۲۵-۴۲

طراحی و ارزیابی اثربخشی برنامه مدیریت رفتاری خانواده- محور بر رضامندی زوجیت والدین دارای کودکان دبستانی با نشانگان بیش‌فعالی*

◈ علی‌اکبر ترابی[۱] ◈ دکتر غلامعلی افروز[۲] ◈ دکتر فریبا حسنی[۳] ◈ دکتر فاطمه گلشنی[۴]

چکیده: هدف پژوهش حاضر طراحی و ارزیابی اثربخشی برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور بر میزان رضایتمندی زوجیت والدین دارای کودکان بیش‌فعال بوده است. این پژوهش کاربردی و نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه و جلسه پیگیری است. جامعه آماری همهٔ والدین کودکان بیش‌فعال شهر تهران بود. تعداد ۶۴ والد با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در گروههای آزمایش و کنترل گمارش شدند. گروه آزمایش، آموزش ۱۰ جلسه‌ای دریافت کرد ولی گروه گواه بدون آموزش در نوبت انتظار ماند. ابزار غربالگری و گردآوری داده‌ها، مقیاس درجه‌بندی تشخیص بیش‌فعالی کانرز (۱۹۹۹) و مقیاس رضایتمندی زوجیت افروز (۱۳۹۰) بود. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با تکرار سنجش(اسپانوا) استفاده شده است. یافته‌ها نشان دادند که اثربخشی برنامه خانواده- محور بر افزایش رضایتمندی زوجیت والدین، مثبت و معنادار است. محتوای برنامه مبتنی بر پشتوانه نظری بارکلی(۱۳۹۴) و افروز(۱۳۹۰) بوده و ضریب همبستگی آن (۰/۸۹) و پایایی آن به میزان α =۰/۸۸ بوده است. اثربخشی آزمایشی برنامه، تفاوتی معنادار (۰/۵۱ ±) در سطح α =۰/۰۵ نشان داده است. می‌توان گفت برنامه مذکور بر افزایش رضایتمندی زوجیت والدین اثربخشی معنادار داشته و نتایج در دوره پیگیری دوماهه نیز پایدار بوده است. برنامه خانواده - محور، بر افزایش رضایتمندی زوجیت، اثربخشی داشت و این نتایج در دوره پیگیری دوماهه نیز پایدار بود. تعمیم‌پذیری محدود از محدودیتهای این پژوهش بود. پژوهش در این زمینه در سایر جوامع آماری، گروهها و فرهنگهای گوناگون و نیز برای کاهش تنش والدین و همچنین طراحی برنامه مدرسه - محور توصیه می‌شود.

کلید واژگان: برنامه مدیریت رفتاری خانواده- محور، رضایتمندی زوجیت، اختلال بیش‌فعالی

◉ تاریخ دریافت: ۹۸/۸/۶ ◉ تاریخ پذیرش: ۹۹/۴/۲۰

* *این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.*

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران nikhamraz@gmail.com
۲. استاد ممتاز گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول) afrooz@ut.ac.ir
۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران far.hassani@iauctb.ac.ir
۴. استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران fat.golshani@iauctb.ac.ir

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5]

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

امروزه، اختلال بیش‌فعالی یک مشکل اساسی بالینی و بهداشت عمومی است، زیرا پیامدهای آن برای جامعه از نظر مالی و استرس وارده بر خانواده‌ها، بسیار زیاد است و تأثیری منفی بر فعالیتهای حرفه‌ای و عزت‌نفس می‌گذارد. بیش‌فعالی یک اختلال عصبی - رشدی شایع است که با درجه بالایی از مشکلات رفتاری همراه است و تأثیری منفی بر کیفیت زندگی والدین و عملکرد خانواده دارد (اعزازی و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین یک چهارم تا نیمی از والدین کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی، خود دارای همین اختلال‌اند که این موضوع ارائه درمانهای رفتاری و دارویی مبتنی‌بر شواهد کودک را پیچیده می‌کند (کرونیس-توسکانو[1] و همکاران، ۲۰۱۷).

مفهوم رویکرد خانواده - محور، نخستین بار در دهه ۱۹۵۰ میلادی، زمانی که کارل راجرز[2] رویکرد مراجع - محور را معرفی کرد، مطرح شد. در این رویکرد، آموزش والدین نوعی روش درمانی روانی - آموزشی است که می‌تواند در خانه در برخورد با مشکلات رفتاری کودک استفاده شود (اعزازی و همکاران، ۲۰۱۸). آموزش خانواده - محور سبب بهبود فرزندپروری والدین، کاهش استرس والدینی و کاهش رفتارهای آزاردهنده کودک می‌شود (دانفورث[3]، ۲۰۱۶). آموزش خانواده - محور علاوه‌بر محتوای رفتاری یا شناختی - رفتاری، باید متمرکز بر اختلال بیش‌فعالی هم باشد (توکل و همکاران، ۲۰۱۶). آموزش خانواده - محور در جهت اقدامات درمانی مستمر گامی مؤثر برای ارتقای رضایت زناشویی والدین محسوب می‌شود (داوری، ۱۳۹۴).

محیط خانوادگی و امنیت روانی که والدین در خانه فراهم می‌کنند از مهم‌ترین عوامل مؤثر در غنی‌سازی عاطفی و سازگاری اجتماعی و رفتاری فرزندان است (افضلی، قاسم‌زاده و هاشمی، ۱۳۹۸). نتایج یک مطالعه خانواده - محور نشان داده است که شیوه فرزندپروری می‌تواند بهزیستی کودکان را از طریق تأثیری که بر رابطه کودک - والد می‌گذارد، تحت تأثیر قرار دهد (تریوت[4] و همکاران، ۲۰۱۰؛ ژوزه و آلفونس[5]، ۲۰۰۷). والدین دارای فرزند بیش‌فعال بیشتر از والدین دیگر، از شیوه‌های فرزندپروری منفی و خودکامه استفاده می‌کنند، از اعتماد به نفس کمتری در تربیت کودک برخوردارند و از شیوه‌های تنبیهی بیشتری استفاده می‌کنند (علیزاده و آندریس[6]، ۲۰۰۲). نتایج یک پژوهش نشان داده است که برنامه خانواده - محور مبتنی بر برنامه ذهن‌آگاهی می‌تواند سبب کاهش استرس والدین و افزایش بهزیستی روان‌شناختی و افزایش خودمدیریتی والدین شود (لو[7] و همکاران، ۲۰۱۷).

1. Chronis-Tuscano
2. Carl Rogers
3. Danforth
4. Trivette
5. Jose & Alfons
6. Andries
7. Lo

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5]

آموزش شـــیوه‌های کارآمدتر مدیریت کودک می‌تواند به ســـازگاری شـــخصی این والدین کمک کند (بارکلی، ۲۰۰۶) و از تأثیر مخرب مشـــکلات رفتاری این کودکان بر تواناییهای تربیتی والدین بکاهد (فیشمن و میرز[1]، ۲۰۰۰).

