Social Work Intervention with a Child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder A Case Report

Mahboobeh Tavakoli*: M.A. in social work, department of social work, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. mahb.tavakoli@gmail.com

Malihe Tavakoli: M.A. in educational psychology, department of psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. malihe.tavakoli@yahoo.com

Abstract

Introduction: The parent-child relationship is one of the most important relationships a person experiences throughout the life. This period has a crucial role in determining the personality of an adult. For this reason, interventions to educate parents in order to have a better relationship and prevente of possible adulthood trauma are necessary. This study was aimed to report a social work interventions with an attention-deficit/hyperactivity disorder child to reduce the child's destructive behaviors and indirectly teach his parents to improve how to interact with him and have a secure attachment.

Case Description: Parsa (pseudonym) is a six-year-old boy diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder. Despite frequent hospitalizations, he is no longer responde to pharmacotherapy, and his parents are helpless in dealing with him. Social work interventions by emphasizing the theory of attachment and using the Person-in-Environment approach reduced the symptoms in the child.

Conclusions: In this case, the social worker worked based on the attachment theory and tried to train the mother and teacher. Given the effectiveness of this approach, it can be suggested as an effective approach to other specialists in the field. Of course, in this way, there were obstacles such as mere attention to pharmacotherapy, not being participated parents in the treatment process, lack of systematic view of the treatment team and their lack of awareness of the role of social worker, which fixing them will lead to better results.

Keywords

Attachment, Child, Parents, Social worker, Attention Deficit Hyperactivity Disorder

*Corresponding Author

Study Type: Case Report
Received: 21 Oct 2020
Accepted: 01 Jun 2021

Please cite this article as follows: Tavakoli M, and Tavakoli M. Social work intervention with a child with attention deficit hyperactivity disorder a case report. Quarterly journal of social work. 2022; 11 (2); 5-12

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.1.0]

مداخلات مددکاری اجتماعی در کار با یک کودک مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی گزارش مورد

محبوبه توکلی*: کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. mahb.tavakoli@gmail.com
محبوبه توکلی: کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه آموزشی روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. malihe.tavakoli@yahoo.com

واژگان کلیدی

دلبستگی، کودک، والدین، مددکاری اجتماعی، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی

* نویسنده مسوول
نوع مطالعه: گزارش موردی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۳۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۱۱

چکیده

مقدمه: رابطه والد-کودک یکی از مهمترین رابطه‌هایی است که هر فرد در طول دوره زندگی خود تجربه می‌کند. این دوره نقش مهمی در تعیین شخصیت فرد در بزرگسالی ایفا می‌کند. به‌همین دلیل مداخله‌هایی برای آموزش والدین به‌منظور شکلگیری هر چه بهتر این رابطه و پیشگیری از آسیب‌های احتمالی دوره بزرگسالی ضروری به‌نظر می‌رسد. هدف این مقاله، گزارش مداخله‌های مددکاری اجتماعی در کار با یک کودک مبتلا به نقص توجه و بیش‌فعالی به‌منظور کاهش رفتارهای مخرب کودک و آموزش غیرمستقیم آموزه‌ها به والدین برای بهبود نحوه تعامل با کودک و ایجاد دلبستگی ایمن است.

گزارش مورد: پارسا-نام کودک به دلیل حفظ حریم شخصی تغییر داده شده است- پسر شش ساله‌ای است که با تشخیص اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی به رغم بستری‌های مکرر در بیمارستان، دیگر به دارو درمانی پاسخ نمی‌دهد و خانواده در برخورد با او دچار درماندگی شده است. مداخلات مددکاری اجتماعی با تاکید بر نظریه دلبستگی و با استفاده از رویکرد -شخص در محیط- باعث کاهش نشانه‌ها در کودک مورد مطالعه شد.

بحث و نتیجه‌گیری: مددکار اجتماعی در کار با این کیس، مداخله‌های خود را بر اساس نظریه دلبستگی انجام داد و سعی شد از این طریق آموزش‌های لازم به مادر و معلم داده شود. با توجه به تاثیرگذاری این رویکرد، می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد موثر به سایر متخصصان این حوزه پیشنهاد شود. البته در این راه، موانعی از جمله توجه صرف به دارودرمانی، مشارکت ندادن والدین در روند درمان، نداشتن نگاه سیستمی تیم درمان و آگاه نبودن آن‌ها به نقش مددکار اجتماعی وجود داشت که رفع آن‌ها می‌تواند در حصول نتایج بهتر موثر باشد.

