

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 prevent 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 responds 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

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 طباطبائی، 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 بیش فعالی

* 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. به همین دلیل مداخله‌هایی برای آموزش والدین به منظور شکلگیری هر چه بهتر این رابطه و پیشگیری از آسیب‌های احتمالی دوره بزرگسالی ضروری به نظر می‌رسد. هدف این مقاله، گزارش مداخله‌های مددکاری اجتماعی در کار با یک کودک مبتلا به نقص توجه و بیش فعالی به منظور 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 بیش فعالی 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 به عنوان 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.

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): ۵-۱۲

نحوه استناد به مقاله:

مقدمه

بر اساس تعریف کنوانسیون حقوق کودک و سازمان بهداشت جهانی، کودک به هر انسان زیر هجده سال اطلاق می شود، مگر این که طبق قانون قابل اجرا در مورد کودک، سن بلوغ کمتر تشخیص داده شود. [۱] کودکان مانند سایر گروه های سنی نیازهایی دارند که برای رفع آن ها به کمک دیگران نیازمند هستند. با توجه به هسته ای شدن خانواده ها، پدر و مادر به عنوان تربیت کنندگان اصلی کودک، نقش مهمی در تامین نیازها و سایر جنبه های زندگی او ایفا می کنند، بنابراین آموزش والدین در خصوص نیازهای دوره های مختلف سنی کودکان و به طور کلی تربیت فرزند امری ضروری به نظر می رسد.

با توجه به این که، بر اساس پژوهش های صورت گرفته، بیش از شصت درصد شخصیت روانی انسان در شش سال اول تولد شکل می گیرد، بنابراین پدر و مادر باید ویژگی ها و نیازهای فرزندانشان، به ویژه 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 آسیب ها و اختلالات روانی است. به عنوان مثال یکی از اختلالات شایع که متأثر از روابط معیوب والد-کودک می باشد، می توان به اختلال نقص توجه و بیش فعالی اشاره کرد. هر چند در مورد میزان وراثت یا محیطی بودن این اختلال نظرات متفاوتی وجود دارد ولی بی شک نحوه تعامل با کودک می تواند در کنترل و پیشگیری از وخامت شرایط موثر باشد. به عنوان مثال از علامت های این اختلال می توان به پرخاشگری، پر تحرکی، و تمرکز نداشتن کودک اشاره کرد و والدین باید آموزش های لازم در واکنش به این رفتارها را دیده باشند در غیر این صورت با مشکلات متعددی مواجه خواهند شد.

از جمله آموزش ها در این زمینه، موضوع دلبستگی است. طبق نظریه دلبستگی جان باولبی، دلبستگی به عنوان پیوند عاطفی بین کودک و فرد مراقبت کننده که اغلب مادر است، تعریف می شود. [۲] او دلبستگی را به اشکال ایمن و نایمن تقسیم بندی می کند 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 رنجوری ها و اختلالات شخصیت حاصل محرومیت کودک از مراقبت مادرانه و یا بی ثباتی 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 نمی گیرد که این احساس ناامنی به دو شکل دلبستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا خود را نشان می دهد. [۴] دلبستگی نایمن، الگویی را در کودک شکل می دهد که بر اساس آن روابط آینده غیرقابل اعتماد به نظر می رسند. در نتیجه کودک به احتمال زیاد از دیدگاه های 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، سوء مصرف مواد و اختلالات عاطفی شود. [۵] بر اساس پژوهش سوکاس و همکاران، سبک های دلبستگی نایمن با شاخص های پریشانی روان شناختی، نشانه های افسردگی، پاتولوژی خوردن، باورهای جنسی ناکارآمد، پریشانی عاطفی، اضطراب و نشانه های پریشانی عمومی رابطه مثبت دارد. همچنین دلبستگی نایمن با مشکلات بین فردی و خصومت بیشتر نسبت به سایر افراد همراه است. [۶] در مطالعه دیگری در این زمینه، میکولینسر و شیور ادعا کردند افزایش سطح دلبستگی ایمن، پرخاشگری را بین گروه های سیزده جو یا جنگ طلب کاهش می دهد. [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 می دارند که تجارب اولیه بین مادر و کودک می تواند به دلبستگی نایمن منجر شود که هر چند پدیده مرضی نیست اما می تواند به پدیده های مرضی در بزرگسالی منجر شود. [۹] در پژوهشی که توسط جهان بخش 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 مقابله ای در گروه آزمون در مرحله پس آزمون و پیگیری، نسبت به گروه شاهد به میزان معنی داری پایینتر بود و پابندی مادران به تداوم روش های درمانی باعث بهبودی بیشتر در مرحله پس آزمون شد. [۱۰] طبق نظریه دلبستگی، همه کودکان طالب نزدیک شدن به والدین هستند و دلبستگی آن ها به والدین متناسب با نوع برخورد آن ها با فرزندشان شکل می گیرد. [۱۱] بر اساس نتایج پژوهش صدری و همکاران، درمان مبتنی بر دلبستگی با به کار بردن تکنیک هایی مانند آموزش در دسترس بودن مادر، تامین نیازهای

