

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

♦ علی اکبر ترابی<sup>۱</sup> ♦ دکتر غلامعلی افروز<sup>۲</sup> ♦ دکتر فریبا حسنی<sup>۳</sup> ♦ دکتر فاطمه گلشنی<sup>۴</sup>

## چکیده:

هدف پژوهش حاضر طراحی و ارزیابی اثربخشی برنامه مدیریت رفتاری خانواده- محور بر میزان رضایتمندی زوجیت والدین دارای کودکان بیش فعال بوده است. این پژوهش کاربردی و نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه گواه و جلسه پیگیری است. جامعه آماری همه والدین کودکان بیش فعال شهر تهران بود. تعداد ۶۴ والد با روش نمونه گیری 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 درجه بندی تشخیص بیش فعالی 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  $\alpha = 0/88$  بوده است. اثربخشی آزمایشی برنامه، تفاوتی معنادار ( $\pm 0/51$ ) در سطح  $\alpha = 0/05$  نشان داده است. می توان 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. تعمیم پذیری 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 می شود.

**کلید واژگان:** برنامه مدیریت رفتاری خانواده- محور، رضایتمندی زوجیت، اختلال بیش فعالی

© تاریخ پذیرش: ۹۹/۴/۲۰

© تاریخ دریافت: ۹۸/۸/۶

\* 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](mailto: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](mailto:afrooz@ut.ac.ir)
۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. [far.hassani@iauctb.ac.ir](mailto:far.hassani@iauctb.ac.ir)
۴. استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. [fat.golshani@iauctb.ac.ir](mailto:fat.golshani@iauctb.ac.ir)

## ■ 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 مبتنی بر شواهد کودک را پیچیده می‌کند (کرونیس-توسکانو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۷).

مفهوم رویکرد خانواده - محور، نخستین بار در دهه ۱۹۵۰ میلادی، زمانی که کارل راجرز<sup>۲</sup> 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<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). آموزش خانواده - محور علاوه بر 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<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ ژوزه و آلفونس<sup>۵</sup>، 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<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲). نتایج یک پژوهش نشان داده است که برنامه خانواده - محور مبتنی بر برنامه ذهن آگاهی می‌تواند سبب کاهش استرس والدین و افزایش بهزیستی روان‌شناختی و افزایش خودمدیریتی والدین شود (لو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۷).

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

آموزش شیوه‌های کارآمدتر مدیریت کودک می‌تواند به سازگاری شخصی این والدین کمک کند (بارکلی، ۲۰۰۶) و از تأثیر مخرب مشکلات رفتاری این کودکان بر تواناییهای تربیتی والدین بکاهد (فیشمن و میرزا، ۲۰۰۰).

در ایران از میان پژوهشهای خانواده - محور می‌توان به پژوهشهای زیر اشاره کرد: نوری و افروز (۱۳۸۷)، به این نتیجه رسیدند که آموزش تحولی زود هنگام خانواده - محور بر رشد حرکتی کودکان دارای نشانگان داون از تولد تا ۲۴ ماهگی اثربخش بوده است. در پژوهش دیگری که با هدف بررسی اثربخشی مداخله روان‌شناختی خانواده - محور بر سلامت روانی پدران دارای فرزند داون انجام شده نتایج نشان داده است که برنامه خانواده - محور می‌تواند موجب ارتقای سلامت روان در پدران شود (فرامرزی، افروز و ملک‌پور، ۱۳۸۷). در پژوهشی دیگر نتایج حاصله حاکی از آن بود که در طول زندگی مشترک، متغیرهای گوناگونی بر نحوه ارتباط زوجین با یکدیگر تأثیر گذارند که رضایت یا عدم رضایت زن و شوهر از روابط زناشویی را به همراه دارند (رضائیان، ۱۳۹۱). رویکردهای شناختی با تغییر باورهای موجود در مورد کودک دارای اختلال، میزان تحمل و کارآمدی خانواده را بالا برده و مهارتها و شیوه‌های فرزندپروری والدین را بهبود می‌بخشند (قاسم‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶). نتایج یک مطالعه خانواده - محور دیگر نشان داده است که برنامه آموزش والدین بارکلی اثربخشی مناسبی بر ارتقای مهارتهای اجتماعی کودکان بیش‌فعال و رضایتمندی زوجیت والدین آنان داشته است (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 است که در حفظ تعادل زندگی و جو عاطفی و برقراری سلامت روانی اعضای خانواده مؤثر است (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۵). وقتی که زوجها به یکدیگر متعهد هستند و احساس امنیت می‌کنند و شدیداً یکدیگر را حمایت می‌کنند، برای حل مسائل به یکدیگر کمک می‌کنند (سلیمی، 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 داشته باشد (شیرجنگ، مهریار، جاویدی و حسینی، ۱۳۹۷). هر قدر نظام خانواده از استحکام بیشتری برخوردار باشد و روابط میان اعضای آن عاطفی تر و عقلانی تر باشد، فرزندان نیز از تربیت مطلوب‌تری بهره‌مند خواهند شد (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