نحوه استناد به مقاله: محبوبه توکلی و محبوبه توکلی. مداخلات مددکاری اجتماعی در کار با یک کودک مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی، گزارش مورد. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۴۰۱؛ ۱۱ (۲): ۱۲-۵

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.1.0]

مقدمه

بر اساس تعریف کنوانسیون حقوق کودک و سازمان بهداشت جهانی، کودک به هر انسان زیر هجده سال اطلاق می‌شود، مگر این‌که طبق قانون قابل اجرا در مورد کودک، سن بلوغ کمتر تشخیص داده شود.[۱] کودکان مانند سایر گروه‌های سنی نیازهایی دارند که برای رفع آن‌ها به کمک دیگران نیازمند هستند. با توجه به هسته‌ای شدن خانواده‌ها، پدر و مادر به‌عنوان تربیت‌کنندگان اصلی کودک، نقش مهمی در تامین نیازها و سایر جنبه‌های زندگی او ایفا می‌کنند، بنابراین آموزش والدین در خصوص نیازهای دوره‌های مختلف سنی کودکان و به‌طور کلی تربیت فرزند امری ضروری به‌نظر می‌رسد.

با توجه به این‌که، بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته، بیش از شصت درصد شخصیت روانی انسان در شش سال اول تولد شکل می‌گیرد، بنابراین پدر و مادر باید ویژگی‌ها و نیازهای فرزندانشان، به‌ویژه در این دوره سنی، را شناخته و در مورد نحوه تعامل خود با کودک دانش و آگاهی کسب کنند تا نه تنها آسیبی به او نرسانند بلکه کودک به لحاظ روانی شخصیت سالمی داشته و در رسیدن به بلوغ روانی-عاطفی، او را یاری کنند. در واقع کودکی و روابط معیوب والدین و کودک خاستگاه بسیاری از آسیب‌ها و اختلالات روانی است. به‌عنوان مثال یکی از اختلالات شایع که متاثر از روابط معیوب والد-کودک می‌باشد، می‌توان به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی اشاره کرد. هر چند در مورد میزان وراثت یا محیطی بودن این اختلال نظرات متفاوتی وجود دارد ولی بی‌شک نحوه تعامل با کودک می‌تواند در کنترل و پیشگیری از وخامت شرایط موثر باشد. به‌عنوان مثال از علامت‌های این اختلال می‌توان به پرخاشگری، پر تحرکی، و تمرکز نداشتن کودک اشاره کرد و والدین باید آموزش‌های لازم در واکنش به این رفتارها را دیده باشند در غیر این صورت با مشکلات متعددی مواجه خواهند شد.

از جمله آموزش‌ها در این زمینه، موضوع دلبستگی است. طبق نظریه دلبستگی جان باولبی، دلبستگی به‌عنوان پیوند عاطفی بین کودک و فرد مراقبت کننده که اغلب مادر است، تعریف می‌شود.[۲] او دلبستگی را به اشکال ایمن و ناایمن تقسیم‌بندی می‌کند و در تاکید بر اهمیت ارتباط مادر و کودک معتقد است در دلبستگی ایمن آنچه برای سلامت روانی کودک ضروری است، تجربه یک ارتباط گرم، صمیمی و مداوم با مادر یا جانشین همیشگی او است. بالبی معتقد است که بسیاری از اشکال روان رنجوری‌ها و اختلالات شخصیت حاصل محرومیت کودک از مراقبت مادرانه و یا بی‌ثباتی رابطه کودک با چهره دلبستگی است.[۳] هنگامی که مراقبت کننده اصلی در مواقع بحرانی قادر به تامین آسایش و مراقبت از کودک نباشد، احساس امنیت در کودک شکل نمی‌گیرد که این احساس ناامنی به دو شکل دلبستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا خود را نشان می‌دهد.[٤] دلبستگی ناایمن، الگویی را در کودک شکل می‌دهد که بر اساس آن روابط آینده غیرقابل اعتماد به‌نظر می‌رسند. در نتیجه کودک به احتمال زیاد از دیدگاه‌های ناسازگارانه نسبت به خود و دیگران برخوردار است و ممکن است رفتار دیگران را به مقاصد منفی نسبت دهد و منجر به پیامدهای نامطلوب در کودکان از جمله پرخاشگری، بزهکاری، سوءمصرف مواد و اختلالات عاطفی شود.[٥] بر اساس پژوهش سوکاس و همکاران، سبک‌های دلبستگی ناایمن با شاخص‌های پریشانی روان‌شناختی، نشانه‌های افسردگی، پاتولوژی خوردن، باورهای جنسی ناکارآمد، پریشانی عاطفی، اضطراب و نشانه‌های پریشانی عمومی رابطه مثبت دارد. همچنین دلبستگی ناایمن با مشکلات بین فردی و خصومت بیشتر نسبت به سایر افراد همراه است.[٦] در مطالعه دیگری در این زمینه، میکولینسر و شیور ادعا کردند افزایش سطح دلبستگی ایمن، پرخاشگری را بین گروه‌های ستیزه‌جو یا جنگ طلب کاهش می‌دهد.[۷] در تحقیق که توسط یون فایک اوی و همکارانش انجام شد دلبستگی ایمن والد-کودک با کاهش سطح پرخاشگری والدین، پریشانی اجتماعی و همچنین عزت نفس بالا همراه است.[۸] مایر، سوکمن و پینارد اظهار می‌دارند که تجارب اولیه بین مادر و کودک می‌تواند به دلبستگی ناایمن منجر شود که هر چند پدیده مرضی نیست اما می‌تواند به پدیده‌های مرضی در بزرگسالی منجر شود.[۹]