در ایران از میان پژوهشـــهای خانواده - محور می‌توان به پژوهشهای زیر اشاره کرد: نوری و افروز (۱۳۸۷)، به این نتیجه رسیدند که آموزش تحولی زودهنگام خانواده - محور بر رشد حرکتی کودکان دارای نشـــانگان داون از تولد تا ۲۴ ماهگی اثربخش بوده است. در پژوهش دیگری که با هدف بررسی اثربخشـــی مداخله روان‌شناختی خانواده - محور بر سلامت روانی پدران دارای فرزند داون انجام شده نتایج نشـــان داده است که برنامه خانواده - محور می‌تواند موجب ارتقای سلامت روان در پدران شود (فرامـــرزی، افروز و ملک‌پور، ۱۳۸۷). در پژوهشـــی دیگر نتایج حاصله حاکـــی از آن بود که در طول زندگی مشترک، متغیرهای گوناگونی بر نحوه ارتباط زوجین با یکدیگر تأثیرگذارند که رضایت یا عدم رضایت زن و شـــوهر از روابط زناشـــویی را به همراه دارند (رضائیان، ۱۳۹۱). رویکردهای شناختی با تغییـــر باورهای موجود در مورد کودک دارای اختلال، میزان تحمـــل و کارآمدی خانواده را بالا برده و مهارتها و شـــیوه‌های فرزندپروری والدین را بهبود می‌بخشـــند (قاسم‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶). نتایج یک مطالعه خانواده - محور دیگر نشان داده است که برنامه آموزش والدین بارکلی اثربخشی مناسبی بـــر ارتقای مهارتهای اجتماعی کودکان بیش‌فعال و رضایتمندی زوجیت والدین آنان داشـــته اســـت (یغمایی، ملک‌پور و قمرانی، ۲۰۱۹).

افروز (۱۳۹۰) رضایت زوجیت را رضامندی متقابل زن و شوهر از جاذبه‌های روانی - جنسی یکدیگر و برخورداری از بیشترین احساس آرامش و امنیت روانی در زندگی مشترک می‌داند. رضامندی زوجیت، متغیر مهمی در حوزه خانواده اســـت که در حفظ تعادل زندگی و جو عاطفی و برقراری ســـلامت روانی اعضای خانواده مؤثر اســـت (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۵). وقتی که زوجها به یکدیگر متعهد هســـتند و احساس امنیت می‌کنند و شدیداً یکدیگر را حمایت می‌کنند، برای حل مسائل به یکدیگر کمک می‌کنند (ســـلیمی، محسن‌زاده، نظری و گوهری، ۲۰۱۵). به‌نظر می‌رسد رضامندی زوجیت والدین با تسلط آنها بر مهارتهای اجتماعی رابطه مستقیم دارد تا جایی که این می‌تواند بر کاهش نشانه‌های برخی اختلالات رفتاری تأثیر داشـــته باشد (شـــیرجنگ، مهریار، جاویدی و حســـینی، ۱۳۹۷). هر قدر نظام خانواده از اســـتحکام بیشتری برخوردار باشـــد و روابط میان اعضای آن عاطفی‌تر و عقلانی‌تر باشد، فرزندان نیز از تربیت مطلوب‌تری بهره‌مند خواهند شـــد (افروز و همکاران، ۱۳۹۵). این پژوهش در پی یافتن پاسخی برای این پرسش است که خانواده چطور می‌تواند با مدیریت بهتر رفتار کودکان بیش‌فعال رضایتمندی والدین را از زوجیت افزایش دهد و آن را به حداکثر میزان لازم برساند؟

1. Fishman & Meyers

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5]

ضرورت اجرای این پژوهش اصلاح چرخه معیوب روابط والدین و ارتقای سطح رضامندی زوجیت آنان است. برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور بر اساس مدل رفتاری راسل بارکلی (۱۳۹۴) و مدل روان‌شناسی انسان‌گرا و مثبت‌گرای رضایت زوجیت افروز (۱۳۹۰)، طراحی شده است. در این مدل فرض بر این است که رفتار کودک تحت‌تأثیر تعاملات قبلی و فعلی کودک با اطرافیان، به‌ویژه با والدین‌اش است. علاوه بر آن چگونگی مدیریت رفتاری کودک بیش‌فعال و روابط زوجیت والدین تأثیر تعاملی بر همدیگر دارند و اگر می‌خواهیم رفتار کودک عوض شود تا والدین احساس رضایت بیشتری از زندگی زناشویی خود داشته باشند، باید کیفیت ارتباط والدین و اطرافیان کودک را تغییر دهیم (افروز و همکاران، ۱۳۹۵). پژوهش حاضر با هدف طراحی برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور و ارزیابی اثربخشی آن بر رضامندی زوجیت والدین دارای کودکان بیش‌فعال انجام شده است. فرضیه اصلی پژوهش این است که برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور بر رضامندی زوجیت والدین دارای کودکان بیش‌فعال اثربخشی دارد و با توجه به این ضرورت این پژوهش در پی یافتن پاسخی برای این سؤال است که آیا برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور، می‌تواند موجب دستیابی به سطوح بالایی از رضامندی زوجیت، در میان والدین دارای کودکان بیش‌فعال شود؟

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش کاربردی و از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و جلسه پیگیری است. جامعه آماری را همهٔ والدین (مادران و پدران) دارای فرزند بیش‌فعال دبستانی (دختر یا پسر) شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل داده‌اند. با توجه به نرخ شیوع ۵ تا ۸ درصدی اختلال (شهیم، مهرانگیز و یوسفی، ۱۳۸۶) و پراکندگی این کودکان در مدارس، روش تصادفی امکان‌پذیر نبود، از این رو به روش نمونه‌گیری در دسترس یکی از پرجمعیت‌ترین مدارس ابتدایی شهر تهران (هر دو نوبت پسرانه و دخترانه) انتخاب شد. ابتدا، معلمان اسامی ۱۲۰ دانش‌آموز را که بر اساس فرم معلم کانرز (۱۹۹۹) دارای نشانه‌های اختلال بودند، استخراج کردند. ۸۰ والد ضمن اعلام رضایت، نشانه‌های رفتاری کودکان‌شان را از دیدگاه خود در قالب تکمیل فرم والدین کانرز (۱۹۹۹) گزارش کردند. در نهایت ۶۴ نفر (۵۰ نفر مادر و ۱۴ نفر پدر) از والدین که ۸ مادر تک‌والد هم جزو آنها بودند به عنوان گروه نمونه انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل ۳۲ نفری (۲۵ نفر مادر و ۷ نفر پدر) بر اساس چهار ملاک تک‌والدی بودن، جنسیت، رده سنی و سطح تحصیلات، مطابق فرمهای تکمیل‌شده همتاسازی شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه آموزش ۹۰ دقیقه‌ای برنامه خانواده - محور دریافت کرد. گروه گواه بدون آموزش در نوبت انتظار قرار گرفت. ملاک ورود به نمونه، وجود کودک دبستانی (با نمره بیش‌فعالی ۳۴ به بالا بر اساس فرم والدین کانرز) و تکمیل فرم والدین کانرز و مقیاس رضایتمندی زوجیت افروز بود و ملاک خروج، گذراندن برنامه مذکور و تکمیل مجدد مقیاس افروز (۱۳۹۳) در

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5]

پس‌آزمون و جلســـه پی‌گیری بود. ابزار پژوهش مقیاس تشـــخیص بیش‌فعالی کانرز (۱۹۹۹) و مقیاس رضامندی زوجیت افروز (۱۳۹۳) بود. آلفای کرونباخ فرم معلم معادل ۰/۸۶ و فرم والدین ۰/۸۵ گزارش شده است (شهیم، یوسفی و شهائیان، ۱۳۸۶) و ضریب آلفای کرونباخ را افروز و همکاران (۱۳۹۵) برای مقیاس افروز ۰/۹۸۹ گزارش کرده‌اند.