مقاله سعی شده تا با استناد به نظریه دلبستگی و نیز رویکرد شخص در محیط، مداخلات مددکاری اجتماعی کار با فرد و خانواده در خصوص کودک با تشخیص نقص توجه و بیش فعالی تشریح شود و هدف آن آموزش بزرگسالان مادر و معلم و نحوه تعامل آن‌ها با کودک دارای نقص توجه و بیش فعالی است تا هم خود بزرگسالان بتوانند 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 پیشگیری در سطوح مختلف، انجام پژوهش‌هایی در این زمینه می‌تواند هم مانع آسیب‌ها و بزه‌های احتمالی در آینده شود و هم به‌عنوان راهنمایی برای مداخلات مددکاران اجتماعی در کار با کودکان باشد، و به سلامت روان بیشتر مادر و کودک کمک کند.

فیزیولوژیک و روانی کودک، تامین امنیت کودک، تماس جسمی و به‌ویژه تماس چشمی، پاسخگو بودن، افزایش زمان گفتگو، بازی و تعامل دوبه‌دو با کودک و... ارتباط والد-کودک را تقویت نموده و به تدریج بی‌اعتمادی ناشی از دلبستگی ناایمن را به رابطه‌ای بر پایه اعتماد تبدیل می‌نماید و به طبع آن تصحیح ارتباط والد-کودک 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 بیش فعالی نیز هست) هم در کودک و هم در والد می‌شود، و برای تحقق آن ضروری است والدین در مورد این سبک و نحوه تعامل با این کودکان آموزش ببینند. همچنین بر اساس «رویکرد شخص» محیط بهتر است این نحوه تعامل در محیط زندگی او مشاهده و آموزش داده شود تا اثربخشی آن را دو چندان کند و به‌همین منظور بازدید در منزل انجام گرفت. در این

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 بیش فعالی بستری شده بود. ظاهری متناسب با سنش داشت و بسیار ناآرام بود. به‌دلیل بستری‌های مکرر، همه پرسنل بخش، او و خانواده‌اش را به خوبی می‌شناختند. مددکار اجتماعی قبل از هر گونه مداخله به مطالعه پرونده پارسا پرداخت. بر اساس اطلاعات موجود در پرونده، پارسا به همراه پدر، مادر و دو برادر بزرگتر از خودش زندگی می‌کرد و به‌دلیل اثر بخش نبودن داروها، در هر نوبت خانواده با نشانه‌های حادثی برای بستری پارسا به بیمارستان مراجعه می‌کردند. بر اساس قوانین بخش، با توجه به سن کم بیمار، مادر اجازه داشت در طی دوران بستری به‌عنوان همراه به‌صورت شبانه روزی در بخش و در کنار پسرش، در اتاقی که به این منظور اختصاص داده شده بود حضور داشته باشد. مددکار اجتماعی برای انجام مصاحبه با مادر، به اتاق بیمار مراجعه کرد، با توجه به این که 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. پسر دوم نیز با تشخیص 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 پاسخ نمی‌داد که این امر با توجه به بیش فعالی او، امری طبیعی قلمداد شد. از طرفی با توجه به این که تکلم پارسا دچار مشکل بود که برای برطرف شدن آن نیاز به برگزاری جلسات گفتار درمانی بود، مددکار اجتماعی به زحمت قادر به فهمیدن صحبت‌هایش بود و در این امر، مادر به او کمک می‌کرد. مدتی بعد از مصاحبه و با شکل 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 بستری پارسا، به کرات مددکار اجتماعی شاهد 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.

