

اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر نظریه نقش در بهبود عملکرد خانواده‌های دارای کودک دیرآموز

The Effectiveness of Role Theory Based Group Counseling on Family Function of Families With Slow-Learning Children

F. Hole Kian, MSc

M. Gholamali Lavasani, Ph.D.

✉ فرناز حوله‌کیان

کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه تهران

دکتر مسعود غلامعلی لواسانی

دکتری روان‌شناسی، دانشیار دانشگاه تهران

دریافت مقاله: ۹۱/۵/۱۶

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۲/۱۱/۱۲

پذیرش مقاله: ۹۳/۳/۲۴

Abstract

The purpose of this study was to examine the effectiveness of group counseling based on the role theory on function of families with slow-learning children. The present study is a Quasi - experimental research with pre-test and post - test, and with experimental and control groups.

Statistical population includes all mothers of slow - learning children in the city of Hamadan. A sample of 30 subjects selected through available sampling method from high schools with equal numbers of both genders.

Based on cloning features were allocated in experimental and control groups.

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی مشاوره گروهی مادران مبتنی بر نظریه نقش بر عملکرد خانواده‌های کودکان دیرآموز می‌باشد. پژوهش حاضر، مطالعه‌ای نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و همراه با گروه کنترل و آزمایش می‌باشد.

جامعه آماری پژوهش، شامل همه مادران کودکان دیرآموز در شهرستان همدان بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ مادر از مدارس پسرانه و دخترانه به صورت مساوی انتخاب شدند و پس از هم‌تاسازی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه مشاوره گروهی دریافت و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند.

✉ Corresponding author: Faculty of Psychology and Education, University of Tehran.
Email: holekian@gmail.com

✉ نویسنده مسئول: دانشگاه تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم

تربیتی

پست الکترونیکی: holekian@gmail.com

The experimental group received 10 group counseling and control group was placed in the waiting list. Data collection instrument is family function questionnaire. Descriptive statistics, covariance analysis and t-test were applied to analyze data. It was found that there is a significant difference between post-test of experimental and control group ($p < 0/001$). t-test showed significant difference in effectiveness of role theory group counseling for mothers with slow-learning girl and boy ($p < 0/001$). So we can conclude that group counseling based on the role theory is effective on improving the function of families with slow-learning children. In addition, this effectiveness is different for families of slow-learning children based on the gender of child.

Keywords: Group Counseling, Role-theory, Family Function, Slow-Learning Children.

ابزار پژوهش، پرسش‌نامه عملکرد خانواده بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، علاوه بر آمار توصیفی، از تحلیل کوواریانس و آزمون t هم‌بسته استفاده شد. در تحلیل یافته‌ها مشخص شد که بین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). آزمون t هم‌بسته نیز تفاوت معناداری را در اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر نظریه نقش بر گروه مادران دارای فرزند دیرآموز پسر و دختر نشان داد ($p > 0/001$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مشاوره گروهی مبتنی بر نظریه نقش در بهبود عملکرد خانواده‌های دارای کودک دیرآموز مؤثر می‌باشد و اثربخشی این جلسات در خانواده‌های دارای فرزند دیرآموز پسر و دختر نیز متفاوت است.

کلیدواژه‌ها: مشاوره گروهی، نظریه نقش، عملکرد خانواده، کودکان دیرآموز.

مقدمه

کودکان دیرآموز، کودکانی هستند که از نظر هوشی در محدوده هوش‌بهر بین ۷۰ تا ۸۴ قرار گرفته‌اند. به عبارت دیگر، یک تا دو انحراف استاندارد پایین‌تر از میانگین سنی خودشان و دارای عملکرد طبیعی ضعیف هستند. این کودکان در حیطه مهارت‌های تحصیلی دارای عملکردی محدودتر و ضعیف‌تر نسبت به همسالان خود هستند و در سایر رفتارهای انطباقی و سازشی فاقد هرگونه نقص قابل ملاحظه‌ای می‌باشند و مثل همسالان خود دارای تفاوت‌های فردی در حیطه‌های مختلف رفتاری‌اند (سیف‌نراقی، ۱۳۸۷). در بسیاری از کشورها آموزش و پرورش به این سمت سوق داده می‌شود که تا حد امکان دانش‌آموزان دارای مشکلات خاص، هم‌چون دانش‌آموزان دیرآموز به

مدارس عادی راهنمایی شوند و در مدارس عادی مانند دیگر دانش‌آموزان به تحصیل اشتغال داشته باشند. زیرا در آن صورت هم از امکانات عمومی بهره‌مند می‌شوند و هم تحت تأثیر برجسب استثنایی بودن قرار نمی‌گیرند. این عمل در اصطلاح عادی‌سازی، یکپارچه‌سازی و یا آموزش فراگیر^۱ نام گرفته است. این موضوع در عمل ساده نیست و با مشکلات خاصی توأم است (ویسمه، ۱۳۸۴). مشکلاتی هم‌چون عدم پذیرش این کودکان در مدارس عادی، نگرش منفی معلمان عادی نسبت به این طرح، عدم تخصص و تجربه رابطان فراگیر در مدارس عادی از جمله مشکلات فراوان خانوادگی این کودکان می‌باشد.

با توجه به نگرش یکپارچه‌سازی و دادن فرصت‌های مساوی برای رشد اجتماعی، آموزشی و حرفه‌ای به افراد دیرآموز، متخصصان درمانی و مشاوران نه‌تنها در جهت درمان ناتوانی‌های رشدی می‌کوشند؛ بلکه در راستای از میان برداشتن یا کاهش عوارض ناشی از معلولیت تلاش می‌کنند. عوارض ناشی از معلولیت می‌تواند در زمینه‌های فردی و خانوادگی باشد (بهنیا، ۱۳۸۱). دشوار بودن پذیرش کودک دیرآموز با توانایی‌ها و ناتوانی‌های خود از طرف مادر از یک سو و کوشش در راستای طبیعی جلوه دادن او به اجتماع از سوی دیگر و به دنبال آن استرس بی‌شمار ترس از آشکار شدن معلولیت کودک، مشکلات زیادی را در ارتباطات اجتماعی خانواده و رفتار با کودک دیرآموز ایجاد نموده است (بهنیا، ۱۳۸۱). به باور مینوچین، هیچ خانواده‌ای از استرس‌های طبیعی به‌دور نیست. خانواده‌ای که دارای نظام کارکردی مناسب^۲ باشد؛ راه‌های سازگاری با استرس‌ها را کشف کرده و در راستای سلامت و پایداری خود می‌کوشد (بارکر، ۱۹۹۵). وجود یک کودک ناتوان هوشی به سبب وجود مشکلات ویژه خود و فشارهای روانی وارده از سوی اجتماع به خانواده می‌تواند سلامت خانواده را دچار مشکل نموده و خطر عملکرد نادرست خانواده^۳ را افزایش دهد. عملکرد نادرست خانواده بر روابط اعضا تأثیر آشکار و یا پنهان می‌گذارد (بهنیا، ۱۳۷۵). تولد یک کودک با ناتوانی، به‌ویژه ناتوانی ذهنی، خرده‌نظام‌های درون خانواده و نظام‌های بیرون از خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب فشار بیشتری در درون خانواده می‌شود و سازگاری درون نظام را به‌خطر می‌اندازد. در نتیجه احتمال نارسایی در کارکرد خانواده افزایش می‌یابد و موجب تنش در خرده‌نظام‌های خانواده می‌شود (شکوهی‌یکتا، به‌پژوه، غباری‌بناب، زمانی و پرند، ۱۳۸۷). خصوصاً این‌که بیش‌ترین تعداد دانش‌آموزان دیرآموز در مناطق حاشیه‌ای و فقیرنشین شهرها قرار دارند و مشکلات فرهنگی و اقتصادی بیشتری را متحمل می‌شوند. هاول^۴ (۱۹۹۲) عملکرد خانواده را توانایی خانواده در هماهنگی یا تطابق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل تعارض‌ها و تضادها، همبستگی بین اعضا و موفقیت در الگوی انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد، اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل سیستم خانواده تعریف می‌کند (فرزانه‌خو، یارمحمدیان و مولوی، ۱۳۸۸).

هر خانواده با مشکلات و عوامل متعدد فردی و محیطی روبروست و مجموعه این مشکلات روش‌های درمانی متفاوتی را متناسب با خانواده و تفاوت‌های فردی می‌طلبد. ممکن است متخصصین تنها

بتوانند مشکلات اندکی را در خانواده شناسایی و درمان کنند، ولی مشارکت دادن مستقیم خود خانواده به دلیل احاطه وسیعی که در وضعیت خانواده دارد انکارناپذیر است (رصافیانی، پورمحمدرضای تجربی، همتی، دادخواه، صحاف، جلیل‌آبکنار، عاشوری و حاجی‌زاده‌دامغانی، ۱۳۹۱).

تحقیقات در این زمینه نشان داده که وضعیت بهداشتی، روانی و خانوادگی کودکان دیرآموز نسبت به دانش‌آموزان عادی در مقاطع سه‌گانه تحصیلی نامطلوب‌تر است (رهنما و غلامی‌مهرداد، ۱۳۸۳). سلیمانی، به‌پژوه و افروز، (۱۳۸۸) نتیجه گرفتند که از طریق آموزش مهارت‌های اجتماعی به خانواده، می‌توان سازگاری اجتماعی و تحصیلی دانش‌آموزان دیرآموز را افزایش داد. عملکرد خانواده، در خانواده‌های دارای فرزند دیرآموز به دلیل تنش‌هایی که بین مدرسه و خانه ایجاد می‌شود مورد تهدید قرار می‌گیرد. خانواده‌ها هنگام رویارویی با این‌گونه موقعیت‌های فشارزا و دشوار، استرس زیادی را تجربه می‌کنند و این استرس موجب ناراحتی، تنش یا نومیدی اعضای خانواده می‌شود. موقعیت فشارزا، سامانه خانواده را مختل می‌کند؛ مگر این‌که خانواده بتواند خود را با وضعیت تازه، سازگار کند. برای این‌که خانواده به عملکرد عادی خود بازگردد؛ به کوشش زیادی برای از میان برداشتن یا حل مشکل نیاز دارد (بالارد، ۱۹۷۹). در واقع متغیرهای عملکرد خانواده، ویژگی‌های کودک و متغیرهای جمعیت‌شناختی با سلامت روانی و استرس والدگری رابطه دارند (امیری، افروز، مال‌احمدی، جوادی و نوراللهی، ۱۳۸۹). وجود یک کودک ناتوان در خانواده معمولاً تأثیر عمیقی بر رضایت از زندگی و روابط خانوادگی دارد (مک‌کونکی، تروسدال‌کندی، چانگ، جارا و شوکری، ۲۰۰۸).

به طوری که روابط اجتماعی نیز کاهش می‌یابد (بکر، لیز کلارکسون، تایلر، تورنر، کلکهم و ثورنی کرافت، ۱۹۹۸؛ کذاک و ویلکوکس، ۱۹۸۴؛ موگنو، روتا، جنیتوری و مازون، ۲۰۰۷). بنابراین اجرای مداخلات مشاوره‌ای در زمینه بهبود وضعیت خانوادگی کودکان دیرآموز در شرایط حاضر ضروری به نظر می‌رسد. نظریه نقش نظریه‌ای در تلاقی روان‌شناسی و مشاوره و علوم اجتماعی است؛ که در حوزه روان‌شناسی و مشاوره کم‌تر نظریه‌پردازی به صورت مستقیم به آن به پرداخته است. هم‌زمان با گسترش نظریه نقش در علوم اجتماعی؛ روان‌شناسی و مشاوره نیز از مفاهیم آن بهره جست. اما بعد از مدتی چنین نتیجه گرفته شد که نقش در هر جامعه‌ای به شیوه خاص آن جامعه قابل تعریف است و نمی‌توان به طور مشترک در همه فرهنگ‌ها از این نظریه استفاده کرد (ساروخانی، ۱۳۷۲). از جمله افرادی که در روان‌شناسی به نظریه نقش اشاره کرده‌اند، فروید^۵ با نظریه روانکاوی، یونگ^۶ با مفهوم پرسونا، سالیوان^۷ با نظریه روابط بین افراد، آلپورت^۸ با تعریف شخصیت (تجمع تمامی خاصه‌های تعیین‌کننده نقش و مقام شخص در خانواده)، کلی^۹ با مفهوم اصول تبعی نظریه سازه شخصی و لوین^{۱۰} با نظریه میدانی هستند (شولتز، ۱۳۸۶).

هم‌چنین پارسونز^{۱۱} با تحقیقات خود در زمینه زوج درمانی و اکرم^{۱۲} با برداشت‌های خود در زمینه نقش به عنوان پلی میان فرآیندهای درونی روانی و مشارکت اجتماعی، هی‌لی و مینوچین با بررسی تسلسل و سلسله‌مراتب خانواده، از خانواده درمان‌گرانی هستند که به این نظریه به صورت غیرمستقیم اشاره کرده‌اند. نظریه نقش، نظریه‌ای اجتماعی است که بر پایه روابط بین افراد شکل

می‌گیرد. در این نظریه مانند نظریه رفتارگرایی، عوامل خارجی به عنوان تعیین‌کننده رفتار فردی مورد توجه قرار می‌گیرد (ساکستون، ۱۹۶۹). هر فرد به تعداد گروه‌هایی که در آن‌ها عضو است؛ دارای نقش می‌باشد (محسنی، ۱۳۷۹). علی‌رغم عدم وجود منابع در این زمینه، این نظریه پایه و زیربنای تمامی نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی خانواده است.

مهم‌ترین موضوع در نظریه نقش دوسویه^{۱۴} بودن است و این مفهوم روابط تعاملی نقش را ممکن می‌سازد. برای مثال وقتی یک پدر همانند یک پدر رفتار می‌کند؛ کودک باید همانند یک فرزند عمل کند و بالعکس (مینوچین، ۱۳۸۹). قانون توماس^{۱۵} فرآیند تعاملی نقش را چنین توضیح می‌دهد: وقتی مردم انتظار وقوع چیزی را دارند؛ این انتظارات برآن‌چه باید رخ دهد تأثیر می‌گذارد و این جایی مصداق خواهد داشت که مردم اجازه می‌دهند انتظارات آنان را هدایت کنند (فورسایت، ۱۳۸۲). در واقع هرکس در آن واحد در معرض دو نقش قرار می‌گیرد؛ نقشی که باید ایفا کند و نقشی که باید دیگران در مقابلش ایفا کنند (محسنی، ۱۳۷۹). خانواده به طور روزافزون به شکلی درآمدی تا به عنوان نظامی یکپارچه از نقش‌های دوسویه ادراک شود (سگالن، ۱۳۷۵). نقش‌های خانوادگی قبل از هر چیز به ساختار درونی خانواده تکیه دارند. خانواده، واحدی از افراد در حال تعامل را تشکیل می‌دهد که هر کس در بطن آن صاحب موقعیت معینی است و به عنوان یک شخص کامل عمل می‌کند؛ نه به عنوان نماینده یک گروه اجتماعی (ساکستون، ۱۹۶۹). هر عضو خانواده به عنوان پدر، مادر و فرزند در قبال دیگر اعضای خانواده رفتار می‌کنند؛ اما هر مقامی که در درون گروه خانوادگی داشته باشند، نماینده تمامیت خانواده در بیرون این گروه است. باتوجه به مراحل شکل‌گیری نقش همراه با رشد شخصیت می‌توان سه مرحله کلی برای آن در نظر گرفت؛ مرحله اول، ستاندن نقش^{۱۶}؛ در دوران کودکی و نوجوانی و جوانی (هنگام تولد تا ۳۰ سالگی) (محسنی، ۱۳۷۹). مرحله دوم، بازدهی نقش^{۱۷}؛ در دوران بزرگسالی (از ۳۱ سالگی تا ۶۰ سالگی). مرحله سوم، از دست دادن نقش^{۱۸}/کمرنگ شدن نقش: در دوران کهنسالی (۶۰ سالگی به بعد). رضایت از نقش^{۱۹} همان احساس رضایتی که فرد از ایفای یک نقش احساس می‌کند؛ می‌تواند به دلیل هماهنگ بودن آن با نقش آرمانی^{۲۰} و انطباق آن با من آرمانی^{۲۱} اش باشد (ماری و اسپنله، ۱۳۷۲). وجود یک کودک ناتوان در خانواده، با تمام مشکلاتی که در خانواده ایجاد می‌کند، نقش‌ها را بر هم می‌ریزد و تمام وظایف اعضا روی فرزندی متمرکز می‌شود که نقص دارد. کودک دیرآموز، شبکه‌های نقش^{۲۲} را برهم می‌ریزد. ارتباط خانواده با نقش‌های خارج از خانواده کمرنگ‌تر شده و هر یک از افراد خانواده به نوعی منزوی می‌گردند. ایجاد یک استرس مانند داشتن فرزند ناتوان، والدین خصوصاً مادر را تحت فشار قرار داده و این موضوع بر روابط و نقش‌های زناشویی نیز تأثیرگذار است. به عقیده بالارد (۱۹۷۹) کمرنگ‌تر شدن نقش‌های دوسویه زناشویی که معمولاً با ناپهنجاری رفتاری و روان‌شناختی مادر همراه است؛ موجب بروز مشکلات دیگر در خانواده مانند اختلالات رفتاری فرزندان می‌شود.

متأسفانه در زمینه نظریه نقش و به‌کارگیری آن در زمینه مداخلات مشاوره‌ای، علی‌رغم جست‌وجوی محققان، پژوهشی مشاهده نشد. ولی مطالعاتی که در مورد تأثیر تولد یک کودک ناتوان بر خانواده انجام گرفته، نشان می‌دهد که در مورد مادران سطوح بالایی از فشار روانی (کازاک و ویلوکس، ۱۹۸۴)، نشانگان افسردگی و از هم گسیختگی خانوادگی (ایزنبرگ و فابز، ۲۰۱۰) و هم چنین فرصت کمتری برای خود و نیز خلیات سطح پایین دارند (منصف‌زاده تبریزی، ۱۳۷۷).

اکبری‌بیاتیانی، پورمحمدرضای‌تجریشی، گنجعلی‌وند، میرزمانی و صالحی (۱۳۹۰) بیان کردند که با افزایش روابط اجتماعی کیفیت زندگی والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر بالا می‌رود. مینوچین (۱۹۷۴) معتقد است که والدین وقتی انرژی خود را به کودک ناتوان اختصاص می‌دهند؛ زیرگروه والدینی سست و شکننده می‌گردد و زیرمجموعه خواهر و برادری نیز مورد تهدید قرار می‌گیرد (محمدی، ۱۳۸۰). مطالعه دمائر^{۳۳} (۱۹۹۱) نشان داد؛ والدینی که دارای کودک ناتوان هستند در روابط زناشویی مشکل دارند چراکه استرس مزمن میل جنسی را کاهش می‌دهد (مینوچین، ۱۳۸۹). کاوه، علیزاده، دلاور و برجعلی (۱۳۹۰) نتیجه گرفتند که برنامه‌های آموزشی مبتنی بر افزایش تاب‌آوری بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی خفیف تأثیر مثبت دارند. در میان افراد خانواده، مادر نقش اساسی در تعادل روانی خانواده دارد. بنابراین پرداختن به وضعیت سلامت روانی مادران نقش اساسی در عملکرد خانواده دارد (کوهسالی، میرزمانی، کریملو و میرزمانی، ۱۳۷۸). با توجه به مطالبی که بیان شد هدف این پژوهش به‌کارگرفتن نظریه نقش و فنون آن در مشاوره گروهی مادران کودکان دیرآموز می‌باشد و در تلاش است که به سؤالات پژوهشی ذیل پاسخ دهد: آیا به کار بردن مفاهیم نظریه نقش در بهبود عملکرد خانواده کودکان دیرآموز مؤثر می‌باشد؟ آیا اثربخشی آموزش نظریه نقش برای مادران دارای فرزندان دیرآموز پسر و دختر متفاوت است؟

روش

طرح پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه‌آزمایشی می‌باشد. در این پژوهش از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با دو گروه گواه و آزمایش استفاده شد.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران دانش‌آموزان دیرآموز (با هوشبهر مرزی) در دبستان‌های تحت پوشش طرح فراگیر در شهرستان همدان تشکیل می‌دادند؛ که از این تعداد، از بین مادرانی که به دلیل مشکلات خانوادگی به اتاق‌های مشاوره این مدارس مراجعه کرده بودند؛ با روش نمونه‌گیری در دسترس ۶۰ نفر (۳۰ نفر از مدارس دخترانه و ۳۰ نفر از مدارس پسرانه) انتخاب شدند. سپس از بین آن‌ها، ۳۰ مادر (۱۵ نفر از مدارس دخترانه و ۱۵ نفر از مدارس پسرانه) که با توجه به پرسش‌نامه

عملکرد خانواده، الگوی بیمار عملکرد خانواده را نشان دادند؛ از طریق هم‌تاسازی نمرات پرسش‌نامه و ویژگی‌های توصیفی، در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند. با بررسی منابع مختلف نقطه برشی برای پرسش‌نامه عملکرد خانواده در نظر گرفته نشده است. اما با توجه به بازه نمرات این پرسش‌نامه (۵۳-۲۱۲) مادرانی به عنوان نماینده‌ای از الگوی بیمار خانواده وارد پژوهش شدند که نمرات‌شان بالاتر از ۱۰۰ بود. تحصیلات افراد نمونه از سیکل تا لیسانس بود. ۱۱ نفر از افراد نمونه دارای یک فرزند، ۱۴ نفر دارای دو فرزند بودند و ۵ نفر سه فرزند داشتند. میانگین سن مادران مشارکت‌کننده، حدوداً ۳۲ سال بود و به صورت میانگین ۱۱ سال از زمان ازدواج آن‌ها می‌گذشت. ۱۰ جلسه مشاوره گروهی مبتنی بر نظریه نقش، روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت.

ابزار

پرسش‌نامه عملکرد خانواده^{۲۴}: این پرسش‌نامه دارای ۵۳ پرسش می‌باشد و برای سنجش عملکرد خانواده بر اساس نظریه‌ی الوی مک مستر، تدوین شده است. این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط اپشتاین، بیشاپ و لوین با هدف توصیف ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه گردیده است و توانایی خانواده را در سازش با خود، وظایف خانوادگی و با یک مقیاس خودگزارش‌دهی، مورد سنجش قرار می‌دهد. پرسش‌نامه عملکرد خانواده برای تمییز خانواده‌های سالم و بیمار به کار می‌رود و الگوهای تبدلی موجود بین اعضای خانواده را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این ابزار متشکل از عباراتی است که خانواده آزمودنی را توصیف می‌کند.

آزمودنی با خواندن هر عبارت، میزان هماهنگی خصوصیات توصیف‌شده با خانواده خود را روی مقیاس چهارطبقه‌ای لیکرت و به صورت کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم و کاملاً مخالفم، مشخص می‌نماید. این پرسش‌نامه دارای ۷ خرده‌مقیاس با عناوین ارتباط، آمیزش عاطفی، ایفای نقش، عملکرد کلی، حل مشکل، همراهی عاطفی و کنترل رفتار می‌باشد (ساعتچی، کامکاری و عسگریان، ۱۳۸۹). نمره پایین در این پرسش‌نامه، نشان‌دهنده عملکرد سالم و نمره بالا نشانگر عملکرد ناسالم خانواده است.

روایی ابزار سنجش عملکرد خانواده پس از تهیه توسط اپشتاین و همکارانش، در سال ۱۹۸۳ روی یک نمونه ۵۰۳ نفری اجرا شد. دامنه ضریب آلفای مجموعه‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ نشان‌دهنده همسانی درونی بالای آن است. بخاریان (۱۳۸۱)، در پژوهشی اعتبار این آزمون را ۰/۹۳ برآورد کرد. نوروزی (۱۳۷۷)، نیز در مطالعه‌ای روی ۲۸۶ خانواده کل مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۹۶ و سایر مقیاس‌ها را بین ۰/۶۰ و ۰/۷۵ برآورد نمود که همگی در سطح (۰/۰۱ < p) معنادار بود.

مداخله درمانی

این مشاوره‌ی گروهی در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار برای مادران دانش‌آموزان دیرآموز دبستان‌های تحت پوشش طرح فراگیر آموزش و پرورش استثنایی شهرستان همدان برگزار شد و روی گروه گواه مداخله‌ای انجام نگرفت و در لیست انتظار قرار گرفت. در این جلسات مشاوره گروهی از فنون مختلف نظریه نقش مانند جابه‌جا کردن نقش‌ها^{۲۵}، بازی کردن نقش^{۲۶}، اغراق در نقش‌ها^{۲۷}، حذف کردن نقش‌ها^{۲۸}، کشف روابط سلسله‌مراتبی بین نقش‌های یک فرد^{۲۹}، استفاده از توصیف نقش‌ها برای تغییر^{۳۰} و استفاده از نقش ایده‌آل^{۳۱} استفاده شد که با توجه به عدم وجود این فنون در منابع فارسی، به اختصار شرح داده می‌شوند.

جابه‌جا کردن نقش‌ها

مشاور می‌تواند با جابه‌جایی فرضی نقش‌ها در قالب نمایش بسیاری از آسیب‌های نقش را حل کند. برای مثال در ابهام نقش^{۳۲} که افراد نمی‌توانند انتظارات یکدیگر را برآورده کنند، این فن مفید است. حتی گاهی جابه‌جایی نقش به صورت واقعی نیز ممکن می‌باشد.

اغراق در نقش‌ها

گاهی اوقات درمانگر می‌تواند با بزرگ‌نمایی یا افراط یک نقش در خانواده نقش‌های دیگر را وادار به تغییر کند. برای مثال درمانگر می‌تواند برای مسئولیت‌پذیر کردن مردی که انتظارات مربوط به نقشش را در خانواده برآورده نمی‌کند؛ نقش زن را پررنگ کند و بدین منظور از زن بخواهد که تمامی انتظارات مربوط به نقش مرد را نیز انجام دهد و مرد به حاشیه رانده شود.

حذف کردن نقش‌ها

در بعضی مشکلات لازم است یک نقش یا مجموعه‌ای از نقش‌ها در خانواده حذف شود تا دیگران به اهمیت آن نقش یا نقش‌ها و از بین رفتن روابط دوسویه‌شان با آن‌ها پی ببرند.

کشف روابط سلسله‌مراتبی بین نقش‌های یک فرد

درمانگر در این روش باید مجموعه نقش‌ها و در زیرمجموعه آن‌ها و انتظارات هر نقش را بر اساس درجه اهمیت و موقت یا دائمی بودن تقسیم‌بندی کند و توجه فرد را به ایفای نقش‌ها و وظایف مهم‌تر و دائمی‌تر جلب نماید.

توصیف نقش‌ها برای تغییر

در بسیاری از مشکلات نقش، می‌توان از مراجعان خواست تا نقش‌های خود را در قالب جمله‌های کوتاه توصیف کنند (سیدمحمدی، ۱۳۸۶). برای مثال از مادری که شاغل و دانشجویست؛ می‌توان خواست تا سلسله وظایف هر نقشش را به صورت جداگانه بنویسد. سپس وظایفی را که در این سه

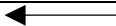
نقش با هم متعارض است تعدیل یا در صورت امکان حذف نماید (خط بزند). مشاور و مراجع می‌توانند، این نقش‌ها را شناسایی و از نو تعریف کنند.

نقش ایده‌آل

در این روش مشاور می‌تواند از مراجع بخواهد تا نقش ایده‌آل خود را تعریف و تلاش کنند تا در یک سیستم درجه‌بندی که مشاور برایشان تدارک می‌بیند؛ در قالب تعهدات درمانی، پاداش و غیره، خود رابه نقش ایده‌آلشان نزدیک نمایند. شرح مداخله درمانی در جدول ۱ آمده است. هم‌زمان با اجرای پرسش‌نامه عملکرد خانواده به عنوان پس‌آزمون در گروه آزمایش، اجرای آن برای گروه گواه نیز انجام شد. لازم به ذکر است پس از اجرای پس‌آزمون، به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در فرآیند پژوهش، تعداد ۲ جلسه راهنمایی گروهی بر اساس نظریه نقش، برای گروه گواه نیز اجرا شد.

جدول ۱: شرح بسته درمانی

جلسه	فعالیت‌های انجام شده
جلسه اول	<p>فعالیت‌ها: آشنایی با رهبر گروه، اعلام قوانین گروه توسط رهبر، مشخص کردن اهداف گروه، برقراری رابطه توأم با احترام و محبت با اعضای گروه، به وجود آوردن جو اعتماد و همدلی در بین اعضای گروه توسط رهبر، آموزش مفهوم نقش و شبکه نقش و انتظارات نقش، آشنایی با انواع نقش‌ها از نظر چگونگی پذیرفتن (تجویزی و اکتسابی).</p> <p>تکلیف: هر یک از مادران شبکه‌ای از نقش‌های خود و نقش‌های تأثیرگذار دیگر را در قالب یک نمودار رسم نمایند و مجموعه نقش‌هایشان را از نظر چگونگی پذیرفتن آن، مشخص نمایند.</p>
جلسه دوم	<p>فعالیت‌ها: آشنایی با انواع نقش‌ها در جامعه، آشنایی با مراحل شکل‌گیری نقش همراه با رشد شخصیت (۱. ستاندن نقش، ۲. بازدهی نقش، ۳. از دست دادن نقش/کمرنگ شدن نقش)، آشنایی با ویژگی افراد در هریک از مراحل، آشنایی با عوامل تأثیرگذار بر نقش‌ها در خانواده، بررسی تأثیرگذاری وجود یک فرزند دیرآموز در خانواده بر نقش‌ها همراه با بحث در گروه.</p> <p>تکلیف: خود و اعضای خانواده خود را با توجه به سن و نوع نقش‌هایشان در یکی از مراحل شکل‌گیری نقش قرار دهند. عواملی را که بر نقش‌های خود و هر یک از اعضای خانواده‌شان تأثیر می‌گذارد را لیست نمایند. تأثیرات وجود یک فرزند دیرآموز را در نقش‌های افراد خانواده بررسی نمایند. (با مشورت اعضای خانواده در منزل).</p>
جلسه سوم	<p>فعالیت‌ها: آشنایی با مفاهیم اساسی نظریه نقش با مثال (تکمیل نقش، تغییر نقش، تعارض نقش و وارونه‌سازی نقش)، ترغیب اعضای گروه به توصیف نقش‌هایشان (وظایف هر کدام از نقش‌هایشان را در قالب یک جدول نوشته و وظایف متعارض نقش‌ها را خط بزنند و وظایف متکامل نقش‌ها را با یک رنگ مشخص کنند). در جدول نقش‌هایشان نقش‌های دائمی و موقت خود را با خط و نقطه‌چین مشخص کنند.</p>



	<p>تکلیف: جدول نقش‌هایشان را بررسی کرده و نقش‌های خود و وظایفشان در مقابل نقش مادری برای یک فرزند دیرآموز را با دقت بیشتری بررسی کرده و وظایف نقش‌های متعارض و مکمل این نقش را لیست نمایند (اعضای دیگر خانواده به‌خصوص پدر را نیز ترغیب به انجام این کار نمایند).</p>
جلسه چهارم	<p>فعالیت‌ها: اعضای گروه جدول دیگری برای نقش‌هایشان طراحی کرده و وظایف هر نقش را به صورت ایده‌آل بنویسند. این جدول را با جدول نقش‌های خودشان مقایسه نمایند.</p> <p>تکلیف: در منزل با کمک پدر خانواده، نقش‌های خود و نقش‌های ایده‌آل‌شان را بررسی و بیان کنند که چه کارهایی می‌توانند انجام دهند؛ که به نقش ایده‌آل‌شان نزدیک شوند.</p>
جلسه پنجم	<p>فعالیت‌ها: جدول نقش‌های ایده‌آل‌شان را برای نقش زن و شوهری بررسی نمایند. هر یک از مادران توضیح دهند؛ که چه اندازه از نقش‌های زناشویی‌شان رضایت دارند. پس از بیان نظرات مادران، رهبر گروه مفهوم رضایت نقش در زندگی زناشویی را توضیح داده و راهکارهای افزایش رضایت از نقش در زندگی زناشویی را بیان کرد.</p> <p>تکلیف: در مورد مفهوم رضایت از نقش در منزل با همسر خود بحث نمایند و از بین راه‌حل‌های معرفی شده برای افزایش رضایت نقش چند مورد را انتخاب و با کمک همسر اجرا و هفته بعد نتایج را به گروه گزارش نمایند.</p>
جلسه ششم	<p>فعالیت‌ها: رهبر گروه با استفاده از فن اغراق در نقش، از افراد شرکت‌کننده درخواست کرد، تا به مدت یک هفته به فرزند دیرآموز توجه نمایند و وظایف این نقش‌شان را در اولویت نقش‌های دیگرشان قرار دهند.</p> <p>تکلیف: پس از یک هفته تأثیرات ناشی از اغراق در این نقش را بررسی و در جلسه بعد بیان کنند.</p>
جلسه هفتم	<p>فعالیت‌ها: رهبر گروه با استفاده از فن حذف نقش، از افراد گروه درخواست کرد؛ تا به مدت یک هفته، وظایف نقش مادری خود را تا حد ممکن کم‌رنگ‌تر کنند و در مقابل تلاش کنند تا به نقش ایده‌آل همسری خود نزدیک شوند.</p> <p>تکلیف: پس از یک هفته تأثیرات ناشی از حذف نقش و واکنش افراد خانواده را بررسی کنند.</p>
جلسه هشتم	<p>فعالیت‌ها: رهبر گروه از مادران درخواست کرد که از پدران بخواهند که در مدت سه روز، تعدادی از وظایف نقش مادری و نقش زن بودن را در منزل ایفا کنند. هم‌چنین تعدادی از وظایف خانه‌داری را به فرزند بزرگ خانواده واگذار کنند و متناسب با شرایط هر یک از اعضا به آن‌ها وظیفه‌ای محول کنند که تاکنون انجام نداده‌اند (جابه‌جایی نقش‌ها).</p> <p>تکلیف: در مدت این سه روز، واکنش افراد خانواده (چه مثبت و چه منفی) را بررسی کنند.</p>
جلسه نهم	<p>فعالیت‌ها: مفهوم فنون استفاده شده در جلسات قبل، مانند توصیف نقش‌ها، اغراق و حذف نقش و دیگر فنون توسط رهبر توضیح داده شد.</p> <p>تکلیف: تا جلسه بعد، درباره کاربردهایی که هر یک از این فنون می‌تواند در زندگی خانوادگی داشته باشد؛ تفکر نمایند.</p>
جلسه دهم	<p>فعالیت‌ها: رهبر گروه خلاصه کوتاهی از فعالیت‌های انجام شده در جلسات قبل را بیان کرد و هر یک از مادران توضیح دادند که کدام‌یک از فعالیت‌ها را توانسته‌اند انجام دهند و چه تأثیراتی روی زندگی آن‌ها داشته است.</p> <p>در پایان مقیاس عملکرد خانواده به عنوان پس‌آزمون اجرا شد.</p>

یافته‌ها

در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد معیار عملکرد خانواده ارائه شده است. داده‌ها نشان دهنده روند بهبود عملکرد خانواده در گروه آزمایش است. به این صورت که میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه گواه کاهش داشته است (۹۹ در برابر ۱۵۰). همچنین کاهش میانگین خرده‌مقیاس‌های عملکرد خانواده (حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی) نیز نشان‌دهنده بهبود عملکرد خانواده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون عملکرد خانواده

در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	گروه آزمودنی	میانگین	انحراف استاندارد
مقیاس عملکرد خانواده	آزمایش	پیش‌آزمون: ۱۴۵/۰۶۶	۹/۷۵۷
		پس‌آزمون: ۹۹/۳۳۳	۳/۷۵۴
	گواه	پیش‌آزمون: ۱۴۹/۱۳۳	۷/۷۹۹
		پس‌آزمون: ۱۵۰/۱۳۳	۵/۳۵۶
بعد حل مشکل	آزمایش	پیش‌آزمون: ۱۶/۵۳۳	۲/۹۲۴
		پس‌آزمون: ۷/۹۳۳	۱/۶۶۷
	گواه	پیش‌آزمون: ۱۷/۶۶۶	۱/۸۳۸
		پس‌آزمون: ۱۷/۹۳۳	۱/۸۶۹
بعد ارتباط	آزمایش	پیش‌آزمون: ۱۵/۹۳۳	۱/۸۳۰
		پس‌آزمون: ۱۳/۲۶۶	۱/۳۳۴
	گواه	پیش‌آزمون: ۱۵/۹۳۳	۱/۷۰۹
		پس‌آزمون: ۱۵/۸۶۶	۱/۴۰۷
بعد نقش‌ها	آزمایش	پیش‌آزمون: ۲۳/۴۰۰	۲/۵۲۹
		پس‌آزمون: ۱۴/۲۶۶	۰/۵۹۳
	گواه	پیش‌آزمون: ۲۲/۳۳۳	۲/۷۶۸
		پس‌آزمون: ۲۲/۴۰۰	۲/۱۹۷
بعد همراهی عاطفی	آزمایش	پیش‌آزمون: ۱۴/۸۰۰	۱/۶۱۲
		پس‌آزمون: ۱۲/۵۳۳	۰/۷۴۳
	گواه	پیش‌آزمون: ۱۴/۹۳۳	۱/۸۶۹
		پس‌آزمون: ۱۵/۲۰۰	۱/۴۷۳
بعد آمیزش عاطفی	آزمایش	پیش‌آزمون: ۳۱/۴۶۶	۴/۷۷۸
		پس‌آزمون: ۱۰/۰۰۰	۲/۰۳۵
	گواه	پیش‌آزمون: ۲۳/۲۰۰	۳/۶۲۹
		پس‌آزمون: ۲۳/۷۳۳	۲/۵۷۶
بعد کنترل رفتار	آزمایش	پیش‌آزمون: ۲۲/۹۳۳	۲/۵۷۶
		پس‌آزمون: ۱۴/۰۰۰	۳/۴۰۱
	گواه	پیش‌آزمون: ۲۴/۴۶۶	۲/۷۹۹
		پس‌آزمون: ۲۴/۳۳۳	۱/۹۵۱
بعد عملکرد کلی	آزمایش	پیش‌آزمون: ۳۰/۰۰۰	۱/۶۹۰
		پس‌آزمون: ۲۷/۳۳۳	۰/۶۱۷
	گواه	پیش‌آزمون: ۳۰/۶۰۰	۱/۷۲۳
		پس‌آزمون: ۳۰/۶۶۶	۱/۴۴۷

قبل از انجام هرگونه استنباط آماری، اعتبار مدل آماری (معمولی بودن توزیع خطا با استفاده از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف^{۳۳} و یکسانی واریانس‌های خطای بین گروه‌ها با استفاده از آزمون لوین^{۳۴}) در جدول ۳، مورد بررسی قرار گرفته است.

در هر دو آزمون با توجه به این که p مقدار محاسبه شده کمتر از سطح معنی‌داری $0/05$ نیست؛ از این دو فرض عادی بودن توزیع خطای نمره عملکرد خانواده و فرض یکسان بودن واریانس‌های خطای بین گروه‌ها رد نمی‌شوند و در نتیجه تخطی از مدل آماری f صورت نگرفته است و می‌توان تحلیل کوواریانس^{۳۵} را گزارش کرد.

جدول ۳: آزمون‌های لوین و کلموگروف - اسمیرنوف برای اعتبار مدل تحلیل کوواریانس
تأثیر مشاوره گروهی بر عملکرد خانواده

مقدار p	آزمون کلموگروف - اسمیرنوف Z	مقدار p	آزمون لوین f
۰/۶۳۹	۰/۷۴۳	۰/۹۰۳	۰/۰۱۵

نتایج حاصل از اجرای پرسش‌نامه عملکرد خانواده با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. همان‌گونه که نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد؛ تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات پرسش‌نامه عملکرد خانواده در گروه آزمایش چشمگیر و نشان‌دهنده کاهش میانگین نمره پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون نسبت به تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه گواه است.

با توجه به جدول ۴، می‌توان نتیجه گرفت که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌دار عامل بین آزمودنی‌های ($0/973 =$ مجذور اتا و $p < 0/001$ و $F_{27,91} = 959/467$) وجود داشت. بنابراین می‌توان گفت که مشاوره گروهی مبتنی بر نظریه نقش به مادران دانش‌آموزان دیرآموز بر بهبود عملکرد خانواده، در خانواده‌های آنان در مقایسه با گروه گواه معنادار ($p < 0/001$) و مؤثر بوده است.

هم‌چنین تحلیل کوواریانس در خرده‌مقیاس‌های عملکرد خانواده (حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی) نیز معنی‌دار و مؤثر می‌باشد و میزان تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر نظریه نقش $97/3$ درصد بوده است. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود.

به منظور مقایسه میزان تأثیرپذیری مشاوره گروهی مبتنی بر نظریه نقش روی گروه مادران دارای فرزند پسر و گروه مادران دارای فرزند دیرآموز دختر از آزمون t هم‌بسته استفاده شد.

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر میانگین نمره‌های عملکرد خانوادگی پس‌آزمون دو

گروه با گواه میانگین نمره پیش‌آزمون آن‌ها

مقیاس	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	مجذور اتا
مقیاس عملکرد خانواده	پیش‌آزمون	۱۰/۱۲۸۶	۱	۱۰/۱۲۸۶	۵/۴۹۴	۰/۰۲۷	۰/۱۶۹
	گروه	۱۷۶۸۹/۰۳۴	۱	۱۷۶۸۹/۰۳۴	۹۵۹/۴۶۷	۰/۰۰۰	۰/۹۷۳
	خطا	۴۹۷/۷۸۱	۲۷	۱۸/۴۳۶	-	-	-
	کل	۴۸۶۷۰۶/۰۰۰	۳۰	-	-	-	-
بعد حل مشکل	پیش‌آزمون	۰/۱۳۸	۱	۰/۱۳۸	۰/۰۴۲	۰/۸۳۸	۰/۰۰۲
	گروه	۷۱۳/۷۳۷	۱	۷۱۳/۷۳۷	۳۱۹/۶۶۵	۰/۰۰۰	۰/۸۹۱
	خطا	۸۷/۷۲۹	۲۷	۳/۲۴۹	-	-	-
	کل	۵۸۵۶/۰۰۰	۳۰	-	-	-	-
بعد ارتباط	پیش‌آزمون	۲۳/۱۸۳	۱	۲۳/۱۸۳	۲۱/۲۳۰	۰/۰۰۰	۰/۴۴۰
	گروه	۵۰/۷۰۰	۱	۵۰/۷۰۰	۴۶/۴۲۹	۰/۰۰۰	۰/۶۲۲
	خطا	۲۹/۴۸۴	۲۷	۱/۰۹۲	-	-	-
	کل	۶۴۶۹/۰۰۰	۳۰	-	-	-	-
بعد نقش‌ها	پیش‌آزمون	۲۵/۱۶۷	۱	۲۵/۱۶۷	۱۴/۳۴۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴۷
	گروه	۵۲۱/۱۶۲	۱	۵۲۱/۱۶۲	۳۹۷/۰۷۳	۰/۰۰۰	۰/۹۱۷
	خطا	۴۷/۳۶۷	۲۷	۱/۷۵۴	-	-	-
	کل	۱۰۶۵۲/۰۰۰	۳۰	-	-	-	-
بعد همراهی عاطفی	پیش‌آزمون	۱۳/۳۸۸	۱	۱۳/۳۸۸	۱۴/۶۰۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵۱
	گروه	۵۱/۱۶۲	۱	۵۱/۱۶۲	۵۵/۸۳۳	۰/۰۰۰	۰/۶۷۴
	خطا	۲۴/۷۴۵	۲۷	۰/۹۱۶	-	-	-
	کل	۵۸۶۰/۰۰۰	۳۰	-	-	-	-
بعد آمیزش عاطفی	پیش‌آزمون	۵۲/۵۷۳	۱	۵۲/۵۷۳	۱۴/۴۳۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴۸
	گروه	۱۲۴۵/۸۸۸	۱	۱۲۴۵/۸۸۸	۳۴۱/۹۹۸	۰/۰۰۰	۰/۹۲۷
	خطا	۹۸/۳۶۰	۲۷	۳/۶۴۳	-	-	-
	کل	۱۰۱۰۰/۰۰۰	۳۰	-	-	-	-
بعد کنترل رفتار	پیش‌آزمون	۱۲/۱۷۲	۱	۱۲/۱۷۲	۱/۶۱۸	۰/۲۱۴	۰/۰۵۷
	گروه	۶۸۴/۱۲۵	۱	۶۸۴/۱۲۵	۹۰/۹۲۰	۰/۰۰۰	۰/۷۷۱
	خطا	۲۰۲/۱۶۲	۲۷	۷/۵۲۵	-	-	-
	کل	۱۲۰۲۷/۰۰۰	۳۰	-	-	-	-
بعد عملکرد کلی	پیش‌آزمون	۱۱/۰۳۹	۱	۱۱/۰۳۹	۱۲/۵۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱۸
	گروه	۷۰/۳۴۱	۱	۷۰/۳۴۱	۸۰/۳۴۸	۰/۰۰۰	۰/۷۴۸
	خطا	۴۷/۳۶۷	۲۷	۱/۷۵۴	-	-	-
	کل	۱۰۶۵۲/۰۰۰	۳۰	-	-	-	-

همان‌طور که در جدول ۵ آمده با توجه به نقاط بحرانی t، تفاوت بین این دو گروه معنادار است. به عبارت دیگر میزان تأثیر جلسات مشاوره گروهی بر روی دو گروه مادران برای فرزند دیرآموز پسر و دختر متفاوت است ($p < 0/001$). بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید می‌شود.

جدول ۵: نتایج آزمون t هم‌بسته در پس‌آزمون گروه‌های با فرزند دیرآموز پسر و دختر

سطح معنی‌داری	t	درجه آزادی	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	شاخص گروه
۰/۰۰۱	-۲۶/۲۳۳	۲۹	۳/۷۵۴	۹۹/۳۳۳	۱۵	دارای فرزند دیرآموز پسر
			۵/۳۵۶	۱۵۰/۱۳۳	۱۵	دارای فرزند دیرآموز دختر

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، با توجه به مشکلات خانوادگی فراوان کودکان دیرآموز در مدارس ابتدایی عادی، ۳۰ مادر از مدارس ابتدایی تحت اجرای طرح فراگیر آموزش و پرورش استثنایی در شهرستان همدان به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با هم‌تاسازی ویژگی‌های سطح تحصیلات، سن، مدت ازدواج و تعداد فرزندان، در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. تحقیقاتی که در زمینه سازگاری والدین انجام شده نشان داده است که سازگاری مادران کمتر از پدران است و مادران دارای سطوح تنش بیشتری نسبت به پدران هستند (ایلالی، ۱۳۷۶ و نظری، ۱۳۸۴)، بنابراین اجرای مداخلات آموزشی روی مادران می‌تواند بر عملکرد خانواده مؤثر باشد. کوهسالی، میرزمانی، کریملو و میرزمانی (۱۳۷۸) نیز معتقد هستند که پرداختن به وضعیت سلامت روانی مادران نقش اساسی در عملکرد خانواده دارد. هم‌چنین دسترسی به مادران و همکاری آن‌ها در مداخلات درمانی و نیز تأثیرگذاری آن‌ها بر خانواده نیز، قابل توجه است. مادران در گروه آزمایش، ۱۰ جلسه مشاوره گروهی، مبتنی بر نظریه نقش دریافت کردند. در این جلسات، علاوه بر آموزش مفاهیم کاربردی نظریه نقش، از فنون مختلف این نظریه مانند اغراق در نقش‌ها، حذف کردن نقش‌ها، کشف روابط سلسله‌مراتبی بین نقش‌های یک فرد، توصیف نقش‌ها برای تغییر و نقش ایده‌آل استفاده شد. پس از اجرای پس‌آزمون، به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی برای مادران گروه گواه نیز، ۲ جلسه راهنمایی گروهی برگزار شد. با توجه به برگشت تعدادی از نشانه‌ها در گروه آزمایش پس از سه ماه، چهار جلسه آموزش خانواده به منظور پیگیری و بهبود روابط زناشویی اجرا شد.

با درنظر گرفتن یافته‌های پژوهش در به کارگیری پرسش‌نامه عملکرد خانواده به عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و گواه و معنادار بودن نمره این پرسش‌نامه در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، می‌توان نتیجه گرفت که مفاهیم نظریه نقش کاربردی بوده و قابل آموزش به خانواده‌های مبتلا به مشکلات خاص مانند داشتن یک کودک ناتوان می‌باشد. پارادون (۱۹۹۴) هم مطابق با نتایج این پژوهش، اظهار می‌دارد؛ مشاوره و آموزش‌های گروهی می‌تواند به والدین دارای کودک ناتوان، کمک کند تا احساسات منفی خود را در مسیر صحیح قرار دهند؛ به گونه‌ای که موجب تعاملات سازنده شوند. بدین ترتیب آنان می‌آموزند که چه منابعی را برای کمک به کودک ناتوان خود نیاز دارند و چگونه می‌توانند این منابع را به دست آورند. هم‌چنین به راه‌های ابراز

احساسات خود و بهبود روابط زناشویی‌شان به‌گونه‌ای مؤثرتر دست می‌یابند. بهنیا (۱۳۷۵) نیز معتقد است؛ وجود یک کودک ناتوان هوشی به سبب وجود مشکلات ویژه خود و فشارهای روانی وارده از سوی اجتماع به خانواده می‌تواند سلامت خانواده را دچار مشکل نموده و خطر عملکرد نادرست خانواده را افزایش دهد. این پژوهش توانست با به‌کارگیری مفاهیم کاربردی نظریه نقش برای اولین بار در ایران، عملکرد خانواده‌های دارای فرزند دیرآموز را بهبود بخشد؛ که با نتایج پژوهش‌های مثنو، ثنیا، بروگ، ردی، کری، کارن و دانیل (۲۰۱۳) و بوگلز و برچمن (۲۰۰۶) نیز در کاربرد مداخلات درمانی برای بهبود عملکرد خانواده با این پژوهش هم‌سوست. این پژوهش نشان داد که مشاوره گروهی، می‌تواند عملکرد خانواده‌های دارای مشکل را بهبود دهد که با نتایج پژوهش‌های فرزانه‌خو، یارمحمدیان و مولوی (۱۳۸۸)، امیری، افروز، مال‌احمدی، جوادی و نوراللهی (۱۳۸۹)، کاوه، علیزاده، دلاور و برجلی (۱۳۹۰) و مجردکاهانی و قنبری هاشم‌آبادی (۱۳۹۰) مطابق است. اما نتایج این پژوهش با پژوهش رقیبی، بخشایی و حسین‌آبادی (۱۳۸۳) مبنی بر عدم معناداری تفاوت سازگاری روانی مادران کودکان دیرآموز و کودکان عادی غیرمنطبق است. هم‌چنین در این پژوهش مشخص شد که میزان تأثیر جلسات آموزش نظریه نقش در دو گروه مادران دارای فرزند دیرآموز پسر و دختر تفاوت داشته است؛ که نتایج پژوهش‌های ملک‌پور، فراهانی، آقایی و بهرامی (۱۳۸۵) و گرامی (۱۳۸۳) با این نتیجه متفاوت است.

بارکر (۱۹۸۶) و اپشتاین، گیلبرگ و چریستوفر (۲۰۰۱) نیز براین باورند که ارتباط عامل معتبری برای ارزیابی عملکرد خانواده است. ارتباط دوسویه در نقش نیز مهم‌ترین مفهومی است که در این نظریه منتقل می‌گردد. مهم‌ترین مشکل نیز پس از تولد یک کودک ناتوان در خانواده، از بین رفتن یا سست شدن بخش‌هایی از شبکه نقش‌ها می‌باشد. در این شرایط، نظریه نقش با فنون کاربردی به یاری خانواده شتافته و ضمن توصیف وظایف نقش‌های خانواده و کشف سلسله‌مراتب آن‌ها، وظایف متعارض و متکامل هر نقش را شناسایی می‌کند. در این صورت اعضای خانواده با دید گسترده‌تری مشکلات نقشی خود را حل و فصل می‌نمایند. نظریه نقش به اعضای خانواده خصوصاً مادر، کمک می‌کند تا اغراق‌نمایی نقش مادری خود برای فرزند ناتوانش را کشف و با تجربه حذف این نقش، فرصتی بیابد تا به نقش‌های ایده‌آل خود برای همسری، زن بودن و دیگر نقش‌های خود دست یابد. تشریح کامل نقش‌ها به زن و شوهر این فرصت را می‌دهد تا کاستی‌های نقش همسری خود را بیابند و در جست‌وجوی راهکارهایی برای بهبود روابط زناشویی خود باشند و در نهایت افراد با استفاده از فنون این نظریه، مفهوم رضایت از نقش را به‌طور کامل درک کرده و به صورت خودکفا قادر می‌شوند، فعالیت‌هایی را انجام دهند تا به رضایت از نقش‌های مختلف خود دست یابند. این موضوع به هر یک از اعضای خانواده فرصت می‌دهد تا به جای فدای نقش‌ها در قبال فرزند ناتوان، نقش‌های دیگر خود را نیز نجات دهند. ویزمن (۲۰۰۵) نیز هم‌جهت با این پژوهش، پی برد که انسجام و پیوستگی در خانواده و درک اعضا، از خود و نقش‌هایشان به عنوان یک واحد، با سلامت

هیجانی کلی اعضای خانواده همبستگی و رابطه دارد؛ به طوری که آن‌ها تنیدگی، اضطراب و افسردگی پایین‌تری را گزارش می‌کنند. با بررسی‌های انجام شده، تاکنون مداخله‌های اندکی مبتنی بر این نظریه و فنون معرفی شده در این پژوهش، انجام شده است و متأسفانه پژوهشی که کاربرد این نظریه در مشاوره و خانواده‌درمانی را به اثبات برساند؛ یافت نشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، کم بودن تعداد افراد نمونه در دو گروه است (۱۵ نفر در هر گروه) که تا اندازه‌ای تعمیم‌پذیری نتایج را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با این حال باید اشاره کرد که امکان انتخاب افراد نمونه بیشتر در شرایط پژوهشی حاضر امکان نداشت. محدودیت‌های دیگر این پژوهش عدم وجود یا عدم دسترسی پژوهشگران به مداخلات مشاوره‌ای در زمینه نظریه نقش و همچنین عدم همکاری و دسترسی به اعضای دیگر خانواده به خصوص پدران در جلسات مشاوره گروهی می‌باشد. همچنین نداشتن همکاری مناسب تعدادی از مادران و عدم شرکت مرتب و به موقع آنان در جلسات، از دیگر مشکلاتی بود که محققان را دچار مشکل می‌کرد. به کارگیری این نظریه در این پژوهش نشان داد که با توجه به خودکفاگر بودن این نظریه، استفاده مناسب از فنون آن برای افراد با بهره‌جویی و تحصیلات بالا مؤثرتر است و این افراد توانایی بهره‌گیری مناسب‌تری از آن را دارند. بنابراین بهتر است در پژوهش‌های آینده، از این افراد برای مداخله استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات بعدی، مداخلات گروهی و فردی بیشتری مبتنی بر نظریه نقش انجام و در جلسات گروهی از دو گروه پدران و مادران استفاده گردد.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. Inclusive Education | 21. Network of roles |
| 2. Family function | 22. Demayr |
| 3. Family Disfunction | 23. Family Assessment Device (FAD) |
| 4. Howl | 24. Displacement of role |
| 5. Freud | 25. Playing role |
| 6. yung | 26. Exaggerating role |
| 7. Sullivan | 27. Eliminating roles |
| 8. Allport | 28. Explore the hierarchical relations between a person's roles |
| 9. Kelly | 29. Describing roles for changing |
| 10. Levine | 30. Using ideal Roles |
| 11. Parsons | 31. Discovery of the hierarchy of roles |
| 12. Ackerman | 32. Ambiguity role |
| 13. Mutual role | 33. Kolmogorov-smirnov test |
| 14. Thomas Law | 34. Levene's Test |
| 15. Take the role | 35. Analysis of covariance |
| 16. Efficiency of role | |
| 17. Cancel of role | |
| 18. Satisfaction of roles | |
| 19. Ideal roles | |
| 20. My ideal | |

منابع

- ایلالی، ا. (۱۳۷۶). بررسی نسبت سازگاری والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی در رابطه با عوامل تنش‌زا در مدارس استثنایی شهر ساری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تهران.
- امیری، م.، افروز، غ.، مال‌احمدی، ا.، جوادی، س. و نوراللهی، ف. (۱۳۸۹). «بررسی سلامت روانی و استرس والدگری در میان والدین کودکان کم‌توان ذهنی»، *مجله علوم رفتاری*، ۴ (۴)، ۲۶۸-۲۶۱.
- اکبری‌بیاتانی، ع.، پورمحمدرضای تجربی، م.، گنجعلی‌وند، ن.، میرزمانی، م. و صالحی، م. (۱۳۹۰). «ارتباط شبکه اجتماعی با کیفیت زندگی در والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر»، *فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی*، ۲، ۱۷۴-۱۶۳.
- بخاریان، ح. (۱۳۸۱). *بررسی ارتباط بین رضایت از زندگی زناشویی و بیماری‌های قلبی و عروقی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.
- بهنیا، ف. (۱۳۷۵). *بررسی اختلال رفتاری کودک و ارتباط آن با اضطراب مادر*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران.
- بهنیا، ف. (۱۳۸۱). «بررسی کیفی اختلال‌های رفتاری دانش‌آموزان ارجاعی به کلینیک کاردرمانی»، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۷ (۴)، ۶۷-۷۲.
- رهنما، ا. و غلامی‌مهرداد، ع. (۱۳۸۳). «بررسی وضعیت بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان دیرآموز و عادی در مدارس استان همدان». *ماهنامه علمی - پژوهشی دانشور* (دانشگاه شاهد)، ۹، ۴۸-۳۵.
- رقیبی، م.، بخشایی، ن. و حسین‌آبادی، ف. (۱۳۸۳). «سازگاری روانی مادران کودکان مرزی و مادران کودکان عادی»، *مجله تازه‌های روان‌درمانی (هیپنوتیزم)*، ۳۱ و ۳۲، ۱۳۷-۱۲۰.
- رصافیانی، م.، پورمحمدرضای تجربی، م.، همتی، س.، دادخواه، ا.، صحاف، ر.، جلیل‌آکنار، س.، عاشوری، م.، حاجی‌زاده دامغانی، ر. (۱۳۹۱). «آموزش خانواده به خانواده: مبنای نظری و نمونه کاربردی خانواده‌داری کودکان سندرم داون»، *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۸ (۳۰)، ۱۸۹-۱۷۳.
- رحیمی‌نژاد، ع.، پاک‌نژاد، م. (۱۳۹۳). «رابطه عملکرد خانواده و نیازهای روان‌شناختی با سلامت روانی نوجوانان»، *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۰ (۳۷)، ۱۱۲-۹۹.
- سلیمانی، م.، به‌پژوه، ا. و افروز، غ. (۱۳۸۸). «تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سازگاری اجتماعی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دیرآموز»، *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۹۵ و ۹۶، ۱۷۱-۱۶۰.
- سیف‌نراقی، م. و نادری، ع. (۱۳۸۷). آموزش و پرورش کودکان استثنایی (رشته علوم تربیتی)، چاپ دوازدهم تهران: دانشگاه پیام نور.
- ساعتچی، م.، کامکاری، ک. و عسگریان، م. (۱۳۸۹). *آزمون‌های روان‌شناختی*، چاپ اول، تهران: نشر ویرایش.
- شکوهی‌یکتا، م.، به‌پژوه، ا.، غباری‌بناب، ب.، زمانی، ن. و پرند، ا. (۱۳۸۷). *تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت خشم مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و دیرآموز*، *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۸ (۴)، ۳۶۹-۳۵۸.
- فرزانه‌خو، م.، یارمحمدیان، ا. و مولوی، ح. (۱۳۸۸). *تأثیر عملکرد کلی خانواده بر وضعیت هویت دانش‌آموزان*، *مجله علوم رفتاری*، ۳ (۲)، ۱۶۶-۱۵۱.
- فورسایت، د. (۱۳۸۴). *پویایی گروه*، (ترجمه جعفر نجفی‌زند و حسن پاشاشریفی)، چاپ دوم، تهران: نشر دوران.
- کاوه، م.، علیزاده، ح.، دلاور، ع. و برجعلی، ا. (۱۳۹۰). «تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی خفیف»، *فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی*، ۲، ۱۴۰-۱۱۹.

- کوهسالی، م.، میرزمانی، م.، کریملو، م. و میرزمانی، م. (۱۳۸۷). «مقایسه سازگاری اجتماعی مادران با و بدون فرزند دختر عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر»، مجله علوم رفتاری، ۲ (۲)، ۱۷۲-۱۶۵.
- گرامی، ا. (۱۳۸۳). بررسی تأثیر آموزش آرمیدگی بر کاهش فشار روانی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی تربیت‌پذیر، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (واحد خوراسگان).
- ماری، آ. و اسپنله، ر. (۱۳۷۲). مفهوم نقش در روان‌شناسی اجتماعی، چاپ اول، (ترجمه ابوالحسن سروقدمقدم)، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- مینوچین، س. (۱۳۸۹). خانواده و خانواده‌درمانی، چاپ هفتم، (ترجمه باقر ثنائی)، تهران: انتشارات امیرکبیر.
- منصف‌زاده تبریزی، م. (۱۳۷۷). بررسی و مقایسه واکنش مادران عقب‌مانده ذهنی و مادران کودکان عادی در پذیرش یا عدم پذیرش فرزند پسر خود در مدارس ابتدایی شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- محمدی، ک. (۱۳۸۰). بررسی ویژگی‌های مؤثر در نگهداری از کودک عقب‌مانده ذهنی در خانه یا سپردن او به مراکز بهزیستی شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ملک‌پور، م.، فراهانی، ح.، آقایی، ا. و بهرامی، ب. (۱۳۸۵). «تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش فشار روانی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی و عادی»، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۲، ۶۷۶-۶۶۱.
- محسنی، م. (۱۳۷۹). مقدمات جامعه‌شناسی، چاپ پنجم، تهران: نشر دوران.
- مجردکاهانی، ا. و قنبری هاشم‌آبادی، ب. (۱۳۹۰). «ارزیابی اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلالات خلقی»، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳، ۴۱۲-۳۹۹.
- نظری، ش. (۱۳۸۴). بررسی نظر والدین کودکان مصروع نسبت به عوامل تنش‌زا و میزان سازگاری آنان با این عوامل در مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی منتخب شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته پرستاری، دانشگاه تهران.
- نوروزی، م. (۱۳۷۷). بررسی تأثیر عملکرد خانواده در ابتلاء به اختلال روانی نوجوانان گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال در شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- ویسمه، ع. (۱۳۸۴). رابطه برخی عوامل با نگرش معلمان نسبت به آموزش تلفیقی دانش‌آموزان دیرآموز در مدارس تلفیقی، فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱۸، ۴۶۴-۴۵۱.
- هی‌لی، ج. (۱۳۸۶). روان‌درمانی خانواده، چاپ دهم، (ترجمه باقر ثنائی)، تهران: انتشارات امیرکبیر.

- Ballard, C. (1979). Conflict, continuity and change: Second-generation of South Asians. In V.S Khan (Ed.) *Minority families in Britain: Support and stress*. London: MacMillan Press.
- Barker, P. (1986). *Basic family therapy*, London: Williams Collins Sons & Co.Ltd.
- Becker, T., Leese, M., Clarkson, P., Taylor, R.E., Turner, D., Kleckham, J., Thornicroft, G. (1998). "Links between social networks and quality of life: an epidemiologically representative study of psychotic patients in South London", *Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 7, 299-304.
- Bögels S. M, Brechman-Toussaint M. (2006). "Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs", *Clinical Psychology Review*, 26 (7), 834-856.
- Epshtein, M. D., and Gillberg, Christopher, M. D. (2001), *The Family Background in Nervosa. A Publication Study*.

- Epstein, N. B. Bishop, D. S. & Levin, S. (1978). "The McMaster model of family functioning", *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4, 19-31.
- Eisenberg, N. & Fabes, R. A. (2010). "Contemporaneous and longitudinal prediction of children sympathy from dispositional regulation and emotionality". *Developmental Psychology*, 34, 910-924.
- Kazak, A. N., Wilcox, B. L. (1984). "The structure and function of social networks in families with handicapped children". *American Journal of Community Psychology*, 12, 645-661.
- Mc Conkey, R., Truesdale-Kennedy, M., Chang, M. Y., Jarrah, S. & Shukri, R. (2008). "The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study". *International Journal of Nursing Studies*, 45, 65-74.
- Mugno, D., Ruta, L., Genitori, V., Mazzone, L. (2007). "Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder", *Health Quality Life Outcomes*, 5, 22-30.
- Matthew E. Y, Thania G., Brooke L. Reidy, M. F.P., Kerri L. K, Karen S, Daniel P. D (2013). "Family functioning Deficits in bipolar disorder and ADHD in youth", *Journal of Affective Disorders*, Available online 22 May 2013.
- Person, J, Carol, J (1991). "Family communication and health". Paper presented at the Annual Meeting of the International communication, 23-27 May, 27.
- Pardon, F. J. (1994). "Psychotherapeutic issues with family members of persons with disabilities". *American Journal of Psychotherapy*; 48, 195-207.
- Saxton L. (1969), *The Individual and the Marriage and the family*, college of San Mateo, United States of America, California: Wadsworth Publishing Company.
- Weisman A. (2005). "Integrating culturally based approaches with existing interventions for Hispanic/Latino families coping with schizophrenia". *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(2), 97-178.