● ابزار

در پژوهش حاضر با توجه به هدف اصلی پژوهش مبنی بر طراحی و ارزیابی اثربخشی برنامه خانواده- محور بر میزان رضایتمندی زوجیت والدین از مقیاس کانرز (به‌منظور تشخیص کودکان بیش‌فعال از نظر معلـــم و والدین) و مقیاس رضامندی زوجیت افروز (۱۳۹۰) به‌منظـــور ارزیابی میزان رضایتمندی زوجیت والدین استفاده شده است. به‌منظور غربالگری کودکان دبستانی دارای اختلال بیش‌فعالی در مدرسه، از فرم معلم کانرز (۱۹۹۹) استفاده شده است. این فرم را معلمان با راهنمایی پژوهشگر برای دانش‌آموزان دارای نشـــانه‌های اختلال، تکمیل کردند. این مقیاس دارای ۳۸ گویه و ۶ خرده‌مقیاس است. نمره کل آزمون دامنه‌ای از صفر تا ۱۱۴ دارد. اگر نمره کودک بالاتر از ۵۷ به‌دست بیاید، بیانگر اختلال است و هر چه امتیاز بالاتر رود، میزان اختلال کودک بیشتر خواهد بود و به‌عکس. پایایی این پرسشـــنامه، برای کل مقیاس ۰/۷۶ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل آن معادل ۰/۸۶ و روایی کلی آن ۰/۸۲ گزارش شده است (شهیم، یوسفی و شهائیان، ۱۳۸۶). برای تعیین میزان اختلال کودکان از دیدگاه والدین، از فرم والدین استفاده شده است. اعتبار آن از سوی مؤسسه علـوم شناختی ۰/۸۵ و روایی آن، بالای ۰/۷۶ و روایی همزمان با استفاده از پرسشنامه نقاط قوت و دشواری[1]، ۰/۷۰ و در زمینه تعیین ارزش تشخیصی والدین ۰/۶۹ تا ۰/۷۷ گزارش شده است (علیزاده، ۱۳۸۳).

در این پژوهش به‌منظور سنجش میزان رضایتمندی زناشویی والدین کودکان بیش‌فعال در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از مقیاس رضامندی زوجیت افروز[2] استفاده شده است. مقیاس افروز از ده خرده‌مقیاس تشکیل شده است و ۱۱۰ سؤال دارد و دامنه نمرات از صفر تا ۳۳۰ (حداکثر ۳۳۰ و نمره برش کمتر از ۱۱۱) است. نمره بالاتر از ۳۱۰، عالی؛ ۲۷۹ تا ۳۱۰، خیلی خوب؛ ۲۲۳ تا ۲۷۸، خوب؛ ۱۶۷ تا ۲۲۲، متوسط؛ ۱۱۱ تا ۱۶۷، قابل تحمل و نمره کمتر از ۱۱۱ ناخوشایند و آسیب‌پذیر، محسوب می‌شـــوند. در پژوهشی دیگر عملی بودن و اعتبار و روایی مقیاس مذکور بررسی شده و برای اعتبار این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۸۹ به‌دست آمده است (محبی، قاسم‌زاده، فرزاد و افروز، ۱۳۹۵).

1. Strengths and Difficulties Questionnaire(SDQ)
2. Afrooz Marital Satisfaction Scale(AMSS)

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5]

معرفی برنامه مداخله‌ای

برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور را پژوهشگر با هدف جبران کاستیهای ارتباطی موجود والد - والد و والد - فرزند در خانواده‌های دارای کودکان بیش‌فعال با رویکرد آموزشی - روانی متمرکز برخانواده و بهره‌گیری از رهنمودهای اساتید، طراحی کرده است. پروتکل این برنامه با بهره‌مندی از مبانی علمی و پشتوانه نظری نظریه آموزش رفتاری - ارتباطی راسل بارکلی (۱۳۹۴) و روان‌شناسی انسان‌گرا و مثبت‌گرای حاکم بر رضایت زوجیت افروز (۱۳۹۰) تنظیم شده است. ضریب همبستگی محتوای آن (۰/۸۹) و ضریب پایایی آن به میزان α =۰/۸۸ مشاهده شد و اثربخشی آزمایشی آن روی یک گروه ۳۰ نفری از والدین دارای کودک دبستانی با اختلال بیش‌فعالی، تفاوتی معنادار را به میزان ۰/۵۱ ± در سطح α=۰/۰۵ نشان داد. در سال ۱۳۹۲ حاجی سیدجوادی و همکاران، اثربخشی برنامه بارکلی را به میزان ۱۸±/۶۶ (اختلاف معنادار در میانگینهای پیش‌آزمون-پس‌آزمون) و ۱۸/۰۸ ± (میانگینهای پیش‌آزمون- پیگیری)، درسطح معناداری α=۰/۰۰۱ گزارش کرده‌اند. اثربخشی برنامه خانواده - محور افروز نیز، در پژوهشی در سال ۱۳۹۵، به میزان ۲۵/۰۰۵- (اختلاف معنادار در میانگینهای پیش‌آزمون - پس‌آزمون) و ۱۰/۹- (میانگینهای پیش آزمون - پیگیری)، درسطح معناداری α=۰/۰۰۱ گزارش شده است (روایی، افروز، حسینیان، خدایاری‌فرد و فرزاد، ۱۳۹۵). برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور که اعتبار و اثربخشی آن در یک مطالعه مقدماتی تأیید شده متشکل از یک پروتکل آموزشی ده جلسه‌ای بود که هر جلسه عنوانی مشخص داشت و محتوای معینی را در ارتباط با اهداف هریک از جلسات، مدنظر قرار می‌داد. در پایان هر جلسه به‌منظور بالا بردن میزان آگاهی و مهارت آزمودنیها، آزمایشگر تکلیفی به آزمودنیها می‌داد و برای برخی تکالیف از آنها می‌خواست که به عنوان یک موضوع مهم در منزل دربارۀ آن بحث و بررسی کنند و گزارش آن را برای جلسه بعد با خود به همراه بیاورند. در جلسه بعد تعدادی از گزارشهای آزمودنیها به شکل مختصر بررسی می‌شد. این برنامه پس از مشخص شدن گروه نمونه، روی ۳۲ نفر از والدین (گروه آزمایش) اجرا شد و اثربخشی آن مورد بررسی قرار گرفت. این برنامه مداخله‌ای آموزشی - روانی که طی یک ماه در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد، توانست تفاوتی معنادار را میان نمرات حاصل از پیش‌آزمون و پس‌آزمون ایجاد کند. به‌منظور ارزیابی ماندگاری اثربخشی برنامه بر آزمودنیها، پس از گذشت دو ماه از اجرای پس‌آزمون، آزمون پیگیری با استفاده از ابزار پژوهش روی گروه آزمایش و گواه، اجرا شد و اطلاعات آن برای تجزیه و تحلیل و تفسیر آماری ثبت شد. برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور به‌طور کامل به آزمودنیها آموزش داده شد. تعداد جلسات، محتوای آموزش داده شده، اهداف آموزشی مورد نظر در هر جلسه و تکالیفی که با هدف ارتقای مهارت به گروه آزمایش داده شده در جدول شماره ۱ آمده است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5]