در پژوهشی که توسط جهانبخش و همکاران با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر میزان سلامت روان دارای مشکلات دلبستگی انجام شد، نشان داد که میانگین نمرات افسردگی، فزون اضطرابی و نافرمانی مقابله‌ای در گروه آزمون در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، نسبت به گروه شاهد به میزان معنی‌داری پایینتر بود و پایبندی مادران به تداوم روش‌های درمانی باعث بهبودی بیشتر در مرحله پس‌آزمون شد.[۱۰] طبق نظریه دلبستگی، همه کودکان طالب نزدیک شدن به والدین هستند و دلبستگی آن‌ها به والدین متناسب با نوع برخورد آن‌ها با فرزندشان شکل می‌گیرد.[۱۱] بر اساس نتایج پژوهش صدری و همکاران، درمان مبتنی بر دلبستگی با به‌کار بردن تکنیک‌هایی مانند آموزش در دسترس بودن مادر، تامین نیازهای

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.1.0]

فیزیولوژیـک و روانی کودک، تامین امنیت کودک، تماس جسـمی و به‌ویژه تماس چشـمی، پاسـخگو بودن، افزایش زمان گفتگو، بازی و تعامـل دوبه‌دو با کودک و... ارتباط والد-کودک را تقویت نموده و به تدریج بی‌اعتمادی ناشی از دلبستگی ناایمن را به رابطه‌ای بر پایه اعتماد تبدیـل می‌نماید و به طبـع آن تصحیح ارتباط والد-کـودک نیز تا حد زیادی رفتارهای منفی کارانه و مقابله‌ای کودک را کاهش می‌دهد.[۱۲] فولر نیز تاکید می‌کند که برای تاثیر گذار بودن درمان لازم است به‌جای تمرکز کامل بر کودک، خانواده و مراقبان اصلی کودک تحت درمان و آموزش قرار بگیرند.[۱۳]

همان‌طور که در تحقیقات فوق نشان داده شده است، سبک دلبستگی ایمن باعث افزایش احساس امنیت در کودک و کاهش سطح پرخاشگری و نافرمانی (که از نشانه‌های اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی نیز هست) هم در کودک و هم در والد می‌شـود، و برای تحقق آن ضروری است والدین در مورد این سـبک و نحوه تعامل با این کودکان آموزش ببینند. همچنین بر اساس «رویکرد شخص» محیط بهتر است این نحوه تعامل در محیط زندگی او مشـاهده و آموزش داده شـود تا اثربخشـی آن را دو چنـدان کند و به‌همین منظور بازدیـد در منزل انجام گرفت. در این مقاله سعی شده تا با استناد به‌نظریه دلبستگی و نیز رویکرد شـخص در محیط، مداخلات مددکاری اجتماعـی کار با فرد و خانواده در خصوص کودک با تشـخیص نقص توجه و بیش‌فعالی تشریح شـود و هدف آن آموزش بزرگسالان مادر و معلم و نحوه تعامل آن‌ها با کودک دارای نقص توجه و بیش‌فعالی است تا هم خود بزرگسـالان بتواننـد از این تعامل لذت ببرند و هم خود کودک مانند سایر افراد مراحل رشدی و تربیتی خود را به خوبی طی کند. با توجه به بحث پیشـگیری در سـطوح مختلف، انجـام پژوهش‌هایـی در این زمینه می‌تواند هم مانع آسیب‌ها و بزه‌های احتمالی در آینده شـود و هم به‌عنـوان راهنمایی برای مداخـلات مـددکاران اجتماعـی در کار با کودکان باشـد، و به سلامت روان بیشتر مادر و کودک کمک کند.