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 تحت تأثیر 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 همه 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 تکمیل شده 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

پس آزمون و جلسه پی گیری بود. ابزار پژوهش مقیاس تشخیص بیش فعالی کانرز (۱۹۹۹) و مقیاس رضامندی زوجیت افروز (۱۳۹۳) بود. آلفای کرونباخ فرم معلم معادل  $0/۸۶$  و فرم والدین  $0/۸۵$  گزارش شده است (شهیم، یوسفی و شهائیان، ۱۳۸۶) و ضریب آلفای کرونباخ را افروز و همکاران (۱۳۹۵) برای مقیاس افروز  $0/۹۸۹$  گزارش کرده اند.

## ● 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 (به منظور تشخیص کودکان بیش فعال از نظر معلم و والدین) و مقیاس رضامندی زوجیت افروز (۱۳۹۰) به منظور ارزیابی میزان رضایت‌مندی زوجیت والدین استفاده شده است. به منظور غربالگری کودکان دبستانی دارای اختلال بیش فعالی در مدرسه، از فرم معلم کانرز (۱۹۹۹) استفاده شده است. این فرم را معلمان با راهنمایی پژوهشگر برای دانش آموزان دارای نشانه‌های اختلال، تکمیل کردند. این مقیاس دارای ۳۸ گویه و ۶ خرده مقیاس است. نمره کل آزمون دامنه‌ای از صفر تا ۱۱۴ دارد. اگر نمره کودک بالاتر از ۵۷ به دست بیاید، بیانگر اختلال است و هر چه امتیاز بالاتر رود، میزان اختلال کودک بیشتر خواهد بود و به عکس. پایایی این پرسشنامه، برای کل مقیاس  $0/۷۶$  و ضریب آلفای کرونباخ برای کل آن معادل  $0/۸۶$  و روایی کلی آن  $0/۸۲$  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 علوم شناختی  $0/۸۵$  و روایی آن، بالای  $0/۷۶$  و روایی همزمان با استفاده از پرسشنامه نقاط قوت و دشواری<sup>۱</sup>،  $0/۷۰$  و در زمینه تعیین ارزش تشخیصی والدین  $0/۶۹$  تا  $0/۷۷$  گزارش شده است (علیزاده، ۱۳۸۳).

در این پژوهش به منظور سنجش میزان رضایت‌مندی زناشویی والدین کودکان بیش فعال در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از مقیاس رضامندی زوجیت افروز<sup>۲</sup> استفاده شده است. مقیاس افروز از ده خرده مقیاس 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 آسیب پذیر، محسوب می‌شوند. در پژوهشی دیگر عملی بودن و اعتبار و روایی مقیاس مذکور بررسی شده و برای اعتبار این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ  $0/۹۸۹$  به دست آمده است (محبی، قاسم‌زاده، فرزاد و افروز، ۱۳۹۵).

1. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

2. Afroz Marital Satisfaction Scale (AMSS)

## ● معرفی برنامه مداخله‌ای

برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور را پژوهشگر با هدف جبران کاستیهای ارتباطی موجود والد - والد و فرزند در خانواده‌های دارای کودکان بیش‌فعال با رویکرد آموزشی - روانی متمرکز بر خانواده 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  $\alpha = 0/88$  مشاهده شد و اثربخشی آزمایشی آن روی یک گروه ۳۰ نفری از والدین دارای کودک دبستانی با اختلال بیش‌فعالی، تفاوتی معنادار را به میزان  $\pm 0/51$  در سطح  $\alpha = 0/05$  نشان داد. در سال ۱۳۹۲ حاجی سیدجواد و همکاران، اثربخشی برنامه بارکلی را به میزان  $18 \pm 66$  (اختلاف معنادار در میانگینهای پیش‌آزمون - پس‌آزمون) و  $18/08 \pm$  (میانگینهای پیش‌آزمون - پیگیری)، در سطح معناداری  $\alpha = 0/001$  گزارش کرده‌اند. اثربخشی برنامه خانواده - محور افروز نیز، در پژوهشی در سال ۱۳۹۵، به میزان  $25/005 -$  (اختلاف معنادار در میانگینهای پیش‌آزمون - پس‌آزمون) و  $10/9 -$  (میانگینهای پیش‌آزمون - پیگیری)، در سطح معناداری  $\alpha = 0/001$  گزارش شده است (روایی، افروز، حسینیان، خدایاری فرد 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 جلسه‌ای عنوانی مشخص داشت و محتوای معینی را در ارتباط با اهداف هر یک 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 درباره 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.

**جدول ۱. پروتکل برنامه مدیریت رفتاری خانواده- محور**

| جلسات      | هدف  | محتوا  | تکالیف  |
|------------|--|--|---|
| جلسه اول   | آشنایی شرکت کنندگان با اهداف برنامه- آگاهی از مشکلات خانواده                                   | تبیین اهداف برنامه - بررسی کیفیت زندگی و مشکلات خانواده‌های دارای کودک با اختلال نارسایی توجه و فزون کنشی  | فکر کردن درباره زندگی زوجیت خود و مشخص کردن 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 به کارگیری 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، حساب کشی و انتقاد منفی  | تحلیل نگرانیهای همسر درباره زندگی مشترک 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 (به کارگیری 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 منطقی)   | 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  |

## جدول ۱. (ادامه)

| 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 مسئولیتها 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 در دسترس، 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 درون سازمانی، مجوز لازم را صادر کرد. با مراجعه به مدرسه مورد نظر، 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 پرسشنامه 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 به منظور ارزیابی بیش‌فعالی در فرزندشان تکمیل کردند.

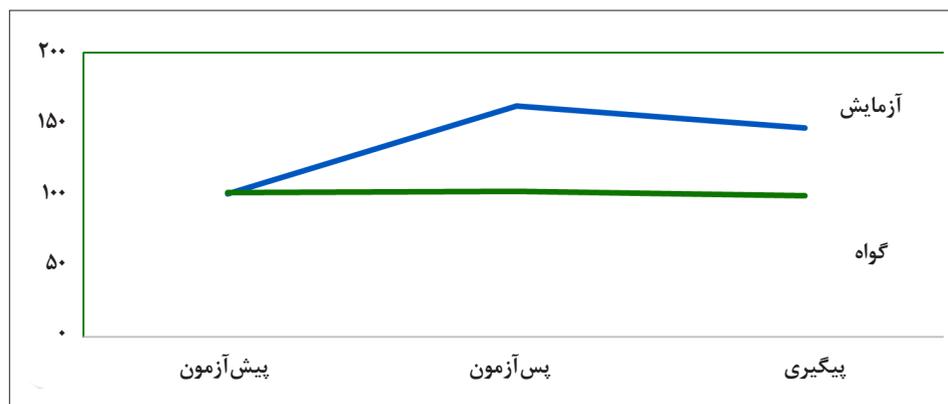
پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات، نهایتاً تعداد ۶۴ نفر (مادر و پدر = ۵۰ نفر مادر که ۸ نفر تک والد جزو آنها بود + ۱۴ نفر پدر) به عنوان گروه نمونه و شرکت کننده نهایی، به مقیاس رضامندی زوجیت افروز به منظور ارزیابی مرحله پیش‌آزمون، پاسخ دادند. شرکت‌کنندگان در دو گروه ۳۲ نفری، گروه آزمایش (۲۵ نفر زن و ۷ نفر مرد) و گروه کنترل (۲۵ نفر زن و ۷ نفر مرد) بر اساس چهار ملاک تک‌والدی، جنسیت، رده سنی و سطح تحصیلات گمارش شدند. گروه آزمایش ده جلسه مداخله آموزشی - روانی را به میزان ۹۰ دقیقه در قالب 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)<sup>۱</sup> بود. این طرح حالت تعمیم یافته آزمون مقایسه زوجی است، با این تفاوت که به جای 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) بررسی کرد و اثر مداخله‌گرانه آن را روی متغیر وابسته 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 به‌دست آمده، حاکی از آن است که برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور اثربخشی معناداری بر میزان رضایتمندی زوجیت والدین کودکان بیش‌فعال داشته است ( $p < 0.05$ ، جداول شماره ۳، ۴ و ۵). در نمودار شماره 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 برای گروههای آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده‌اند. همچنین در این جدول نتیجه آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