به همین دلیل همه افراد به محض بروز چنین رفتارهایی به خواسته او تن می دادند و این امر هم در منزل و هم در بیمارستان به یک عادت رفتاری برای رسیدن به خواسته اش تبدیل شده بود. در بیمارستان سعی می شد تا با ایجاد حس امنیت و اعتماد که از مفاهیم اصلی نظریه دلبستگی است و همچنین استفاده از تکنیک های حواس پرتی، دادن مسوولیت های متناسب با سن کودک، صرف زمان بیشتر برای گفتگو با وی و تلاش برای ورود به دنیای او، تا حدی از رفتارهای مخرب پارسا کاسته شود. یکی از راه های ایجاد احساس امنیت، اقتدار و ثبات در رفتار مددکار اجتماعی و آموزش به کودک برای نحوه صحیح بیان درخواست هایش بدون توسل به پرخاشگری و فریاد زدن بود. برای این منظور مددکار اجتماعی با استفاده از رنگ ها، انواع صداها را به کودک آموزش داد و به او یادآوری کرد که برای بیان درخواست هایش باید با صدای نرمال «رنگ سبز» خواسته اش را مطرح کند، در غیر این صورت به آن خواسته پاسخی داده نمی شود. همین رفتار پارسا باعث اخراجش از مدرسه در مقطع پیش دبستانی شده بود. بعد از مشاهده این رفتارها و نحوه تعامل مادر با کودک به نظر می رسید در صورت بهبود این تعامل و آموزش والدین، احتمال کاهش بستری ها و بهبود شرایط وجود دارد و بر اساس رویکرد «شخص در محیط» نیاز بود این تعامل در محیط زندگی آن ها بررسی گردد. البته مادر در طول دوره درمان شاهد فعالیت های مددکار اجتماعی و کارآمدی تکنیک های به کار گرفته شده بود. به همین منظور بعد از ترخیص موقت پارسا به مدت یک هفته هماهنگی های لازم برای بازدید در منزل انجام گرفت. هماهنگی لازم برای این امر با پدر انجام شد، تا از این طریق هم مشارکت ایشان در روند درمان فرزندان افزایش یابد و هم تاکید گردد تا در روز مورد نظر پدر، مادر و برادران پارسا حضور داشته

باشند چرا که پدر مشارکت کمتری داشتند و این امر باعث ایجاد فشار بیشتر بر مادر و به تبع آن پرخاشگری نسبت به پارسا می شد. تا قبل از آن، پدر تنها یک مرتبه به بیمارستان 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 خودزنی های مکرر و مصرف مواد داشت.

مداخلات انجام شده در منزل - بازدید در منزل :-

متأسفانه 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 آن ها در یک ساختمان چهار طبقه واقع شده بود که خانواده امیری در طبقه چهارم آن زندگی می کردند. در حین بالا رفتن از پله های راهرو، صدای گریه پارسا و صحبت های مادر در کل ساختمان به گوش می رسید. بعد از ورود به منزل اولین صحنه ای 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 مادر بزرگ، که ایشان نیز در روز بازدید در منزل حضور داشت، وجود نداشت، پارسا شروع به پرخاشگری و به هم ریختن وسایل منزل کرده بود و مادر او را تهدید به بستن به تخت می کرد. در اتاقی از منزل تختی وجود داشت که هنگام ناسازگاری و پرخاشگری پارسا، والدین او را به تخت می بستند، دقیقاً مشابه کاری که گاهی در بیمارستان انجام می شد! این مشاجره تا مدتی ادامه داشت. از مادر خواسته شد تا در صورت تمایل، مددکار اجتماعی برای حل این مساله به ایشان کمک کند. در حین گریه و کتک زدن مادر توسط پارسا، به منظور ایجاد حس امنیت و اعتماد مددکار اجتماعی در ابتدا پارسا 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 آرام تر شد و سپس با استفاده از تکنیک های حواس پرتی و مطرح کردن پرسش هایی در مورد مدرسه و دوستانش، توجه پارسا به سوی دیگری سوق داده شد. با توجه به این که مدرسه نزدیک منزل بود، به پارسا پیشنهاد شد در صورت تمایل می توانیم بعد از مرتب کردن منزل با یکدیگر، به مدرسه برویم. بیشتر در خصوص امکان مراجعه به مدرسه، هماهنگی های لازم با مادر انجام شده بود. این پیشنهاد توسط پارسا بسیار مورد استقبال قرار گرفت. بلافاصله شروع به تمیز کردن منزل و جمع آوری وسایلی کرد که در موقع درگیری با مادر، پرتاب کرده بود. مادر و مددکار اجتماعی نیز در این امر به او کمک کردند. بعد از اتمام کار، بی درنگ آماده مراجعه به مدرسه شد که در این مرحله نیز در خصوص پوشیدن لباس راحتی، بین پارسا و مادر چالش هایی ایجاد شد که با مداخله مددکار اجتماعی، برای جلوگیری از ایجاد اضطراب در کودک و متناسب با سن وی، بین

