیر مجموعه‌های خاص خود را داشته و شامل سوالات مربوط به خود است. پرسش‌ها در مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت، وضعیت آزمودنی‌ها را بر حسب شدت به صورت «هرگز»، «گاهی اوقات»، «اغلب اوقات»، «همیشه» می‌سنجد (همان منبع). براساس مطالعه گادو و اسپیرافگین (۱۹۹۴) پایایی بازآزمایی این آزمون ۰/۸۹٪ و براساس مطالعه دیگر گادو و اسپیرافگین (۱۹۹۷) پایایی این پرسشنامه با روش بازآزمایی برای همه طبقات CSI-4 در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است (همان منبع). در ایران نیز در مطالعه توکلی‌زاده (۱۳۷۵) با هدف کلی تعیین میزان شیوع اختلال‌های ایذایی و کاستی توجه از فرم معلم و والد به عنوان ابزار غربالگری استفاده شده است که نهایتاً پایایی فرم‌های والد و معلم از طریق بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ بوده است (توکلی‌زاده، ۱۳۷۵؛ همان منبع).

همچنین در پژوهشی توسط محمد اسماعیل (۱۳۸۱) پایایی فرم والد CSI-4 از طریق بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته برای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، ۰/۶۰ برآورد شد که در سطح ۰/۱ معنی‌دار بود. اما به دلیل عدم دستیابی به معلمان، پایایی فرم معلم محاسبه نشد.

در تحقیق محمد اسماعیل (۱۳۸۱) برای اعتباریابی نیز، پرسشنامه CSI-4 به همراه تعریفی از حیطة مورد سنجش آن در اختیار ۹ روانپزشک قرار گرفت که اظهار نظرهای آنها نشان داد که همگونی و مناسبت محتوای CSI-4 با حیطة و اختلال مورد سنجش مورد مناسب است. از این پرسشنامه برای تشخیص اختلال در کودکان استفاده شده است.

ابزار سنجش خانواده^۱: ابزار سنجش خانواده پرسشنامه‌ای ۶۰ سوالی است که برای سنجیدن عملکرد خانواده طبق الگوی مک مستر تدوین شده است. این الگو ویژگی‌های ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌سازد و شش بعد از عملکرد خانواده را مشخص می‌کند که ابعاد آن بدین قرار است: حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، پاسخدهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار. لذا این ابزار متناسب با این شش بعد، از شش خرده‌مقیاس برای سنجش آنها به علاوه خرده‌مقیاس هفتم که مربوط به عملکرد کلی است تشکیل شده است. گرچه پرسشنامه کنونی ۶۰ سوالی است، مطالعات اولیه براساس مقیاس ۵۳ سوالی بوده است.

ابزار سنجش خانواده با ضریب آلفای خرده‌مقیاس‌های خود از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ از همسانی درونی برخوردار بوده است (اپشتاین و همکاران، ۱۹۸۳؛ به نقل از ثنایی، ۱۳۷۹). در ایران نیز این پرسشنامه توسط میرعنایت (۱۳۷۸)، امینی (۱۳۷۹) و رضایی (۱۳۷۸) (به نقل از ثنایی، ۱۳۷۹) مورد بررسی قرار گرفته که پایایی آن برای هر یک از مقیاس‌ها در جدول شماره ۲ ذکر شده است.

جدول (۲) پایایی ابزار سنجش خانواده

خرده‌مقیاس	ضریب آلفا (میر عنایت)	ضریب آلفا (امینی)	ضریب آلفا (رضایی)
حل مشکل	۰/۶۳۲	۰/۶۱	۰/۶۶
ارتباط	۰/۶۳۲	۰/۳۸	۰/۶۷
نقش‌ها	۰/۴۸۸	۰/۷۲	۰/۶۳
پاسخدهی عاطفی	۰/۵۶۱	۰/۶۴	۰/۴۲
آمیزش عاطفی	۰/۷۴۵	۰/۶۵	۰/۶۱
کنترل رفتار	۰/۵۹۸	۰/۶۱	۰/۳۸
کل مقیاس	۰/۹۰۹	۰/۹۲	۰/۹۱

همچنین شش خرده‌مقیاس این ابزار نسبتاً مستقل می‌باشند. این ابزار تا حدودی دارای اعتبار همزمان و پیش‌بین است.