گزارش مورد

مشاهده و مداخلات انجام شده در بیمارستان: از ابتدای ساعات شروع کاری، سر و صدای پارسا در بخش شنیده می‌شد. پارسا امیری کودکی شش ساله بود که شب گذشته با تشخیص بیش‌فعالی بستری شده بود. ظاهری متناسب با سـنش داشت و بسیار ناآرام بود. به‌دلیل بسـتری‌های مکرر، همه پرسنل بخش، او و خانواده‌اش را به خوبی می‌شناختند. مددکار اجتماعی قبل از هر گونه مداخله به مطالعه پرونده پارسـا پرداخت. بر اسـاس اطلاعات موجود در پرونده، پارسـا بـه همـراه پدر، مادر و دو برادر بزرگتر از خـودش زندگی می‌کرد و به‌دلیل اثر بخش نبودن داروهـا، در هر نوبت خانواده با نشـانه‌های حادتری برای بستری پارسا به بیمارستان مراجعه می‌کردند. بر اساس قوانین بخش، با توجه به سن کم بیمار، مادر اجازه داشـت در طی دوران بسـتری به‌عنوان همراه به‌صورت شـبانه روزی در بخش و در کنار پسرش، در اتاقی که به این منظور اختصاص داده شـده بود حضور داشـته باشـد. مددکار اجتماعی برای انجام مصاحبه با مادر، به اتاق بیمار مراجعه کرد، با توجه به این‌که بیمار خواب بود امکان انجام مصاحبه با مادر راحت‌تر بود. خانواده دارای سه فرزند پسر بیست و دو، چهارده و شش ساله بود. پسر بزرگتر نیز به‌دلیل توهم و هذیان ناشی از مصرف مواد در بخش بزرگسالان همان مرکز بستری بود. پسـر دوم نیز با تشـخیص افسردگی توسط یکی از روانپزشکان همان مرکز تحت درمان سرپایی بود. پدر خانواده دارای شغل ثابتی نبود و مشارکت کمتری در روند درمان فرزندان داشت.

بعد از بیدار شدن پارسا، با خود او نیز مصاحبه‌ای انجام شد. در ابتدای مصاحبه، پارسا تمرکز زیادی نداشت و به سوالات پاسـخ نمی‌داد که این امر با توجه به بیش‌فعالی او، امری طبیعی قلمداد شـد. از طرفی با توجه به این‌که تکلم پارسـا دچار مشکل بود که برای برطرف شدن آن نیاز به برگزاری جلسات گفتار درمانی بود، مددکار اجتماعی به زحمت قادر به فهمیدن صحبت‌هایـش بـود و در این امر، مادر به او کمک می‌کرد. مدتی بعد از مصاحبه و با شـکل گرفتن رابطه درمانی از طریق تکنیک‌های برقراری ارتباط از جمله همسطح شدن با کودک و برقراری ارتباط چشمی، انجام بازی‌های دو نفره، در آغوش گرفتن وی تا زمان برقراری آرامش و دادن احساس امنیت به او، کودک ارتباط بیشتری با مددکار اجتماعی برقرار کرد. در طی دوره بسـتری پارسـا، به کرات مددکار اجتماعی شـاهد درگیری‌های او با مادرش و با سایر کودکان بستری در بخش و همچنین اقدام به آسیب رساندن به وسایل موجود در بخش از قبیل لگد زدن به در و صندلی‌ها، پرت کردن وسایل و... بود.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.1.0]