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
شکل گیری رابطه درمانی با مراجع و ایجاد احساس امنیت // مصاحبه با کودک، انجام بازی های دو نفره، آموزش نحوه صحیح بیان درخواست هایش بدون توسل به پرخاشگری، ثبات در رفتار با مراجع // مددکار اجتماعی // بیمارستان مورد نظر
تبدیل رفتارهای مخرب به رفتارهای سازنده // واگذاری مسوولیت های متناسب با سن کودک، مشارکت در انجام امور گروهی، کمک به سایر کودکان در انجام آموزشان 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 بازی ها، 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 رفتاری 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

ولی متأسفانه به دلیل بی توجهی بسیاری از این نهادها به لزوم پیشگیری، این امر میسر نشد و صرفاً به جلسات برگزار شده در بیمارستان بسنده شد. آن‌ها هم به دلیل مشارکت نداشتن پدر برای آوردن کودک و مادرش، به صورت نامنظم برگزار می‌شد. به دلیل انتقال مددکار اجتماعی به بخش دیگر، از مددکار اجتماعی حاضر در آن بخش، وضعیت پارسا پیگیری شد که عنوان کردند به دلیل مشکلات ایجاد شده توسط پارسا و همکاری نکردن پدر در روند درمان، پدر و مادر در حال جدایی هستند و برای پارسا نیز در بهزیستی تشکیل پرونده داده شده است.

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 نافرمانی های زیادی داشت از جمله برداشتن ماژیک و خط کشیدن روی دیوار، راه رفتن در کلاس، برداشتن وسایل سایر همکلاسی ها، ریختن آشغال در حیاط مدرسه و... که با کمک گرفتن از معلم این رفتارها به سمت رفتارهای سازنده سوق داده شد. به عنوان 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 پارسا را بغل کرده و به او یادآوری شد که معلم و مددکار اجتماعی او را دوست دارند و از این که به صحبت های آن ها گوش می دهد از او سپاسگزارند با بیشتر کردن دلبستگی کودک و مراقب، میزان نافرمانی کمتر شد و این اطمینان خاطر دادن به کودک باعث بهبود دلبستگی بین آن ها شد. پس از اتمام کلاس پارسا به دلیل رفتارهای سازنده اش از معلم جایزه دریافت کرد. این رفتارها دقیقاً در همان مدرسه ای انجام شد که معلمان در کار با پارسا احساس درماندگی کرده بودند و بعد از جابه جایی کلاسش، در نهایت او را از مدرسه 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 گذاشته شد تا حداقل هفته ای دو جلسه به همراه پارسا برای آموزش به بیمارستان مراجعه کنند. با توجه به این که کار با کودک نیازمند امکانات بیشتری از جمله اتاق بازی بود و ابزارهای لازم در بیمارستان وجود نداشت به پدر و مادر اطلاع داده شد تا حتماً جلسات بازی درمانی و آموزش فرزند پروری را در خارج بیمارستان و به صورت کلینیکی ادامه دهند ولی متأسفانه به لحاظ شرایط مالی خانواده، این امکان برایشان وجود نداشت. به همین منظور با نهادهای حمایتی که خانواده تحت پوشش آن بودند نیز ارتباط گرفته شد تا حمایت های لازم صورت گیرد