این ابزار در مطالعه بر روی ۱۷۸ زوج حدوداً ۶۰ ساله، با «مقیاس رضایت زناشویی لاک-والاس» همبستگی متوسطی به دست آورد و توانایی نسبتاً خوبی برای پیش‌بینی نمرات «مقیاس روحیه سالمندی فیلادلفیا» نشان داده است (اپشتاین و همکاران، ۱۹۸۳؛ به نقل از ثنایی، ۱۳۷۹).

روش جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها

در گام اول ۲ ناحیه از پنج ناحیه آموزش و پرورش شهرستان تبریز به صورت تصادفی انتخاب و سپس از هر ناحیه دو مدرسه ابتدایی به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس از هر ناحیه دو مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شدند. در گام بعدی برای شناسایی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، با استفاده از ابزار محقق ساخته براساس DSM-IV، کودکان مشکوک به داشتن نشانه‌های اختلال مذکور توسط معلمان معرفی شدند که تعداد آنها در ۴ مدرسه ۵۶ نفر بود. در گام سوم برای تشخیص اختلال با مادران این کودکان مصاحبه بالینی به عمل آمد. همچنین از پرسشنامه CSI-4 فرم معلم و والد برای تشخیص استفاده شد و ۳۷ کودک که طی مصاحبه بالینی تشخیص اختلال دریافت کرده و در CSI-4 نمرات بالاتر از نقطه برش به دست آورده بودند، وارد پژوهش شدند. از بین آنها ۵ نفر به دلیل جدا شدن والدین از همدیگر و یا در قید حیات نبودن یکی از والدین و ۳ کودک به دلیل داشتن اختلال همزمان از پژوهش کنار گذاشته شدند.

علاوه بر این، ۵۰ کودک عادی، به صورت تصادفی از بین همان مدارس انتخاب شده و از طریق CSI-4، مورد ارزیابی قرار گرفتند و ۳ نفر از کودکان به دلیل کسب نمره بالاتر از نقطه برش در پرسشنامه مذکور از پژوهش کنار گذاشته شدند. از بین ۴۷ نفر باقیمانده ۱۱ نفر از مادران، به دلیل نداشتن ملاک‌های لازم برای همتا بودن (شامل

قرار نگرفتن در دامنه سنی ۲۶-۴۶؛ تحصیلات بالاتر از لیسانس و تعداد نفرات (بالاتر از ۴ نفر) خانواده) و یک آزمودنی به دلیل طلاق حذف شدند. از بین افراد باقیمانده ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. در نهایت ابزار سنجش خانواده توسط مادران کودکان در هر دو گروه تکمیل گردید. به منظور تحلیل داده‌های به دست آمده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ استفاده شده است.

یافته‌ها

به منظور تحلیل داده‌های به دست آمده در وهله اول از آمار توصیفی استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۳ درج شده است. چنانچه مشاهده می‌شود این جدول آماره‌های توصیفی متغیرهای مربوط به عملکردهای دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و کودکان عادی را نشان می‌دهد.

برای بررسی این فرضیه‌های پژوهش در این زمینه که مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه در ابعاد شش‌گانه عملکرد خانواده با مادران کودکان عادی تفاوت معنادار وجود دارد از آزمون t استفاده کرده‌ایم که نتایج آنها به صورت جداگانه در جدول ۴ درج شده است. مطابق با مندرجات این جدول، t محاسبه شده برای حل مسأله برابر با ۲/۳۳۰- است، که این میزان در سطح $p < 0/05$ معنی‌دار است و این معناداری به نفع گروه کنترل بوده و به این معنی است که مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در توانایی حل مسأله عملکرد ضعیف‌تری نشان می‌دهند.