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



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 شکل شماره ۱، در متغیر میزان رضایتمندی زوجیت والدین میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به صورت معناداری به دلیل افزایش میزان رضایتمندی، بیشتر 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 شماره ۲، آماره Z (آزمون کولموگروف اسمیرنوف) برای متغیر یادشده در هیچ‌یک از گروهها معنادار نیست، بنابراین توزیع تمامی متغیرها نرمال است. همچنین یافته‌های

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<sup>۱</sup> 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 | درجه آزادی | 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 (مقدار آماره 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<sup>۲</sup> و هاین- فلت<sup>۳</sup> تصحیح می‌کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، بنابر پیشنهاد استیونز<sup>۴</sup> (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

در نظر گرفتن تصحیح هاین-فلت در جدول شماره 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  $P < 0/05$  برای رد فرض صفر در نظر گرفته شده است. برای بررسی اندازه اثر نیز از مجذور اتای جزئی<sup>۱</sup> استفاده شده است. مقدار مجذور اتای جزئی (۰/۰۱) و کمتر نشانگر اثر کم، (۰/۰۴) تا (۰/۰۹) اثر متوسط و (۰/۱۰) و بیشتر نشانگر اثر زیاد است. مایلز و بانبارد<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) پیشنهاد 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) به منظور ارزیابی اثربخشی متغیر مستقل بر متغیر وابسته بلامانع است.

جدول ۰۴. آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیریهای مکرر تک‌متغیره نمرات رضامندی زوجیت

| متغیر                      | منابع               | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجموع مجذورات | 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     |
|                            | تعامل مراحل با گروه | ۷۴۰۱۶/۸۵۹     | ۶۲         | ۱۱۹۳/۸۲۰              | ۱۷/۵۵۳  | ۰/۰۰۱        | ۰/۲۲۱     |

با توجه به جدول شماره ۴، میزان  $F$  اثر تعامل مراحل و گروه‌ها برای متغیر میزان اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی (۱۷/۵۵) است که در سطح  $0/001$  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 داشته‌اند. همچنین مجذور اتا برای همه متغیرها بیشتر از  $0/10$  است که نشان می‌دهد تفاوت میان گروه‌ها بزرگ و قابل توجه است. به منظور بررسی تفاوت گروه تحت آموزش برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور (آزمایش) با گروه کنترل 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 &amp; Banyard

