MEJDS. 2019; 9:25.
Published online 2019 Jun. **Research Article**

Functional Family Therapy on Impulsive Behavior and Social Skills in Children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder

*Mohsen Saeidmanesh[1], Farangis Demehri[2], Mohamadali Jafari Nodushan[3]

Author Address
1. PhD in Neurocognitive Science, Assistant Professor, Science and Arts University, Yazd. Iran;
2. PhD in Exceptional Children Psychology, Department of Psychology, Science and Arts University, Yazd, Iran;
3. Graduate Student of Clinical Child Psychology, Science and Arts University, Yazd, Iran.
***Corresponding Author's Email:** m.saeidmanesh@yahoo.com

Received: 2018 Aug 1; **Accepted:** 2018 Sept 16.

Abstract

Background & Objective: Attention–deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a developing behavioral disorder. Usually, the child cannot focus and focus on one subject action, and the learning process is slow in him them, and the child these children haves unusual and very high physical activity. This disorder is associated with lack of attention, excessive activity, impulsive behavior, or a combination of these. A doctor should carefully monitor any child with ADHD suspicion. Many of these children also have one or more behavioral disorders. They may also have a psychiatric problem, such as depression or bipolar disorder. ADHD is the most common behavioral disorder in childhood and puberty, and it affects about 3% to 5% of children before the age of seven. This complication occurs more early in primary school era for children and at puberty, and as many patients become older as age grows. The cause of most people with hyperactivity disorder is still unclear, but it is thought to be a multifactorial disease with genetic origins and the environment. There is a definite cause for trauma and brain infections. The genetic factor of this disorder is greater in the fathers of children with hyperactivity, but environmental factors are also very effective in increasing the severity of this disorder. This disorder is more common two to four times in boys than girls are by two to four times. If the child has a mental or psychological problem during the first infancy (the first four weeks of birth), or if the mothers cigarettes or alcohol consumes cigarettes or alcohol during pregnancy. These children are more at increased risk of the disorder hyperactivity. Family therapy is a general term for several treatment approaches that, instead of separating individuals for individual treatment, participants in the treatment of this whole family as a whole. This term is neutral from the point of view. Therapeutic family it can be used in many different frameworks. Function ofal family therapy (Alexandr oupersonson Personson, 1982; Barton & and Alexander, 1981) is designed to make cognitive and behavioral changes in their family members. This approach is based on a clear set of principles and is strongly supported by research findings. The Functional functional family practice of Alexandro person (1982), attempts to create a non–rebellious communicative view and provide explanations for the behavior of all members in which the motivation of the members is not questioned. For functional family therapists, all behaviors are adaptive. Instead of behaving a person as "good" or "bad," they assume that the behavior always has one function. Because it is an attempt to create a particular result in interpersonal relationships. While privileges or interpersonal functions for family members can have different forms, they are ultimately trying to achieve one of the three following interpersonal situations: call/proximity (integration or unification), independence (Detachment detachment), or a mixture of both (immobilized). The purpose of this study was to investigate the effectiveness of functional family therapy on impulsive behavior and social skills on children with attention–deficit/ hyperactivity disorder.

Methods: The method of this study was a quasi–experimental type with pre–test and post–test. A total of 30 families with ADHD children with ADHD are were selected randomly and are considered randomly and evenly in experimental and control groups. The experimental group received family therapy in 5 sessions, the questionnaires that used, are were SNAP (1980) and social skills questionnaire Matson. A grading scale for the diagnosis of attention–deficit / hyperactivity disorder ADHD, first developed in 1980 by Swanson, Nolan, and Pellham, et al., based on the behavioral descriptions of attention deficit disorder in the third edition of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. The questionnaire has a scale of 18 questions that parents or teachers have - can respond to it. Neither the first question of behavioral symptoms are often neglected, nor the second question of behavioral symptoms are often measured by exaggeration/impulsivity, and ultimately all 18 items are designed to identify the hybridization. The cutoff point in the whole scale and each of the inferior subscales of attention and excitement has been reported at 2.08, 2.10, and 2.37, respectively. Matson et al developed the social skills measurement scale in 1983 to measure the social skills of people aged 4 to 18 years. The primary form of this scale was 62, which was reduced by Yousefi and Noor (2002), a factor analysis of 56 phrases that describe the social skills of individuals. To answer that, the subject must read each statement and then specify his answer based on a 5–point Likert type index with a range from 1 (never/never) to 5 (always). The main objective of the Matsun Matson social skills questionnaire is to measure social skills from different dimensions (appropriate social skills, non–social behaviors, aggression and impulsive behaviors, supremacy, high self–confidence, relationship with peers). The data was analyzed by spss21.

Result: Functional family therapy could reduce impulsive behavior and increase social skills in children with ADHD (p<0.001).

Conclusion: Use of functional family therapy recommended to professionals in treatment of children with ADHD.

Keywords: Functional Family Therapy, Impulsive Behavior, Social Skills, Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.69.1]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۲۵.