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
 سال چهارم شماره ۱۶، زمستان ۱۳۸۸

جدول (۳) آمار توصیفی متغیرهای عملکرد خانواده در گروه‌های پژوهشی

خطای استاندارد میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	N	گروه	
۰/۳۶	۱/۹۸	۹/۸۰۰	۳۰	کنترل	حل مسأله
۰/۳۹	۲/۱۴	۱۱/۱۳۵	۲۹	نقص توجه/ بیش فعال	
۰/۳۴	۱/۸۹	۱۲/۶۶۶	۳۰	کنترل	ارتباط
۰/۴۸	۲/۶۳	۱۳/۷۲۴	۲۹	نقص توجه/ بیش فعال	
۰/۸۱	۴/۴۶	۱۹/۷۶۶	۳۰	کنترل	نقش‌ها
۰/۶۸	۳/۷۰	۲۱/۰۳۴	۲۹	نقص توجه/ بیش فعال	
۰/۶۷	۳/۷۱	۱۶/۲۰۰	۳۰	کنترل	پاسخدهی
۰/۶۴	۳/۴۶	۱۸/۱۷۲	۲۹	نقص توجه/ بیش فعال	عاطفی
۰/۸۸	۴/۸۴	۱۵/۲۰۰	۳۰	کنترل	آمیزش عاطفی
۱/۰۹	۵/۸۸	۲۰/۹۶۵	۲۹	نقص توجه/ بیش فعال	
۰/۴۹	۲/۷۳	۱۸/۵۳۳	۳۰	کنترل	کنترل
۰/۷۷	۴/۱۸	۲۱/۵۱۷	۲۹	نقص توجه/ بیش فعال	

بخش دیگر جدول که ابعاد ارتباط و نقش عملکرد خانواده را شامل می‌شود، نشان می‌دهد که t محاسبه شده که برابر با $۱/۷۶۳$ - برای مورد اول و $۱/۰۶۸$ - برای مورد دوم است، و این میزان در سطح $p < 0/05$ معنی‌دار نیست. بنابراین دو گروه مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و مادران کودکان عادی در ارتباط و نقش در خانواده به صورت متفاوتی عمل نمی‌کنند.

یافته‌های مربوط به ابعاد پاسخدهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل را نشان می‌دهد که t محاسبه شده برابر با $۲/۰۵۸$ - است، و این میزان در سطح $p < 0/05$ معنی‌دار است و به نفع گروه کنترل است. در واقع مادران کودکان مبتلا به نقص توجه/ بیش‌فعالی پاسخدهی عاطفی ضعیف‌تری در خانواده نشان می‌دهند.

همچنین t محاسبه شده برای آمیزش عاطفی و کنترل به ترتیب برابر با $۴/۰۷۰-$ و $۳/۴۱۱-$ است، که این میزان به ترتیب در سطح $p < 0/000$ و $p < 0/001$ معنادار بوده و به نفع گروه کنترل است. در واقع مادران کودکان مبتلا به نقص توجه/ بیش‌فعالی آمیزش عاطفی و کنترل کمتر و ضعیف‌تری در خانواده نشان می‌دهند.

جدول (۴) آزمون t همبسته عملکرد خانواده در بین گروه‌های پژوهشی

خطای استاندارد تفاوت	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	درجه آزادی	t	سطح معنی-داری (لون)	F (لون)	
۰/۵۲۹	-۱/۲۳۳	۰/۰۲۳	۵۸	-۲/۳۳۰	۰/۸۶۱	۰/۳۱	حل مسأله
۰/۵۸۶	-۱/۰۳۳	۰/۰۸۳	۵۸	-۱/۷۶۳	۰/۱۴۱	۲/۲۳۰	ارتباط
۱/۰۶۱	-۱/۱۳۳	۰/۲۹۰	۵۸	-۱/۰۶۸	۰/۱۸۰	۱/۸۴۳	نقش‌ها
۰/۹۲۳	-۱/۹۰۰	۰/۰۴۴	۵۸	-۲/۰۵۸	۰/۴۸۹	۰/۴۸۶	پاسخدهی عاطفی
۱/۳۸۴	-۵/۶۳۳	۰/۰۰۰	۵۸	-۴/۰۷۰	۰/۳۰۲	۱/۰۵۸	آمیزش عاطفی
۰/۹۰۸	-۳/۱۰۰	۰/۰۰۱	۵۸	-۳/۴۱۱	۰/۰۸۲	۳/۱۳۳	کنترل

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش مقایسه عملکرد خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی با گروه کنترل بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و گروه کنترل در برخی از ابعاد عملکرد خانواده تفاوت‌هایی وجود دارد که بدان معنا است که این خانواده‌ها تحت تأثیر نشانه‌های اختلال کودک قرار گرفته و در نتیجه مشکلاتی را در خانواده پیدا می‌کنند. این یافته همسو با یافته‌هایی است که نشان می‌دهند سطوح بالای تعارض و سطوح پایین پیوستگی در این خانواده‌ها وجود دارد (بیدرمن و همکاران، ۲۰۰۲؛ لانگ و همکاران، ۲۰۰۵؛ پریسمن و همکاران، ۲۰۰۶؛ اسکرودر و همکاران، ۲۰۰۸). در حالی که با نتایج پژوهش ری و همکاران (۲۰۰۰) که نشان داد محیط خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی تفاوتی با گروه کنترل ندارد، ناهمسو می‌باشد.