**جدول ۵.** نتایج مقایسه میانگین گروهها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر پژوهش

| متغیر               | مرحله     | میانگین آزمایش | میانگین کنترل | تفاوت میانگین | خطای استاندارد برآورد | سطح معناداری |
|---------------------|-----------|----------------|---------------|---------------|-----------------------|--------------|
| میزان رضامندی زوجیت | پیش آزمون | ۱۰۰/۷۵         | ۱۰۱/۸۴        | ۱/۰۹          | ۲۹/۶۴                 | ۰/۰۰۰        |
|                     | پس آزمون  | ۱۶۲/۷۲         | ۱۰۲/۵۶        | ۶۰/۱۶         | ۹/۸۵                  | ۰/۰۰۰        |
|                     | پی گیری   | 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 پیش آزمون (۱/۰۹)، در پس آزمون (۶۰/۱۶) و در مرحله پیگیری (۴۹) است ( $P < ۰/۰۵$ ). این یافته نشان می دهد در مرحله پیش آزمون 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 پس آزمون (۶۰/۱۶) و در مرحله پیگیری (۴۹) معنادار است ( $P < ۰/۰۵$ ). در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به طور معناداری بیشتر از میانگین گروه کنترل است. این یافته نشان می دهد که میان میانگینهای گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین با توجه به یافته پژوهش می توان گفت که برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور بر افزایش میزان رضامندی زوجیت والدین کودکان دبستانی بیش فعال اثربخشی مثبت و معنادار داشته است.

## بحث و نتیجه گیری

هدف این مطالعه طراحی برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور و ارزیابی اثربخشی آن بر میزان رضامندی زوجیت والدین دارای کودکان دبستانی بیش فعال بوده است. این گروه از والدین، بیشترین مشکل را در مدیریت رفتاری و کنترل رفتار کودکان بیش فعال خود دارند که این موضوع آنان را نسبت به زوجیت خود دلسرد می کند (بارکلی، ۲۰۰۶). یافته ها نشان دادند که آموزش ارائه شده (برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور)، موجب افزایش رضامندی در والدین کودکان دبستانی با نشانه های بیش فعالی شده است. یعنی سطوح رضامندی زوجیت در مراحل اندازه گیری پس آزمون و پیگیری افزایش داشته است. به عبارت دیگر آموزش برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور در مرحله پس آزمون و پیگیری سبب افزایش رضایتمندی زوجیت شده است

بنابراین برنامه مذکور بر افزایش رضامندی زوجیت والدین اثربخشی داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های بارکلی (۲۰۰۶)، شیرجنگ و همکاران (۱۳۹۷)، فورتین<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۰)، بارلو و پارسونز<sup>۲</sup> (۲۰۰۳)، دانفورت (۲۰۱۶)، سلیمی و همکاران (۲۰۱۵) و افروز و همکاران (۱۳۹۵)، از نظر اثربخشی بر خانواده و رفتار خانوادگی با مطالعات تربیت 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 عین حال 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 چرخه‌های 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 عمده‌تاً 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 منزله 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. به این معنی که بهبود ارتباط والد - والد، سبب بهبود رابطه والد-کودک

1. Fortin

2. Barlow &amp; Parsons

و در نهایت کودک- والد خواهد شد و در نتیجه عملکرد کودکان یادشده مثبت تر خواهد شد و فرایند چرخشی سالم تری را رقم خواهد زد. نتایج این پژوهش، یافته‌های بارکلی (۲۰۰۴ و ۲۰۰۶)، قاسم‌زاده و همکاران (۱۳۹۶) و افضل‌ی و همکاران (۱۳۹۸) را تأیید می‌کند، اما از این نظر که رضایت زوجیت والدین را در یک بستر بومی از طریق تأکید بر عامل‌های زوجیت برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور هدف قرار داده، متفاوت است. عدم موفقیت والدین به دلیل به‌کارگیری سبک‌های مدیریت رفتاری سنتی 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 قرار داده و این موضوع زمینه کاهش رضایت آنان را از زندگی زناشویی 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 مسئولیت‌پذیری کافی و کاستی در شایستگی کنند. در چنین خانواده‌هایی، کودکان دارای اختلال، معمولاً مورد بی‌مهری، بی‌تفاوتی از سوی حداقل یکی از والدین یا حتی تنبیه بدنی و ضرب و شتم به اتهام عدم فرمان‌پذیری، گستاخی و اخلاک‌گری قرار می‌گیرند و مشکلات و تبعات منفی این موارد به‌طور مرتب زندگی خانوادگی و رضایت زوجیت و سلامت 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 خوشایندی 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 یادشده، این نکته استنباط می‌شود که برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور می‌تواند مدیریت رفتاری پیشرفته‌ای را از سوی والدین در پی داشته باشد که به تبع آن والدین ارتباطی بهتر با همدیگر و با کودکان دارای اختلال خود برقرار خواهند کرد و متقابلاً در سایه این ارتباط بهتر، درکی عمیق‌تر میان والدین و کودک شکل می‌گیرد که این وضعیت منجر به ارتقای کیفیت زندگی و رضایتمندی زوجیت و زناشویی والدین می‌شود.

به‌طور کلی گرچه هر کدام از پژوهش‌های مورد بحث، مؤلفه‌های گوناگونی را مدنظر قرار داده‌اند، اما نتایج آنها بیانگر این است که برنامه‌های آموزشی- مداخله‌ای خانواده - محور می‌توانند منجر به افزایش رضایت زناشویی والدین شوند. از آنجایی که خانواده‌ها به‌طور معمول شیوه‌های متفاوت درمانی مانند دارو- درمانی، روان- درمانی، خانوادگی- درمانی و درمان‌های سنتی را برای کودکان بیش فعال خود تجربه کرده‌اند و در اکثر موارد نتایج مورد انتظار نصیب‌شان نشده است،

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 می‌کند (دانفورث، ۲۰۱۶). رفتارهای ناشی از رضایت اندک زوجیت اغلب منجر به آسیب در روابط خانواده و والد-کودک و افزایش تنش در میان اعضای خانواده به‌ویژه والدین می‌شود، 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<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۵). از این رو، روشهای خانواده - محور در حوزه‌های مداخلات آموزشی - 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).

پژوهش حاضر با محدودیتهایی روبه‌رو بوده است که بیان آنها در نتیجه‌گیری از یافته‌ها مفید 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 شرکت‌کنندگان که منجر به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس شد، ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش را محدود کند. یکی دیگر از محدودیتهای دوره زمانی کوتاه مرحله پیگیری بود. از آنجایی که بهترین حالت آن یک فاصله زمانی شش ماهه است، لذا دوره زمانی دو ماهه واقع شده 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 شده و نتایج این پژوهش، توصیه می‌شود برنامه مدیریت رفتاری خانواده - محور برای گروههای گوناگون با فرهنگهای متفاوت و اقلیمهای گوناگون تدوین و مطالعه شود. علاوه بر این طراحی و ارزیابی اثربخشی برنامه مدیریت رفتاری با هدف اختصاصی کاهش تنش والدین به‌طور مجزا و نیز طراحی برنامه مدرسه - محور در کنار 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 زمینه موضوعات متفاوت، طبقه‌بندی شود.
۳. پروتکل‌های آموزش خانواده برای هر موضوع طراحی و هنجاریابی شود.

1. Zubrick

## 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 (۱)، ۳-۱۶.
- افزلی، 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 نارسیایی توجه/فزون‌کنشی: آنچه والدین لازم است بدانند، ترجمه علی مشهدی، فائزه رئیس‌المحدثین و زهرا حسین زاده ملکی، ویرایش سوم (۱۳۲۰). مشهد: زرین کلک آفتاب.
- حاجی سیدجواد، طاهره؛ برجلی، محمود و برجلی، 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 نارسیایی 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، سیمیا؛ مهرانگیز، لیلا و یوسفی، فریده. (۱۳۸۶). شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در کودکان دبستانی. *فصلنامه بیماری‌های کودکان*، ۱۷ (۲)، ۲۱۱-۲۱۶.
- شهیم، سیمیا؛ 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، امیر هوشنگ؛ جاویدی، حجت‌اله و حسینی، سید ابراهیم. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی به والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱۵ (۵۸)، ۱۲۷-۱۳۸.
- عزیزی، امیر؛ اسماعیلی، رنا؛ 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 نارسیایی توجه/فزون‌کنشی. ویژگی‌ها، ارزیابی و درمان*. تهران: انتشارات رشد.
- فرامرزی، سالار؛ افروز، غلامعلی و ملک‌پور، مختار. (۱۳۸۷). تأثیر مداخلات بهنگام روانشناختی و آموزشی خانواده‌محور بر رفتار سانشی 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.

- 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., & Esmaili, 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.