انتشار برخط خردادماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی خانواده‌درمانی کارکردی بر رفتارهای تکانشی و مهارت اجتماعی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

*محسن سعیدمنش[۱]، فرنگیس دمهری[۲]، محمدعلی جعفری ندوشن[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری علوم اعصاب‌شناختی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علم و هنر یزد، ایران؛

۲. دکتری کودکان استثنایی، دانشگاه علم و هنر یزد، ایران؛

۳. کارشناسی‌ارشد بالینی کودک‌ونوجوان، دانشگاه علم و هنر یزد، ایران.

*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: m.saeidmanesh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۰ مرداد۱۳۹۷ ؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۵ شهریور۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ازاختلال‌های عصبی‌رشدی بوده که از سال‌های اولیهٔ رشد ظاهر می‌شود. رفتارهای تکانشی و ضعف در مهارت اجتماعی از ویژگی‌های کودکان مبتلا به این اختلال است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی کارکردی بر رفتارهای تکانشی و مهارت اجتماعی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی صورت گرفت.

روش‌بررسی: طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری را تمامی خانواده‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ شهر یزد، در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند که پس از انجام مصاحبهٔ تشخیصی، فرزندشان تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را دریافت کرد. سپس از بین آنان ۳۰ خانواده به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای گروه آزمایش به‌مدت نُه جلسهٔ دوساعته، برنامهٔ خانواده‌درمانی کارکردی اجرا شد؛ اما در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامهٔ SNAP (سواسون، ۱۹۸۰) و پرسشنامهٔ مهارت اجتماعی (ماتسون، ۱۹۸۳) بود. داده‌ها در سطح توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس) با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از پژوهش نشان داد خانواده‌درمانی کارکردی باعث کاهش رفتارهای تکانشی ($p<۰/۰۰۱$) و همچنین بهبود مهارت اجتماعی ($p<۰/۰۰۱$) می‌شود.

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های پژوهش، استفاده از خانواده‌درمانی کارکردی به‌منظور کاهش رفتار تکانشی و افزایش مهارت اجتماعی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به متخصصان در این زمینه توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: خانواده‌درمانی کارکردی، رفتارهای تکانشی، مهارت اجتماعی، نارسایی توجه/بیش‌فعالی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.69.1]

۱ مقدمه

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ازاختلال‌های عصبی‌رشدی است که از سال‌های اولیهٔ رشد ظاهر شده و چند ویژگی اصلی دارد. این ویژگی‌ها شامل نارسایی توجه و بیش‌فعالی و تکانشگری است (۱). کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی جمعیت ناهمگونی را تشکیل می‌دهند و از لحاظ میزان نشانه‌های موجود و فراگیربودن آن نشانه‌ها در موقعیت‌های مختلف و میزان هم‌بودی اختلال‌های دیگر همچون مشکلات رفتاری برون‌سازی‌شدهٔ مربوط به رفتارهای قانون‌شکنانه، تفاوت‌های زیادی را نمایان می‌کنند (۲). برآوردهای مرتبط با شیوع اختلال مذکور، بسته به ملاک‌های تشخیصی به‌کاررفته بین ۵/۹تا۷/۱درصد تفاوت دارد (۳). نارسایی در بازداری رفتاری و اختلال در کارکردهای اجرایی مشکل اساسی کودکان مبتلا به اختلال است. این کودکان مهارت کافی و لازم برای نظارت بر رفتار خود را ندارند و نمی‌توانند رفتارشان را برای زمانی طولانی تنظیم کنند (۴).

اختلال‌های همبود متداول با اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی عبارتند از: اختلال‌های یادگیری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، نشانگان تورت و اختلالات اضطرابی. برآوردی تقریبی از میزان همبودی این اختلال با اختلال خواندن حدود ده درصد و با اختلال ریاضی حدود ۱۰ تا ۳۰ درصد است (۶). کودکان مبتلا، دربرابر شکست در دو حوزهٔ مهم آسیب‌پذیری دارند: عملکرد مدرسه و ارتباط با همسالان. این کودکان ممکن است در یادگیری ناتوان نباشند؛ ولی در عملکردهای مربوط به مدرسه دارای مشکل بوده که ناشی‌از سازماندهی ضعیف، بی‌توجهی، تکانشگری، بیش‌فعالی و حواس‌پرتی است. دانش‌آموزان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی که درمان مناسب و کافی ندارند، با احتمال بیشتری مردودشدن، اخراج از مدرسه، پیشرفت تحصیلی ضعیف و مشکلات سازگاری اجتماعی و هیجانی را تجربه می‌کنند. اگر کودکان بیش‌فعال به‌درستی تشخیص داده نشوند و تحت درمان قرار نگیرند، نتیجهٔ آن نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی است که درمعرض خطر ضعف عملکرد تحصیلی و شکست‌های شغلی و پرخاشگری قرار دارند (۷).

عوامل جسمانی در نارسایی توجه/بیش‌فعالی نقش دارد؛ اما نقش والدین، به‌خصوص مادران در سبب‌شناسی این اختلال مهم است؛ زیرا مادران این کودکان سختگیر یا کاملاً رهاکننده هستند. پژوهشگران، پس از سال‌ها کار با خانواده‌ها، موفق به شناسایی چرخهٔ معیوب در روابط والد ـ فرزندی خانواده‌هایی با کودک مشکل‌دار همچون کودکان نارسایی توجه/بیش‌فعالی شده‌اند. براساس این چرخه، رفتارهای ناسازگارانهٔ کودک همچون تکانشگری، تبعیت‌نکردن از دستورهای والدین، رفتارهای تخریبی، لجبازی، نافرمانی و تحریک‌پذیری، احساس‌های بدی را مانند خشم، عصبانی‌شدن، درماندگی، خستگی و کاهش تحمل در والدین به‌وجود می‌آورد؛ به‌طور مسلم، وقتی چنین هیجان‌ها و احساساتی در والدین بیش‌فعال/نقص توجه ایجاد شود، بر نحوهٔ واکنش و رفتار آن‌ها با این کودکان تأثیر می‌گذارد و والدین شروع به تنبیه، طرد، سرزنش و محرومیت می‌کنند؛ این واکنش‌ها احساس‌های منفی کودک را نظیر ناکامی و خشم و ناامیدی برمی‌انگیزد و رفتار ناسازگارانهٔ وی را به‌دنبال داشته که تکرار می‌شود. ازاین‌رو، در بسیاری از مواقع، برخورد نادرست والدین می‌تواند در افزایش مشکلات رفتاری کودکان تعیین‌کننده باشد (۸). درحقیقت شماری از پژوهش‌ها، دربارهٔ افزایش فراوانی امر و نهی مادرانه همچون فرضیهٔ امر و نهی هدفمند (۹) و فرضیهٔ حمایت‌گری افراطی (۱۰) نشان می‌دهد که ادراک والدین و انتظاراتشان، تأثیری قوی بر شیوه‌های تعامل والدین و فرزندپروری آن‌ها دارد. به‌خصوص که والدین، اثرات پایداری قبل از ورود کودک به مدرسه داشته و اغلب در چنین وضعیتی نمی‌توانند کمک‌های مطمئنی برای سازگاری و رشد استعدادهای فرزندشان انجام دهند (۱۱).

یکی از درمان‌های مرتبط با اختلال‌های کودکان، خانواده‌درمانی کارکردی است. در بسیاری از رویکردهای خانواده‌درمانی عقیده بر این است که علت اصلی انواع اختلال‌های رفتاری کودکان را باید در خانوادهٔ آن‌ها جست‌وجو کرد. به‌اعتقاد خانواده‌درمانگران کارکردی، رفتار انحرافی کودک در خانواده می‌تواند کارکردهای خاص خود را داشته باشد. اعضای خانواده به‌طریقی با یکدیگر مراوده دارند که بتوانند نیازهای ارتباطی‌شان را برای دوری یا نزدیکی به یکدیگر برآورده سازند؛ اما این الگوهای ارتباطی باعث ایجاد یا ماندگاری مشکلات رفتاری می‌شود. مشکلات رفتاری وقتی حل خواهد شد که در روش‌های تعاملی خانواده تغییر صورت گیرد. بدین‌ترتیب خانواده‌درمانی کارکردی، برای کمک به خانواده‌ها در جهت شناسایی الگوهای ارتباطی و بهبود تعامل‌های خانوادگی تدوین شده است؛ به‌صورتی‌که هرکدام از اعضای خانواده بتواند به اهداف شخصی خویش دست پیدا کند (۱۲). این روش درمانی چندسطحی است و درمانگر ابتدا بر توسعهٔ قدرت‌های درونی خانواده و ایجاد و افزایش احساس خودکفایی کار می‌کند تا خانواده به این باور برسد که توانایی بهبودبخشیدن به وضعیت خود را دارد. همین امر زمینهٔ تغییرات بعدی خانواده را بدون حمایت مستقیم درمانگر و سیستم‌های حمایتی، فراهم می‌آورد (۱۳). خانواده‌درمانگر کارکردی می‌کوشد تا الگوی ارتباطی خانواده را که در ایجاد مشکل دخیل بوده، تغییر دهد و با آموزش مهارت‌های خاصی نظیر برقراری ارتباط مؤثر، حل تعارض، فرزندپروری کارآمد و حل مسئله، تعامل‌های خانواده را بهبود بخشد. زمانی‌که تغییرات رفتاری مدنظر در خانواده به‌وجود آمد، درمانگر به خانواده کمک می‌کند تا مهارت‌های کسب‌شده را در سایر موقعیت‌ها نظیر مدرسه و جامعه نیز استفاده کنند. باتوجه به مطالب مذکور، خانواده‌درمانی کارکردی به‌منظور ایجاد تغییرات در افراد و خانواده، در پنج مرحله تدوین شده که عبارت است از: ۱. تعهد به تغییر؛ ۲. انگیزش برای تغییر؛ ۳. ارزیابی تعامل‌ها و طراحی تغییرها؛ ۴. تغییرهای رفتاری؛ ۵. عمومیت‌بخشیدن به تغییرات در سایر ابعاد رفتارها و دیگر سیستم‌ها (۱۴). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد خانواده‌درمانی کارکردی بر کاهش مشکلات اختلال سلوک (۱۵) و درمان اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای (۱۶) و بهبود کارکرد خانوادگی دارای فرزند با اختلال نافرمانی مقابله‌ای (۱۲) مؤثر بوده است؛ اما پژوهشی توسط محققان یافت نشد که به ارزیابی اثربخشی این روش درمانی بر رفتار تکانشی و مهارت‌های ارتباطی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/نقص‌توجه پرداخته باشد؛ بنابراین هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.69.1]

خانواده‌درمانی کارکردی بر رفتار تکانشی و مهارت‌های ارتباطی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/نقص‌توجه بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری را تمامی خانواده‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ شهر یزد، در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند که پس از انجام مصاحبهٔ تشخیصی، فرزندشان تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را دریافت کرد. برای انتخاب نمونه از نمونه‌گیری داوطلبانه استفاده شد. بدین‌ترتیب که از بین همهٔ مراکز مشاورهٔ شهر یزد دو مرکز مشاوره به‌صورت تصادفی انتخاب گردید. پس از اعلام فراخوان برای شرکت در طرح درمانی خانواده، از بین خانواده‌های مایل به شرکت در این طرح، با انجام مصاحبهٔ روان‌شناختی توسط روان‌پزشک و برمبنای ملاک‌های تشخیصی پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی جهت تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در فرزند آن‌ها،۳۰ نفر به‌عنوان نمونه درنظر گرفته شدند. ازآنجاکه حداقل حجم نمونه در گروه کنترل و آزمایش برای تحقیقات آزمایشی ۱۵ نفر است (۱۷)، در پژوهش حاضر نیز تعداد نمونه‌ها ۳۰ نفر بود. این خانواده‌ها به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. جلسات آموزشی‌درمانی برای گروه آزمایش انجام شد. کودکان گروه کنترل فقط در پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت کردند و با تعهد پژوهشگر مبنی‌بر اینکه پس از پایان طرح پژوهشی و آشکارشدن میزان تأثیر هریک از دو درمان، درمان مؤثرتر را دریافت کرده، در انتظار درمان ماندند. ملاک‌های ورود به طرح درمانی برای والدین شامل تشخیص نارسایی توجه/بیش‌فعالی براساس انجام مصاحبهٔ تشخیصی در فرزند و قرارگرفتن کودک در محدودهٔ سنی ۴تا۱۰ سال بودند. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: دریافت درمان‌های دارویی و روان‌شناختی در شش ماه گذشته؛ سوءمصرف مواد یا الکل؛ وجود اختلال‌های شخصیتی و روانی در والدین؛ وجود اختلال‌هایی غیر از نارسایی توجه/بیش‌فعالی در فرزند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامهٔ سوانسون و نوالن و پلهام IV-SNAP و پرسشنامهٔ مهارت اجتماعی ماتسون بود که در ادامه ویژگی‌های هر ابزار توضیح داده خواهد شد.

ـ پرسشنامهٔ IV-SNAP: این ابزار، مقیاس درجه‌بندی در امر تشخیص اختلال نارسا توجه/فزون‌کنشی است که اولین‌بار در سال ۱۹۸۰ به کوشش سوانسون و نوالن و پلهام براساس توصیف‌های رفتاری اختلال نارسایی توجه در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ساخته شد. پرسشنامه دارای مقیاسی ۱۸سؤالی است که والدین یا معلمان می‌توانند آن را پاسخ دهند. نُه سؤال اول نشانه‌های رفتاری بی‌توجهی و نُه سؤال دوم نشانه‌های رفتاری فزون‌کنشی/تکانشگری را می‌سنجد و درنهایت، تمام ۱۸ سؤال برای شناسایی ریخت‌ترکیبی طراحی شده است. این پرسشنامه دارای طیف چهار امتیازی بوده که به‌ترتیب با کد صفر، یک، دو و سه نمره‌گذاری می‌شود. برای هر خرده‌مقیاس بی‌توجهی و تکانشگری فرد نمرهٔ ۰تا۲۷ را کسب می‌کند. در پژوهش حاضر از خرده‌مقیاس تکانشگری پرسشنامهٔ فرم والدین استفاده شد. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش سوانسون و نوالن و پلهام براساس روش بازآزمایی ۰/۸۸ و برطبق شیوهٔ آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و با روش دونیمه‌کردن ۰/۷۳ و نیز روایی ملاکی آن ۰/۵۵ گزارش شده است (۱۸)؛ در ایران روایی و پایایی این پرسشنامه توسط صدرالسادات و همکاران ارزیابی شد. ضریب بازآزمایی آزمون برابر با ۰/۸۲ و آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به‌دست آمد (۱۹).

ـ پرسشنامهٔ مهارت اجتماعی ماتسون: این پرسشنامه دارای ۵۵ سؤال والد و ۵ سؤال معلم است و براساس شاخص لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. مقیاس مذکور را در سال ۱۹۸۳ ماتسون و همکاران برای سنجش مهارت‌های اجتماعی کودکان‌ونوجوانان ۴تا۱۸ سال تهیه کردند و دارای سه فرم والد و مربی و دانش‌آموز است. در این پژوهش باتوجه به سن آزمودنی‌ها تنها از فرم والد استفاده شد. نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس شاخص لیکرتی ۱=هرگز و ۵=همیشه است. خرده‌مقیاس‌ها عبارت است از: ۱. رفتار اجتماعی مناسب: رفتارهایی مانند داشتن ارتباط دیداری با دیگران، مؤدب‌بودن، به‌کاربردن نام دیگران و اشتیاق‌داشتن به تعامل با دیگران به‌طریق مفید و مؤثر، شامل سؤال‌های ۱تا۱۸ می‌شود؛ ۲. رفتار غیراجتماعی: مانند دروغ‌گفتن، کتک‌کاری، خرده‌گرفتن بر دیگران، ایجاد صدای ناهنجار و ناراحت‌کننده و زیر قول خود زدن که سؤال‌های ۱۹تا۲۹ را در بر می‌گیرد؛ ۳. پرخاشگری و رفتار تکانشی: رفتارهایی مثل به‌آسانی عصبانی‌شدن و یک‌دندگی و لجبازی، شامل سؤال‌های ۳۰تا۴۰ می‌شود؛ ۴. اطمینان زیاد به خود داشتن: مثل به خود نازیدن، به دیگران پزدادن، تظاهر به داشتن همه‌چیز و خود را برتر دیدن که دربرگیرندهٔ سؤال‌های ۴۱تا۴۶ است؛ ۵. ارتباط با همسالان: رفتارهایی مثل سلام‌کردن، صحبت‌کردن در جمع، تنهایی و گوشه‌گیری، دوست‌یابی و شرکت در بازی گروهی، شامل سؤال‌های ۴۷تا۵۵ است. در این مقیاس علاوه‌بر نمرهٔ آزمودنی در هر خرده‌مقیاس، یک‌نمرهٔ کل نیز براساس جمع نمرات خرده‌مقیاس‌ها به‌عنوان مهارت اجتماعی محاسبه می‌شود. آلفای کرونباخ در پژوهش ماتسون ۰/۷۴ و پایایی بازآزمون در دو هفته در پژوهش وی ۰/۸۶ به‌دست آمد (۲۰). بررسی پایایی و روایی پرسشنامهٔ ماتسون در ایران توسط یوسفی در سال ۱۳۸۱ صورت گرفت. در پژوهش او پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شد (۲۱).

پس از انتخاب گروه نمونه و موافقت آن‌ها با شرکت در پژوهش، خانواده‌ها به‌شیوهٔ تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند و پرسشنامه‌ها به‌عنوان پیش‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. سپس گروه کنترل در انتظار ماند و برای گروه آزمایش، خانواده‌درمانی کارکردی طی نُه جلسهٔ دوساعته برگزار شد. محتوای جلسات مربوط به خانواده‌درمانی کارکردی در جدول ۱ ارائه شده است. این پروتکل براساس رویکرد الکساندر و رابینز (۲۲) تهیه شد. در انتها در هر دو گروه، اجرای پرسشنامه‌ها به‌طور مجدد صورت گرفت. داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوورایانس توسط نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ در سطح ۹۵درصد اطمینان تحلیل شدند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.69.1]

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات مربوط به خانواده‌درمانی کارکردی

جلسات	هدف	شرح جلسات
اول	معارفه و برقراری رابطه‌درمانی	معارفه و ایجاد جو مثبت جهت تشویق درمان‌جویان برای شرکت در جلسات و انجام تکلیف، بیان هدف پژوهشی تعداد جلسات و قوانین مربوط به شرکت در گروه.
دوم	آشنایی با اختلال نارسایی توجه و خانواده‌درمانی	ارائهٔ توضیحاتی درخصوص اختلال نارسایی توجه و صحبت والدین دربارهٔ مشکل‌های فرزندشان، اهمیت خانواده‌درمانی و صحبت در زمینهٔ سیستم ناکارآمد خانوادگی و کارکرد اختلال‌ها.
سوم	اصلاح نگرش‌ها و احساس‌ها و واکنش‌های عاطفی	بحث دربارهٔ تأثیرهای متقابل علائم بی‌فعالی و واکنش‌های خانوادگی، بیان نگرش‌ها و احساسات اعضای خانواده درمقابل یکدیگر، تمرکز بر توانایی‌ها و شایستگی‌های خانواده، بررسی نقش هریک از اعضای خانواده دربارهٔ وضع موجود.
چهارم	آموزش مهارت گوش‌دادن فعال و ارتباط مؤثر	ارزیابی تکلیف‌های جلسهٔ قبل، گفت‌وگو در زمینهٔ نتایج بررسی نقش خود در به‌وجودآمدن مشکلات خانواده، آموزش مهارت ارتباط مؤثر و گوش‌دادن فعال.
پنجم و ششم	آموزش مهارت قرارداد وابستگی و سرمشق‌دهی	آموزش مهارت قرارداد وابستگی شامل آموزش شیوهٔ برقراری قرارداد، تعیین رفتار مدنظر، پاداش و شیوهٔ ارائهٔ آن، آموزش مهارت سرمشق‌دهی شامل چگونگی آموزش رفتار خاص، تمرین و پسخوراند.
هفتم و هشتم	آموزش مهارت مذاکره و حل مسئله	آموزش مهارت مذاکره شامل چگونگی بیان احساس‌ها و علایق و خواسته‌ها، ارائهٔ راه‌حل‌های پیشنهادی و چگونگی رسیدن به توافق، آموزش مهارت حل مسئله شامل تعریف مشکل، تعیین هدف‌ها، بارش فکری دربارهٔ راه‌حل‌ها، آزمایش راه‌حل‌ها و ارزیابی نتایج.
نهم	تثبیت و تقویت مهارت‌های آموخته‌شده، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون	بررسی تغییرات سازنده در طول دورهٔ درمانی و چگونگی تثبیت و تحکیم آن‌ها، ارائهٔ خالص‌هایی از جلسات درمانی و دریافت بازخورد از درمان‌جویان، اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسات درمانی.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش ۳۰ خانواده دارای یک‌فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شرکت کردند. میانگین سنی برای کودکان گروه آزمایش ۷/۵±۲/۳ سال و برای گروه کنترل ۷/۳±۲/۸ بود. اطلاعات توصیفی مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۲ آمده است. لازم به‌ذکر است قبل از انجام تحلیل کوواریانس پیش‌فرض‌های مربوط به این آزمون مانند همگنی واریانس‌ها و طبیعی‌بودن توزیع نمرات بررسی و ملاحظه شد همهٔ پیش‌فرض‌ها برقرار است. برای ارزیابی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد و مقدار احتمال برای متغیر رفتارهای تکانشی (p=۰/۷۲۸) و متغیر مهارت ارتباطی (p=۰/۳۰۸) به‌دست آمد؛ بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها وجود داشت. نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنف جهت بررسی نرمال‌بودن توزیع نمرات مشخص کرد مقدار احتمال برای متغیر رفتارهای تکانشی (p=۰/۸۱۳) و متغیر مهارت اجتماعی (p=۰/۴۰۷) محاسبه شده‌که فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات را نشان داد. همچنین پیش‌فرض مربوط به همگنی شیب رگرسیون برقرار بود (p=۰/۱۴۱ برای متغیر رفتار تکانشی و p=۰/۶۷۱ برای متغیر مهارت ارتباطی).

جدول ۲. اطلاعات توصیفی مربوط به نمرهٔ کل رفتار تکانشی و مهارت ارتباطی درگروه آزمایش و کنترل به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

حیطه		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدارF	مقدار p	توان آزمون
رفتار تکانشی	آزمایش	۲۴/۰۱۲	۲/۱۴۵	۱۷/۲۳۱	۴/۷۲۱	۲۰/۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۱
	کنترل	۲۵۳/۱۲	۲/۲۴۱	۲۰/۷۷۵	۵/۵۴۷			
مهارت اجتماعی	آزمایش	۲۲/۸۶۷	۲/۵۴۱	۳۸/۶۵۷	۳/۸۳۱	۳۹/۴۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۴۵
	کنترل	۲۲/۶۷۸	۳/۶۳۱	۲۳/۳۳۳	۲/۵۶۱			

همان‌طورکه در جدول ۲مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون نشان داد بین گروه آزمایش با دریافت خانواده‌درمانی کارکردی و گروه کنترل بدون هیچ‌نوع مداخله‌ای، در میانگین رفتارهای تکانشی تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۰۱)؛ یعنی خانواده‌درمانی کارکردی باعث کاهش رفتارهای تکانشی در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌شود. همچنین نتایج مشخص کرد این درمان، مهارت ارتباطی را در کودکان مبتلا به این اختلال بهبود می‌بخشد (p<۰/۰۰۱).

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.69.1]

۴ بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی کارکردی بر رفتارهای تکانشی و مهارت ارتباطی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود. یافته‌های این مطالعه نشان داد خانواده‌درمانی کارکردی باعث کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود مهارت ارتباطی در کودکان دارای نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌شود. نتایج پژوهش حاضر با مطالعهٔ خلیل‌پور که مشخص کرد خانواده‌درمانی کارکردی در درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر بوده (۱۶)، همسوست. همچنین با پژوهش عزیزی همخوان است. عزیزی بیان کرد درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و نیز خانواده‌درمانی کارکردی بر کیفیت زندگی و کارکردهای خانوادگی خانواده‌های دارای کودکان بیش‌فعال تأثیر دارد (۱۲).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت آشنانبودن خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و آثار و پیامدهایش و چگونگی مدیریت آن و نیز توسل به روش‌های ناکارآمد و غیراصولی، موجب وخیم‌ترشدن وضعیت و دوچندان‌شدن مشکلات خانواده می‌شود. خانواده‌درمانگر کارکردی در ابتدا با پیوستن به اعضای خانواده و ایجاد جوی مثبت و خوشایند و اصلاح نگرش آن‌ها در قبال خود و توانایی‌هایشان، انگیزهٔ لازم جهت ایجاد تغییرات را فراهم می‌کند. او با متوقف‌سازی و تغییر تعامل‌های خانوادگی منفی و ویرانگر ازطریق افزایش دانش خانواده دربارهٔ اختلال فرزند و آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری متناسب با نیاز خانواده، نظیر مهارت‌های فرزندپروری، ارتباط مؤثر، حل مسئله و مذاکره، به‌صورت عملی سبب کاهش پیامدهای منفی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی برای کودک و خانواده‌اش می‌شود. همچنین توانمندی خانواده را یعنی عملکرد قوی افراد در رابطه با مشکلات خانوادگی و کنترل وضعیت موجود، افزایش می‌دهد (۱۴).

خانواده‌درمانی کارکردی در مرحلهٔ عمومیت‌بخشی، با افزایش دانش خانواده در چگونگی برخورد با مشکلات اجتماعی و انتقال مهارت‌های شناختی‌رفتاری آموخته‌شده به روابط خارج از حیطهٔ خانواده و در رابطه با دیگر افراد جامعه، باعث بهبود روابط اجتماعی و افزایش توانمندی اجتماعی خانواده می‌شود. همچنین ارتباط مناسب درمانگر با خانواده و ایجاد محیطی امن جهت برخورداری از خدمات درمانی و حمایتی موجب تشویق خانواده به شناسایی سایر متخصصان و خدمات درمانی و راهکارهای دستیابی به این خدمات شده که این امر توانمندی خدماتی خانواده را یعنی توانایی آن در استفاده از خدمات و دریافت حمایت اجتماعی، بیشتر می‌کند (۱۵).

همچنین این روش با ایجاد انگیزه و حس امیدواری در خانواده‌هایی که به‌دلیل ضعف در تربیت فرزندشان و ناتوانی در رفع مشکلات به‌وجودآمده، دچار احساس ناامیدی و بی‌کفایتی و خودکارآمدی نامطلوبی شده، موجب کاهش احساس یأس و ناکارآمدی می‌شود. باتوجه به اینکه کیفیت زندگی خانواده تحت‌تأثیر روابط بین اعضای آن است، اصلاح الگوی ارتباطی خانواده می‌تواند در حل مشکلاتشان ازجمله کاهش علائم اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کودکان کمک‌کننده باشد (۱۲)؛ درنتیجه خانواده‌درمانی کارکردی با آموزش مهارت‌های ارتباطی مناسب و شکستن الگوهای ارتباطی ناکارآمد باعث بهبود روابط خانوادگی می‌شود و به‌دنبال آن با بهترشدن این روابط و افزایش امیدواری و کاهش حس درماندگی اعضای خانواده، کیفیت روان‌شناختی زندگی خانواده افزایش می‌یابد. این درمان با آموزش و تسری مهارت‌های شناختی‌رفتاری لازم خانواده به موقعیت‌های اجتماعی، سبب بهبود روابط اجتماعی در افراد خانواده می‌شود (۱۳).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از نمونه‌گیری دردسترس و ابزار خودگزارش‌دهی اشاره کرد که به پژوهشگران دیگر پیشنهاد می‌شود مصاحبه‌های بالینی را جهت ارزیابی معناداری بالینی به‌کار برند. همچنین اثربخشی این روش درمانی با درمان‌های رایج دیگر در درمان اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه مانند دارودرمانی مقایسه شود.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های این پژوهش و اثربخشی خانواده‌درمانی کارکردی بر رفتارهای تکانشی و مهارت اجتماعی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، استفاده از این روش درمانی به متخصصان و درمانگران در این حیطه توصیه می‌گردد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.69.1]

References

1. Kimiaei SA, Beygi F. Comparison the family function of normal and ADHD mothers and effect of problem solving skill training on family function of mothers. Journal of Behavioral Scientific. 2010;4(2):141-7. [Persian]
2. Charlotte J, Mandy C, Jeneva O. Mothers attribution for behavior in noproblem 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. doi:10.1207/s15374424jccp3501_6
3. Lange G, Sheerin D, Carr A, Dooley B, Barton V, Marshall D, et al. Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. J Fam Ther. 2005;27(1):76-96. doi:10.1111/j.1467-6427.2005.00300.x
4. Barkley RA, Guevremont DC, Anastopoulos AD, Fletcher KE. A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. J Consult Clin Psychol. 1992;60(3):450-62. doi:10.1037/0022-006X.60.3.450
5. Jensen PJ, Arnold LE, Richters JE, Severe JB, Vereen D, Vitiello B, et al. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry. 1999;56(12):1073-86. doi:10.1001/archpsyc.56.12.1073
6. Zarebahramabadi M, Ganji K. The study of prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and it's comorbidity with learning disorder (LD) in primary school's students. Journal of Learning Disabilities. 2014;3(4):25-43. [Persian]
7. Hosseinkhanzadeh AA. Specific methods of assessment and teaching social skills in children with attention deficit/hyperactivity disorder. Exceptional Education. 2013;8(121):23-41. [Persian] http://exceptionaleducation.ir/article-1-231-en.html
8. Amiri M. Effectiveness of parent behavioral training on hyperactivity/ impulsivity and rule-breaking behaviors in children with ADHD (hyperactivity-impulsivity domain type). Research in Psychological Health. 2016;9(4):90-101. [Persian] doi:10.18869/acadpub.rph.9.4.90
9. Mahoney G, Fors S, Wood S. Maternal directive behavior revisited. Am J Ment Retard. 1990;94(4):398-406.
10. Marfo K. Interactions between mothers and their mentally retarded children: Integration of research findings. J Appl Dev Psychol. 1984;5(1):45-69. doi:10.1016/0193-3973(84)90027-3
11. Kimiaee SA, Baygi F. Comparison the family function of normal and ADHD mothers and effect of problem solving skill training on family function of mothers. Journal of Behavioral Sciences, 2010;4(2):141-7. [Persian]
12. Azizi A, Ghasemi S, Ghorbani S, Shojai F, Mohammadi F. Comparison the effectiveness of functional family therapy and acceptance and commitment therapy on family empowerment and quality of life in families with attention deficit/hyperactivity disorder children. Psychology of Exceptional Individuals. 2017;7(26):177-210. [Persian] doi:10.22054/JPE.2017.22356.1575
13. Barton C, Alexander JF, Waldron H, Turner CW, Warburton J. Generalizing treatment effects of functional family therapy: Three replications. Am J Fam Ther. 1985;13(3):16-26. doi:10.1080/01926188508251260
14. Avis JM. The politics of functional family therapy: A feminist critique. J Marital Fam Ther. 1985;11(2):127-38. doi:10.1111/j.1752-0606.1985.tb00601.x
15. Chamberlain P, Rosicky JG. The effectiveness of family therapy in the treatment of adolescents with conduct disorders and delinquency. J Marital Fam Ther. 1995;21(4):441-59. doi:10.1111/j.1752-0606.1995.tb00174.x
16. Khalilpoor E. The effectiveness of functional family therapy approach in care of pediatric coping disorder and designing appropriate model. Quarterly Journal of Family Research. 2007;3(3). [Persian]
17. Isaac S, Michael WB. Handbook in research and evaluation: a collection of principles, methods, and strategies useful in the planning, design, and evaluation of studies in education and the behavioral sciences. Delavar A. (Persian translators). 4th edition. Tehran, Iran: Arasbaran Publishing House; 2005.
18. Swanson JM, Schuck S, Porter MM, Carlson C, Hartman CA, Sergeant JA, et al. Categorical and dimensional definitions and evaluations of symptoms of ADHD: History of the SNAP and the SWAN rating scales. Int J Educ Psychol Assess. 2012;10(1):51-70.
19. Sadrosadat SJ, Houshyari Z, Zamani R, Sadrosadat L. Determination of psychometrics index of SNAP-IV rating scale in parent's execution. Journal of Rehabilitation. 2008;8(4):59-65. [Persian] http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-183-en.html
20. Matson JL, Rotatori AF, Helsel WJ. Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson evaluation of social skills with youngsters (MESSY). Behav Res Ther. 1983;21(4):335-40. doi:10.1016/0005-7967(83)90001-3
21. Yousefi F, Khayer M. A study on the reliability and the validity of the Matson evaluation of social skills with youngsters (Messy) and sex differences in social skills of high school students in Shiraz, Iran. Journal of Social Science and Humanistic of Shiraz University. 2002;18(2-36):159-70. [Persian]
22. Alexander JF, Robbins MS. Functional family therapy. In: Murrihy RC, Kidman AD, Ollendick TH. Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth. Eleventh edition. New York, USA: Springer; 2011, pp:245-71. doi:10.1007/978-1-4419-6297-3_10

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.69.1]