نتایج ما نشان داد که خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در ابعاد حل مسأله، پاسخدهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتاری نمرات بالاتری نسبت به گروه کنترل به دست آوردند که این بدین معناست که این خانواده‌ها در این ابعاد بدعملکردی نشان می‌دهند. این نتایج با یافته‌های آکارد و همکاران (۲۰۰۶)، کاشدن^۱ و همکاران (۲۰۰۴)، جانستون و ماش (۲۰۰۱)، غنی‌زاده و شمس (۲۰۰۷)، هماهنگ می‌باشد. آکارد^۲ و همکاران (۲۰۰۶) به این نتیجه دست یافتند که آمیزش عاطفی والدین با سلامت روانی کودک در ارتباط می‌باشد؛ و دو مطالعه بعد، به ترتیب نشان دادند که والدین این کودکان در پاسخدهی مناسب و آمیزش عاطفی مشکلاتی دارند. از آنجایی که در این پژوهش ما وجود اختلالات همزمان را کنترل کرده بودیم، نظر فیفندر و همکاران (۲۰۰۵) که اظهار کرده است مشکلات عملکرد خانواده بیشتر به اختلالات همزمان از جمله نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک مربوط است، چندان درست به نظر نمی‌رسد. همچنین پژوهش غنی‌زاده و شمس (۲۰۰۷) نشان داد که این خانواده‌ها در چهار بعد مذکور در مقایسه با گروه کنترل آسیب دیده‌اند. یافته دیگر مطالعه ما حاکی از این بود که بین خانواده‌های گروه کنترل و مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی تفاوت معناداری در بعد ارتباط و نقش‌ها وجود ندارد، که این یافته با نتایج پژوهش غنی‌زاده و شمس (۲۰۰۷) ناهمسو است.

نتایج حاضر در درجه اول می‌تواند حاکی از این باشد که ابتلای کودک به این اختلال، ابعاد خاصی از عملکرد خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نه همه کارکردها را. به نظر می‌رسد این اختلال بیشتر بر ابعادی که به نوعی با هیجانات ارتباط نزدیکی دارند، بیشترین تأثیر را داشته باشد. حل مسأله هم عواطف و هم مسائل عملی روزمره (ابزاری، مثل تهیه غذا و مسکن) را شامل می‌شود (بارکر، ۱۹۷۵؛ به نقل از دهقانی، ۱۳۷۵). حل مسأله به صورت فرآیند بوده و از شناسایی تا ارزیابی میزان موفقیت را

1- Kashdan

2- Ackard

شامل می‌شود و لازم است این مراحل به صورت متوالی طی شوند تا بتوانند مشکلی را حل کنند. به نظر می‌رسد حتی اگر والدین توانسته باشند مسأله را شناسایی (اولین مرحله) کرده و راه‌حلی برای آن پیدا کنند، به دلیل تداخل مشکلات این کودکان، اجرای آن نافرجام خواهد ماند. شاید به همین دلیل است که این بعد از عملکرد نقص‌هایی در این خانواده‌ها نشان می‌دهد.

بدعملکردی در بعد پاسخدهی عاطفی و آمیزش عاطفی، می‌تواند ناشی از عدم تعادل ابراز عواطف مثبت و منفی باشد، که پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که مادران این کودکان منفی‌گرایی بیشتری در مقابل رفتارهای این کودکان نشان می‌دهند. در چنین خانواده‌هایی اغلب افراد بیشتر واکنش منفی به رفتارهای کودکان نشان خواهند داد، زیرا برخلاف کودکان عادی، این کودکان به خواسته‌های والدین پاسخ‌دهنده مناسبی ندادند و موجب خشم و عصبانیت آنها می‌شوند. در ارتباط با آمیزش عاطفی می‌توان گفت که این یافته حاکی از آن است که نیازهای عاطفی اعضاء در درون خانواده تأمین نمی‌شود و اعضاء خانواده نوعی بی‌علاقگی و نسبت به مسائل و مشکلات همدیگر نگرانی چندانی نشان نمی‌دهند. بنابراین این خانواده‌ها از انواع آمیختگی عاطفی به نوع فقدان آمیختگی متعلق هستند (به استین هاور و همکاران، ۱۹۸۴؛ به نقل از سالاری، ۱۳۸۰مراجعة کنید).