بحث و نتیجه گیری

مورد مطرح شده در این مقاله، کودکی بود که با تشخیص اختلال نقص توجه و بیش فعالی، بستری های مکرر در بیمارستان داشته ولی بهبودی حاصل نشده بود. با بررسی های انجام شده مشخص شد ساختار خانواده انسجام لازم را ندارد و دلبستگی بین مادر و کودک نیز نایمن است که این خود منجر به تشدید ناسازگاری های کودک شده بود. به همین منظور بر اساس رویکرد شخص در محیط، روابط والد-کودک در محیط زندگی مورد بررسی قرار گرفت و آموزش های لازم بر اساس نظریه دلبستگی، به صورت غیرمستقیم به مادر به عنوان مراقبت کننده اصلی و معلم داده شد. همان طور که در مطالعه موردی فوق به خوبی نشان داده شد ایجاد دلبستگی ایمن و تلاش برای تغییر رفتار یک فرد به عنوان بزرگسال در ارتباط با کودک، منجر به تغییر رفتار، فرمان پذیری و کاهش سطح پرخاشگری و نافرمانی او شد. نتیجه

در خصوص نحوه فرزندپروری، آشنایی با رفتارهای مختلف کودکان مانند رفتارهای عادی، آزار دهنده، مخرب و... و نحوه برخورد با هر دسته از این رفتارها را بیان می‌کند. ولی این امر مورد غفلت واقع شده و همان‌طور که در مطالعه فوق بیان شد، درمان این کودک صرفاً به دارو درمانی محدود شده بود و والدین در امر درمان، مشارکت داده نشده بودند. واضح است که نتیجه این روند درمانی بستری‌های مکرر و ناکامی در روند درمان خواهد بود.

محدودیت‌ها: همکاری نکردن پدر در روند درمان از جمله محدودیت‌های موجود بود که باعث شد 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.

پیشنهادهای: بنابراین پیشنهاد می‌شود با داشتن 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 بی‌توجهی به پیشگیری در سطوح مختلف، باعث بروز آسیب‌هایی در سطح جامعه برای این قبیل کودکان خواهد شد. چنان‌که که در مورد کودک مورد مطالعه، مساله‌های مربوط به او، در ادامه، اقدام والدین به طلاق و آسیب‌هایی دیگری برای کودک را در بر داشت.

سپاسگزاری: از راهنمایی‌های ارزشمند خانم مریم ذیحی پور سعادت‌ی در فرایند تدوین مقاله و همچنین همکاری‌های مسوول محترم واحد مددکاری اجتماعی بیمارستان مورد نظر تشکر می‌گردد.

این مداخله با پژوهشی که توسط میکولینسر و شیور و همچنین فایک اوی و همکارانش همسو است. [۸ و ۷] آن‌ها نشان دادند که افزایش سطح دلبستگی ایمن، پرخاشگری را بین گروه‌های سبزه‌جو یا جنگ طلب کاهش می‌دهد. در مطالعه فایک اوی و همکارانش نیز نشان داده شد که دلبستگی ایمن نه تنها باعث کاهش پرخاشگری در کودک می‌شود بلکه سطح پرخاشگری در والدین را نیز کاهش داده و عزت نفس آن‌ها را افزایش می‌دهد. [۸] در مطالعه فولر نیز نشان داده شد که آموزش خانواده و مراقبان اصلی کودک در پیشبرد روند درمان تاثیر گذار است. [۱۳] در مطالعه جهانبخش و همکاران نیز نشان داده شده بود که دلبستگی ایمن مادر-کودک باعث کاهش نافرمانی‌ها و رفتارهای پرخاشگرانه در کودک می‌شود که نتایج مطالعه حاضر نیز با آن همسو است. [۱۰] همچنین نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های پژوهش خانم صدری و همکاران همسو است و در هر دو مطالعه، تصحیح ارتباط والد-کودک منجر به کاهش رفتارهای مقابله‌ای و نافرمانی‌های کودک شد. [۱۲] مطالعه موردی حاضر، لزوم آموزش والدین

منابع

References:

1. <http://www.unic-ir.org/hr/convenation-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-

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.