جدول ۱. پروتکل برنامه مدیریت رفتاری خانواده- محور

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف
جلسه اول	آشنایی شرکت‌کنندگان با اهداف برنامه- آگاهی از مشکلات خانواده	تبیین اهداف برنامه - بررسی کیفیت زندگی و مشکلات خانواده‌های دارای کودک با اختلال نارسایی‌توجه و فزون‌کنشی	فکر کردن درباره زندگی زوجیت خود و مشخص‌کردن مشکلات کودک دارای اختلال
جلسه دوم	احیای اهداف و آرمانهای ازدواج - ارتقای صمیمیت	صداقت، باور به هدف آرامش در سایه ازدواج، تعهدات اخلاقی، خوشبینی، گشاده‌رویی، ارتباط عمیق با همسر	تعیین و به‌کارگیری جملات مثبت - تمرین خودآگاهی هیجانی
جلسه سوم	اهمیت احساس همسر درباره کودک، ارتقای تعهد مشترک نسبت به کودک	آراستگی ظاهری و کلامی- کاربرد مهارت، حس دوست داشتن، تحلیل تنشهای کودک دارای اختلال - کنترل حسادت، اعتراض و نق زدن، حساب‌کشی و انتقاد منفی	تحلیل نگرانیهای همسر دربارهٔ زندگی‌مشترک و کودک دارای اختلال
جلسه چهارم	بهبودبخشی رابطه تعاملی والدین با کودک دارای اختلال و با همدیگر - شناخت بیشتر اختلال	مرور احساسات هر دو والد نسبت به شرایط پس از ازدواج و فرزندآوری - تنش والدینی و مرتبط با اختلال و تکنیکهای مدیریت آن- آشنایی والدین با نشانه‌ها و ویژگیهای کودکان مبتلا	تمرین رابطه مثبت با کودک دارای اختلال با صبر و حوصله و درک کودک
جلسه پنجم	تحکیم باورهای خوشایند نسبت به همدیگر حتی با داشتن فرزند دارای اختلال – تاب‌آوری متناسب با کودک	حل مساله مشترک والدینی از طریق پذیرش واقعیت فرزند دارای اختلال و سازگاری با آن ضمن حفظ باور خوشایند در کنار همسر - رضایت از ارتباط زناشویی و پذیرش متقابل با وجود فرزند دارای اختلال، تحمل متقابل و تاب‌آوری	تمرین هماهنگی تربیتی (به‌کارگیری سبک منطقی و متعادل) - تمرین تاب‌آوری مشترک
جلسه ششم	ارتقای مدیریت کودک- تحکیم الگوهای صحیح رضایت زوجیت و فرزند	مرور جلسات گذشته، نتیجه‌گیری و ارزیابی عملی از مهارتهای کسب شده، رفع اشکالات و ارائه الگوهای درست در اصلاح آنها	استفاده از روش ایفای نقش در کلاس - مشاوره گروهی کوتاه در کلاس
جلسه هفتم	بهبود رابطه والد-والد و والد-کودک و قاطعیت	اصول بهبودبخشی رابطه تعاملی والدین با کودک، توانایی برقراری ارتباط عاطفی عمیق با فرزند (همراه با قاطعیت منطق)	تمرین قاطعیت در تشویق و تنبیه- خودداری از امر و نهی افراطی
جلسه هشتم	در نظر گرفتن رفتار کودک دارای اختلال - کمک به ارتقای رضامندی زوجیت	توجه به همسر در موقعیت اجتماعی و احترام به همسر، با محبت صدا زدن همسر، عصبانیت کم و برخورد محبت‌آمیز، الگوی مطلوب بودن برای فرزند، حل صبورانه مساله فرزند	تمرین راهکارهای متناسب با مساله و خودکنترلی در هیجانات، تلاش برای حس آرامش

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5]

(ادامه) جدول ۱.

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف
جلسه نهم	تنظیم انتظارات با تواناییهای کودک - کاربرد تشویق و تنبیه مناسب - توانمندسازی در مدیریت رفتار کودک- پی‌ریزی تعامل مؤثر والدین با مدرسه	اصول کلی مدیریت، فرزندپروری مثبت و منسجم- وحدت رویه در رویکرد تربیتی و سبکهای تربیتی، برابری در احساس مسئولیت نسبت به فرزند دارای اختلال، عدم احساس برتری- نظام تشویق و تنبیه: آموزش روش اقتصاد پته ای تهیه فهرستی از مسؤلیتها و تکالیف کودک	استفاده از روش ایفای نقش در مدیریت رفتاری کودک- تمرین برای همسرپروری و توجه به نیازهای همسر- تمرین وحدت‌بخشی به سبک تشویق و تنبیه کودک دارای اختلال
جلسه دهم	ارتقای اعتماد به نفس همسر، تنظیم مخارج کودک از درآمد خانوار- پس‌آزمون	انگیزه‌بخشی به همسر در حیطه شغل و فعالیت اقتصادی، تنظیم درآمد با مخارج، توجه به مخارج همسر- توجه به مخارج فرزند با اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی	تمرین و توجه به نیازهای مالی و اقدامات درمانی کودک - تکمیل کردن فرم آزمون کانرز

روش اجرا

با توجه به نرخ شیوع ۵ تا ۸ درصدی اختلال (شهیم، یوسفی و شهائیان، ۱۳۸۶) و پراکندگی این کودکان در مدارس، از طریق نمونه‌گیری دردسترس، یکی از مدارس پرجمعیت منطقه ۴ شهر تهران با جمعیتی بالغ بر ۲۴۰۰ نفر در دو نوبت صبح و عصر (دخترانه و پسرانه) انتخاب شد (دبستان مهندس منصور نفر، مدرسه ای حمایتی است که در منطقه ۴ تهران و دارای بافت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی متفاوت است و می‌توان گفت مینیاتوری از مدارس کل تهران است). ابتدا دانشگاه معرفی‌نامه پژوهشگر را صادر کرد و بر اساس آن، اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران پس از بررسیهای حرفه‌ای و هماهنگیهای درون‌سازمانی، مجوز لازم را صادر کرد. با مراجعه به مدرسه موردنظر، مدیر مدرسه هماهنگیهای لازم را برای حضور پژوهشگر انجام داد و از طریق هماهنگیهای صورت گرفته و همکاری مؤثر معلمان طی یک جلسه توجیهی بر اساس فرم معلم مقیاس درجه‌بندی کانرز (۱۹۹۹)، درباره علائم رفتاری اختلال بیش‌فعالی، آموزش لازم به معلمان ارائه و از آموزگاران خواسته شد تا مقیاس فرم معلم را برای دانش‌آموزانی که از نگاه آنان احتمال می‌رفت واجد علائم باشند، تکمیل کنند. این پرسشنامهٔ مقیاس را آموزگاران، برای تعداد ۱۲۰ نفر دختر و پسر در همه پایه‌ها تکمیل کردند. پس از بررسی و تحلیل پرسشنامه‌ها، اسامی ۸۰ نفر از دانش‌آموزان به عنوان کودکان دبستانی دارای علائم استخراج شد. سپس مدیر مدرسه والدین آنان را دعوت به همکاری کرد و ضمن اعلام رضایت، فرم والدین آزمون کانرز را به‌منظور ارزیابی بیش‌فعالی در فرزندشان تکمیل کردند.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5]

پـــس از تجزیـــه و تحلیل اطلاعات، نهایتاً تعداد ۶۴ نفر (مادر و پدر= ۵۰ نفر مادر که ۸ نفر تک والد جزو آنها بود+ ۱۴ نفر پدر) به عنوان گروه نمونه و شرکت‌کننده نهایی، به مقیاس رضامندی زوجیت افروز به‌منظور ارزیابی مرحله پیش‌آزمون، پاسخ دادند. شرکت‌کنندگان در دو گروه ۳۲ نفری، گروه آزمایش (۲۵ نفر زن و ۷ نفر مرد) و گروه کنترل (۲۵ نفر زن و ۷ نفر مرد) بر اساس چهار ملاک تک‌والدی، جنســـیت، رده سنی و ســـطح تحصیلات گمارش شدند. گروه آزمایش ده جلســـه مداخله آموزشـــی - روانی را به میزان ۹۰ دقیقه در قالـــب برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور به مدت یک ماه دریافت کرد. در طول این مدت گروه کنترل آموزشی را دریافت نکرد و در نوبت انتظار قرار گرفت.

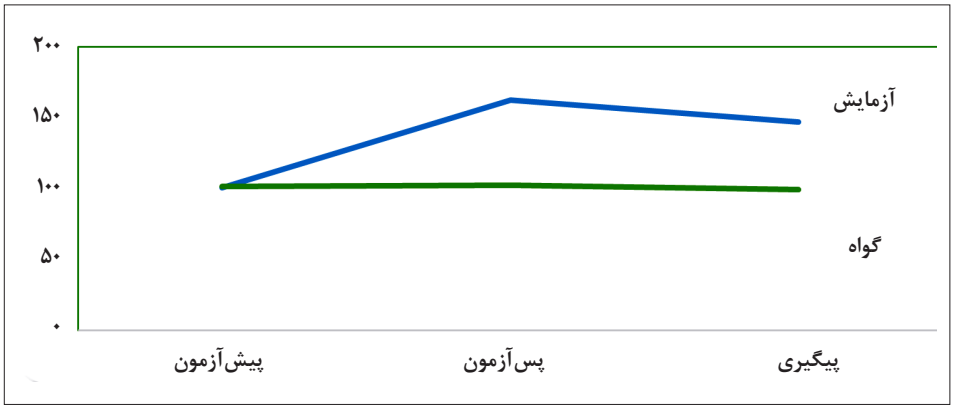
روش تحلیل داده‌ها در مطالعه حاضر، تحلیل واریانس با تکرار سنجش (اسپانوا)[1] بود. این طرح حالت تعمیم یافته آزمون مقایســـه زوجی است، با این تفاوت که به‌جای مقایسه یک گروه در دو وضعیت، یک گروه در دو یا چند وضعیت مقایسه می‌شوند. با استفاده از این روش آماری می‌توانیم فرضیه صفر را در مورد آثار عوامل میان- گروهی و درون- گروهی آزمون کنیم. همچنین می‌توان اثر تعاملی میان عوامل (چه درون- گروهی و چه میان- گروهی) یا به زبان ساده‌تر اثر تعاملی دو یا چند متغیر مستقل را نیز سنجید. علاوه بر این، امکان انجام تحلیلهای کوواریانس در مورد عوامل درون- گروهی و میان- گروهی و تعامل آن با این عوامل نیز وجود دارد. یعنی می‌توان اثر متغیر ثابتی را به عنوان کوواریانس (یا متغیر همراه) بررســـی کرد و اثر مداخله‌گرانه آن را روی متغیر وابســـته به روش آماری کنترل کرد. روش آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیریهای مکرر بر اساس مدل خطی است که در آن فرض شده است عوامل و متغیرهای همراه همبستگی خطی با متغیر وابسته دارند.

یافته‌ها

یافته اصلی پژوهش که بر اساس نمرات پرسشنامه افروز و آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش به‌دســـت آمده، حاکی از آن اســـت که برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور اثربخشی معناداری بر میزان رضایتمندی زوجیت والدین کودکان بیش‌فعال داشته است ($p < ۰,۰۵$، جداول شماره ۳، ۴ و ۵). در نمودار شـــماره ۱ میانگین گروهها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شده است و در جدول شماره ۲ شاخصهای توصیفی متغیرهای پژوهش، شامل میانگین و انحراف استاندارد بـــرای گروههای آزمایش و گواه در ســـه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شـــده‌اند. همچنین در این جدول نتیجه آزمون کولموگروف اســـمیرنف برای بررســـی نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

1. The mixed-design ANOVA; Split-plot ANOVA (SPANOVA)

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5]



شکل ۱. نمودار میانگینهای گروههای آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

جدول ۲. شاخص توصیفی نتایج میانگین مقیاس افروز در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره ZK-S	سطح معناداری
میزان رضایت زوجیت والدین	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۰۰/۷۵	۶/۸۰	۰/۲۰	۰/۰۶
		گواه	۱۰۱/۸۴	۲۹/۶۴	۰/۱۸	۰/۲۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶۲/۷۲	۳۲/۰۹	۰/۱۴	۰/۱۸
		گواه	۱۰۲/۵۶	۹/۸۵	۰/۲۰	۰/۱۱
	پیگیری	آزمایش	۱۴۷/۳۴	۴۰/۶۹	۰/۱۹	۰/۱۴
		گواه	۸۸/۳۴	۴۳/۰۹	۰/۱۰	۰/۲۰

با توجه به شـــکل شماره ۱، در متغیر میزان رضایتمندی زوجیت والدین میانگین گروه آزمایش در مرحلـــه پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت معناداری به دلیل افزایش میزان رضایتمندی، بیشـــتر از مرحله پیش‌آزمون است (P =۰/۰۰۱). اما در گروه کنترل به دلیل عدم افزایش میزان رضایتمندی، در میانگین مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون، مشاهده نشده است (P =۰/۰۰۱).

با توجه به جدول شـــماره ۲، آماره Z (آزمون کولموگروف اســـمیرنف) برای متغیر یـــادشده در هیچ‌یک از گروهها معنادار نیســـت، بنابراین توزیع تمامی متغیرها نرمال اســـت. همچنین یافته‌های

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5]

جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و از مرحله پس‌آزمون تا مرحله پیگیری افزایش داشته است، اما میانگین گروه گواه طی این مراحل تغییرات محسوسی نداشته است.

برای بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس با تکرار سنجش (اسپانوا) استفاده شده است. در این پژوهش یک عامل درون‌آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه‌گیری متغیر پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود و یک عامل میان‌آزمودنی وجود داشت که آن عضویت گروه بود، لذا طرح مورد استفاده طرح درون- بین‌آزمودنی[1] بود. در این بخش نتایج آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای گروهها ارائه می‌شود، سپس در بخش بعد فرضیه مطرح شده پژوهش با استفاده از مقایسه‌های زوجی گروهها پاسخ داده خواهد شد. در جدول شماره ۳ نتایج آزمون موخلی به‌منظور بررسی کرویت متغیر پژوهش گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون موخلی برای آزمون برابری واریانسها و کوواریانسها در مقیاس افروز

متغیر	W موخلی	مجذور خی	درجه‌آزادی	سطح معناداری	اپسیلون گرین هاوس گیسر	اپسیلون هاین فلت
میزان رضامندی زوجیت والدین	۰/۸۱۸	۱۲/۲۷	۲	۰/۰۰۲	۰/۸۴۶	۰/۶۴۲

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که آماره W موخلی برای متغیر میزان رضامندی زوجیت (۰/۸۱۸) در سطح ۰/۰۰۲ معنادار است (مقدارآماره P value از ۰/۰۵۰ کوچک‌تر است). این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوتها در میان سطوح متغیر وابسته به‌صورت معناداری متفاوت است. پیش‌فرض کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت سبب می‌شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین هاوس- گیسر[2] و هاین- فلت[3] تصحیح می‌کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، بنابر پیشنهاد استیونز[4] (۱۹۹۶) اگر مقدار اپسیلون بزرگ‌تر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هاین- فلت و اگر اپسیلون کوچک‌تر از ۰/۷۵ باشد یا هیچ اطلاعاتی از کرویت موجود نباشد از تصحیح گرین هاوس - گیسر استفاده می‌شود. با توجه به جدول شماره ۳ مقدار اپسیلون شاخص گرین هاوس-گیسر از ۰/۷۵ بزرگ‌تر است، لذا از اپسیلون هاین- فلت برای تصحیح درجه آزادی استفاده شده است. بنابراین با

1. Within-between subjects ANOVA
2. Greenhouse-Geisser
3. Huynh-Feldt
4. Stevens

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5]

در نظر گرفتن تصحیح هاین- فلت در جدول شـــماره ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است. شایان ذکر است که سطح P < ۰/۰۵ برای رد فرض صفر در نظر گرفته شده است. برای بررسی اندازه اثر نیز از مجذور اتای جزئی[1] استفاده شده است. مقدار مجذور اتای جزئی (۰/۰۱) و کمتر نشانگر اثر کم، (۰/۰۴) تا (۰/۰۹) اثر متوســـط و (۰/۱۰) و بیشـــتر نشانگر اثر زیاد است. مایلز و بانیارد[2] (۲۰۰۷) پیشـــنهاد می‌کنند در صورتی که تعداد نمونه‌ها در گروهها برابر باشند، واریانس متغیر وابسته در این گروهها برابر در نظر گرفته می‌شود و نیازی به اجرای آزمون لون برای بررسی همگنی واریانسها نیست و استفاده از آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش (اسپانوا) به‌منظور ارزیابی اثربخشی متغیر مستقل بر متغیر وابسته بلامانع است.

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیریهای مکرر تک‌متغیره نمرات رضامندی زوجیت

متغیر	منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع‌مجذورات	آماره f	سطح معناداری	مجذور اتا
میزان رضامندی زوجیت والدین	گروه‌ها	۴۸۷۸۹/۰۷۰	۱۱	۴۸۷۸۹,۰۷۰	۴۰/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹۷
	مراحل	۱۹۲/۵۷۰	۱	۱۹۰/۵۵۰	۰/۱۶۱	۰/۰۰۱	۰/۱۱۶
	تعامل‌مراحل با گروه	۷۴۰۱۶/۸۵۹	۶۲	۱۱۹۳/۸۲۰	۱۷/۵۵۳	۰/۰۰۱	۰/۲۲۱

بـــا توجه به جدول شـــماره ۴، میـــزان F اثر تعامل مراحـــل و گروهها برای متغیـــر میزان اختلال نارسایی‌توجه و فزون‌کنشی (۱۷/۵۵) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که گروههای آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر پژوهش (میزان رضامندی زوجیت) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنادار داشـــته‌اند. همچنین مجذور اتا برای همهٔ متغیرها بیشتر از ۰/۱۰ اســـت که نشـــان می‌دهد تفاوت میان گروهها بزرگ و قابل‌توجه است. به‌منظور بررسی تفاوت گروه تحت آموزش برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور (آزمایش) با گروه‌کنترل در متغیر پژوهش در جدول شماره ۵ نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گروه کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

1. Partial eta squared
2. Miles & Banyard

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5]

جدول ۵. نتایج مقایسه میانگین گروهها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر پژوهش

متغیر	مرحله	میانگین آزمایش	میانگین کنترل	تفاوت میانگین	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
میزان رضامندی زوجیت	پیش‌آزمون	۱۰۰/۷۵	۱۰۱/۸۴	۱/۰۹	۲۹/۶۴	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	۱۶۲/۷۲	۱۰۲/۵۶	۶۰/۱۶	۹/۸۵	۰/۰۰۰
	پی‌گیری	۱۳۷/۳۴	۸۸/۳۴	۴۹	۸/۰۹	۰/۰۰۰

با توجه به جدول شماره ۵، در متغیر میزان رضامندی زوجیت والدین تفاوت میانگین گروه آزمایش با کنترل در مرحله پیش‌آزمون (۱/۰۹)، در پس‌آزمون (۶۰/۱۶) و در مرحله پیگیری (۴۹) است ($P < ۰/۰۵$). این یافته نشان می‌دهد در مرحله پیش‌آزمون تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه کنترل (۱/۰۹) معنادار نیست و در نتیجه میان میانگینهای گروه آزمایش و کنترل در این مرحله تفاوت معنادار وجود ندارد. تفاوت میانگین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون (۶۰/۱۶) و در مرحله پیگیری (۴۹) معنادار است ($P < ۰/۰۵$). در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به‌طور معناداری بیشتر از میانگین گروه کنترل است. این یافته نشان می‌دهد که میان میانگینهای گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین با توجه به یافته پژوهش می‌توان گفت که برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور بر افزایش میزان رضامندی زوجیت والدین کودکان دبستانی بیش‌فعال اثربخشی مثبت و معنادار داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه طراحی برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور و ارزیابی اثربخشی آن بر میزان رضامندی زوجیت والدین دارای کودکان دبستانی بیش‌فعال بوده است. این گروه از والدین، بیشترین مشکل را در مدیریت رفتاری و کنترل رفتار کودکان بیش‌فعال خود دارند که این موضوع آنان را نسبت به زوجیت خود دلسرد می‌کند (بارکلی، ۲۰۰۶). یافته‌ها نشان دادند که آموزش ارائه‌شده (برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور)، موجب افزایش رضامندی در والدین کودکان دبستانی با نشانه‌های بیش‌فعالی شده است. یعنی سطوح رضامندی زوجیت در مراحل اندازه‌گیری پس‌آزمون و پیگیری افزایش داشته است. به عبارت دیگر آموزش برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری سبب افزایش رضایتمندی زوجیت شده است

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5]

بنابراین برنامه مذکور بر افزایش رضامندی زوجیت والدین اثربخشی داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های بارکلی (۲۰۰۶)، شیرجنگ و همکاران (۱۳۹۷)، فورتین[1] و همکاران (۲۰۱۰)، بارلو و پارسونز[2] (۲۰۰۳)، دانفورث (۲۰۱۶)، سلیمی و همکاران (۲۰۱۵) و افروز و همکاران (۱۳۹۵)، از نظر اثربخشی بر خانواده و رفتار خانوادگی با مطالعات تریوت و همکاران (۲۰۱۰)، از نظر رضایتمندی زناشویی با پژوهش داوری (۱۳۹۴) و افضلی و همکاران (۱۳۹۸) و نیز از نظر توانمندسازی نقش تربیتی والدین با تحقیق فیشمن و میرز (۲۰۰۰) و همین‌طور از نظر ارتقای مهارتهای اجتماعی و در عین‌حال ارتقای رضایتمندی زوجیت والدین با پژوهش یغمایی و همکاران (۲۰۱۹) در یک راستاست.

به‌نظر می‌رسد وضعیت کنونی پدران و مادرانی که کودک بیش‌فعال دارند، از نظر روابط و تعامل خانوادگی چرخه‌ای معیوب را به خود اختصاص داده است. به این معنی که میزان بالای اختلال در کودکان، از نگاه والدین رفتارهایی غیر قابل پیش‌بینی و نامناسب را ایجاد می‌کند. این رفتارها با سبکهای سنتی مدیریت رفتاری والدین عمدتاً قابل مدیریت و کنترل نیستند. فراوانی بالای این رفتارها خستگی، انزجار و نگرش منفی والدین را نسبت به والدگری، زندگی خانوادگی و زوجیت آنان در پی خواهد داشت که گاهی آنها را تا عمق اختلالاتی مانند افسردگی پیش می‌برد و سبب عدم توانایی مؤثر آنها در کنترل رفتار کودکان و در نتیجه افزایش میزان اختلال و در عین حال انزجار از زوجیت و دلسردی زناشویی والدین می‌شود و این دور باطل همچنان ادامه خواهد یافت. پژوهش حاضر با طراحی برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور در واقع نوعی مداخله همزمان به‌منظور نفوذ در این چرخه معیوب به شمار می‌رود که با تأکید بر محوریت خانواده، افزایش میزان رضایتمندی والدین را برای انعکاس در زندگی خانوادگی والدین هدف قرار داده بود. لذا در این پژوهش محوریت خانواده به معنای دقیق کلمه با تکیه بر ارتباط و تعامل خانوادگی والدین و فرزندان به منزلهٔ رکن اصلی در طراحی برنامه آموزشی - مداخله‌ای، مورد توجه قرار گرفت و با در نظر گرفتن این محور می‌توان گفت که توانمندی والدین در کنترل و مدیریت رفتار کودکان مبتلا یک ضرورت انکارناپذیر به‌نظر می‌رسد.

یافته‌های پژوهش نشان از افزایش میزان رضایتمندی والدین و حتی کاهش نشانه‌های اختلالاتی مانند افسردگی در آنان دارند. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که این موضوع منجر به کاهش اختلال در کودکان بیش‌فعال‌شان می‌شود. به عبارت دیگر نتایج حاکی از آن بود که افزایش میزان رضامندی زوجیت والدین با توجه به ارتباطات والد-کودک و کودک-والد به وقوع پیوسته است. به‌این معنی که بهبود ارتباط والد - والد، سبب بهبود رابطه والد- کودک

1. Fortin
2. Barlow & Parsons

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5]

و در نهایت کودک- والد خواهد شـد و در نتیجه عملکرد کودکان یادشـده مثبت‌تر خواهد شد و فرایند چرخشی سالم‌تری را رقم خواهد زد. نتایج این پژوهش، یافته‌های بارکلی (۲۰۰۴ و ۲۰۰۶)، قاسـم‌زاده و همکاران (۱۳۹۶) و افضلی و همـکاران (۱۳۹۸) را تأیید می‌کند، اما از این نظر که رضایت زوجیت والدین را در یک بسـتر بومی از طریق تأکید بر عاملهای زوجیت برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور هدف قرار داده، متفاوت اسـت. عدم موفقیت والدین به دلیل به‌کارگیری سـبکهای مدیریت رفتاری سـنتی در کنترل و مدیریت رفتاری کودکان مبتلا، اعتماد به نفس و احساس شایستگی آنها را در حکم والد کاهش می‌دهد و نگرش آنان را نسبت به والدگری تحت تأثیر قـرار داده و این موضوع زمینه کاهش رضایت آنان را از زندگی زناشـویی و زوجیت فراهم آورده است. آنها ممکن است مشکلات ناشی از اختلال را به حساب کوتاهیها و نقص رویکردهای تربیتی خود بگذارند و یکدیگر را متهم به عدم مسـئولیت‌پذیری کافی و کاسـتی در شایسـتگی کنند. در چنین خانواده‌هایی، کودکان دارای اختلال، معمولاً مورد بی‌مهری، بی‌تفاوتی از سـوی حداقل یکی از والدین یا حتی تنبیه بدنی و ضرب و شتم به اتهام عدم فرمان‌پذیری، گستاخی و اخلالگری قرار می‌گیرند و مشکلات و تبعات منفی این موارد به‌طور مرتب زندگی خانوادگی و رضایت زوجیت و سـلامت روان والدین را متأثر می‌کند. به‌طوری‌که این گروه از والدین معمولاً در درازمدت امید خود را از دست می‌دهند و از زندگی خود منزجر می‌شوند و علائم اختلالاتی مانند مشکلات خلقی و افسردگی از خود نشان می‌دهند. این والدین در پی موقعیتی هستند که فارغ از مشکلات رفتاری کودکان‌شان بتوانند در مهمانیها شرکت کنند، به خرید بروند و از ارتباطات اجتماعی خود احساس خوشـایندی داشته باشند. بنابراین اگر آنها در زمینه کنترل رفتارهای ناشی از اختلال فرزندشان توفیق بیشتری به‌دست آورند احساس بهتری را تجربه خواهند کرد. به عبارت دیگر بهبود مدیریت رفتاری والدین در قبال کودکان‌شان، احساس رضایت نسبی آنان را در پی خواهد داشت. از مباحث یادشـده، این نکته استنباط می‌شود که برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور می‌تواند مدیریت رفتاری پیشـرفته‌ای را از سوی والدین درپی داشته باشـد که به تبع آن والدین ارتباطی بهتر با همدیگر و با کودکان دارای اختلال خود برقرار خواهندکرد و متقابلاً در سایه این ارتباط بهتر، درکی عمیق‌تر میان والدین و کودک شـکل می‌گیرد که این وضعیت منجر به ارتقای کیفیت زندگی و رضایتمندی زوجیت و زناشویی والدین می‌شود.

به‌طورکلی گرچه هرکدام از پژوهشهای مورد بحث، مؤلفه‌های گوناگونی را مدنظر قرار داده‌اند، امـا نتایج آنها بیانگر این اسـت که برنامه‌های آموزشـی- مداخله‌ای خانـواده - محور می‌توانند منجر به افزایش رضایت زناشـویی والدین شوند. از آنجایی‌که خانواده‌ها به‌طور معمول شیوه‌های متفـاوت درمانی مانند دارو- درمانی، روان- درمانی، خانواده- درمانی و درمانهای سـنتی را برای کودکان بیش‌فعال خود تجربه کرده‌اند و در اکثر موارد نتایج مورد انتظار نصیب‌شـان نشده است،

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5]

گاهی فکر می‌کنند زندگی آنها با آرامش، فاصله زیادی دارد و احساس رضایت دلخواه را از زوجیت خود ندارند که این موضوع ضرورت پرداختن به روشهای خانواده - محور مدیریت رفتاری در زمینه رضایت زوجیت والدین را دوچندان می کند (دانفورث، ۲۰۱۶). رفتارهای ناشـــی از رضایت اندک زوجیت اغلب منجر به آســـیب در روابط خانواده و والد- کـــودک و افزایش تنش در میان اعضای خانواده به‌ویژه والدین می‌شـــود، در نتیجه، یک بخش درمان کارکردن مستقیم با والدین به‌منظور اصلاح رفتارهای والدگری و نیز روابط میان- فردی اعضای خانواده برای افزایش پیامدهای مثبت برای این گروه از کودکان است (زوبریک[1] و همکاران، ۱۹۹۵). از این رو، روشهای خانواده - محور در حوزه‌های مداخلات آموزشـــی - روانی و درمانی می‌توانند به جای فرد، خانواده را کانون توجه قرار دهند و در پی تغییر الگوهای ارتباطی اعضا با یکدیگر باشند (دانفورث، ۲۰۱۶).

پژوهـــش حاضر با محدودیتهایی روبه‌رو بوده اســـت که بیان آنهـــا در نتیجه‌گیری از یافته‌ها مفیـــد خواهد بود. با توجه به اینکه در این پژوهش فقط گمارش و اختصاص آزمودنیها در گروهها تصادفی بوده است، بازگشت آماری و رخدادهای همزمان با انجام دادن پژوهش ممکن است اعتبار درونی پژوهش را محدود کند. عدم امکان کنترل دیگر متغیرهای تأثیرگذار بر نتایج و عدم انتخاب تصادفی شـــرکت‌کنندگان که منجر به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس شد، ممکن است تعمیم‌پذیـــری نتایج پژوهش را محدود کند. یکی دیگر از محدودیتهـــا، دوره زمانی کوتاه مرحله پیگیری بود. از آنجایی که بهترین حالت آن یک فاصله زمانی شـــش ماهه اســـت، لذا دوره زمانی دو ماهه واقع شـــده به دلیل محدودیت زمانی پژوهش، کوتاه بوده است. اثر تعاملی زمان و دفعات اندازه‌گیری متغیر وابسته نیز اعتبار بیرونی پژوهش را با محدودیت مواجه ساخته است. بر اساس محدودیتهای مطرح شـــده و نتـایج این پژوهـش، توصیـــه می‌شود برنامـه مدیریـت رفتـاری خانواده - محور برای گروههای گوناگون با فرهنگهای متفاوت و اقلیمهای گوناگون تدوین و مطالعه شـــود. علاوه بر این طراحی و ارزیابی اثربخشی برنامه مدیریت رفتاری با هدف اختصاصی کاهش تنش والدین به‌طور مجزا و نیز طراحی برنامه مدرسه- محور درکنار خانواده - محور می‌تواند منجر به افزایش رضامندی زوجیت والدین و رضایت شغلی معلمان شود.

● پیشنهادهای کاربردی ●

۱.برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور برای سایر گروههای دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه نیز طراحی شود.
۲.آموزش خانواده در زمینهٔ موضوعات متفاوت، طبقه‌بندی شود.
۳.پروتکلهای آموزش خانواده برای هر موضوع طراحی و هنجاریابی شود.

1. Zubrick

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5]

منابع

REFERENCES

افروز، غلامعلی؛ فرزاد، ولی‌اله؛ محبی، معصومه و قاسم‌زاده، سوگند. (۱۳۹۵). بررسی رابطه رضایت‌مندی زوجیت و سبک‌های تفکر معلمان متأهل زن در شهر تهران. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۷* (۱)، ۷۱-۸۸.

افروز، غلامعلی و قدرتی، مهدی. (۱۳۹۰). ساخت و هنجاریابی مقیاس رضایتمندی همسران افروز (فرم کوتاه). *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*، (۱)، ۳-۱۶.

افضلی، لیلا؛ قاسم‌زاده، سوگند و هاشمی، مریم. (۱۳۹۸). اثربخشی مداخلات خانواده‌محور بر نشانه‌های بالینی و مهارت‌های اجتماعی کودکان بیش‌فعال. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۷* (۳)، ۲۲۹- ۲۴۲.

بارکلی، راسل. (۱۳۹۴). *راهنمای جامع مدیریت اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی: آنچه والدین لازم است بدانند*، ترجمه علی مشهدی، فائزه رئیس المحدثین و زهرا حسین زاده ملکی، ویرایش سوم (۲۰۱۳). مشهد: زرین کلک آفتاب.

حاجی سیدجوادی، طاهره؛ برجعلی، محمود و برجعلی، احمد. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش رفتاری بارکلی به والدین کودکان مبتلا به کمبود توجه- بیش‌فعالی در کاهش علائم. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین،۱۷* (۶)، ۴۷-۵۲.

داوری، رحیم. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان یکپارچه شناختی – رفتاری و حرکتی خانواده‌محور بر نشانه‌های بالینی و کارکردهای اجرایی کودکان با اختلال بیش‌فعالی و نارسایی توجه. *مجله اندیشه و رفتار*، ۹ (۳۶)، ۶۷-۷۶.

رضائیان، سعیده. (۱۳۹۱). *رابطه رضامندی زوجیت والدین با سلامت روان و خلاقیت دانش‌آموزان پسر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی.

روایی، فریبا؛ افروز، غلامعلی؛ حسینیان، سیمین؛ خدایاری‌فرد، محمد و فرزاد، ولی‌اله. (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه روانشناختی خانواده‌محور بر پایه الگوی اسلامی- ایرانی بر مثبت‌اندیشی زوجین. *پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*، ۴ (۶)، ۱۳۱-۱۴۶.

شهیم، سیما؛ مهرانگیز، لیلا و یوسفی، فریده. (۱۳۸۶). شیوع اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی در کودکان دبستانی. *فصلنامه بیماری‌های کودکان، ۱۷* (۲)، ۲۱۱-۲۱۶.

شهیم، سیما؛ یوسفی، فریده و شهائیان، آمنه. (۱۳۸۶). هنجاریابی و ویژگیهای روان‌سنجی مقیاس درجه‌بندی کانرز- فرم معلم. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، ۱۴ (۱-۲)، ۱-۲۶.

شیرجنگ، لیلا؛ مهریار، امیرهوشنگ؛ جاویدی، حجت‌اله و حسینی، سید ابراهیم. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی به والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله ای در کودکان. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۱۵* (۵۸)، ۱۲۷-۱۳۸.

عزیزی، امیر؛ اسماعیلی، رعنا؛ دهقان‌منشادی، سیدمسعود و اسماعیلی، سودابه. (۱۳۹۵). اثربخشی مهارتهای زندگی بر رضایت زناشویی زوجین متقاضی طلاق. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۹ (۹۹ و ۱۰۰)، ۲۲-۳۳.

علیزاده، حمید. (۱۳۸۳). *اختلال نارسایی توجه/ فزون جنبشی. ویژگی‌ها، ارزیابی و درمان*. تهران: انتشارات رشد.

فرامرزی، سالار؛ افروز، غلامعلی و ملک‌پور، مختار. (۱۳۸۷). تأثیر مداخلات بهنگام روانشناختی و آموزشی خانواده‌محور بر رفتار سازشی فرزندان با نشانگان داون. *مجله کودکان استثنایی (پژوهش در حیطه کودکان استثنایی)*، ۸ (۳)، ۲۵۷-۲۷۰.

قاسم‌زاده، سوگند؛ افروز، غلامعلی؛ به‌پژوه، احمد و شکوهی‌یکتا، محسن. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر غنی‌سازی روابط درون‌خانوادگی بر مهارت فرزندپروری مادران و نشانه‌های بالینی کودکان با اختلال رفتاری. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، ۱۳ (۱)، ۷-۲۴.

محبی، معصومه؛ قاسم‌زاده، سوگند؛ ولی‌اله، فرزاد و افروز، غلامعلی. (۱۳۹۵). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس رضایت‌مندی زوجیت در گروه معلمان متأهل زن شهر تهران. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۷* (۴)، ۱۶۳-۱۷۹.

نوری، فرحناز و افروز، غلامعلی. (۱۳۸۷). اثرات آموزش‌های اولیه تحولی خانواده‌محور، بر رشد حرکتی کودکان دارای نشانگان داون از تولد تا ۲۴ ماهگی. *روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳۸ (۴)، ۷-۲۶.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5]

Alizadeh, H., & Andries, C. (2002). Interaction of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents. *Child and Family Behavior Therapy, 24*(3), 37-52.

Azazy, S., Nour-Eldein, H., Salama, H., & Ismail, M. (2018). Quality of life and family function of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Eastern Mediterranean Health Journal, 24*(6), 579-787.

Barkley, R. A. (2004). Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview of empirically based treatments. *Journal of Psychiatric Practice, 10*(1), 39-56.

_____. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). Guilford Press.

Barlow, J., & Parsons, J. (2003). Group-based parent-training programs for improving emotional and behavioral adjustment in 0-3-year-old children. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*: CD003680.

Chronis-Tuscano, A., Wang, C. H., Woods, K. E., Strickland, J., & Stein, M. A. (2017). Parent ADHD and evidence-based treatment for their children: Review and directions for future research. *Journal of Abnormal Child Psychology, 45*(3), 501-517.

Danforth, J. S. (2016). A flow chart of behavior management strategies for families of children with co-occurring attention-deficit hyperactivity disorder and conduct problem behavior. *Behavior Analysis in Practice, 9*(1), 64-76.

Fortin, L., Lessard, A., & Marcotte, D. (2010). Comparison by gender of students with behavior problems who dropped out of school. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 2*(2), 5530-5538.

Fishman, E. A., & Meyers, S. A. (2000). Marital satisfaction and child adjustment: Direct and mediated pathways. *Contemporary Family Therapy, 22*(4), 437-452.

Jose, O., & Alfons, V. (2007). Do demographics affect marital satisfaction?. *Journal of Sex and Marital Therapy, 33*(1), 73-85.

Lo, H.H.M., Wong, S.W.L., Wong, J.Y.H., Yueng, J.W.K., Snel, E., & Wong, S.Y.S. (2017). The effects of family-based mindfulness intervention on ADHD symptomology in young children and their parents: A randomized control trial. *Journal of Attention Disorders, 24*(5), 667-680.

Miles, J., & Banyard, P. (2007). *Understanding and using statistics in psychology: A practical introduction*. Sage Publications Ltd.

Salimi, H., Mohsenzadeh, F., Nazari, A. M., & Gohari, S. (2015). Prediction of marital satisfaction base on religious belief. *GMP Review, 17*, 214-221.

Tavakol, Z., Behboodi Moghadam, Z., Nikbakht Nasrabadi, A., Iesazadeh, N., & Esmaeili, M. (2016). Marital satisfaction through the lens of Iranian women: A qualitative study. *The Pan African Medical Journal, 25*, 208.

Trivette, C. M., Dunst, C. J., & Hamby, D. W. (2010). Influences of family-systems intervention practices on parent-child interactions and child development. *Topics in Early Childhood Special Education, 30*(1), 3-19.

Yaghmaei, S., Malekpour, M., & Ghamarani, A. (2019).The effectiveness of Barkley's parent training on social skills of students with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Social Behavior and Community Health, 3*(1), 349-359.

Zubrick, S. R., Silburn, S. R., Garton, A. F., Dalby, R., Carlton, J., Shepherd, C., Lawrence, D. & Burton, P. (1995). *Western Australian Child Health Survey: Developing health and well-being in the nineties*. Perth: Western Australia: Australian Bureau of Statistics.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5]