کنترل رفتاری بدان معنی است که خانواده استانداردها و قوانینی برای موقعیت‌ها دارد. در واقع یکی از یافته‌های پژوهش حاضر نیز این است که این خانواده‌ها کنترل رفتاری کارآمدی در درون خانواده ندارند. چنانچه مطالعه علیزاده و آندریس (۲۰۰۲) نیز نشان داد که والدین این کودکان از شیوه‌های مستبدانه برای کنترل آنها استفاده می‌کنند.

در کل با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، در مداخلات درمانی برای این کودکان، رویکردهای سیستمی می‌توانند مفید باشند، هر چند درمان کودک به تنهایی نیز شاید

- ▶ فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
 - ▶ سال چهارم شماره ۱۶، زمستان ۱۳۸۸
-

تا حدودی مشکلات خانواده را رفع کند. چنانچه مطالعه کرونیس و همکاران (۲۰۰۳)؛ نئوفیتو و وبر، (۲۰۰۵) نیز نشان داد درمان نه تنها برای کودک بلکه برای کل خانواده مفید بوده است.

تاریخ دریافت نسخه‌ی اولیه‌ی مقاله: ۸۷/۱۲/۱۱

تاریخ دریافت نسخه‌ی نهایی مقاله: ۸۸/۳/۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۵/۱۲



References

منابع

- بارکر، فیلیپ (۱۳۷۵). *خانواده‌درمانی پایه*، ترجمه محسن دهقانی. تهران: انتشارات رشد.
- ثنایی، باقر؛ علاقیند، ستیلا و هومن، عباس (۱۳۷۹). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: موسسه انتشارات بعثت.
- سالاری راضیه (۱۳۸۰). *مقایسه کارکرد خانواده در نوجوانان افسرده و بهنجار*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۱). *بررسی اعتبار روایی و نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علایم مرضی CSI-4*. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰). *ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*، تجدیدنظر شده (DSM-IV-TR). ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیسینس (۱۳۸۶). تهران: انتشارات سخن.
- Ackard, D.M., Neumark-Sztainer, D., Story, P.C. (2006). Parent-child Connectedness and Behavioral and Emotional Health among Adolescents, *American Journal of Preventive Medicine*; 30:59-66.
- Alizadeh A, Andries C. (2002). Interaction of Parenting Styles and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Iranian Parents, *Child & Family Behavior Therapy*; 24:37-52.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The Persistence of Attention Deficit/hyperactivity Disorder Into Young Adulthood as a Function of Reporting Source and Definition of Disorder, *Journal of Abnormal Psychology*, 111: 279-289.
- Biederman, J., Faraone, S.V., & Monuteaux, M.C. (2002). Impact of Exposure to Parental Attention-deficit Hyperactivity Disorder on Clinical Features and Dysfunction in the Offspring, *Psychological Medicine*, 32: 817-827.
- Center for Disease Control and Prevention. (2005). *Mental Health in the United States: Prevalence of Diagnosis and Medication Treatment for*

Attention- deficit/ hyperactivity Disorder, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54, 842-847.

