

کشف آسیب‌های زیرمنظومه خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و بررسی اثربخشی درمان رابطه والد- فرزند بر مشکلات کشف شده و توانمندسازی این خانواده‌ها، یک مطالعه ی ترکیبی

آرمان عزیززی^۱، مریم فاتحی زاده^۲، سید احمد احمدی^۳، رضوان السادات جزایری^۴، امید
عیسی نژاد^۵

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۴/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۹/۱۸

چکیده

هدف پژوهش حاضر کشف آسیب‌های زیرمنظومه‌های زوجی، والدینی و همشیرها در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و بررسی اثربخشی درمان رابطه‌ی والد- فرزند بر مشکلات کشف شده و توانمندسازی این خانواده‌هاست. این پژوهش از نوع ترکیبی (کیفی- کمی) است. قسمت اول پژوهش به صورت کیفی است که با روش پدیدارشناسی انجام شده است. نمونه این قسمت شامل ۱۶ خانواده (۲۷ عضو) بودند که تجربه دست‌اولی از پدیده‌ی مورد مطالعه را داشته‌اند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته بود که با روش کلایزی تحلیل گردید. در قسمت دوم پژوهش ۴ نفر از والدین (۲ نفر مادر و ۲ نفر پدر) به صورت هدفمند انتخاب گردید و به صورت روش مورد منفرد مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های بخش کیفی شامل کشف آسیب‌های سه زیرمنظومه‌ی خانواده و تدوین پرسشنامه‌ی خانواده ADHD محور بود که شامل ۷۷ سوال با روایی و پایایی مناسب بود. یافته‌های بخش کمی هم شامل اثربخشی معنادار درمان رابطه والد- فرزند بر توانمندی خانواده و مشکلات کشف شده خانواده ADHD محور بود. نتایج نشان داد که آسیب‌های کودک بیش‌فعال نه تنها بر تک تک اعضای خانواده تأثیر منفی می‌

۱. دانشجوی دکتری رشته مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. دانشیار رشته مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول) m.Fatehizade@edu.ui.ac.ir

۳. استاد رشته مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۴. استادیار رشته مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۵. استادیار رشته مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

گذارد بلکه نظام خانوادگی را نیز به چالش می‌کشد و نیاز جدی این خانواده‌ها را به حمایت، نظارت، درمان و آموزش جامع را تأیید می‌کند.

واژگان کلیدی: اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، آسیب، زیرمنظومه‌های خانواده، مورد منفرد، پژوهش ترکیبی

مقدمه

یکی از مسائل مهم خانواده‌ها، داشتن فرزند دارای اختلال است. اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۱ از شایع‌ترین اختلالات روانشناختی در کودکان است (قاسم‌پور و مظاهریان، ۱۳۹۴). در حال حاضر این اختلال مسئله مهمی در بهداشت روانی جامعه محسوب می‌شود و تشخیص آن از سال ۱۹۹۰ به طور چشمگیری افزایش یافته است (ناس و لونتال^۲، ۲۰۱۱). برای این اختلال سه طبقه در نظر گرفته شده است و شامل نوع عمدتاً بی‌توجه، نوع عمدتاً تکانشگر و نوع مرکب می‌باشد (کوگان، بایرد، پوپا- و گنر و تام^۳، ۲۰۱۶). این اختلال بر کودکان، خانواده‌ها و جامعه تأثیر منفی می‌گذارد (حامد، کویر و استیون^۴، ۲۰۱۵). بنابراین مشکلات رفتاری این کودکان می‌تواند واکنش‌هایی در اعضای خانواده ایجاد کرده و از این طریق بر ساختار و عملکردهای خانواده تأثیر بگذارد. در رابطه با کودکان ADHD مطالعه خانواده‌ها و الگوهای رفتاری والدینشان اهمیت به‌سزایی دارد. مطابق گزارش والدین، دامنه‌ی زیادی از فعالیت‌های روزانه و اغلب روابط خانواده (والد - کودک، زوجین و همشیرها با همدیگر) در طی روز تحت تأثیر رفتارهای این کودکان می‌باشد (کوگیل، سوتولو، آیسون، پرس، لیندبک^۵ و همکاران، ۲۰۰۸). خانواده‌هایی که دارای کودکان مبتلا به اختلال ADHD هستند نسبت به سایر خانواده‌ها ممکن است چالش‌های متفاوتی داشته باشند مانند تعارضات بین فردی که به طور کلی در این خانواده‌ها زیاد مشاهده شده است (هاروی، متکالف، هربرت و فانتون^۶، ۲۰۱۱). شناسایی مشکلات این خانواده‌ها به خصوص زیرمنظومه‌های زوجی، والدینی و همشیرها از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است.

1. Attention deficit hyperactivity disorder
2. Nass & Leventhal
3. Cooga, Baird, Popa-Wagner & Tome
4. Hamed, A.M.; Kauer, A.J.; Stevens, H.E
5. Coghill, Soutullo, Aubuisson, Preuss, Lindback
- 6a Harvey, Metcalfe, Herbert, Fanton

پیشینه‌های پژوهشی به‌صراحت نشان داده است که این کودکان فضای خانوادگی و روابط زناشویی والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهند (شکوهی‌یکتا و زمانی، ۱۳۸۷). بررسی تعامل‌های این کودکان نشان‌دهنده آن است که رفتار کودک به‌عنوان یک محرک تنش‌زا عمل می‌کند و می‌تواند به ایجاد احساس ناکامی، خشم، نادیده گرفته شدن و خجالت در خواهر، برادرها و والدین (میکامی و پفیفرن^۱، ۲۰۰۸)، افسردگی، اضطراب و محدود شدن نقش والدینی، احساس عدم کفایت در تربیت فرزند، دلبستگی ضعیف عاطفی بین کودک و والد، بالا رفتن سطح تنیدگی در خانواده، بالاتر رفتن میزان طلاق و از هم گسیختگی روابط خانوادگی منجر شود (هوش‌ور، خوشابی، میرزایی و رهگذر، ۱۳۸۸). بنابراین، این اختلال نه تنها بر فرد، بلکه نظام یکپارچه و گسترده‌تر خانواده (ساندرز، بور و موراسک^۲، ۲۰۰۷) و توانمندی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

یکی از مفاهیمی که می‌تواند به‌عنوان منبع روانی و حمایتی در مراقبت از کودکان مبتلا به ناتوانی‌های پیشرفته به حساب آید، توانمندی خانواده است (خلوتی، نافع و سلطانی، ۱۳۹۳). توانمندی خانواده فرایندی پویا، مثبت، تعاملی و اجتماعی است که در ارتباط با دیگران شکل می‌گیرد و نگرش، دانش و رفتار خانواده را در حوزه ارتباط با فرزند، سیستم خدمات و جامعه شرح می‌دهد (والین و ایدوال^۳، ۲۰۰۶). توانمندی خانواده فرایندی است که طی آن خانواده، دانش و مهارت‌هایی را جهت مدیریت مطلوب زندگی کسب می‌کند و در نتیجه سبک زندگی و کیفیت زندگی اعضای خانواده ارتقاء می‌یابد (سوبندی^۴، ۲۰۱۳). این نوع از توانمندی که از تعامل بین متخصصان سلامت و خانواده‌ها حاصل می‌شود، باعث به وجود آمدن احساس کنترل بر زندگی خانواده می‌شود و منجر به تغییراتی می‌شود که قدرت، توانایی و مهارت‌های خانواده را بهبود می‌بخشد (لاریتسن، کوکرو^۵، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها نشان داده است که توانمندی خانواده و دریافت خدمات خانواده محور بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان تأثیر دارند (گراوز و شلتون^۶، ۲۰۰۷). برای مثال پژوهش ویس، کاپادوکیا،

-
1. Mikami & Pfiffner
 2. Sanders, Bor & Morawsk
 3. Wahlin & Idvall
 4. Subandi
 5. Lauritsen & Kokckrow
 - .. Graves & Shelton

مکمولین، ویسیلی و لانسکای^۱ (۲۰۱۲) نشان داد که هر چه توانمندی والدین بیشتر باشد، مشکلات روانی مربوط به داشتن کودک دارای اختلال در آنها کمتر خواهد بود.

در تحقیق موین، هال لورد و هدلین^۲ (۲۰۱۴) و اریکا، وان جویس، کیلی و جولیا^۳ (۲۰۱۶) که به بررسی دنیای پدیداری خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال ADHD پرداخته بودند، نشان داد که این خانواده‌ها به شدت در معرض آسیب‌های جانبی قرار دارند و باید نیازها و مشکلات این خانواده‌ها شناسایی شود و یک رویکرد متمرکز بر خانواده برای درمان این خانواده‌ها تدوین شود تا با مراقبت و نگهداری از این خانواده‌ها باعث ارتقای سلامت روان و بهزیستی والدین، فرزندان و خانواده شود. همچنین دانیل، والرِس، فوگلمن و روسن^۴ (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان دادند که خانواده‌هایی که فرزندان مبتلا به اختلال ADHD دارند، فرزندان آنها دارای هیجان منفی بیشتری هستند و این هیجان منفی پیش‌بینی‌کننده آزار، اذیت و استرس روزانه برای والدین و رابطه زوجی می‌باشد.

روابط همشیرها در خانواده‌های دارای کودکان ADHD نیز آسیب‌پذیر است. در پژوهش کینگ، الکساندر و سیبی^۵ (۲۰۱۶) که به بررسی ادراک همشیرها از اختلال ADHD همشیرشان پرداخته بود، همشیرها نشان دادند که درک و احساس منفی از این وضعیت دارند و به صورت منفی تحت تأثیر قرار گرفته‌اند. بنابراین به کار بردن درمان‌های مناسب نیاز ضروری این خانواده‌ها می‌باشد.

یکی از روش‌هایی که در گستره تلاش‌های درمانگران در مورد کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد، درمان مبتنی بر رابطه والد - کودک (CPRT^۶) است. از آنجا که والدین از ارتباط عاطفی قوی با کودک برخوردارند، آنچه درمانگران در واقع فاقد آن هستند، به احتمال زیاد این ارتباط طبیعی و ذاتی موجود بین والد و کودک، کلید اثر بخشی بالا و نتایج پایای درمانی در روش آموزشی مبتنی بر رابطه والد - کودک است (براتون، ۲۰۰۶). مطالعه‌ای که توسط توفام، وامپلر و تیتس^۷ (۲۰۱۱) انجام شده، حاکی از اثربخشی بالای این

-
- b. Weiss, Cappadocia, MacMullin, Viecili & Lunsky
 2. Moen, Hall-Lord & Hedelin
 3. Erica, Wan Joyce, Kelly, Julia
 4. Danielle, Walerius, Fogleman, Rosen
 5. King, Alexander, Seabi
 6. Child Parent Relationship Therapy
 7. Topham, Wampler, Titus

روش در والدین دچار تنیدگی و کودکان دارای مشکلات عاطفی و هیجانی است. این روش به کاربرد مهارت‌های بازی درمانی از جانب والدین اشاره دارد که علاوه بر استفاده از والدین به عنوان جانشین درمانگر، سبب قدرت بخشیدن به والدین و کاهش احساس گناه و ناامیدی در آن‌ها می‌شود و نسبت به زمانی که صرفاً درمانگر با کودک کار می‌کند، همکاری و تعامل درمانی بیشتری به همراه خواهد آورد. تمرکز درمان مبتنی بر رابطه والد - کودک بر بهبود رابطه والد - کودک، خود درونی کودک و توانایی‌های بالقوه او برای شدن است و عمده اهداف برای والدین عبارتند از: درک و پذیرش جهان عاطفی کودک، کسب نگرشی واقع بینانه و صبورانه نسبت به خود و کودک، افزایش بینش و آگاهی والدین نسبت به خود در ارتباط با کودک، تغییر ادراکات والدین از رفتارهای کودک، یادگیری مهارت‌های بازی درمانی کودک محور و چگونگی ایجاد جوی غیر قضاوتی، پذیرنده و همراه با درک متقابل برای کودک و نهایتاً کمک به والدین جهت لذت بردن از ایفای نقش والدینی. (براتون، ۲۰۰۶، به نقل از عزیزی، کریمی پور، رحمانی و ویسی، ۱۳۹۵).

نتایج پژوهش کیدرون و لندرت^۱ (۲۰۱۰) نشان داد که روش CPRT نه تنها سطح تنیدگی والدینی را کاهش می‌دهد بلکه منجر به تعاملات همدلانه والدین با کودکان و پذیرش بیشتر آن‌ها می‌شود. استفاده از مهارت‌های این درمان توسط والدین موجب ایجاد احساس ایمنی و رشد منبع کنترل درونی کودکان می‌شود (لندرت و براتون^۲، ۲۰۰۶). پژوهش موسوی، جمالی، نجاتی و شریفی (۱۳۹۵) نشان داد که درمان مذکور، مهارت‌های کلی فرزندپروری مادران را افزایش می‌دهد. همچنین عزیزی و همکاران (۱۳۹۵) به این نتیجه رسیدند که این درمان بر کارکرد خانواده اثر معناداری دارد که با نتایج پژوهش کورنت^۳ و براتون (۲۰۱۴) همسو می‌باشد.

تا کنون آسیب‌های سه زیر منظومه زوجی، والدینی و همشیرها در خانواده‌های دارای کودک بیش فعال مورد بررسی قرار نگرفته است و از آنجایی که حل نشدن مشکلات این خانواده‌ها و زیرمنظومه‌های آن بر ساختار و عملکرد خانواده تأثیر می‌گذارد و ممکن است خانواده را به مسیرهای پرتلاطمی مانند طلاق بکشاند و همچنین روابط خانوادگی را نابسامان‌تر کند، لزوم انجام پژوهش‌هایی در جهت کمک به این گروه از کودکان و در کنار

-
1. Kidron & Landreth
 2. Landreth & Bratton
 3. Cornett

آن کمک به خانواده‌ها در جهت ارتقاء و افزایش توانمندی آنها در مقابله با مشکلات فردی و خانوادگی ناشی از وجود کودک بیش‌فعال در خانواده، ضروری به نظر می‌رسد. همچنین تأثیر درمان رابطه والد-فرزند بر مشکلات زیرمنظومه‌های خانواده و توانمندی آنها در پیشینه مورد بررسی قرار نگرفته است. لذا با توجه به خلأ پژوهشی موجود هدف پژوهش حاضر کشف آسیب‌های زیرمنظومه خانوادگی دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و بررسی اثربخشی درمان رابطه والد-فرزند بر مشکلات کشف شده و توانمندسازی این خانواده‌ها می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع ترکیبی (کیفی- کمی) است. قسمت اول پژوهش به صورت کیفی است که با روش پدیدارشناسی^۱ انجام شده است. جامعه آماری این قسمت شامل کلیه خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال ADHD بود که به مراکز مشاوره یا روانپزشکی شهر سنج در سال ۹۶ رجوع کرده بودند و اختلال ADHD آنها توسط روانپزشک تأیید شده بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و شامل ۱۶ خانواده بودند که تجربه دست‌اولی از پدیده‌ی مورد مطالعه را داشته‌اند. این تعداد برمبنای اشباع داده‌ها تا زمانی ادامه یافت که احساس شد اطلاعات جدید حاصل نمی‌شود و مطالعه به یک اشباع نظری رسیده است. تعداد افراد نمونه تا رسیدن به حد اشباع، ۲۷ نفر بود که شامل ۱۲ نفر مادر، ۸ نفر پدر و ۷ نفر همشیر کودک ADHD بودند. (بخاطر سن پایین بعضی از همشیرها در بعضی از خانواده‌ها، اطلاعات مربوط به این قسمت را از والدین به دست آمد).

مصاحبه‌ها با روش پدیدارشناسی از بین خانواده‌هایی که واجد ملاک‌های ورود بودند با روش پدیدارشناسی انجام شد چراکه در مطالعات فنومنولوژیک منبع اصلی اطلاعات، گفتگوی عمیق و ژرف پژوهشگر و مشارکت کنندگان است (برایتن^۲، ۱۹۹۵).

ملاک‌های ورود به نمونه عبارت است از اینکه خانواده‌ها دارای حداقل دو فرزند که یکی از آنها مبتلا به اختلال ADHD با سن بالاتر از ۳ سال باشند، خانواده‌ها تک‌والدی نباشند و یا سابقه طلاق نداشته باشند، عدم ابتلا به سوء مصرف مواد والدین، عدم شرکت

1. Phenomenological
2. Britten

خانواده‌ها در دوره‌های مشاوره خانواده به صورت همزمان، عدم ابتلا کودک مبتلا به اختلال ADHD به اختلال‌های همزمان دیگر و عدم ابتلای والدین به اختلال روانی شدید.

داده‌های جمعیت شناختی نمونه نشان می‌دهد که میانگین سن پدران در این پژوهش ۳۴/۱۲ سال، مادران ۳۱/۴۱ و همشیرها ۱۳/۳۵ سال بوده است. همچنین ۵۵/۵۵ درصد از والدین شرکت کننده در این پژوهش مؤنث و ۴۴/۴۵ درصد مذکر بودند. از لحاظ تحصیلات والدین، ۲۰ درصد زیر دیپلم، ۱۰ درصد دیپلم، ۴۰ درصد لیسانس و ۳۰ درصد نیز فوق لیسانس و بالاتر بودند و تمام همشیرها محصل مدرسه‌ای بودند.

ابزار و فنون گردآوری داده‌ها برای این قسمت تحقیق عمدتاً مصاحبه‌ی عمیق و مشاهده-ی مشارکتی است. این مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته (قبلاً سوالات آن به صورت تستی و بازپاسخ با توجه به اطلاعات به دست آمده از متون، روانپزشکان، روانشناسان و مشاوران تدوین شده بود) با استفاده از رویکرد کیفی پدیدارشناسی با سوالات کلی و جزئی در مورد شرایط خانواده و تجارب آنها و زیر منظومه‌های زوجی، والدینی و همشیرها تا حد اشباع مقوله ادامه یافت.

با اجازه گرفتن از شرکت کنندگان کل مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط و بلافاصله پس از ضبط کلمه به کلمه نوشته شد. پس از نوشتن مصاحبه‌ها از روش مقبولیت داده‌ها^۱ با مرور دست نوشته‌ها توسط مشارکت کنندگان جهت رفع هرگونه ابهام در کدگذاری داده‌ها استفاده شد. برای این منظور، پژوهشگر قسمت‌هایی از مصاحبه و کدگذاری‌ها را در اختیار خانواده‌ها و متخصصین قرار داد تا به مفاهیم یکسان در رابطه با گفته‌های آنان دست یابد.

همچنین از اشباع داده‌ها نیز برای بالابردن اعتبار استفاده شد. سپس کارشناسان و اساتید برجسته دانشگاه در حوزه‌ی پدیدارشناسی روش و داده‌های جمع آوری شده و کدگذاری شده را تأیید کردند. پژوهشگر با جمع آوری سیستماتیک داده‌ها و با رعایت بی طرفی، توافق اعضا روی مصاحبه‌ها، کدها و دسته بندی کدهای مشابه و طبقات برای مقایسه بین آنچه که محقق برداشت نموده با آنچه که منظور مشارکت کنندگان بوده است، جهت قابلیت تعیین-تأیید داده‌ها استفاده کرد. داده‌ها با استفاده از روش هفت مرحله ای کلایزی^۲ (۱۹۷۳) مورد تحلیل قرار گرفتند که مراحل آن به شرح زیر است:

1. Credibility
2. Colaizzi

(۱) پس از آنکه متون مستخرج از مصاحبه‌ها تدوین شد، تمامی متون چندین مرتبه به دقت مورد بازخوانی قرار گرفت. (۲) متن نوشته شده مصاحبه‌ها باید به واحدهای معنی دار تقسیم گردد. این واحدهای معنی دار در حقیقت قسمت‌هایی از متن هستند که به خودی خود معنایی را منتقل می‌کنند. پس از تفکیک واحدهای معنی دار، واحدهای مرتبط با موضوع انتخاب شد. (۳) در این مرحله که به آن کدبندی توصیفی گفته می‌شود، معنای هر یک از عبارت‌های مهم توضیح داده می‌شود. این مرحله به فرمول بندی معنایی موسوم است. پس از اتمام کدگذاری کامل متن، کدهای تکراری حذف و با تشکیل دسته بندی جدید، کدهای توصیفی مشترک استخراج شد. (۴) پس از آن کدهای توصیفی با مضامین مشترک در دسته بندی‌های متفاوت طبقه بندی شدند. سپس برای هر طبقه یک عنوان خاص داده شد که اصطلاحاً کدهای تفسیری نامیده می‌شوند. (۵) در این مرحله کدهای تفسیری مورد جمع بندی قرار می‌گیرند. در حقیقت کدهای تفسیری در ارتباط با هم و کنار هم قرار می‌گیرند. (۶) پس از جمع بندی کدهای تفسیری، کدهای تبیینی مورد تبیین قرار می‌گیرد. کدهای تبیینی کدهایی هستند که جهت شکل‌گیری مدل مورد استفاده قرار می‌گیرند. (۷) در آخرین مرحله جهت اعتباریابی مدل استخراج، مصاحبه جدید انجام می‌گردد و همخوانی تجارب مشارکت‌کننده‌ی جدید با مدل تدوین شده مورد ارزیابی قرار می‌گردد.

سپس به منظور تهیه پرسشنامه‌ای برای سنجش آسیب‌های سه زیر منظومه زوجی، والدینی و همشیره‌ها، بر اساس مقولهای ۱۱ گانه به دست آمده، ۸۵ گویه طرح گردید. جهت اعتباربخشی گویه‌های طرح شده از چند پژوهشگر ورزیده که دارای مدرک علمی مرتبط و تجربه کار در درمان مشکلات خانوادگی و اختلالات روانی بودند، خواسته شد تا نظر خود را در مورد آنها اعلام نمایند؛ سپس اصلاحات لازم انجام گرفت. در فرایند بررسی و بازبینی اطلاعات از متخصصان خانواده و ازدواج در دانشگاه اصفهان نیز کمک گرفته شد. صرف زمان کافی برای پژوهش و ارتباط همدلانه با مصاحبه‌شوندگان نیز از دیگر عوامل مورد نظر جهت افزایش اعتبار داده‌ها بود. جهت سنجش اعتبار محتوایی و اعتبار گویه‌ها، از پنج نفر از متخصصان روانشناسی و مشاوره خواسته شد تا آنها را مورد بررسی قرار داده و اعلام نظر کنند. هدف از بررسی متخصصان همخوانی گویه‌های پرسشنامه با مقوله‌های به دست آمده بود. برای به دست آوردن پایایی آزمون، پرسشنامه‌ی اولیه بر روی یک گروه ۷۵ نفری از والدین کودکان ADHD اجرا گردید. از این میان ۷۱

پرسشنامه تکمیل شده، با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفتند. سپس پرسشنامه حاصل شده بر روی جامعه آماری اجرا گردید. جامعه آماری این قسمت پژوهش شامل کلیه خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی بود. نمونه‌ی پژوهش شامل ۲۳۰ نفر از والدین بودند که بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. در این پرسشنامه از آزمودنیها خواسته شد میزان موافقت خود را با هر یک از گویه‌ها بر روی مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) مشخص کنند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روشهای متعارف آزمون سازی از جمله تعیین ضریب اعتبار، تحلیل عوامل و محاسبه‌ی ضرایب پایایی استفاده گردید.

در قسمت دوم پژوهش به بررسی اثربخشی درمان CPRT بر مشکلات کشف شده زیرمنظومه‌های خانواده ADHD محور و توانمندی آنها پرداخته شد. به همین منظور ۴ نفر از والدین (مادر ۲ نفر و پدر ۲ نفر) دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی که مشکلات زیادی داشتند را به صورت هدفمند انتخاب گردید و به صورت مورد منفرد در ۴ جلسه پایه، ۵ جلسه درمانی و ۳ جلسه پیگیری مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این قسمت پژوهش به قرار زیر است:

مقیاس توانمندسازی خانواده: مقیاس توانمندسازی خانواده توسط کورن، دیچیلو و فریسن^۱ در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است. این ابزار از ۳۴ گویه و ۳ خرده‌مقیاس خانواده (۱۲ سوال)، سیستم‌های خدماتی (۱۲ سوال) و اجتماعی/سیاسی (۱۰ سوال) تشکیل شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که برای گزینه‌های «کاملاً غلط»، «بسیار غلط»، «تا حدی صحیح»، «بسیار صحیح» و «کاملاً صحیح» به ترتیب نمره‌های ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. ثبات درونی این پرسشنامه برای خرده‌مقیاس‌های اجتماعی/سیاسی، سیستم‌های خدماتی و خانوادگی به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۸۷ و ۰/۸۸ به دست آمده است. پایایی این ابزار برای زیرمقیاس‌های خانواده، سیستم خدمات و اجتماعی/سیاسی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۷۰ و ۰/۸۵ گزارش شده است (کورن، دیچیلو و فریسن، ۱۹۹۲). در پژوهش خلوتی و همکاران (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۹۱ و آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های خانواده، سیستم‌های خدماتی و جامعه/سیاست به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۸۸ و ۰/۶۳ گزارش شده است.

1. Koren, DeChillo & Friesen

مقیاس آسیب‌های خانواده ADHD محور: این مقیاس پرسشنامه‌ای است که در قسمت اول پژوهش تدوین شد و دارای ۷۷ گویه و ۱۱ خرده مقیاس می باشد که ۴ خرده مقیاس مربوط به آسیب‌های زیرمنظومه زوجی، ۴ خرده مقیاس مربوط به آسیب‌های زیرمنظومه والدینی و ۳ خرده مقیاس مربوط به آسیب‌های زیرمنظومه ی همشیرها می باشد. نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که برای گزینه‌های «کاملاً مخالفم»، «مخالفم»، «نظری ندارم»، «موافقم» و «کاملاً موافقم» به ترتیب نمره‌های ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ در نظر گرفته می شود. حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۳۰۸ بود که از جمع نمرات حاصل می شد. نمرات بالاتر نشان دهنده ی میزان آسیب بیشتر این خانواده در زیرمنظومه‌های خانوادگی است.

بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک (CPRT)

محتوای این جلسات آموزشی، مبتنی بر بهبود روابط والد - کودک و ایجاد همدلی و پذیرش از جانب والدین برای کودک است (براتون، ۲۰۰۶). برنامه عملی در این روش بازی درمانی شامل، ده جلسه آموزشی است که محتوای دو جلسه ابتدایی آن شامل بیان اهمیت بازی، قوانین و نحوه اجرای جلسات بازی والدین با کودک در منزل است، باید و نبایدهای جلسات بازی آموزش داده می شود و نوع اسباب بازی‌های مورد نیاز در جلسات، مکان و زمان بازی با کودک معرفی می گردد. جلسه سوم و چهارم شامل آموزش شیوه پاسخگویی انعکاسی والدین نسبت به احساسات و عواطف کودک است. جلسه پنجم به مرور مهارت‌های آموخته شده به والدین در ارتباط با بازی کودک می‌پردازد. آموزش مهارت محدودیت گذاری برای رفتارهای نامناسب کودکان یا سرپیچی از قوانین بازی و آموزش دادن حق انتخاب به کودک در قبال اطاعت یا سرپیچی از قوانین، از جمله موارد آموزشی در جلسات ششم و هفتم هستند. جلسه هشتم مجدداً به مرور تمارین مربوط به اجرای مهارت‌های آموخته شده در جلسات قبل و تعمیم آن‌ها به موقعیت‌هایی خارج از جلسات بازی می‌پردازد، پاسخ‌های عزت نفس ساز در قبال رفتارها و تلاش‌هایی که کودک انجام می‌دهد از جمله مسائل دیگر در این جلسه است. در جلسه نهم به رفع مشکلات عمده والدین در برخی مهارت‌ها و تأکید بر ادامه جلسات بازی به صورت هفتگی و تعمیم بیشتر مهارت‌ها پرداخته می‌شود. عروسک‌بازی و قصه‌گویی نیز یکی از تمرینات مورد بحث در این جلسه است. در جلسه نهمی نیز به بیان نقاط قوت والدین نسبت به جلسه اول، مرور مشکلات اولیه

والدین و بهبودهایی که پیدا کرده‌اند پرداخته می‌شود. نظرسنجی در باب اثر بخشی روش مذکور برای والدین و تنظیم برنامه‌ای برای پیگیری ادامه جلسات گروهی والدین و ارتباط با درمانگر در صورت نیاز، از جمله موضوعات مورد بحث در جلسات پایانی هستند.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده، ابتدا موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری هر آزمودنی روی نمودار رسم شد. سپس جهت تفسیر و نتیجه‌گیری از این نمودارها، از تحلیل دیداری، شاخص روند و شاخص ثبات، درصد داده‌های غیر همپوش (PND) و درصد داده‌های همپوش (POD) استفاده شد. برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر آزمودنی، در مرحله ی اول با استفاده از میانه‌ی داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه‌ی داده‌ها موازی با محور X کشیده شد و یک محفظه ی ثبات روی خط میانه قرار گرفت. محفظه ی ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم می‌شود. فاصله و دامنه بین دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییر پذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۸۰-۲۰ درصدی، اگر ۸۰٪ نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرند، گفته می‌شود داده‌ها ثبات دارند. پس از آن برای بررسی روند داده‌ها، از روش دو نیم کردن استفاده شد و بر اساس معیار ۸۰-۲۰ درصدی محفظه‌ی ثبات رسم شد. پس از رسم خط میانه و خط روند و محفظه‌ی ثبات آنها، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانه و میانگین و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی مانند تغییر سطح و روند و PND محاسبه شد. PND نشان دهنده ی درصد غیر همپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. هر چه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست. لازم به ذکر است که کلیه مراحل تحلیل دیداری این پژوهش، بر اساس کتاب طرح‌های مورد منفرد در علوم رفتاری نوشته ی گاست^۱ (۲۰۱۰) اقتباس شده است.

نتایج

یافته‌های بخش کیفی پژوهش شامل استخراج کدها بود که آسیب‌های سه حوزه‌ی زیرمنظومه زوجی، والدینی و همشیرها را مشخص کرد. در این پژوهش اطلاعات به دست

آمده‌ی حاصل از کدگذاری در سه دسته کدگذاری توصیفی^۱، کدگذاری تفسیری^۲ و کدگذاری تبیینی^۳ قرار گرفتند. هر کد تبیینی شامل چند کد تفسیری است و کدهای تفسیری نیز از چند کد توصیفی به دست آمده است. کدهای توصیفی نیز خلاصه و توصیف نقل قول‌های مستقیم زوجین است. در این قسمت پژوهش جمعاً در هر سه زیرمنظومه ۱۱ کد تبیینی، ۳۶ کد تفسیری و ۱۱۲ کد توصیفی به دست آمده است. کدهای تبیینی هر سه زیرمنظومه به شرح زیر است:

"زیرمنظومه زوجی: (۱) احساسات منفی تجربه شده (۲) افزایش تعارض زناشویی (۳) ایجاد مشکلات خاص در زندگی (۴) منحرف شدن مسیر زندگی؛ زیرمنظومه والدینی: (۱) نگرانی والدینی (۲) آسیب به امور تربیتی (۳) آسیب به حیطه و نقش والدینی (۴) احساسات منفی در والدین؛ و زیرمنظومه همشیرها: (۱) احساسات منفی در همشیرها (۲) مشکلات اختصاصی ناشی از کودک (ADHD) (۳) ضعف در مهارت‌های خانوادگی"

با استناد به همین آسیب‌ها (تحلیل اکتشافی) پرسشنامه ی ۷۷ سؤالی آسیب‌های خانواده ADHD محور تدوین شد که پس از تأیید اساتید دانشگاه اصفهان و کردستان مورد تحلیل عاملی قرار گرفت و اعتبار و روایی آن تأیید شد. به منظور بررسی پایایی پرسشنامه آسیب‌های خانواده ADHD محور، از روش آلفای کرونباخ، به تحلیل پایایی هر یک از سؤالات پرسشنامه پرداخته شد. نتیجه تحلیل نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر ۰/۸۷ که بیانگر پایایی مطلوب است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای سؤالات زیرمنظومه زوجی برابر ۰/۸۸، برای زیرمنظومه والدینی برابر ۰/۸۶ و برای زیرمنظومه همشیرها برابر ۰/۹۰ که هر سه بیانگر پایایی مطلوب است. برای تعیین اعتبار از روش محاسبه ی اعتبار محتوایی، تحلیل عوامل و اعتبار همگرا و واگرای پرسشنامه تعارض زناشویی و پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده شد. داده‌های حاصل شده در جدول ۱ بیانگر اعتبار همگرا و واگرای قابل قبول پرسشنامه آسیب‌های زیرمنظومه خانواده ADHD محور بود.

1. Descriptive
2. Interpretative
3. Explanatory

جدول ۱. همبستگی بین پرسشنامه پژوهشگر ساخته با پرسشنامه‌های تعارض زناشویی و کیفیت زندگی در سطح $p=0/001$

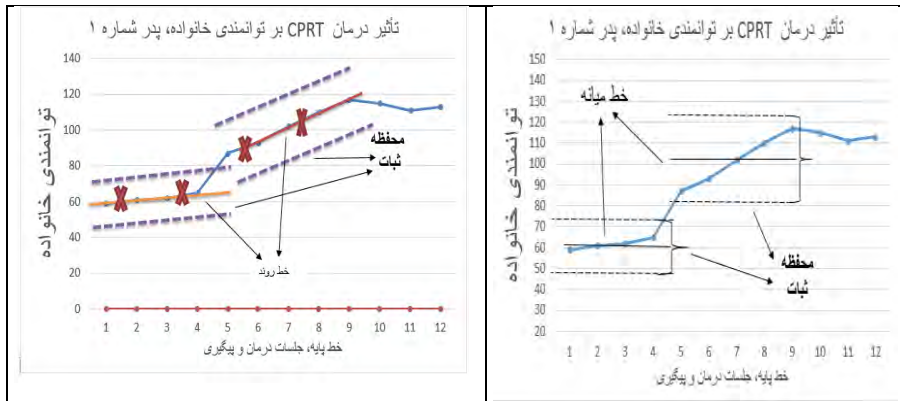
پرسشنامه‌ها	پژوهشگر ساخته	تعارض زناشویی	کیفیت زندگی
پژوهشگر ساخته	۱	۰/۷۲	-۰/۸۶
تعارض زناشویی	-	۱	-۰/۶۹
کیفیت زندگی	-	-	۱

در بخش یافته‌های تحلیل کمی پژوهش به منظور خلاصه نمودن نتایج به دست آمده، هر یک از جلسات خط پایه، درمان و پیگیری برای شرکت کنندگان در جداول و نمودارها به شرح ذیل آمده است: در جدول ۲ نمرات آغازگری - پاسخ دهی در موقعیت خط پایه، جلسات درمان و پیگیری برای هر ۴ شرکت کننده مشخص گردید که نشان می‌دهد نمرات هر ۴ آزمودنی با گذشت جلسات رو به بهبود بوده است.

جدول ۲: نمرات آغازگری - پاسخ دهی مقیاس توانمندی خانواده در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری آزمودنی‌ها

آزمودنی	جلسات خط پایه (A)				جلسات خط مداخله (B)				جلسات پیگیری			
	۱	۲	۳	۴	۱	۲	۳	۴	۱	۲	۳	
پدر ۱	۵۹	۶۱	۶۲	۶۵	۸۷	۹۳	۱۰۲	۱۱۰	۱۱۷	۱۱۵	۱۱۱	۱۱۳
مادر ۱	۵۲	۵۵	۵۳	۵۰	۷۶	۸۳	۹۴	۱۰۹	۱۲۰	۱۱۷	۱۱۴	۱۱۶
پدر ۲	۶۲	۶۴	۶۰	۵۹	۷۴	۸۴	۹۵	۱۱۱	۱۲۲	۱۱۷	۱۱۵	۱۱۴
مادر ۲	۵۶	۶۲	۵۴	۵۵	۸۱	۹۱	۱۰۴	۱۱۵	۱۲۳	۱۲۲	۱۲۰	۱۲۲

بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی اول (پدر شماره ۱)، خط میانه، محفظه ثبات (الف) و خط روند (ب) آنها به قرار زیر آمده است (نمودار ۱). جدول ۳ نتایج تحلیل دیداری دورن موقعیتی و بین موقعیتی را برای نمودار داده‌های آزمودنی اول، طبق فرمول تحلیل دیداری نشان می‌دهد. همانگونه که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین نمرات از ۶۱/۷۵ در خط پایه به ۱۰۱/۸ در مداخله رسیده است که نشان دهنده‌ی بهبودی توانمندی است. این اثر بخشی در مرحله پیگیری، همچنان مشهود بود. همچنین شاخص PND نشان می‌دهد که میزان همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان مؤثر بوده است.



نمودار ۱. خط میانه، خط روند و محفظه ی ثبات آزمودنی اول (پدر شماره ۱)

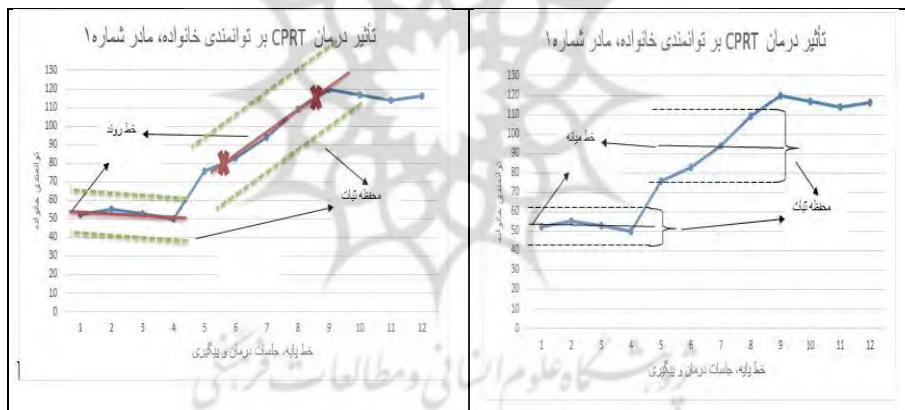
در تمام نمودارهای این پژوهش این شرایط برقرار است: (*خط میانه: میانه داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله. **محفظه ی ثبات: یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه با استفاده از معیار ۲۰-۸۰ درصدی رسم می شود. ***خط روند: برای بررسی روند داده‌ها، از روش دونیم کردن استفاده شد و محفظه ی ثبات خط روند بر اساس معیار ۲۰-۸۰ درصدی رسم شد.)

جدول ۳. بررسی متغیرهای تحلیل دیداری برای آزمودنی اول (پدر شماره ۱)

بین موقعیتی		درون موقعیتی	
$\frac{B}{A}$	۱- مقایسه موقعیت	B	A
	۲- تغییرات روند	۵	۴
	۱,۲- تغییر جهت	۱۰,۲	۶۱/۵
	۲,۲- اثر وابسته به هدف	۱۰۱/۸	۶۱/۷۵
بائبات	۳,۲- تغییرات ثبات	۸۷-۱۱۷	۵۹-۶۵
بائبات	۳- تغییر در سطح	بائبات	بائبات
$\frac{90}{63.5}$	۱,۳- تغییر نسبی		
$\frac{87}{65}$	۲,۳- تغییر مطلق	۹۰-	۶۰-
		۱۱۳,۵	۶۳,۵

102	۳,۳- تغییر میانه	۸۷-۱۱۷	۵۹-۶۵	۲,۴- تغییر مطلق
61.5	تغییر میانگین	صعودی	صعودی	۵- روند
101.8				
61.75	۴- همپوشی داده‌ها	صعودی	صعودی	۱,۵- جهت
۱۰۰٪	PND-۴,۱	باثبات	باثبات	۲,۵- ثبات
۰٪	POD-۴,۲	خیر	خیر	مسیرهای چندگانه

بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی دوم (مادر شماره ۱)، خط میانه، محفظه ثبات (الف) و خط روند (ب) آنها به قرار زیر آمده است (نمودار ۲). جدول ۴ نتایج تحلیل دیداری دورن موقعیتی و بین موقعیتی را برای نمودار داده‌های آزمودنی دوم، طبق فرمول تحلیل دیداری نشان می‌دهد. بدین ترتیب میانگین نمرات از ۵۲/۵ در خط پایه به ۹۶/۴ در مداخله رسیده است که نشان دهنده ی بهبودی توانمندی است. این اثر بخشی در مرحله بیگیری، همچنان مشهود بود. همچنین شاخص PND نشان می‌دهد که میزان همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان مؤثر بوده است.



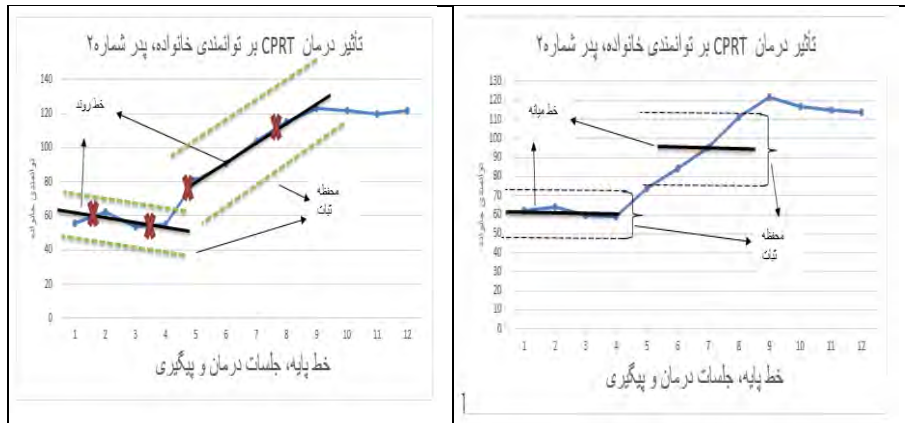
نمودار ۲. خط میانه، خط روند و محفظه ی ثبات آزمودنی دوم (مادر شماره ۱)

جدول ۴. بررسی متغیرهای تحلیل دیداری برای آزمودنی دوم (مادر شماره ۱)

بین موقعیتی	دورن موقعیتی			
$\frac{B}{A}$	۱- مقایسه موقعیت	B	A	۱- توالی موقعیت
	۲- تغییرات روند	۵	۴	۲- طول موقعیت‌ها
	۱,۲- تغییر جهت	۹۴	۵۲/۵	۳- سطح
				۱,۳- میانه

۲,۳- میانگین	۵۲/۵	۹۴/۴	۲,۲- اثر وابسته به هدف	مثبت
۳,۳- دامنه تغییرات	۵۰-۵۵	۷۶-۱۰۲	۳,۲- تغییرات ثبات	باثبات باثبات
دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۰٪ از میانه هر موقعیت	باثبات	باثبات	۳- تغییر در سطح	
۴- تغییر سطح			۱,۳- تغییر نسبی	$\frac{79}{5}$ $\frac{51}{5}$
۱,۴- تغییر نسبی	۵۳/۵۱-۵/۵	۱۱۴/۷۹-۵/۵	۲,۳- تغییر مطلق	$\frac{76}{50}$ $\frac{94}{50}$
۲,۴- تغییر مطلق	۵۰-۵۲	۷۶-۱۲۰	۳,۳- تغییر میانه	$\frac{52}{5}$ $\frac{96}{4}$ $\frac{52}{5}$
۵- روند			تغییر میانگین	
۱,۵- جهت	نزولی	صعودی	۴- همپوشی داده‌ها	
۲,۵- ثبات	باثبات	باثبات	۴,۱- PND	۱۰۰٪
مسیرهای چندگانه	خیر	خیر	۴,۲- POD	۰٪

بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی سوم (پدر شماره ۲)، خط میانه، محفظه ثبات (الف) و خط روند (ب) آنها به قرار زیر آمده است (نمودار ۳). جدول ۵ نتایج تحلیل دیداری دورن موقعیتی و بین موقعیتی را برای نمودار داده‌های آزمودنی، طبق فرمول تحلیل دیداری نشان می‌دهد. بدین ترتیب میانگین نمرات از ۶۱/۲۵ در خط پایه به ۹۷/۲ در مداخله رسیده است که نشان دهنده ی بهبودی توانمندی است. این اثر بخشی در مرحله پیگیری، همچنان مشهود بود. همچنین شاخص PND نشان می‌دهد که میزان همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان مؤثر بوده است.

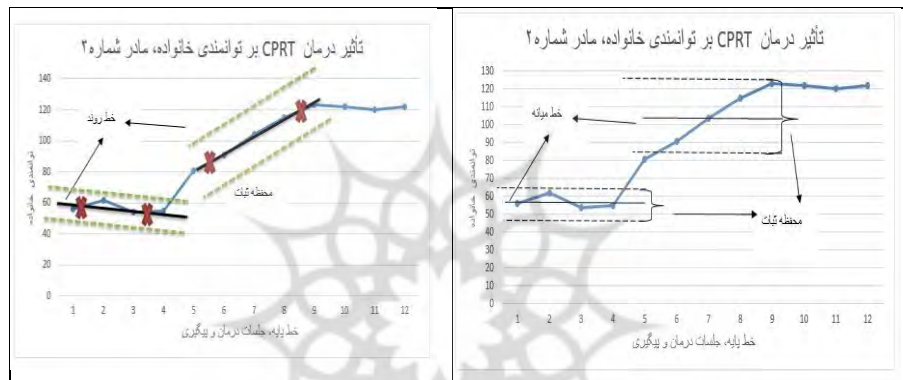


نمودار ۳. خط میانه، خط روند و محفظه ی ثبات آزمودنی سوم (پدر شماره ۲)

جدول ۵. بررسی متغیرهای تحلیل دیداری برای آزمودنی سوم (پدر شماره ۲)

بین موقعیتی		درون موقعیتی		
$\frac{B}{A}$	۱- مقایسه موقعیت	B	A	۱- توالی موقعیت
		۵	۴	۲- طول موقعیت‌ها
	۲- تغییرات روند			۳- سطح
	۱،۲- تغییر جهت	۹۵	۶۲	۱،۳- میانه
مثبت	۲،۲- اثر وابسته به هدف	۹۷/۲	۶۱/۲۵	۲،۳- میانگین
	۳،۲- تغییرات ثبات	۱۲۲-۷۴	۵۹-۶۴	۳،۳- دامنه تغییرات
بائثبات				دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۰٪ از میانه هر موقعیت
بائثبات				۳- تغییر در سطح
	۱،۳- تغییر نسبی			۴- تغییر سطح
	۲،۳- تغییر مطلق	۱۱۶/۷۹-۵	۵۹-۶۳/۵	۱،۴- تغییر نسبی
	۳،۳- تغییر میانه	۷۴-۱۲۲	۵۹-۶۲	۲،۴- تغییر مطلق
	تغییر میانگین			۵- روند
	۴- همپوشی داده‌ها	صعودی	نزولی	۱،۵- جهت
۱۰۰٪	PND-۴،۱	بائثبات	بائثبات	۲،۵- ثبات
۰٪	POD-۴،۲	خیر	خیر	مسیرهای چندگانه

بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی چهارم (مادر شماره ۲)، خط میانه، محفظه ثبات (الف) و خط روند (ب) آنها به قرار زیر آمده است (نمودار ۴). جدول ۶ نتایج تحلیل دیداری دورن موقعیتی و بین موقعیتی را برای نمودار داده‌های آزمودنی چهارم، طبق فرمول تحلیل دیداری نشان می‌دهد. بدین ترتیب میانگین نمرات از ۵۶/۷۵ در خط پایه به ۱۰۲/۸ در مداخله رسیده است که نشان دهنده ی بهبودی توانمندی است. این اثر بخشی در مرحله پیگیری، همچنان مشهود بود. همچنین شاخص PND نشان می‌دهد که میزان همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان مؤثر بوده است.



نمودار ۴. خط میانه، خط روند و محفظه ی ثبات آزمودنی چهارم (مادر شماره ۲)

جدول ۶. بررسی متغیرهای تحلیل دیداری برای آزمودنی چهارم (مادر شماره ۲)

بین موقعیتی		درون موقعیتی	
$\frac{B}{A}$	۱- مقایسه موقعیت	B	A
	۲- تغییرات روند	۵	۴
	۱،۲- تغییر جهت	۱۰،۴	۵۵/۵
	۲،۲- اثر وابسته به هدف	۱۰۲/۸	۵۶/۷۵
باثبات	۳،۲- تغییرات ثبات	۱۲۳-۸۱	۶۲-۵۴
باثبات	۳- تغییر در سطح	باثبات	باثبات
	۱،۳- تغییر نسبی		
	۴- تغییر سطح		

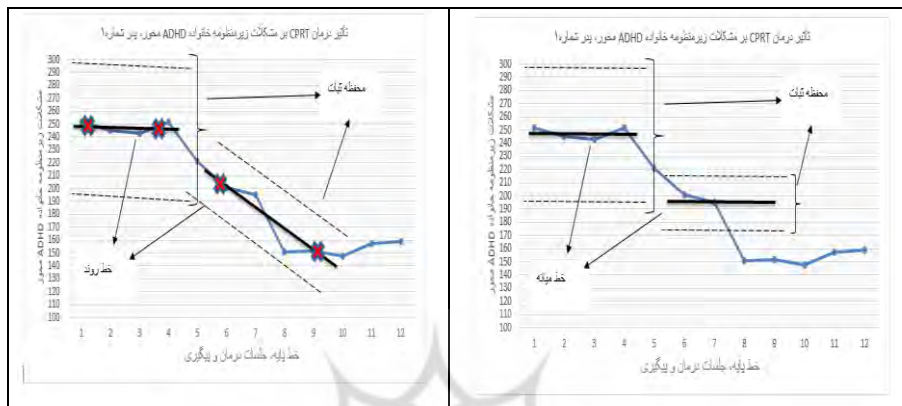
۱,۴- تغییر نسبی	۵۴/۵-۵۹	۸۶-۱۱۹	۲,۳- تغییر مطلق	81 55
۲,۴- تغییر مطلق	۵۶-۵۵	۸۱-۱۲۳	۳,۳- تغییر میانه	104 55/5
۵- روند			تغییر میانگین	102/8 56/75
۱,۵- جهت	نزولی	صعودی	۴- همپوشی داده‌ها	
۲,۵- ثبات	بائبات	بائبات	PND-۴,۱	۱۰۰٪
مسیرهای چندگانه	خیر	خیر	POD-۴,۲	۰٪

همانطور که مشاهده می شود درمان رابطه والد - فرزند بر افزایش توانمندی خانواده‌ها مؤثر بوده است و همچنین شاخص PND نشان می دهد که میزان همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان برای هر ۴ شرکت کننده مؤثر بوده است. اکنون به بررسی اثربخشی درمان رابطه والد- فرزند بر مشکلات کشف شده زیرمنظومه خانواده‌های ADHD محور می پردازیم. در جدول ۷ نمرات آغازگری - پاسخ دهی در موقعیت خط پایه، جلسات درمان و پیگیری برای هر ۴ شرکت کننده مشخص گردید که نشان می دهد نمرات هر ۴ آزمودنی با گذشت جلسات رو به بهبود بوده است و مشکلات کم شده است. جدول ۷. نمرات آغازگری - پاسخ دهی مقیاس مشکلات کشف شده در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری آزمودنی‌ها

آزمودنی	جلسات خط پایه (A)				جلسات خط مداخله (B)				جلسات پیگیری		
ی	۱	۲	۳	۴	۱	۲	۳	۴	۱	۲	۳
-----	۱	۲	۳	۴	۱	۲	۳	۴	۱	۲	۳
پدر ۱	25	24	24	25	22	20	19	15	15	14	15
مادر ۱	26	26	25	26	24	21	21	19	18	18	19
پدر ۲	6	7	0	8	6	0	6	5	4	9	7
مادر ۲	28	28	27	28	25	23	21	18	18	18	18

بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی اول (پدر شماره ۱)، خط میانه، محفظه ثبات (الف) و خط روند (ب) آنها به قرار زیر آمده است (نمودار ۵). جدول ۸ نتایج تحلیل دیداری دورن موقعیتی و بین موقعیتی را برای نمودار داده‌های آزمودنی، نشان می دهد. بدین ترتیب میانگین نمرات از ۲۴۸ در خط پایه به ۱۸۴ در مداخله رسیده است که نشان دهنده ی

بهبودی مشکلات کشف شده است. این اثر بخشی در مرحله پیگیری، همچنان مشهود بود. همچنین شاخص PND نشان می‌دهد که میزان همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان مؤثر بوده است.



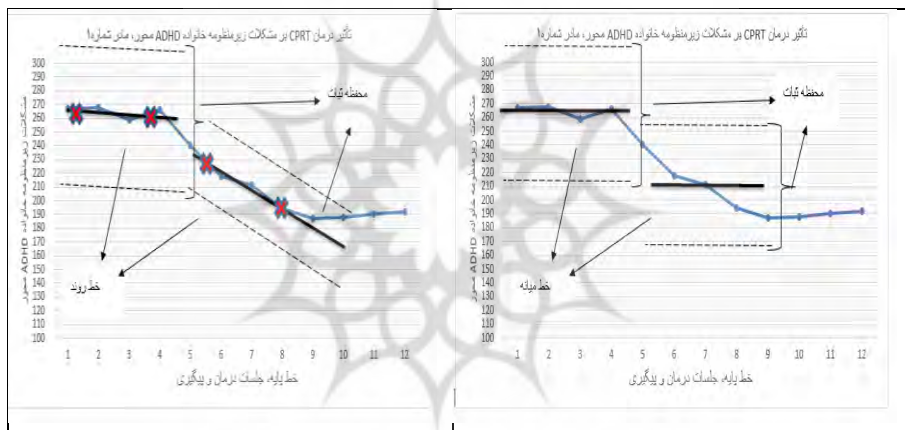
نمودار ۵. خط میانه، خط روند و محفظه ی ثبات آزمودنی اول (پدر شماره ۱)

جدول ۸. بررسی متغیرهای تحلیل دیداری برای آزمودنی اول (پدر شماره ۱)

بین موقعیتی		درون موقعیتی		
$\frac{B}{A}$	۱- مقایسه موقعیت	B	A	۱- توالی موقعیت
$\frac{A}{B}$	۲- تغییرات روند	5	4	۲- طول موقعیت‌ها
	۱،۲- تغییر جهت	195	248/5	۳- سطح
	۲،۲- اثر وابسته به هدف	184	248	۱،۳- میانه
مثبت				۲،۳- میانگین
بائبات	۳،۲- تغییرات ثبات	221-152	243-252	۳،۳- دامنه تغییرات
بائبات				دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۰٪ از میانه هر موقعیت
	۳- تغییر در سطح	بی ثبات	بائبات	
$\frac{211}{247/5}$	۱،۳- تغییر نسبی			۴- تغییر سطح
$\frac{221}{252}$	۲،۳- تغییر مطلق	211-151/5	248/5-247/5	۱،۴- تغییر نسبی
$\frac{195}{248/5}$	۳،۳- تغییر میانه	221-152	252-252	۲،۴- تغییر مطلق
$\frac{184}{248}$	تغییر میانگین			۵- روند

۱،۵- جهت	نزولی	نزولی	۴- همپوشی داده‌ها
۲،۵- ثبات	بائبات	بائبات	۱۰۰٪ PND-۴،۱
مسیرهای چندگانه	خیر	خیر	۰٪ POD-۴،۲

بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی دوم (مادر شماره ۱)، خط میانه، محفظه ثبات (الف) و خط روند (ب) آنها به قرار زیر آمده است (نمودار ۶). جدول ۹ نتایج تحلیل دیداری دورن موقعیتی و بین موقعیتی را برای نمودار داده‌های آزمودنی نشان می‌دهد. بدین ترتیب میانگین نمرات از ۲۶۵ در خط پایه به ۲۱۰ در مداخله رسیده است که نشان دهنده ی بهبودی مشکلات کشف شده است. این اثر بخشی در مرحله پیگیری، همچنان مشهود بود. همچنین شاخص PND نشان می‌دهد که میزان همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان مؤثر بوده است.



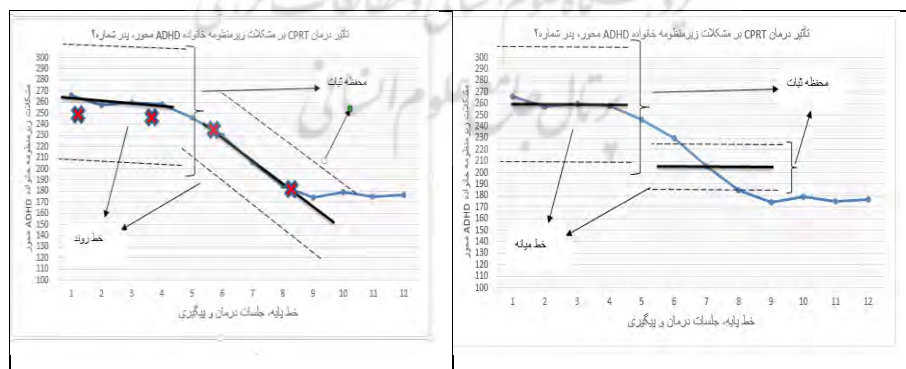
نمودار ۶. خط میانه، خط روند و محفظه ی ثبات آزمودنی دوم (مادر شماره ۱)

جدول ۹. بررسی متغیرهای تحلیل دیداری برای آزمودنی دوم (مادر شماره ۱)

بین موقعیتی		درون موقعیتی		
$\frac{B}{A}$	۱- مقایسه موقعیت	B	A	۱- توالی موقعیت
$\frac{B}{A}$	۲- تغییرات روند	5	4	۲- طول موقعیت‌ها
	۱،۲- تغییر جهت	211	266/5	۳- سطح
	۲،۲- اثر وابسته به هدف	210	265	۱،۳- میانه
مثبت				۲،۳- میانگین

بائبات	۳,۲- تغییرات ثابت	240-187	259-268	۳,۳- دامنه تغییرات
بائبات	۳- تغییر در سطح	بائبات	بائبات	دامنه تغییرات محفظه ثابت ۲۰٪ از میانه هر موقعیت
$\frac{229}{262/5}$	۱,۳- تغییر نسبی			۴- تغییر سطح
$\frac{240}{266}$	۲,۳- تغییر مطلق	229-190/5	267/5-262/5	۱,۴- تغییر نسبی
$\frac{211}{266/5}$	۳,۳- تغییر میانه	240-187	267-266	۲,۴- تغییر مطلق
$\frac{210}{265}$	تغییر میانگین			۵- روند
	۴- همپوشی داده‌ها	نزولی	نزولی	۱,۵- جهت
۱۰۰٪	PND-۴,۱	بائبات	بائبات	۲,۵- ثابت
۰٪	POD-۴,۲	خیر	خیر	مسیرهای چندگانه

بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی سوم (پدر شماره ۲)، خط میانه، محفظه ثابت (الف) و خط روند (ب) آنها به قرار زیر آمده است (نمودار ۷). جدول ۱۰ نتایج تحلیل دیداری دورن موقعیتی و بین موقعیتی را برای نمودار داده‌های آزمودنی سوم (پدر شماره ۲)، طبق فرمول تحلیل دیداری نشان می‌دهد. بدین ترتیب میانگین نمرات از ۲۶۰/۲۵ در خط پایه به ۲۰۸/۲ در مداخله رسیده است که نشان دهنده ی بهبودی مشکلات کشف شده است. این اثر بخشی در مرحله پیگیری، همچنان مشهود بود. همچنین شاخص PND نشان می‌دهد که میزان همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان مؤثر بوده است.

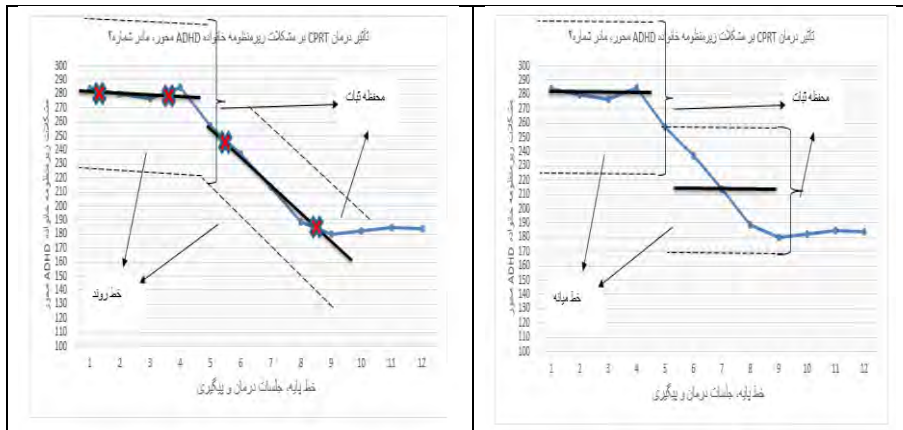


نمودار ۷. خط میانه، خط روند و محفظه ی ثابت آزمودنی سوم (پدر شماره ۲)

جدول ۱۰. بررسی متغیرهای تحلیل دیداری برای آزمودنی سوم (پدر شماره ۲)

بین موقعیتی		درون موقعیتی	
$\frac{B}{A}$	۱- مقایسه موقعیت	B	A
	۲- تغییرات روند	5	4
	۱,۲- تغییر جهت	206	259
	۲,۲- اثر وابسته به هدف	208/2	260/25
باثبات	۳,۲- تغییرات ثابت	246-174	257-266
باثبات			
	۳- تغییر در سطح	بی ثابت	باثبات
$\frac{238}{259}$	۱,۳- تغییر نسبی		
$\frac{246}{258}$	۲,۳- تغییر مطلق	238-179/5	261/5-259
$\frac{206}{259}$	۳,۳- تغییر میانه	246-174	266-258
$\frac{208/2}{260/25}$	تغییر میانگین		
	۴- همپوشی داده‌ها	نزولی	نزولی
۱۰۰٪	PND-۴,۱	باثبات	باثبات
۰٪	POD-۴,۲	خیر	خیر

بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی چهارم (مادر شماره ۲)، خط میانه، محفظه ثابت (الف) و خط روند (ب) آنها به قرار زیر آمده است (نمودار ۸). جدول ۱۱ نتایج تحلیل دیداری دورن موقعیتی و بین موقعیتی را برای نمودار داده‌های آزمودنی، طبق فرمول تحلیل دیداری نشان می‌دهد. بدین ترتیب میانگین نمرات از ۲۸۱/۵ در خط پایه به ۲۱۵/۴ در مداخله رسیده است که نشان دهنده بهبودی مشکلات کشف شده است. این اثر بخشی در مرحله پیگیری، همچنان مشهود بود. همچنین شاخص PND نشان می‌دهد که میزان همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان مؤثر بوده است.



نمودار ۸. خط میانه، خط روند و محفظه ی ثابت آزمودنی چهارم (مادر شماره ۲) جدول . بررسی متغیرهای تحلیل دیداری برای آزمودنی چهارم (مادر شماره ۲)

بین موقعیتی		درون موقعیتی		
$\frac{B}{A}$	۱- مقایسه موقعیت	B	A	۱- توالی موقعیت
	۲- تغییرات روند	5	4	۲- طول موقعیت‌ها
	۱,۲- تغییر جهت	214	282	۳- سطح
	۲,۲- اثر وابسته به هدف	215/4	281/5	۱,۳- میانه
مثبت				۲,۳- میانگین
بائیات	۳,۲- تغییرات ثابت	257-180	277-285	۳,۳- دامنه تغییرات
بائیات				
	۳- تغییر در سطح	بائیات	بائیات	دامنه تغییرات محفظه ثابت ۲۰٪ از میانه هر موقعیت
$\frac{237}{281}$	۱,۳- تغییر نسبی			۴- تغییر سطح
$\frac{257}{285}$	۲,۳- تغییر مطلق	247-184/5	۲۸۲-۲۸۱	۱,۴- تغییر نسبی
$\frac{214}{282}$	۳,۳- تغییر میانه	257-180	284-285	۲,۴- تغییر مطلق
$\frac{215/4}{281/5}$	تغییر میانگین			۵- روند
	۴- همپوشی داده‌ها	نزولی	نزولی	۱,۵- جهت
۱۰۰٪	PND-۴,۱	بائیات	بائیات	۲,۵- ثابت
۰٪	POD-۴,۲	خیر	خیر	مسیرهای چندگانه

همانطور که مشاهده می شود درمان رابطه والد - فرزند بر کاهش مشکلات کشف شده زیرمنظومه خانواده‌های ADHD محور مؤثر بوده است و همچنین شاخص PND نشان می دهد که میزان همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان برای هر ۴ شرکت کننده مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر کشف آسیب‌های زیرمنظومه‌های زوجی، والدینی و همشیره‌های خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و بررسی اثربخشی درمان رابطه والد- فرزند بر مشکلات کشف شده و توانمندسازی این خانواده‌ها بود. نتایج بخش کیفی پژوهش نشان داد آسیب‌ها به طور کلی بر روابط خانوادگی تأثیر منفی خواهند گذاشت که با نتایج پژوهش موین و همکاران (۲۰۱۴)، رایت و لیهی (۲۰۰۹)، کینگ و همکاران (۲۰۱۶)، زاهدی و همکاران (۲۰۱۶)، ساندرز و همکاران (۲۰۰۷) و حامد و همکاران (۲۰۱۵) همسو است.

نتایج این مطالعه نشان داد که زیرمنظومه زوجی خانواده تحت تأثیر مسائل فرزند ADHD قرار دارد که با نتایج پژوهش موین و همکاران (۲۰۱۴)، رایت و لیهی (۲۰۰۹) و بارکلی (۲۰۱۴) همسو است.

دنیای پدیداری این زوجین نشان داد که زندگی کردن با کودک ADHD باعث منحرف شدن مسیر زندگی روانی و رفتاری زوجین شده است که شامل تغییر رفتار زوجین، نادیده گرفتن ارزش‌های زوجی، غلبه مشکلات کودک بر کل زندگی زوجین و عدم رضای نیازهای زوجین می باشد. این عوامل خود زمینه ساز ایجاد مشکلات خاص در خانواده است و کیفیت زندگی و عملکرد زوجین بخاطر رفتارهای تکانشی همسر و تغییر رفتار اولیه با او، زیرپا گذاشتن ارزش‌های معنوی و روانی، تبدیل شدن مسائل کودک به نقطه و محور اصلی زندگی (کوگیل و همکاران، ۲۰۰۸) و ارضا نشدن نیازهای عاطفی و روانی به شدت کاهش پیدا کرده است و این زوجین نیازمند راهنمایی و حمایت هستند زیرا این عوامل استرس‌های زیادی را به زوجین وارد می کند. نتایج این قسمت با مطالعه جانسون (۲۰۱۲) همسو می باشد که نشان دادند که مراقبت کننده گان و والدین این افراد در معرض آسیب‌های فراوان هستند و نیازمند راهنمایی و حمایت هستند. آسیب عمده ی دیگری که ناشی از

زندگی با کودک ADHD است و به زیرمنظومه زوجی وارد می‌شود افزایش تعارض زناشویی است که با پژوهش هاروی (۲۰۱۱) همسو می‌باشد. زوجین استرس و فشار زیادی را متحمل شده‌اند و همین عامل سلامت روانی آنها را کاهش داده است و مشکلات عصبی و روانی خاصی پیدا کرده‌اند که با پژوهش دانیل و همکاران (۲۰۱۶) همسو می‌باشد. نهایتاً آسیبی که از دنیای پدیداری زوجین به دست آمد تجربه‌ی احساسات منفی در زندگی آنهاست. زوجین تجارب و احساسات ناخوشایندی را از زندگی کردن با کودک ADHD را آشکار نمودند. این احساسات ناخوشایند که شامل حسرت خوردن، درماندگی، خستگی، نگرانی، مقایسه نابجای زندگی خود با دیگران و... می‌باشد، تأثیر منفی بر روابط و زندگی زوجین داشته است که با پژوهش هو و همکاران (۲۰۱۱) همسو می‌باشد.

در بررسی عامل‌های به دست آمده در زیرمنظومه والدینی نتایج نشان داد که زندگی کردن با کودک ADHD باعث ایجاد نگرانی‌هایی برای پدر و مادر می‌شود و این نگرانی‌ها دامنه‌ی وسیعی از زندگی خانوادگی آنان را دربرمی‌گیرد. آسیب دیگری که به زیرمنظومه والدینی وارد می‌شود مربوط به امور تربیتی است. در این رابطه والدین از دو جهت ممکن است که به صورت منفی تحت تأثیر قرار گیرند. به طور کلی والدین ممکن است بخاطر مشکلات رفتاری کودک ADHD رفتارهای نامناسبی از خود نشان دهند و از روش‌ی تربیتی نابجا و آسیب‌زا استفاده کنند. از جهت دیگر گاهی والدین مجبورند که بخاطر حفظ آرامش روانی و نبود دعوا و تعارض در خانواده از مشکلات خاص این کودکان چشم‌پوشی کنند و اعتقادات و ارزش‌های والدینی خود را نادیده بگیرند که در هر صورت امور تربیتی این والدین دستخوش تغییر و آسیب خواهد شد. آسیب به نقش والدینی و ایجاد احساسات منفی و تجربه‌ی آن در والدین آسیب دیگر این زیرمنظومه می‌باشد. احساس خستگی روانی مفرط در زندگی، به وجود آمدن افکار منفی مانند میل به نابود کردن کودک و بدبینی نسبت به او احساسات ناخوشایندی را برای والدین به وجود آورده است.

دنیای پدیداری همشیرها نشان داد که این کودکان در خانواده احساسات منفی زیادی را تجربه می‌کنند. زمانی که کودکان یک خانواده متوجه می‌شوند که نسبت به کودک مبتلا به اختلال ADHD کمتر مورد توجه هستند و یا در حاشیه قرار گرفته‌اند احساسات ناخوشایندی مانند حسادت، تنفر، رقابت و... به آنها دست می‌زند که با نتایج پژوهش کینگ و همکاران (۲۰۱۶) همسو می‌باشد. همچنین آسیب دیگر ایجاد یک نوع منفی‌گرایی افراطی

در بین خانواده و به خصوص در بین همشیرها آسیب جدی است که به این زیرمنظومه وارد شده است. همشیرهای کودک ADHD مقصر اصلی و بانی تمام اتفاقات زندگی را کودک ADHD می دانند و نسبت به وی بسیار بدبینانه عمل و قضاوت می کنند. به همین خاطر روابط همشیرها با کودک ADHD روزبه روز بدتر، تعارض آنها بیشتر و گرمی و صمیمت آنها کمتر شده است که با نتایج پژوهش میکامی و پفیفرنر (۲۰۰۸) همسو می باشد. مشکلات زیاد وارد شده به زیرمنظومه همشیرها باعث کاهش سلامت روان آنها شده است زیرا تاب آوری و تحملشان پایین آمده است و زودتر پرخاشگری و عصبانیت را در مسائل روزمره از خود نشان می دهند. همچنین با دیدن اعمال و کارهای همشیر ADHD و گاهی نادیده گرفتن مشکلات وی از سوی والدین، بی نظمی، سهل انگاری در همشیرها نیز ترویج پیدا کرده است.

همچنین از دنیای پدیداری این سه زیرمنظومه رنج ناشی از نبود مهارت‌های خانوادگی قابل استنباط بود. آنها در این پژوهش ابراز کردند روش مقابله با تعارض را نمی دانند و از این نبود مهارت کافی کلافه شده‌اند. همچنین نتایج کدگذاری‌ها نشان داد که اکثر اعضای خانواده هم علیه کودک ADHD ائتلاف کرده‌اند و رفتار نامناسبی با او دارند که باعث از بین رفتن صمیمت و شیوع دشمنی و خصومت در خانواده‌ها شده است. در نتیجه این اختلافات، حمایت عاطفی و روانی در بین اعضای خانواده نیز کاهش پیدا کرده است. ائتلاف علیه کودک ADHD و حمایت نکردن از او در کارهای گروهی، در بازی‌های همسالان و رها کردن یا توجه افراطی به وی نشان دهنده‌ی آسیب جدی به این زیرمنظومه‌ی خانوادگی است و کفایت و روش فرزند پروری والدین را زیر سوال می برد که با نتایج پژوهش جانسون (۲۰۱۲) همسو می باشد.

قسمت اول پژوهش حاضر با توجه به تأثیر مخرب فرزند ADHD بر کل خانواده و شناسایی آسیب‌های منفی به سه زیرمنظومه آن انجام گرفت تا بستر مناسب جهت پژوهش، ارزیابی و درمان آسیب‌های این زیرمنظومه‌ها فراهم گردد. چرا که به گفته‌ی آریتا (۲۰۰۸) شیوه مقابله با تعارض و آسیب‌ها اکتسابی است و می توان آن را تغییر داد.

به طور کلی آسیب‌های زیرمنظومه‌ها در خانواده‌های دارای کودک ADHD نه تنها بر تک تک اعضای خانواده تأثیر منفی می گذارد بلکه نظام خانوادگی را نیز به چالش

می‌کشد (ساندرز و همکاران، ۲۰۰۷) و نیاز جدی این خانواده‌ها به حمایت، نظارت و آموزش جامع را پررنگ‌تر می‌کند که مطابق با پژوهش‌های مومین و همکاران (۲۰۱۴)، سولی و لارسن (۲۰۱۶) و اریکا و همکاران (۲۰۱۶) می‌باشد.

نتایج حاصل از اثربخشی درمان رابطه‌ی والد-فرزند بر توانمندی خانواده و مشکلات کشف شده‌ی زیرمنظومه‌های خانواده ADHD محور نشان داد که این درمان توانسته است بر هر ۴ آزمودنی تأثیر مثبت داشته باشد و از یک طرف توانمندی خانواده این زوجین را افزایش دهد و از طرف دیگر مشکلات سه زیرمنظومه‌ی زوجی، والدینی و همشیرها را کاهش دهد. در تبیین این اثربخشی مثبت می‌توان گفت با توجه به اینکه درمان رابطه‌ی والد-فرزند باعث تقویت ارتباط بین والدین و کودک می‌شود (براتون، ۲۰۰۶)، این تقویت رابطه باعث می‌شود آرامش به جو خانوادگی تزریق شود و به صورت مستقیم بر والدین هم تأثیر بگذارد که منجر به بالا بردن و افزایش پذیرش و همدلی والدین می‌شود (یاماموتو، ۲۰۰۶) و در نتیجه مشکلات بین فردی مانند تعارضات زناشویی و تعارضات همشیرها کاهش پیدا می‌کند و والدین نقش خود را به خوبی ایفا خواهند کرد و همچنین توانمندی خانواده در تمام حیطه‌ها افزایش پیدا می‌کند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که درمان رابطه‌ی والد-فرزند مشکلات سه زیرمنظومه را کاهش داده است (PND=100) که یکی از علت‌های آن بهبود محیط تعاملی زوجین و همشیرها (ناشی از کاهش رفتار پرخاشگرانه‌ی کودک) و کاهش تنیدگی والدین (کیدرون و لندرت، ۲۰۱۰)، افزایش مهارت‌های فرزند پروری (موسوی و همکاران، ۱۳۹۵) و افزایش کارکرد خانواده (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۵) از طرفی و کاهش سطح تنیدگی و مشکلات هیجانی و عاطفی کودک، افزایش نگرش واقع‌بینانه والدین، افزایش بینش و آگاهی والدین و اعضای خانواده، ایجاد جوی همراه با درک متقابل، غیر قضاوتی و پذیرنده و لذت بردن از نقش والدینی (براتون؛ به نقل از عزیزی و همکاران، ۱۳۹۵) و رشد منبع کنترل درونی کودک (لندرت و براتون، ۲۰۰۶) از طرف دیگر باشد که آسیب‌های هر سه زیرمنظومه زوجی، والدینی و همشیرها را کاهش، و توانمندی خانواده در سه حیطه‌ی خانواده، خدماتی و اجتماعی/سیاسی افزایش می‌دهد.

در پایان پیشنهاد می‌شود که جهت بررسی کامل‌تر آسیب‌های این خانواده‌ها و بررسی کامل‌تر اثر بخشی درمان رابطه‌ی والد-فرزند، این پژوهش با روش‌های دیگر و با تعداد

نمونه‌ی بیشتری انجام گیرد. همچنین با توجه به اینکه این پژوهش در فرهنگ خاصی از کشور ایران (استان کردستان) انجام شده است، در سایر فرهنگ‌ها نیز بررسی شود تا آسیب‌های کشف شده این خانواده‌ها قابل تعمیم به جامعه‌ی بزرگتر باشد.

سپاسگزاری: از تمامی خانواده‌هایی که در مراحل انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، قدردانی و سپاس‌گزاری می‌نماییم.

منابع

- خلوتی، م؛ نافی، ا؛ و سلطانی، م. (۱۳۹۳). رابطه توانمندی خانواده با کنترل متابولیک و پابندی به برنامه‌های درمان در کودکان مبتلا به فنیل کتونوریا، ماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۸(۱۸)، ۴۹۷-۴۹۱.
- شکوهی یکتا، م؛ و زمانی، ن. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر ارتباط مادران با فرزندان کم‌توان ذهنی و دیرآموز، فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۴(۱۵)، ۲۴۶-۲۳۱.
- عزیزی، آ؛ کریمی پور، ب؛ رحمانی، ش؛ و ویسی، ف. (۱۳۹۵). مقایسه تاثیر درمان رابطه والد- کودک و درمان متمرکز بر خانواده بر کارکرد خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، فصلنامه سلامت روانی کودک، ۳(۲)، ۲۱-۹.
- قاسم‌پور، ف و مظاهریان، ح. (۱۳۹۴). تاثیر معماری بر درمان کودکان با اختلال نارسانی توجه / بیش‌فعالی، مجله هویت شهر، ۲۴(۹)، ۳۵-۲۳.
- موسوی، رقیه؛ جمالی، عبدالله؛ نجاتی، امین؛ شریفی، علی. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر فرزندپروری مادران دارای کودک ۸-۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی- کمبود توجه. مجله رویش روان‌شناسی، ۵(۲)، ۱۴۶-۱۱۵.
- هوش‌ور، پ؛ بهنیا، ف؛ خوشایبی، ک؛ میرزایی، ه؛ و رهگذر، م. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش گروهی والدین کودکان ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال نقصان توجه- بیش‌فعالی بر اختلالات رفتاری فرزندان، فصلنامه علمی- پژوهشی توانبخشی، ۳(۱۰)، ۳۰-۲۴.

Arieta, M. T. (2008). *Women's couple relationship satisfaction: The impact of family structure and interparental conflict*. Doctoral Dissertation. Sanfrancisco University.

Bratton, S.C., Landreth, G.L., Kellam, T., Blackard, S. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual: A 10-session filial therapy model for training parents*. Routledge.

- Britten, N. (1995). Qualitative interviews in medical research. *Biomedical and Life Science Journal*, 311 (6999), 251-3.
- Coghill, D., Soutullo, C. Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M. and Buitelaar, J. (2008). Impact of Attention-Deficit/hyperactivity Disorder on the Patient and Family: Results from a European Survey, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2:31, doi: 10.1186/1753-2000-2-31.
- Cohen, M., Domburgh, V., Vermerien, R., Geluk, C. H., & Dorelejeers, T., H. (2012). Externalizing psychopathology and persistence of offending in childhood first time arrestees. *European Child Adolescent Psychiatry*, 21, 243-251.
- Colaizzi, P. F. (1973). *Reflection and research in psychology*. Dubuque, IA: Kendall Hunt.¹
- Coogan, AN., Baird, AL., Popa-Wagner, A., Tome, J. (2016). Circadian rhythms and attention deficit hyperactivity disorder: Te what, the when and the why. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*; 67, 74-81.
- Cornett, N. & Bratton, SC. (2014). Examining the impact of child parent relationship therapy (CPRT) on family functioning. *J Marital Fam Ther*, 40(3), 302-318.
- Danielle, M., Walerius. Nicholas, D., .Fogleman.Paul, J.Rosen. (2016). The Role of ADHD and Negative Emotional Lability in Predicting Changes in Parenting Daily Hassles. *J Child FAM Stud*.25:2279- 2291.
- Erica S. F. Wan, Joyce L. C. Ma, Kelly Y. C. Lai, and Julia W. K. Lo. (2016). the Subjective Experiences of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder of Chinese Families in Hong Kong: Co-Construction of Meanings in Multiple Family Groups. *Journal of National Association of Social Workers*. doi: 10.1093/hsw/hlw023.
- Gast, D.L. (2010). *Single Subject Research Methodology in Behavioral Science*. USA: Rutledge; 150-170
- Graves, K. N., Shelton, T. L. (2007). Family empowerment as a mediator between family-centered systems of care and changes in child functioning: Identifying an important mechanism of change, *Journal of Child & Family Studies*, 16(4), 556-566.
- Hamed, A.M. Kauer, A.J. Stevens, H.E. (2015). Why the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder matters. *Front. Psychiatry*. 6, 168. [CrossRef] [PubMed]
- Harvey, EA. Metcalfe, LA., Herbert, SD & Fanton, JH. (2011) .The role of family experiences and ADHD in the early development of oppositional defiant disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 79, 784° 795.
- Kidron, M., Landreth, G. (2010). Intensive child parent relationship therapy with Israeli parents in Israel. *International Journal of Play Therapy*, 19(2), 64.
- King, K., Alexander, D., & Seabi, J. (2016). Siblings perceptions of their ADHD-diagnosed sibling s impact on the family system. *The*

- International Journal of Environmental Research and Public Health*.
Doi: 10.3390/ijerph13090910.
- Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A ten session filial therapy model*. New York: Routledge.
- Lauritsen, C. B., & Kokckrow, E. O. (2006). *Foundations And Adult Health Nursing*. 5 ed. Mosby.
- Mikami, A.Y.; Pfiffner, L.J. (2008). Sibling relationships among children with ADHD. *J. Atten. Disord.* 11, 482° 492. [CrossRef] [PubMed]
- Moen, O. L., Hall-Lord, M. L., & Hedelin, B. (2014). Living in a family with a child with attention deficit hyperactivity disorder: A phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21° 22), 3166° 3176. doi:10.1111/jocn.12559.
- Nass, D., & Leventhal, F. (2011). *100 Questions & Answers about Your Cii l'' DDHD: From Preschool to College*, USA: Jones & Bartlett Learning.
- Sanders, M. R., Bor, W., & Morawsk, A. (2007). Maintenance of treatment gains: a Comparison of enhanced, standard, and self-directed tripple-p-positive parenting program, *Journal of abnormal child psychology*, 35(6), 983-998.
- Subandi, M. A. (2013). *The Role of Family Empowerment and Family Resilience on Recovery from Psychosis*, Unpublished Doctoral Dissertation, Gadjah Mada University.
- Topham, G.L., Wampler, K.S., Titus, G. (2011). Rolling E. Predicting parent and child outcomes of a filial therapy program. *International Journal of Play Therapy*, 20(2):79.
- Wahlin, I., & Idvall, E. (2006). Patient empowerment in intensive care: An interview study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(6), 370-377.
- Weiss, A. J., Cappadocia, M. C., MacMullin, J., Vecili, M., Lunsy, Y. (2012). The impact of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: The mediating role of acceptance and empowerment, *Autism*, 16(3), 261-74.
- Yamamoto, Y., Holloway, S.D., Suzuki, S. (2006). Maternal involvement in preschool children's education in Japan: Relation to parenting beliefs and socioeconomic status. *Early Childhood Research Quarterly*, 21(3), 332-346.