به‌همین دلیـــل همه افراد به محض بروز چنین رفتارهایی به خواسته او تن می‌دادند و این امر هم در منزل و هم در بیمارستان به یک عادت رفتاری برای رسیدن به خواسته‌اش تبدیل شده بود. در بیمارســتان سعی می‌شــد تا با ایجاد حس امنیــت و اعتماد کــه از مفاهیم اصلی نظریه دلبستگی اســت و همچنین استفاده از تکنیک‌های حواس پرتی، دادن مسوولیت‌های متناســب با ســن کودک، صرف زمان بیشتر برای گفتگو با وی و تلاش برای ورود به دنیای او، تا حدی از رفتارهای مخرب پارســا کاسته شــود. یکی از راه‌های ایجاد احساس امنیت، اقتــدار و ثبات در رفتار مــددکار اجتماعی و آموزش بــه کودک برای نحــوه صحیح بیان درخواســت‌هایش بدون توسل به پرخاشگری و فریــاد زدن بــود. برای این منظــور مددکار اجتماعی با اســتفاده از رنگ‌ها، انواع صداها را به کودک آموزش داد و به او یادآوری کرد که برای بیان درخواســت‌هایش باید با صدای نرمال «رنگ سبز» خواسته‌اش را مطرح کند، در غیر این صورت به آن خواسته پاسخی داده نمی‌شــود. همین رفتار پارسا باعث اخراجش از مدرســه در مقطع پیش دبستانی شده بود. بعد از مشــاهده ایــن رفتارها و نحــوه تعامل مادر با کــودک به‌نظر می‌رســید در صورت بهبــود این تعامل و آمــوزش والدین، احتمال کاهش بســتری‌ها و بهبود شرایط وجود دارد و بر اساس رویکرد «شخص در محیط» نیاز بود این تعامل در محیط زندگی آن‌ها بررســی گردد. البته مادر در طول دوره درمان شــاهد فعالیت‌هــای مددکار اجتماعــی و کارآمدی تکنیک‌های به‌کار گرفته شــده بود. به‌همین منظور بعد از ترخیص موقت پارســا به مدت یک هفتــه هماهنگی‌های لازم بــرای بازدید در منزل انجام گرفــت. هماهنگی لازم برای ایــن امر بــا پدر انجام شــد، تــا از این طریق هم مشارکت ایشــان در روند درمان فرزندان افزایش یابد و هم تاکید گردد تا در روز مورد نظر پدر، مادر و برادران پارســا حضور داشته باشــند چرا که پدر مشارکت کمتری داشتند و این امر باعث ایجاد فشار بیشتر بر مادر و به تبع آن پرخاشگری نسبت به پارسا می‌شد. تا قبل از آن، پدر تنها یک مرتبه به بیمارســتان مراجعه کرده بودند و مصاحبه کوتاهی با ایشان انجام شده بود، از طرفی الگوی رفتاری پارسا در خانواده برادر بزرگتر بود که خود نیز رفتارهای نابهنجاری از جمله خودزنی‌های مکرر و مصرف مواد داشت.

مداخــلات انجام شــده در منزل-بازدیــد در منزل-:

متاســفانه در روز بازدید، برادران حضور نداشتند و پدر نیز هنگام ورود مددکار اجتماعی به داخل ساختمان، در حال خارج شدن از منزل بود و عنوان کردند امر مهمی اتفاق افتاده که ناچار به ترک منزل هستند. منزل آن‌ها در یک ســاختمان چهار طبقه واقع شده بود که خانواده امیری در طبقــه چهارم آن زندگی می‌کردنــد. در حین بالا رفتن از پله‌های راهرو، صــدای گریه پارســا و صحبت‌های مــادر در کل ســاختمان به گوش می‌رسید. بعد از ورود به منزل اولین صحنه‌ای که مددکار اجتماعی با آن مواجه شد درگیری فیزیکی مادر و پارسا بود چرا که پارسا اصرار داشت تا کبوتری که در درخت روبروی منزل لانه کرده است را برای او بیاورند! و چون این امکان برای مادر و مادربزرگ، که ایشــان نیز در روز بازدید در منزل حضور داشت، وجود نداشت، پارسا شروع به پرخاشگری و به هم ریختن وســایل منزل کرده بود و مادر او را تهدید به بســتن به تخت می‌کرد. در اتاقی از منزل تختی وجود داشــت که هنگام ناسازگاری و پرخاشــگری پارســا، والدین او را به تخت می‌بستند، دقیقا مشابه کاری که گاهی در بیمارستان انجام می‌شد! این مشاجره تا مدتی ادامه داشت. از مادر خواســته شــد تا در صورت تمایل، مددکار اجتماعی برای حل این مساله به ایشان کمک کند. در حین گریه و کتک زدن مادر توسط پارســا، به‌منظور ایجاد حس امنیت و اعتمــاد مددکار اجتماعی در ابتدا پارســا را در آغوش گرفت و با صحبت کردن به او اطمینان داد که مادر او را دوست دارد. بعد از مدتی دست و پا زدن، کمی آرامتر شد و سپس با اســتفاده از تکنیک‌های حواس پرتی و مطرح کردن پرســش‌هایی در مورد مدرسه و دوستانش، توجه پارسا به سوی دیگری سوق داده شد. با توجه به این‌که مدرسه نزدیک منزل بود، به پارسا پیشنهاد شد در صورت تمایل می‌توانیم بعد از مرتب کردن منزل با یکدیگر، به مدرســه برویم. پیشتر در خصوص امکان مراجعه به مدرسه، هماهنگی‌های لازم با مادر انجام شده بود. این پیشنهاد توسط پارسا بسیار مورد استقبال قرار گرفت. بلافاصله شــروع به تمیز کردن منزل و جمع‌آوری وســایلی کرد که در موقع درگیری با مادر، پرتاب کرده بود. مادر و مددکار اجتماعی نیز در این امر به او کمک کردنــد. بعد از اتمام کار، بی‌درنگ آماده مراجعه به مدرســه شد که در این مرحله نیز در خصوص پوشیدن لباس راحتی، بین پارسا و مادر چالش‌هایی ایجاد شد که با مداخله مددکار اجتماعی، برای جلوگیری از ایجاد اضطراب در کودک و متناسب با سن وی، بین

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.1.0]

دو تا سه مورد حق انتخاب گذاشته تا از بین دو نوع لباس مناسب مدرسه یکی را انتخاب کند.

مداخلات انجام شده در مدرسه: بعد از ورود به مدرسه و اجازه گرفتن از معلم، در کلاس درس پارسا حاضر شدیم. پارسا در مدرسه نیز نافرمانی‌های زیادی داشت از جمله برداشتن ماژیک و خط کشیدن روی دیوار، راه رفتن در کلاس، برداشـــتن وسایل سایر همکلاسی‌ها، ریختن آشغال در حیاط مدرسه و... که با کمک گرفتن از معلم این رفتارها به سمت رفتارهای سازنده ســـوق داده شد. به‌عنوان مثال کلاس روبرویی نیاز به صندلی داشت و از پارسا و سایر دانش آموزان کلاس خواسته شد تا در این فرایند به معلم کلاس دیگر کمک کنند به این صورت رفتارهای مخرب به رفتارهای سازنده تبدیل شد، یا هنگام خط کشیدن روی دیوار پارســـا را بغل کرده و به او یادآوری شـــد که معلـــم و مددکار اجتماعی او را دوســـت دارند و از این‌که به صحبت‌هـــای آن‌ها گوش می‌دهد از او سپاســـگزارندبا بیشترکردن دلبستگی کودک و مراقب، میزان نافرمانی کمتر شـــد و این اطمینان خاطر دادن به کودک باعث بهبود دلبســـتگی بین آن‌ها شد. پس از اتمام کلاس پارسا به‌دلیل رفتارهای سازنده‌اش از معلـــم جایزه دریافت کرد. این رفتارها دقیقا در همان مدرســـه‌ای انجام شـــد که معلمان در کار با پارسا احســـاس درماندگی کرده بودند و بعد از جابه‌جایی کلاســـش، در نهایت او را از مدرســـه اخراج کرده بودند. تغییر رفتار کودک هم در محیط منزل و هم مدرسه محسوس بود و مادر نیز متوجه این تغییر رفتار کودکش شده بود. در نهایت به همراه مادر قرار گذاشـــته شد تا حداقل هفته‌ای دو جلسه به همراه پارسا برای آموزش به بیمارستان مراجعه کنند. با توجه به این‌که کار با کودک نیازمند امکانات بیشـــتری از جمله اتاق بـــازی بود و ابزارهای لازم در بیمارســـتان وجود نداشـــت به پدر و مادر اطلاع داده شد تا حتما جلسات بازی درمانی و آموزش فرزند پروری را در خارج بیمارســـتان و به‌صورت کلینیکی ادامه دهند ولی متاســـفانه به لحاظ شـــرایط مالی خانواده، این امکان برایشان وجود نداشـــت. به‌همین منظور با نهادهای حمایتـــی که خانواده تحت پوشـــش آن بودند نیز ارتباط گرفته شد تا حمایت‌های لازم صورت گیرد ولی متاسفانه به‌دلیل بی‌توجه‌ای بسیاری از این نهادها به لزوم پیشـــگیری، این امر میسر نشد و صرفا به جلســـات برگزار شده در بیمارستان بسنده شد. آن‌ها هم به‌دلیل مشارکت نداشتن پدر برای آوردن کودک و مادرش، به‌صورت نامنظم برگزار می‌شـــد. به‌دلیل انتقال مددکار اجتماعی به بخش دیگر، از مددکار اجتماعی حاضر در آن بخش، وضعیت پارســـا پیگیری شـــد که عنوان کردند به‌دلیل مشکلات ایجاد شـــده توســـط پارســـا و همکاری نکردن پدر در روند درمان، پـــدر و مادر در حال جدایی هستند و برای پارســـا نیز در بهزیستی تشکیل پرونده داده شده است.

جدول(۱) مداخلات مددکاری اجتماعی انجام شده در کار با کودک دارای نقص توجه و بیش فعالی

اهداف/// اقدامات و تکنیک‌ها/// مجری/// مکان اجرای مداخله
آشنایی بیشتر با مراجع و شرایط محیطی او/// مطالعه پرونده+مشاهده رفتارهای مادر و سایر پرسنل بیمارستان در برخورد با مراجع/// مددکار اجتماعی/// بیمارستان مورد نظر
آشنایی بیشتر با مراجع و شرایط محیطی او/// مصاحبه با مادرمددکار اجتماعی/// بیمارستان مورد نظر
شکل‌گیری رابطه درمانی با مراجع و ایجاد احساس امنیت/// مصاحبه با کودک، انجام بازی‌های دو نفره، آموزش نحوه صحیح بیان درخواست‌هایش بدون توسل به پرخاشگری، ثبات در رفتار با مراجع/// مددکار اجتماعی/// بیمارستان مورد نظر
تبدیل رفتارهای مخرب به رفتارهای سازنده/// واگذاری مسوولیت‌های متناسب با سن کودک، مشارکت در انجام امور گروهی، کمک به سایر کودکان در انجام امورشان در اتاق کار درمانی/// مددکار اجتماعی به همراه کاردرمانگر/// بیمارستان مورد نظر
شرکت دادن پدر در فرایند درمان/// مصاحبه با پدر، برقراری ارتباط تلفنی به منظور هماهنگی بازدید در منزل/// مددکار اجتماعی/// بیمارستان مورد نظر
مشارکت مادر در روند درمان/// مشارکت ایشان در انجام بازی‌ها، مشاهده مادر از نحوه کار مددکار اجتماعی با کودک و تاثیر مداخلات انجام شده در فرمان پذیری وی/// مددکار اجتماعی/// بیمارستان مورد نظر
مشاهده رفتارهای کودک و نحوه تعامل مادر و کودک در منزل/// انجام بازدید در منزل و مشاهده نحوه تعامل مادر و کودک، آموزش غیرمستقیم به مادر در خصوص نحوه تعامل بهتر با کودک/// مددکار اجتماعی و مادر/// منزل مراجع
مشاهده رفتارهای کودک در محیط مدرسه و نحوه تعامل معلم و کودک/// مراجعه به مدرسه به همراه مادر و کودک و مشاهده رفتارهای او در محیط مدرسه و کلاس درس، کمک به معلم برای تبدیل رفتارهای مخرب کودک به رفتارهای سازنده در کلاس درس/// مددکار اجتماعی و معلم/// مدرسه

بحث و نتیجه گیری

مورد مطرح شده در این مقاله، کودکی بود که با تشخیص اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، بستری‌های مکرر در بیمارستان داشته ولی بهبودی حاصل نشده بود. با بررسی‌های انجام شده مشخص شد ساختار خانواده انسجام لازم را ندارد و دلبستگی بین مادر و کودک نیز ناایمن اســـت که این خود منجر به تشـــدید ناسازگاری‌های کودک شده بود. به‌همین منظور بر اساس رویکرد شخص در محیط، روابط والد-کودک در محیط زندگی مورد بررسی قرار گرفت و آموزش‌های لازم بر اساس نظریه دلبستگی، به‌صورت غیرمستقیم به مادر به‌عنوان مراقبت کننده اصلی و معلم داده شد.

همان‌طور که در مطالعه موردی فوق به خوبی نشان داده شد ایجاد دلبستگی ایمن و تلاش برای تغییر رفتار یک فرد به‌عنوان بزرگســـال در ارتباط با کودک، منجر به تغییر رفتار، فرمان پذیری و کاهش ســـطح پرخاشـــگری و نافرمانی او شـــد. نتیجه

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.1.0]

این مداخله با پژوهشـــی که توسط میکولینسر و شـــیور و همچنین فایک اوی و همکارانش همســـو اســـت.[۷و۸] آن‌ها نشـــان دادند که افزایش سطح دلبستگی ایمن، پرخاشگری را بین گروه‌های ستیزه‌جو یا جنگ طلب کاهش می‌دهد. در مطالعه فایک اوی و همکارانش نیز نشان داده شـــد که دلبستگی ایمن نه تنها باعث کاهش پرخاشگری در کودک می‌شود بلکه ســـطح پرخاشـــگری در والدیـــن را نیز کاهـــش داده و عزت نفس آن‌هـــا را افزایش می‌دهد.[۸] در مطالعه فولر نیز نشان داده شد که آموزش خانـــواده و مراقبان اصلی کودک در پیشـــبرد روند درمان تاثیر گذار است.[۱۳] در مطالعه جهانبخش و همکاران نیز نشـــان داده شـــده بود که دلبســـتگی ایمـــن مادر-کودک باعث کاهش نافرمانی‌ها و رفتارهای پرخاشـــگرانه در کودک می‌شـــود کـــه نتایج مطالعـــه حاضر نیز با آن همســـو اســـت.[۱۰] همچنیـــن نتایج مطالعـــه حاضر بـــا یافته‌های پژوهش خانم صدری و همکاران همسو است و در هـــر دو مطالعه، تصحیـــح ارتباط والد-کودک منجر به کاهش رفتارهای مقابله‌ای و نافرمانی‌های کودک شد.[۱۲]

مطالعه موردی حاضر، لزوم آموزش والدین در خصوص نحوه فرزندپروری، آشـــنایی با رفتارهای مختلف کودکان ماننـــد رفتارهای عادی، آزار دهنـــده، مخرب و... و نحوه برخورد با هر دســـته از این رفتارها را بیان می‌کند. ولی این امر مورد غفلت واقع شـــده و همان‌طـــور که در مطالعه فوق بیان شـــد، درمـــان این کودک صرفا به دارو درمانی محدود شـــده بود و والدین در امر درمان، مشـــارکت داده نشـــده بودند. واضح است که نتیجه این روند درمانی بستری‌های مکرر و ناکامی در روند درمان خواهد بود.

محدودیت‌هـــا: همکاری نکـــردن پدر در روند درمـــان از جمله محدودیت‌های موجود بود که باعث شـــد روند درمان متوقف شود. از دیگر محدودیت‌ها، نداشتن نگاه سیستمی اعضای تیم در روند درمان و همچنین ناآگاهی نسبت به نقشی که مددکار اجتماعی می‌تواند در این فرایند ایفا کند، بود. مساله‌ای که در بسیاری از بیمارستان‌ها کم اهمیت جلوه داده می‌شود و نقش مددکار اجتماعی در بسیاری از این نهادها از عرضه تخفیف فراتر نمی‌رود.

پیشـــنهادها: بنابراین پیشـــنهاد می‌شود با داشـــتن نگاه سیستمی به خانواده، و همچنین انجام کار تیمی در قالب تیم‌های درمان و توجه به امر پیشگیری باعث موفقیت هر چه بیشتر فرایند درمان گردد. واضح است که بی‌توجه‌ای به پیشـــگیری در سطوح مختلف، باعث بروز آسیب‌هایی در سطح جامعه برای این قبیل کودکان خواهد شد. چنان‌که در مورد کودک مورد مطالعه، مســـاله‌های مربوط به او، در ادامه، اقدام والدین به طلاق و آسیب‌هایی دیگری برای کودک را در بر داشت.

سپاســـگزاری: از راهنمایی‌های ارزشـــمند خانم مریـــم ذبیحی پور ســـعادتی در فرایند تدوین مقاله و همچنین همکاری‌های مسوول محترم واحد مددکاری اجتماعی بیمارستان مورد نظر تشکر می‌گردد.

منابع

References:

1. http://www.unic-ir.org/hr/convenantion-child.htm
2. Zeanah Jr, Charles.H. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1990:P. 178- 62.
3. Bowlby, J. (1973) Attachment and loss. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. 1973: Volume II: Separation, anxiety and anger. In attachment and loss: Volume II: Separation, Anxiety and Anger: p.1-429.
4. Ya-Hsin L, Carr S. A critical exploration of child-parent attachment as a contextual construct. Behavioral Sciences. 2018: 12: p.112.[Persian]
5. Amani R . Mother-infant attachment styles as a predictor of aggression. Journal of Midwifery and Reproductive Health; 2016: 1: p.506-512. [Persian]
6. Sochos A, Biskanaki F, and Tassoulas E. Attachment style and interpersonal difficulties in immigrants with coronary hearth disease. North American Journal of Psychology. 2006: 8:p. 12-23.
7. Mikulincer M, and Shaver PH. Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance. Psychological Inquiry. 2007: 3:p. 139-156.
8. Ooi Y.Ph, Ang R.P, SS Fung D, Wong G, and Cai Y.The impact of parent–child attachment on aggression, social stress and self-esteem. School Psychology International. 2006: 5: p.552-566.
9. Gail M, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: A comparison with depressed out-patients and healthy controls. Acta Psychiatrica Scandi-

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.1.0]

navica. 2004: 6: P. 447-456.
10. Jahanbakhsh M, Bahadori M.H, Amiri Sh, Jamshidi A. Effect of attachment-based therapy on mental health in girls with attachment problems. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2012: 2: 140-51. [Persian]
11. Walsh, Joseph. Theories for direct social work practice. Nelson Education.2014:p. 75 -82.
12. Sadri M, Zare Bahramabadi M, Ghiasi M. Effectiveness of attachment-oriented therapy on the quality of attachment and social skills in children with oppositional defiant disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2016: 3(2):p 21-30.[Persian]
13. Fowler Criss. Increasing adoption opportunities for special needs children: County department of family services. Washington, DC: National Adoption. 1998: p.112-115.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.1.0]