- Chen, M., Seipp, C.M., Johnston, C. (2008). Mothers' and Fathers' Attributions and Beliefs in Families of Girls and Boys with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder, *Child Psychiatry and Human Development*, 39:85-99.
- Chronis, A.M., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Williams, S.H., Baumann, B.L., Kipp, H., et al. (2007). Maternal Depression and Early Positive Parenting Predict Future Conduct Problems in Young Children with Attention-deficit/hyperactivity Disorder, *Developmental Psychology*, 43: 70-82.
- Chronis-Tuscano, A., Raggi, V.L., Clarke, T.L., Rooney, M.E., Diaz, Y. & Pian, J. (2008). Associations between Maternal Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Parenting, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36:1237-1250.
- Coghil, D., Soutullo, C. Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M. and Buitelaar, J.(2008). Impact of Attention-Deficit/hyperactivity Disorder on the Patient and Family: Results from a European Survey, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2:31, doi: 10.1186/1753-2000-2-31.
- Ghanizadeh, A. and Shams, F. (2007). Children's Perceived Parent-Child Relationships and Family Functioning in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Child & Family Behavior Therapy*, 29(3): 1-11.
- Harborne, A. & Wolperrt, M. (2004). Making Sense of ADHD: A Battle for Understanding? Parents' Views of Their Children Being Diagnosed with ADHD, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9 (3): 327-340.
- Harvey, E.A. (2000). Parenting Similarity in Children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, *Child and Family Behavior Therapy*, 22(3): 39-54.
- Heller, T.L., and Backer B.L. (2000). Maternal Negativity and Children's Externalizing Behavior, *Early Education & Development*, 11(4): 483-498.
- Johnston, C., & Mash, E.J. (2001). Families of Children with Attentiondeficit/ Hyperactivity Disorder: Review and Recommendations for Future Research, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4: 183-207.

- Kashdan, T.B., Jacob, R., Pelham, W., Lang, A.R., Hoza, B., Blumenthal, J.D., & Gnagy, E. (2004). Depression and Anxiety in Parents of Children with ADHD and Varying Levels of Oppositional Defiant Behaviors: Modeling Relationships with Family Functioning, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 33, 169-181.
- Khamis, V. (2006). Family Environment and Parenting as a Predictor of Attention Deficit/ Hyperactivity among Palestinian Children, *Journal of Social Service Research*, 32(4): 99-116.
- Lange, G., Sheerin, D., & Carr, A. (2005). Family Factors Associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Emotional Disorders in Children, *Journal of Family Therapy*, 27:76-96.
- Lara, C., Fayyad, J., Graaf, R., Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M. et al (2009). Childhood Predictors of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Results from the World Health Organization World, Mental Health Survey Initiative. *Biological Psychiatry*, 65:46-54.
- Morrongiello, B.A., Hogg, K. (2004). Mothers' Reactions to Children Misbehaving in Ways That can Lead to Injury: Implications for Gender Differences in Children's Risk Taking and Injuries, *Sex Roles* 50:103-118.
- National Institute of Mental Health, (2008). Attention Deficit Hyperactivity Disorder, <http://www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm>, Accessed 3 April 2007.
- Neophytou, K., Webbe, R. (2005). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The Family and Social Context, *Australian Social Work*, 58(3): 313-325.
- Pfiffner, L.J., Mc Burnett, K., Rathouz, P.J., & Judice, S. (2005). Family Correlate of Oppositional and Conduct Disorders in children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(5): 551-563.
- Pressman, L.J., Loo, S.K., Carpenter, E.M., Asarnow, J.R., Lynn, D., McCracken, J.T., et al. (2006). Relationship of Family Environment and Parental Psychiatric Diagnosis to Impairment in ADHD, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45: 346-354.

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال چهارم شماره ۱۶، زمستان ۱۳۸۸

- Rey, J.M., Walter, G., Plapp, J.N., Denshire, E. (2000). Family Environment in Attention Deficit/ Hyperactivity, Oppositional Defiant and Conduct Disorder, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3): 553-457.
- Robin, A.L., (2008). Family Intervention for Home-based Problems of Adolescents with Attention-deficit/hyperactivity Disorder, *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews* 19 (2): 268-277.
- Schroder, V.M., Kelly, M.L. (2008). Association between Family Environment, Parenting Practice and Executive Functioning of Children with and without ADHD, *Journal of Family and Child Study*, DOI 10.1007/s10826-008-9223-0.
- Shure, S., Gaue, F. (2007). Parental and Family Factors for Attention-deficit Hyperactivity Disorder in Taiwanese Children, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(8): 688-696.
- Wymbs, B.T., Pelham, W.E., Molina, B.S., Gnary, E.M. (2008). Mother and Adolescents Reports of Interparental Discord among Parents of Adolescents with and without Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, *Journal of Emotional and Behavioral Disorder*, 16(1): 29-
- Gustafsson. P. et al (2008). ADHD Symptoms in Primary School Children, *Acta Paediatrica*, 97(3), 233-238.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی