

بررسی اثربخشی برنامه مداخله روان‌شناختی خانواده محور بر نشانگان بالینی اختلالات عاطفی فرزندان نوجوان والدین شاغل
نرگس زینعلی^۱، غلامعلی افروز^۲، مسعود غلامعلی لواسانی^۳، سوگند قاسم زاده^۴

The Effectiveness of Family- Based Psychological Intervention Program on the Affective Disorders Symptoms in Adolescent Children with Dual Career Parents Narges Zainali¹, GholamAli Afroz², Masoud Gholamali Lavasani³, Sogand Ghasemzadeh⁴

چکیده

زمینه: براساس تحقیقات، تغییرات دوران نوجوانی می‌تواند مستعد اختلالات عاطفی و اضطراب و تیدگی باشد. مسئله این است، آیا روابط والدین با یکدیگر و با فرزند نوجوان، در کاهش نشانه‌های اختلالات عاطفی نوجوانان تأثیرگذار است؟ **هدف:** هدف این پژوهش تعیین اثربخشی برنامه مداخله خانواده محور بر نشانگان اختلالات عاطفی فرزندان نوجوان والدین شاغل بود. **روش:** روش این پژوهش شبه آزمایشی و از نظر هدف جزو پژوهش‌های کاربردی، از نوع طرح دو گروهی ناهمسان با پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با گروه گواه بود و پس از غربالگری اولیه اختلالات عاطفی فرزندان آنان، تعداد ۳۰ نفر از والدین شاغل مرتبط با هدف انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مساوی آزمایشی و گواه، تقسیم و گروه آزمایش طی برنامه مداخله روان‌شناختی (۱۲ جلسه آموزش گروهی، هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه) تحت آموزش قرار گرفتند. ابزارهای این پژوهش، پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی خودساخته (۱۳۹۶)، نیازسنجی و فهرست نشانگان رفتاری کودک آخنباخ (CBCL) (۱۹۹۱) بود. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس چند متغیره از نوع اندازه‌گیری‌های مکرر انجام گرفت. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گواه وجود دارد ($P < 0.05$). **نتیجه‌گیری:** به این معنا که؛ برنامه مداخله روان‌شناختی خانواده محور، موجب کاهش نشانگان اختلالات عاطفی فرزندان نوجوان والدین شاغل گردید و این نتایج در پیگیری سه ماهه نیز پایدار بود. **واژه کلیدی‌ها:** خانواده محور، نشانگان اختلالات عاطفی، والدین شاغل، فرزندان نوجوان

Background: According to research, adolescents' changes can have great effects on adolescents, and they are prone to emotional distress and anxiety. The issue is whether the relationship between the parents with each other and the child is effective in reducing the symptoms of emotional disturbances in adolescents. **Aims:** The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of family-based psychological intervention program on the affective disorders symptoms in adolescent children with dual career parents **Method:** The research method is quasi-experimental and technically applied researches such as disparate two group design with pre - test and post-test, with the control group and after initial screening of affective disorders in adolescent children of dual - career Parents; A total of 30 parents working, in a governmental organization, with at least one child aged 11-16 years and affective disorders symptoms, were selected and randomly divided into two equal experimental and control groups, and the experimental group under the psychological intervention program (consist of 12 sessions of group training 90 minutes each session, once a week). The control group did not receive any interventions during this period. The instruments of this research were Demographic Self-Made Questionnaire (2017), Needs Assessment and Child Behavior Checklist, Achenbach (1991). Data analysis was done by repeated - measures MANCOVA. **Results:** The findings of the study showed that there was a significant difference between the experimental and control group ($P < 0.05$). **Conclusions:** In this sense, the family-based psychological intervention program, reduced the affective disorders symptoms in adolescent children with dual career parents and these results were sustained in the quarterly follow-up. **Key words:** Family-Based, Affective Disorders Symptoms, Dual Career Parents, Adolescent Children

Corresponding Author: Afroz@ut.ac.ir

- دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- PhD in Psychology & Education of Exceptional Children, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
- استاد، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
- Professor, Department of Psychology & Education of Exceptional Children, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author)
- دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشگاه تهران، تهران، ایران
- Associate Professor, Department of Educational Psychology & Counseling, University of Tehran, Tehran, Iran
- استادیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
- Associate Professor, Department of Psychology & Education of Exceptional Children, University of Tehran, Tehran, Iran

مقدمه

تحقیقات نشان می‌دهند که عوامل خانوادگی زیادی مانند مشکلات روان‌شناختی والدین (فیورر، هامن، گیب، ۲۰۱۴) و شیوه‌های تربیتی ناکارآمد آنها در رشد و حفظ مشکلات برون‌سازی شده در کودکان و نوجوانان نقش مهمی داشته‌اند (ساندرز، ۲۰۰۳). علی‌رغم اهمیت رابطه والد - نوجوان، بسته به اینکه از کدام روی آورد نظری تعامل بین نوجوان و والدینش را مورد کنکاش قرار دهیم، مفهوم «رابطه والد - نوجوان» شکلی متفاوت به خود خواهد گرفت. اولین نظریه در این زمینه نظریهٔ تفرد^۱ (روی آورد تغییر درون زاد) نام دارد. اندیشمندان در این نظریه بر این باورند که نزدیکی^۲ در رابطهٔ والد و نوجوان تحت تأثیر تلاش‌های نوجوان برای دستیابی به استقلال اجتماعی - شناختی و هیجانی کمتر می‌شود (باکس و وان ول، ۲۰۰۸). به عبارت دیگر، هم زمان با انتقال کودکان به دوره نوجوانی، آنان فرآیند تفرد را نیز آغاز می‌کنند. در این روی آورد تفرد فرآیندی است که در آن فرد در عین حفظ رابطه با والدینش، جدا شدن از آنها به عنوان یک فرد مستقل را نیز آغاز می‌کند (یونیس واسمالر، ۱۹۸۹). از سویی، از نظر کولینز و مادسون (۲۰۰۶) نظریه‌های روان‌تحلیل‌گری و نوتحلیل‌گری بر این باورند که تغییرات هورمونی و برانگیختگی جنسی و بلوغ او، منجر به ایجاد فشار زیاد، در جهت تفرد از والدین و هرچه بیشتر درگیر شدن در روابط دوستان همسال وی می‌گردد. نظریه‌های روان‌تحلیل‌گری معتقدند که تغییرات هورمونی ناشی از بلوغ، امیال ادیبی را به سطح می‌رانند. این امیال به سطح آمده، در مسائل مربوط به مهار کردن تکانه و اضطراب مؤثر هستند و نوجوان در نتیجه چنین وضعیتی سرکش شده، بین خود و والدینش فاصله ایجاد می‌کند. بنابراین، نظریه تفرد، این موضوع را برجسته می‌کند، که رابطه نامناسب بین والد و نوجوان در دوران بلوغ، در خدمت تسهیل روابط جنسی در خارج از گروه خانواده است و در نتیجه نوجوان را به سمت صمیمیت کمتر با والدین و استقلال از آنها سوق می‌دهد. روابط بین کودک و نوجوان با والدین را می‌توان به عنوان نظام یا شبکه‌ای از عوامل و بخش‌هایی دانست که در واکنش‌های متقابل با یکدیگرند. خانواده نخستین و مناسب‌ترین مکان نقش‌پذیری و کانون اصلی پرورش کودک و نوجوان است و مانند سیستم پویایی عمل می‌کند که اعضای آن پی‌درپی با هم در تعامل هستند و متقابلاً بر یکدیگر اثر

می‌گذارند. خانواده محیطی است که با طیف وسیعی از رفتارهای اجتماعی و عاطفی فرزندان ارتباط دارد و به عنوان یک عامل حاکم در اجتماعی شدن کودکان و نوجوانان و عاملی مؤثر بر بازخوردها و رفتارهای آنان شناخته می‌شود (مونی‌یر و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین، خانواده به عنوان سیستمی فرض می‌شود که تغییرات هر جز آن می‌تواند تغییرات اجزای دیگر را تحت تأثیر قرار دهد. لذا تغییرات و تحولات دوران نوجوانی که در بسیاری از موارد جدی و گسترده است می‌تواند خانواده را نیز دچار بحران سازد. اما آنچه در این بین می‌تواند دوباره نظام خانواده را به حالت تعادل برگرداند و از انحراف اعضای آن جلوگیری کند، نحوه پاسخ‌دهی اعضای خانواده نسبت به تغییر این زیر سیستم است. درک اینکه تغییرات و تحولات نوجوانی و برخی از ویژگی‌های رفتاری جدیداً شکل گرفته در نوجوانی و همچنین مخالفت ورزشی‌ها و بحث‌های نوجوان از ویژگی‌های طبیعی رشد این دوره است نه ناشی از تمرد، سرکشی یا بی‌بندوباری وی، می‌تواند در پاسخ‌دهی خانواده نسبت به آن تأثیر مثبتی داشته باشد. درک نوجوان احترام به حس استقلال او، تأثیر توانمندی‌ها و رشد نوجوان، بکارگیری الگوهای ارتباطی مناسب، خودداری از تصمیم‌گیری به جای او، مشارکت دادن او در تصمیم‌گیری‌ها و عدم قضاوت در مورد او از طرف خانواده می‌تواند به نوجوان در عبور از این تحولات، پیدا کردن مسیر مناسب زندگی خود و انتخاب‌های درست وی مؤثر باشد (قمری، ۱۳۸۸). کنش متقابل میان والدین و فرزندان، اساس تحول عاطفی کودکان تلقی می‌شود و مطالعات متعدد نشان می‌دهند که بیشتر مشکلات رفتاری و انحرافات افراد، ریشه در خانواده دارد و عملکردهای نامناسب خانوادگی ممکن است موجب اختلال در رفتار اعضای آن شود، به طوری که وجود الگوهای نامناسب در خانواده، روابط نادرست والدین با فرزند از نظر مهرورزی و عاطفی، روابط خانوادگی گسسته و ناپایدار و عدم انسجام بین اعضای خانواده، تأثیرات مخربی در روحیه کودک و نوجوان به جا می‌گذارد. کودک و نوجوان در چنین محیطی، بیش از حد تحریک‌پذیر، مضطرب، پریشان و خود سرزنشگر می‌شود و موجبات رشد الگوهای رفتار خصومت‌آمیز و پرخاشگرانه در وی فراهم می‌شود (نظر و همکاران، ۲۰۱۲). بالبی (۱۹۹۱) نیز تأکید می‌کند که آنچه برای سلامت روانی کودک و نوجوان ضرورت دارد، امکان تجربه

افسرده‌گونه و گوشه‌گیرانه می‌باشد (سیف نراقی و نادری، ۱۳۸۹). اضطراب، تنیدگی و افسردگی، به یکی از مهمترین مسائل مورد مطالعه روانشناسان، روانپزشکان و متخصصان علوم رفتاری تبدیل شده است و طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، اختلال‌های مزاجی مانند، افسردگی و اضطراب، سی و پنج درصد کل اختلالات روانی را تشکیل می‌دهند که اکثر آنها از دوران کودکی و نوجوانی نشأت می‌گیرند (اسد زندی، سیاری، عبادی، سنایی نسب، ۱۳۸۸). در این اختلالات گاهی روابط نامناسب بین والدین و کودک و نوجوان و عدم تعادل خانواده و وقایع تنش‌آور زندگی می‌تواند بر کودک و نوجوان تأثیر بگذارد و نقش مهمی در شروع یا دوام علائم برونی-سازگی شده و حتی درونی‌سازی شده یک اختلال، شدت مشکلات رفتاری = عاطفی یا تعدیل و مهار کردن آنها داشته باشد (دوپال، مک-گوی و آکرت، ۲۰۰۱؛ به نقل از بارلو و پارسون، ۲۰۰۲). در واقع، درک رفتار کودک و نوجوان بدون واقف شدن به نقش افراد مهم زندگی وی غیر ممکن است. والدینی که در ارتباطات خود متزلزل، فاقد اطمینان خاطر و بی‌ثباتند، در نحوه تربیت فرزندان با یکدیگر توافق ندارند، از الگوهای والدگری مبتنی بر طرد حمایت افراطی با اغماض یا تسلط، انضباط دوگانه، سستی موازین اخلاقی، کمال‌جویی‌های غیرمنطقی و عصبانیت و بی‌ثباتی عاطفی استفاده می‌کنند، رفتارهای روان‌آزردگی را در کودکان تثبیت می‌کنند و سبب می‌شوند که کودکان از نظر هیجانی و عاطفی نیازمندتر شده و در چنین شرایطی از حس اعتماد و امنیت که اساس تحول هیجانی سالم محسوب می‌شود، ناکام بمانند (مک کارتی و همکاران، ۲۰۰۴).

در پژوهش حاضر بیشتر نشانگان اختلالات درونی‌سازی شده از جمله، افسردگی، اضطراب و گوشه‌گیری، در دوران نوجوانی، مورد توجه قرار گرفته است.

مداخله‌های خانواده محور به عنوان یک درمان مبتنی بر شواهد عملی برای کودکان و والدین با مشکلات متفاوت در نظر گرفته شده است (سیدو و همکاران، ۲۰۱۳؛ کورسیو، ماک و جورج، ۲۰۱۳). سوءاستفاده‌های رفتاری نوجوانان تحت تأثیر عوامل خانوادگی مانند سبک‌های والدگری و دلبستگی قرار دارند. از آنجا که سیستم‌های فردی، خانوادگی و فراخانوادگی در هم تنیده شده‌اند، مداخله خانواده محور نه تنها تأثیر مثبت بر اعضای خانواده می‌گذارد، بلکه همچنین تأثیر مثبت بر سیستم‌های همبستگی خانواده و فراخانواده نیز

یک رابطه صمیمی، گرم و مداوم با والدین و مراقبت از او می‌باشد. بنا برنظر وی، بسیاری از اشکال روان‌آزردگی و اختلالات عاطفی، حاصل محرومیت کودک و نوجوان از مراقبت‌های والدین یا عدم ثبات در روابط وی با فردی است که به او دلبستگی دارد. خانواده منسجم که ارتباط عاطفی عمیق بین اعضای آن وجود دارد، به‌عنوان یک عامل حفاظتی و واسطه‌ای در کنش‌ورزی روانی سالم کودکان و نوجوانان نقش مهمی را ایفا می‌کند (سینگ، لوندی، هایمس و کاردید، ۲۰۱۱). بنابراین ادعای این محققین پیوند و تعهد عاطفی، گرمی روابط و عواطف حاکم بر خانواده منسجم، در فرزندان آنان، این احساس را به وجود می‌آورد که مورد پذیرش والدین هستند و والدین نسبت به خواسته‌های آنان حساس و مسئول می‌باشند. در این میان اثرگذاری فرآیندهای خانواده و تعارض بر متغیرهای خانوادگی مانند رضامندی زوجیت (کلیر، کامپ، میلز و تیلور، ۲۰۱۱)، سلامت روانی نوجوانان (الیا و هوئی، ۲۰۰۹)، اضطراب، افسردگی و تنیدگی در نوجوانان (عبدالله زاده و ساسانی، ۲۰۱۰) تأیید شده است. در واقع، روابط زناشویی برای درک تأثیر خانواده بر تحول کودکان و نوجوانان از اهمیتی اساسی برخوردار است (کامینگر و دیویس، ۲۰۱۲). حقیقی و خلیل‌زاده (۱۳۹۱) در یک بررسی رابطه رضامندی زوجیت و سبک‌های والدگری را نشان می‌دهند. چنانچه، اختلافات زناشویی والدین و تعارضات خانوادگی و استفاده از سبک‌های والدگری سهل‌گیرانه پیش‌بینی‌کننده قوی مشکلات رفتاری در فرزندان است و این شیوه مسئولانه حاکی از روش صحیح تربیتی است که از بروز مشکلات رفتاری در آنان جلوگیری می‌نماید (رضوی، محمودی و رحیمی، ۱۳۸۷). اختلالات و مشکلات دوران کودکی و نوجوانی به دو دسته اصلی اختلالات برونی‌سازی شده و درونی‌سازی شده تقسیم می‌شوند. اختلالات برونی‌سازی شده در برگیرنده دو گروه از رفتارهای قانون شکنانه و پرخاشگرانه بوده و شامل اختلال نارسایی توجه فزون کنشی، اختلال رفتار هنجاری و اختلال نافرمانی کنار آمدن است. از سوی دیگر، اختلالات درونی-سازگی شده شامل اختلالاتی است که نشانگان بیماری بیشتر بر خود فرد تأثیر دارند؛ مانند افسردگی، اضطراب و شکایات جسمانی (کراوفورد، اشروک و وودراف - بوردن، ۲۰۱۱). اختلالات عاطفی - رفتاری از اختلالات شایع در بین کودکان و نوجوانان است. نوجوانان دارای این اختلالات رفتارهای گوناگون افراطی، مزمن و انحرافی دارند که گستره آن شامل اعمال پرخاشگرانه تا اعمال

درصد کاهش تأثیر عوامل فشارزا با استفاده از دارو و مداخله فرد محور میزان قابل توجهی است (گوردون و همکاران، ۲۰۱۶). مشکلاتی که مورد هدف مداخله‌های خانواده محور قرار گرفته‌اند، مشکلاتی هستند که در خانواده‌های والدین هر دو شاغل نیز مشاهده می‌شود. برای زوج‌های هر دو شاغل نگهداری سبک زندگی متعادل و سالم می‌تواند بسیار کشاکش برانگیز باشد. ناهمخوانی نقش‌های خانوادگی سنتی و سبک زندگی زوج‌های هر دو شاغل به فراوانی منجر به تعارضات نقش‌پذیری در خانواده می‌شود. میزان طلاق زوج‌های هر دو شاغل به دلیل نیازهای متعارض، تنیدگی‌ها و بار زیاد شغل به نسبت دیگر زوج‌ها بالاتر است و هر دو والد باید زمان و انرژی کافی به جهت متعادل کردن پیشه، خانه، خانواده، روابط زناشویی و وظایف والدگری را داشته باشند (شیمازو و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین پژوهش حاضر در نظر داشته با روی آوردی متفاوت از سایر پژوهش‌های انجام شده؛ که در آنها به بررسی تأثیر برنامه‌های خانواده محور به طور مستقیم بر شیوه والدگری والدین، با تأکید بر اختلالات عاطفی - رفتاری فرزندان آنان پرداخته، با آموزش مستقیم به والدین شاغل، ضمن تلاش در جهت ارتقای سطح رضامندی زوجیت آنان، به بررسی اثرات غیرمستقیم رضامندی زوجیت، بر وضعیت عاطفی فرزندان نوجوان آنان نیز اثر گذار باشد.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف جزو پژوهش‌های کاربردی و در حیطه تحقیقات شبه آزمایشی است و از نوع طرح دو گروهی ناهمسان با پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از انواع طرح‌های شبه‌آزمایشی با گروه گواه بود. جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش کلیه کارکنان متأهل رسمی، پیمانی و قراردادی شاغل در ستاد سازمان ثبت احوال کشور به تعداد ۶۱۰ نفر بودند که پس از فراخوان، تعداد ۸۵ نفر از افراد متأهل، به منظور تکمیل سه بخش مربوط به نشانگان اختلالات عاطفی از فهرست نشانگان رفتاری اعلام آمادگی نمودند، که با بررسی بعمل آمده مشخص گردید، صرفاً تعداد ۶۰ نفر از افرادی که نسبت به تکمیل پرسشنامه مبادرت نمودند، دارای فرزندان با نشانگان اختلالات درونی‌سازی شده (عاطفی) بودند و در مرحله بعد با اجرای مصاحبه بالینی، مشخص شد صرفاً تعداد ۴۷ نفر از والدین دارای کلیه ملاک‌های ورود به پژوهش بوده و فاقد ملاک‌های خروج بودند و هیچ‌یک از فرزندان آنان نیز دارای معلولیت

دارد (کورسیو، ماک و جورج، ۲۰۱۳). مداخله خانواده محور در مقایسه با مداخله‌های فرد محور که تنها بر افراد دارای مشکل تمرکز دارند، به عنوان درمانی تعریف می‌شود که اعضای خانواده و شبکه گسترده‌تر خانوادگی در فرآیند درمان برای حل مشکلات همه اعضا مشارکت می‌کنند (لیدل و همکاران، ۲۰۰۶). با توجه به تأثیر بیشتر و مؤثرتر مداخله‌های خانواده محور نسبت به مداخله‌های فرد محور که مطالعات مختلف نشان داده‌اند، می‌توان از این روش برای بهبود عملکرد اعضای خانواده استفاده کرد. براون فنبرنر (۱۹۷۷)، در یکی از اولین بررسی‌های انجام شده روی مداخله به هنگام بیان داشت: بدون مشارکت خانواده، مداخله به احتمال زیاد ناموفق خواهد بود و تأثیرات خیلی کمی هم که ممکن است بدنبال داشته باشد بدون مشارکت خانواده از بین می‌روند (فرامرزی و افروز، ۱۳۸۸). نتایج تحقیق قره باغی، بشارت، رستمی و غلامعلی لواسانی (۱۳۹۴) نشان داد که مداخله بر اساس نظریه نظام‌های خانوادگی بوون می‌تواند کیفیت زندگی و کیفیت رابطه زوج‌ها را ارتقا دهد. از آنجائی که خانواده مرکز هسته اصلی مراقبت‌هاست، مؤثرترین خدمات آنهایی هستند که بر نقش خانواده تأکید نموده و تلاش در جهت توانمندسازی خانواده‌ها انجام دهند. چرا که رویکرد خانواده محور، برای کودکان، والدین و خانواده‌ها و ارائه دهندگان خدمات مؤثر است و باعث ارتقاء خدمات درمانی و افزایش رضایت‌مندی خانواده-ها از خدمات ارائه شده می‌گردد (دالوند، رصافیانی و باقری، ۱۳۹۳). بر اساس دیدگاه مائورا، جنی پولین، استفانی و مناکشی (۲۰۰۳)، با توجه به نقش خانواده به عنوان بخشی از درمان، می‌بایستی تمرکز از فرد محوری، به خانواده محوری در ارائه خدمات تغییر یابد. فلسفه درمان خانواده محور بر مبنای درمان فرد در چهارچوب خانواده جهت به حداکثر رساندن نتایج بهبود فرد، استوار است. اتخاذ روش‌ها و اهداف درمان و برنامه‌ریزی جهت نیل به آن با مشارکت همه اعضای خانواده صورت می‌گیرد تا آنها بتوانند نیازهای یکدیگر را شنیده و برآورده نمایند (شوشتری و همکاران، ۱۳۹۳). روی آوردهای خانواده محور و آموزش خانواده، کوشش می‌کنند در کاهش فشارهای محیطی بر افراد آسیب‌پذیر و بهبود عملکرد اجتماعی آنان، تأثیر بگذارند. هدف اصلی این روی آوردها بهبود عملکرد خانواده و کاهش تنیدگی، مخصوصاً فشار عوامل مربوط به والدگری می‌باشد. میانگین کاهش فشارهای والدگری که در چهار مطالعه مختلف گزارش شده است ۳۴ درصد می‌باشد، که این میزان در مقابل ۹

پرسشنامه نیازسنجی: به منظور شناسایی توانش‌های مورد نیاز شرکت‌کنندگان در این پژوهش و طراحی برنامه آموزشی متناسب برای آنان از این پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. جهت تدوین این پرسشنامه، پس از مطالعه پیشینه و مصاحبه نیمه ساختار یافته با نمونه مقدماتی، تعداد ۲۰ گزاره، برای والدین شاغل تهیه و از آنان خواسته شد؛ نیازهای آموزشی خود را بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای مشخص نمایند (پیوست شماره ۳) شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه نیز براساس مقیاس مذکور از خیلی زیاد تا هیچ (صفر تا ۵) است و اهمیت و ضرورت مؤلفه‌های آموزش براساس محاسبه درصد فراوانی هر مؤلفه محاسبه شد.

نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخباخ (پرسشنامه CBCL): این نظام یکی از رایج‌ترین نظام‌های سنجش در کشور ما نیز هست و در شهرهای بزرگ تهران و اصفهان نیز هنجار شده‌است. در نظام مذکور برای بدست آوردن اطلاعات از سه منبع والدین، معلم و خود کودک، از فهرست‌های درجه‌بندی شده رفتار استفاده می‌شود. این نظام شامل مجموعه‌ای از فرم‌ها برای ارزیابی شایستگی‌ها، کارکرد انطباقی و مشکلات رفتاری و عاطفی است که عبارتند از: فهرست نشانگان رفتاری کودک^۱، فرم گزارش معلم^۲ و پرسشنامه خودسنجی^۳، که هر یک از این فرم‌ها در ۲۵ الی ۳۰ دقیقه تکمیل می‌شود. در این پرسشنامه‌ها، مقیاس‌هایی براساس چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روان‌پزشکی تنظیم شده است که عبارتند از: مشکلات عاطفی، اضطرابی، جسمانی، کاستی توجه و بیش‌فعالی، رفتارهای کنار آمدن، تضادورزی جسورانه و اختلال رفتار هنجاری (مینایی، ۱۳۸۵).

چون در این پژوهش صرفاً از یک بخش از نظام مذکور استفاده شده لذا صرفاً به توضیح فهرست نشانگان رفتاری CBCL که یک روش عمومی برای شناسایی مشکلات رفتاری و عاطفی در کودکان است می‌پردازیم.

این فهرست رفتاری کودک را باید والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و از او مراقبت می‌کند و یا هر کس دیگری که با کودک در محیط خانوادگی برخورد دارد و او را کاملاً می‌شناسد، تکمیل گردد و پاسخ دهنده تعدادی سؤال باز پاسخ را که به بیماری‌ها و ناتوانی‌های کودک مربوط می‌شوند را مشخص

جسمی نبودند و با اعلام موافقت و امضای فرم رضایت‌نامه کتبی برای شروع دوره آماده شدند.

از ۴۷ نفر والدین واجد شرایط پژوهش حاضر، تعداد ۱۳ نفر برای آموزش مقدماتی اعلام آمادگی نمودند و ۳۴ نفر باقیمانده به دو گروه ۱۷ نفری آزمایشی و کنترل تقسیم شدند و پس از آن گروه آزمایشی به مدت ۱۲ جلسه، تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل هم هیچ آموزشی دریافت نمودند. در حین برگزاری جلسات آموزشی؛ یک نفر به علت غیبت بیش از سه جلسه؛ حذف شد و یک نفر نیز به دلیل حجم کاری بالا و نداشتن امکان حضور در دوره انصراف داده و دو نفر از اعضای گروه کنترل نیز برای پاسخگویی به سؤالات آزمون‌ها همکاری لازم را معمول ننموده و لذا از گروه‌ها حذف شدند. و در نهایت تعداد ۳۰ نفر از والدین شاغل که واجد کلیه شرایط ورود به پژوهش حاضر (اشتغال حداقل یکی از والدین در سازمان ثبت احوال کشور، داشتن فرزند نوجوان بین ۱۱ تا ۱۶ سال، دارا بودن نشانگان اختلالات عاطفی فرزندان براساس غربالگری با پرسشنامه نشانگان رفتاری و مصاحبه نیمه ساختار یافته، با هم زندگی کردن و شوهر و علاقمندی به شرکت در پژوهش با امضای رضایت‌نامه کتبی) بودند، انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند و بعد از تشکیل دو گروه تلگرامی مجزا و ارسال لینک پرسشنامه (پیش‌آزمون) برای همه اعضا، برنامه مداخله روان‌شناختی برای گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد که در این مدت گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نمودند. پس از پایان مداخله، مجدداً لینک پرسشنامه برای اعضای هر دو گروه ارسال و پس‌آزمون اجرا شد. ابزار این پژوهش علاوه بر پرسشنامه واریسی ویژگی‌های جمعیت شناختی و پرسشنامه نیازسنجی محقق ساخته که به منظور شناسایی توانش‌های مورد نیاز شرکت‌کنندگان در این پژوهش و طراحی برنامه آموزشی متناسب برای آنان مورد استفاده قرار گرفت.

ابزار

پرسشنامه جمعیت شناختی: این پرسشنامه محقق ساخته بوده و اطلاعات مربوط به شغل و تحصیلات فرد و همسر او، سن وی و همسر، تعداد، جنسیت و سن فرزندان و مدت ازدواج والدین شاغل، توسط آن گردآوری شده است.

3. Youth Self -Report (YSR)

1. Child Behavior Check List (CBCL)

2. Teacher's Report Form (TRF)

و عمده‌ترین نگرانی خود را بیان می‌نماید.

مراحل درگیر فرآیند آموزش و یادگیری بودند که خلاصه آن در ۱۲ جلسه آموزشی با محتوای ارائه شده، برای هر جلسه، در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

داده‌ها و یافته‌ها

در این بخش به بررسی وضعیت پاسخگویان در ارتباط با اختلالات عاطفی-رفتاری و ۹ خرده‌مقیاس مربوط به آن (اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر نارسایی توجه/فزون‌کنشی، رفتار قانون‌شکنی، رفتار پرخاشگری، مشکلات کلی) می‌پردازیم:

یافته‌های توصیفی حاصل از متغیر نشانگان اختلالات عاطفی به تفکیک دو گروه و مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است. جدول ۲ نشانگر کاهش میانگین در متغیر نشانگان اختلالات عاطفی گروه آزمایشی، پس از دوره آموزش (مرحله پس‌آزمون و پیگیری) است. به عبارت دیگر گروه آزمایش پس از تجربه مداخله، شرایط بهتری را گزارش کرده است. این در حالی است که گروه گواه تقریباً در کلیه خرده‌مقیاس‌ها در بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییر قابل ملاحظه‌ای را نشان نمی‌دهد.

سپس تمام خرده‌مقیاس‌های نشانگان اختلالات عاطفی با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد تحلیل قرار گرفت. قبل از استفاده از این تحلیل ابتدا به بررسی مفروضه‌ها پرداخته شد و به منظور اطمینان یافتن از فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها؛ به تفکیک مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون) و گروه‌ها (آزمایش، گواه) با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک صورت گرفت و نتایج به دست آمده نشان داد هیچ یک از متغیرها، معنادار نمی‌باشد ($p > 0/05$). بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات برقرار بوده است. برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس متغیرهای پژوهش نیز از آزمون لوین استفاده شد و عدم معناداری F مشاهده شده ($p > 0/05$) در آزمون لوین بیانگر این موضوع بود که مفروضه همسانی واریانس‌ها برقرار می‌باشد. و پیش‌فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس نیز بر اساس آزمون ام‌باکس بررسی شد و نتیجه آزمون ام‌باکس ($F=1/57$) حاکی از معناداری مقدار F است ($P < 0/05$). هنگامی که حجم نمونه‌ها برابرند، نقض مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس اثر کمی بر روی نتایج

در این فرم پاسخ دهنده مشکلات بالینی، عاطفی، رفتاری و اجتماعی کودک را درجه‌بندی می‌کند و از ۱۱۳ سؤال تشکیل شده است. پاسخ دهنده در مقیاس لیکرتی سه درجه‌ای براساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته، وضعیت کودک را درجه‌بندی می‌کند. پس از اجرای آزمون طبق دستورالعمل دفترچه راهنما برای سنین ۶ تا ۱۸ سال آخنباخ (۱۹۹۱)، اقدام به نمره‌گذاری مصاحبه می‌نماید. برای نمره‌گذاری به هر سؤال، سه پاسخ (صفر، ۱ و ۲) وجود دارد و جمع کل نمرات پرسش‌ها از جمع نمرات هر یک از عبارت‌ها بدست می‌آید (مینایی، ۱۳۸۵). هنجاریابی این پرسشنامه پس از انطباق‌های لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی روی نمونه ایرانی انجام شده و نتایج نشان داده که ضریب آلفای مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ است. قابلیت اعتماد سازه و محتوای این پرسشنامه نیز در هنجاریابی ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است.

قابلیت اعتماد این آزمون توسط آخنباخ (۱۹۹۱)، ۰/۸۷ گزارش شده است و در پژوهشی که توسط مینایی (۱۳۸۵) انجام شد، میانگین همبستگی برای پسران ۴ تا ۱۱ سال ۰/۷۵ و برای پسران ۱۲ تا ۱۸ سال ۰/۷۲ محاسبه و برای دختران ۴ تا ۱۱ سال ۰/۶۵ و دختران ۱۲ تا ۱۸ سال ۰/۶۹ محاسبه شد و در این پژوهش پس از مصاحبه تشخیصی اختلالات عاطفی، والدینی که فرزند نوجوان آنان، در قسمت مربوط به فهرست نشانگان رفتاری؛ در مقیاس‌های مبتنی بر DSM-5^۱ در بخش مشکلات افسردگی، اضطرابی و نشانگان جسمانی (اختلالات عاطفی) نمره T بالاتر از ۶۰ بود (محدوده مرزی و بالینی) بدست آوردند به عنوان نمونه انتخاب شدند.

برنامه آموزشی مورد نظر در این پژوهش با روی‌آورد شناختی-رفتاری و غنی‌سازی ارتباط زوجین با محوریت آموزش مهارت‌های زندگی (به ویژه مهارت‌های خودآگاهی، ارتباط مؤثر، حل مسئله، تصمیم‌گیری، مدیریت خشم و مدیریت تنیدگی) و با رعایت ساختار جلسات آموزشی مبتنی بر روی‌آورد شناختی-رفتاری (کلارک، ۲۰۰۴؛ فتی، موتابی، بوالهیری و کاظم زاده عطوفی، ۱۳۸۵) و به شکل گروهی، با شیوه کارگاهی، اجرا شد و شرکت‌کنندگان در تک تک

^۱ Diagnostic & statistical manual of mental disorders

اختلالات عاطفی در دو گروه پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد $p < 0/05$ و $(df = 12/8)$ و $F = 9/78$ و $F = 0/8$ (Pillai's Trace). در ادامه برای درک دقیق‌تر و بررسی تأثیر جداگانه متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته جدول آزمون‌های اثرات بین-آزمودنی ارائه می‌گردد.

داشت. که در این حالت برای ارزیابی معناداری اثر چند متغیری، استفاده از ملاک پیلای توصیه می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره حاکی از آن است که در تمام آزمون-ها F به دست آمده با درجه آزادی ۸ و ۱۲ در سطح $P > 0/05$ معنادار است. یافته‌های حاصل نشان داد خرده مقیاس‌های متغیر نشانگان

جدول ۱. شرح مختصر جلسات برنامه توانمندسازی روان‌شناختی

جلسه	محتوای جلسات
مقدماتی	آشنایی و معارفه، هدف‌گذاری گروهی، صحبت در مورد ضرورت آموزش و توافق بر روی قوانین و هنجارهای گروه، اجرای پیش‌آزمون‌ها، اخذ رضایت آگاهانه
اول	آشنایی با مفهوم خانواده، ویژگی‌های خانواده سالم، رضامندی زوجیت و مؤلفه‌های آن، جاذبه‌ها و دافعه‌های زوجین، تمرین از طریق بحث گروهی، نمایش فیلم کوتاه، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات + تکلیف خانگی
دوم	مرور تکالیف جلسه قبل، تشریح اختلالات عاطفی در فرزندان و رابطه این اختلالات با تعاملات درون خانوادگی، تمرین از طریق بحث گروهی، نمایش فیلم کوتاه، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات + تکلیف خانگی
سوم	مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با مهارت‌های زندگی و ضرورت آموزش آنها به والدین و فرزندان، آموزش مهارت ارتباط مؤثر، انجام تمرین از طریق بارش فکری، نمایش فیلم، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات + تکلیف خانگی
چهارم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت گوش دادن فعال، موانع گوش دادن و ارتباط مؤثر، کنترل بیرونی و رفتارهای جایگزین، آشنایی با اصول ارتباط سالم، انجام تمرین از طریق بحث گروهی، نمایش فیلم کوتاه، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات + تکلیف خانگی
پنجم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت بین فردی، انواع حمایت، فواید روابط بین فردی، اجزا و عناصر روابط بین فردی، ویژگی‌های گروه، جرأت ورزی و پیامدهای منفی نداشتن جرأت ورزی، عوامل دوری و راهکارهای ابراز جرات ورزی، فرهنگ گفتاری در رفتار جرات مندان، انجام تمرین از طریق ایفای نقش، بحث گروهی، سؤال کردن، نمایش فیلم، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات + تکلیف خانگی
ششم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم خطاهای شناختی و علیت حلقوی، تأثیر آنها بر زندگی مشترک، آشنایی با ABC رفتار و انواع خطاهای شناختی و اصلاح خطاهای شناختی، انجام تمرین از طریق بارش فکری، بحث گروهی، سؤال کردن، نمایش فیلم، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات + تکلیف خانگی
هفتم	آشنایی با توانمندی‌ها، مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم خودآگاهی، چگونگی تشکیل خودآگاهی، خود در رابطه با دیگران، بخش‌های خودآگاهی، مفهوم همدلی، اجزا و مؤلفه‌های همدلی، شناخت احساسات و نحوه برخورد صحیح با آنها، تفاوت همدلی و همدردی انجام تمرین از طریق جملات ناتمام، بحث گروهی، نمایش فیلم کوتاه، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات + تکلیف خانگی
هشتم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت مدیریت تنیدگی؛ ماهیت، انواع، نشانگان و اثرات تنیدگی مزمن، منابع تنیدگی و روش‌های مقابله با تنیدگی (مسئله‌مدار و هیجان‌مدار)، احساس عصبانیت، موقعیت‌های خشم برانگیز، عوارض خشم، شناسایی شیوه‌های عملی برای کنترل خشم، انجام تمرین از طریق بحث گروهی، سؤال کردن، نمایش فیلم کوتاه، آرام‌سازی روانی، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات + تکالیف خانگی
نهم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت حل مسئله سازگارانه، انواع مشکلات، گام‌های حل مسئله، آشنایی با فنون بارش فکری، انتخاب بهترین راه حل، راه‌های ارزیابی اجرای راه حل، انجام تمرین از طریق بحث گروهی و نمایش فیلم کوتاه، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات + تکلیف خانگی
دهم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت تصمیم‌گیری، عوامل شخصی مؤثر در تصمیم‌گیری، روش‌های معمول در تصمیم‌گیری (احساسی، آنی، واگذاری تصمیم‌گیری به دیگران، پشت گوش انداختن و اهمال‌کاری و تصمیم‌گیری منطقی) انجام تمرین از طریق گروه‌های کوچک، سؤال کردن، بحث گروهی، نمایش فیلم کوتاه، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات + تکالیف خانگی
یازدهم	مرور تکالیف جلسه قبل، تشریح مفهوم والدگری و محورهای اساسی والدگری (محبت و کنترل)، سبک‌های والدگری (A, B, C, D) آشنایی با نکات اساسی در والدگری، نحوه برقراری ارتباط مؤثر با فرزندان، نحوه تأیید و تشویق رفتارهای مثبت، شیوه دستور دادن، نحوه آموزش رفتار جدید، آموزش مدیریت رفتار نامطلوب، والدگری مثبت و اصول آن، آشنایی با رفتارهایی که به روحیه فرزند ما آسیب می‌زند، تمرین از طریق بحث گروهی، سؤال کردن، نمایش فیلم و جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات + تکلیف خانگی
دوازدهم	مرور تکالیف جلسه قبل، نوجوانی و تغییرات مهم دوران نوجوانی (جسمانی، شناختی، هیجانی و اجتماعی) و نحوه برقراری ارتباط بهتر با نوجوانان، اختصاص زمان کیفی به نوجوان و همدلی با او، انجام تمرین از طریق بحث گروهی، نمایش فیلم کوتاه، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات + تکلیف خانگی
پایانی	جمع‌بندی مطالب مطرح شده در دوره، تشکر و قدردانی از حضور مستمر در این دوره، اجرای پس‌آزمون و اهدای گواهینامه آموزشی طی دوره به شرکت‌کنندگان + هدیه فرهنگی

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیر نشانگان اختلالات عاطفی

متغیر	مرحله	گروه			
		آزمایش	گواه		
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
اضطراب / افسردگی	پیش آزمون	۳/۷۷۰	۷/۰۶۷	۴/۹۱۸	۷/۲۶۷
	پس آزمون	۲/۱۳۴	۷/۳۳۳	۳/۵۷۹	۵/۸۶۷
	پیگیری	۱/۹۲۲	-	-	۵/۵۳۳
گوشه گیری / افسردگی	پیش آزمون	۲/۹۳۳	۴/۸۶۷	۲/۸۵۰	۵/۲۰۰
	پس آزمون	۱/۷۳۲	۵/۰۰۰	۲/۹۰۳	۴/۰۰۰
	پیگیری	۲/۷۱۰	-	-	۳/۷۳۳
شکایات جسمانی	پیش آزمون	۳/۳۵۲	۴/۵۳۳	۲/۱۵۹	۴/۶۶۷
	پس آزمون	۲/۰۲۸	۴/۸۰۰	۳/۰۹۸	۳/۴۰۰
	پیگیری	۱/۸۰۷	-	-	۳/۱۳۳
مشکلات اجتماعی	پیش آزمون	۲/۲۹۵	۳/۲۰۰	۲/۳۳۶	۳/۸۶۷
	پس-آزمون	۱/۶۲۴	۳/۶۶۷	۲/۲۰۰	۲/۹۳۳
	پیگیری	۱/۵۸۰	-	-	۲/۷۳۳
مشکلات تفکر	پیش آزمون	۱/۸۰۵	۳/۳۳۳	۲/۱۶۰	۳/۶۰۰
	پس آزمون	۱/۲۹۱	۳/۶۰۰	۲/۵۳۰	۲/۶۶۷
	پیگیری	۱/۱۲۵	-	-	۲/۴۶۷
نارسایی توجه / فزون کنشی	پیش آزمون	۳/۰۳۹	۵/۲۶۷	۲/۹۱۵	۵/۳۳۳
	پس آزمون	۱/۸۳۱	۵/۶۰۰	۲/۷۴۶	۴/۰۶۷
	پیگیری	۱/۵۸۰	-	-	۳/۷۳۳
رفتار قانون شکنی	پیش آزمون	۱/۷۶۷	۳/۲۰۰	۲/۰۰۷	۳/۸۶۷
	پس آزمون	۲/۶۶۸	۳/۶۶۷	۲/۰۹۳	۲/۹۳۳
	پیگیری	۱/۶۵۶	-	-	۲/۸۰۰
رفتار پر خاشگری	پیش آزمون	۲/۷۰۹	۵/۰۶۷	۲/۳۷۴	۴/۵۷۱
	پس آزمون	۱/۹۳۵	۵/۴۰۰	۲/۴۱۴	۳/۲۰۰
	پیگیری	۱/۷۹۹	-	-	۳/۳۳۳
مشکلات کلی	پیش آزمون	۱۲/۷۰۰	۴۰/۸۶۷	۱۱/۹۰۴	۳۹/۰۷۱
	پس آزمون	۷/۷۲۳	۴۱/۷۳۳	۱۱/۳۹۲	۲۹/۰۶۷
	پیگیری	۶/۶۵۳	-	-	۲۷/۴۶۷

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری برای بررسی اثر گروه بر مؤلفه‌های اختلال عاطفی

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلاپی	۸۶۷۰/	۹/۷۸۸	۸	۱۲	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۱۳۳۰/	۹/۷۸۸	۸	۱۲	۰/۰۰۱

جدول ۴. نتایج آزمون‌های اثر بین آزمودنی خرده مقیاس‌های نشانگان اختلالات عاطفی

متغیر وابسته	نوع سوم مجذورات	درجه آزادی	F	معناداری	اندازه اثر
اضطراب / افسردگی	۱۳/۵۸۲	۱	۹/۳۳۸	۰/۰۰۷	۰/۳۳۰
گوشه گیری / افسردگی	۱۰/۲۱۰	۱	۵/۶۸۰	۰/۰۲۸	۰/۲۳۰
شکایات جسمانی	۱۲/۵۸۱	۱	۱۱/۶۱۸	۰/۰۰۳	۰/۳۷۹
مشکلات اجتماعی	۶/۱۵۳	۱	۹/۱۸۴	۰/۰۰۷	۰/۳۲۶
مشکلات تفکر	۷/۹۳۶	۱	۱۳/۲۶۷	۰/۰۰۲	۰/۴۱۱
نارسایی توجه / فزون کنشی	۱۹/۲۵۳	۱	۳۰/۵۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱۶
رفتار قانون شکنی	۱۱/۶۹۳	۱	۸/۲۳۹	۰/۰۱۰	۰/۳۰۲
رفتار پر خاشگری	۱۴/۸۶۶	۱	۲۰/۲۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱۶

جدول ۵. نتایج آزمون‌های اثر درون گروهی (اندازه‌گیری مکرر)					
متغیر وابسته	نوع سوم مجذورات	درجه آزادی	F	معناداری	اندازه اثر
اضطراب/ افسردگی	۲۷/۱۹۰	۱/۰۶۲	۶/۹۵۷	۰/۰۱۸	۰/۳۴۹
گوشه‌گیری/ افسردگی	۲۱/۵۷۱	۱/۰۶۸	۷/۱۷۳	۰/۰۱۷	۰/۳۵۶
شکایات جسمانی	۱۷/۷۶۲	۱/۰۷۲	۷/۶۳۶	۰/۰۱۴	۰/۳۷۰
مشکلات اجتماعی	۱۱/۷۶۲	۱/۱۳۹	۸/۷۰۲	۰/۰۰۸	۰/۴۰۱
مشکلات تفکر	۹/۴۷۶	۱/۲۰۴	۱۳/۴۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰۸
نارسایی توجه / فزون کنشی	۲۲/۹۰۵	۱/۰۷۳	۱۰/۲۳۴	۰/۰۰۶	۰/۴۴۰
رفتار قانون شکنی	۹/۴۷۶	۱/۱۵۸	۱۱/۰۰۹	۰/۰۰۴	۰/۴۵۹
رفتار پرخاشگری	۱۰/۸۵۷	۱/۱۶۵	۶/۴۷۲	۰/۰۱۹	۰/۳۳۲

و بوید (۲۰۱۴) که ۶۷ والد با فرزند دارای مشکلات عاطفی و رفتاری را به مدت ۶ ماه تحت آموزش قرار دادند و متوجه شدند، آموزش شیوه والدگری منجر به کاهش مشکلات رفتاری - عاطفی در این کودکان شده است و همچنین اسوانسون و همکاران (۲۰۰۱) که ۷۱۸ خانواده را تحت آموزش توانش‌های والدگری قرار دادند و بعد از پیگیری دو ساله مشاهده نمودند، در خانواده‌های شرکت کننده در برنامه‌های آموزشی، نمره کل مشکلات رفتاری کودکان کاهش یافته است و واکنش‌های فوجی اوکا، لجمیا و میاموتو (۲۰۱۴) که در بررسی اثربخشی آموزش مداخله بر شیوه‌های والدگری بر روی والدین ۵۴ کودک ژاپنی دارای مشکلات عاطفی و رفتاری به مدت ۶ ماه، نشان دادند که مداخله بر خانواده‌های این کودکان منجر به کاهش در مشکلات رفتاری، تغییرات در شیوه‌های والدگری ناکارآمد و اثرات مثبت ترویج شیوه صحیح والدگری در کودکان شده است. برنامه والدگری منحصر به فرد ساندرز، متیو، مارکی - دادسان، کارن و ترنر (۲۰۱۰) نیز که طی آن حمایت از خانواده را برای کاهش شیوع مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان طراحی کردند و نشان دادند که آموزش والدین می‌تواند بر کاهش شیوع مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکان مؤثر واقع شود. و پژوهش انجام شده توسط سوخودلسکی و مارتین (۲۰۰۶) هم که اثربخشی درمان‌های مبتنی بر آموزش والدین ویژه نوجوانی بر رفتارهای پرخاشگری را مورد مطالعه قرار دادند و نتایج آنان حاکی از اثربخشی روی آورد مورد نظر بر مشکلات رفتاری نوجوانان بوده است.

همچنین نتیجه پژوهش حاضر با یافته‌های حاصل از مطالعه زاهدی کسرینه، فاتحی‌زاده، بهرامی و جزایری، (۱۳۹۵) مبنی بر اینکه آموزش توانش‌های والدگری راه‌حل‌مدار، میانگین مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی گروه آزمایشی را در تمامی حوزه‌های رفتاری:

نتایج جدول ۴ حاکی از آن است که میانگین نمرات اصلاح شده پس از آزمون خرده مقیاس‌های متغیر نشانگان اختلال‌های عاطفی بعد از برداشتن اثر نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه با یکدیگر تفاوت معنادار داشته ($P < 0/05$) و این نکته حاکی از تأثیر مثبت برنامه مداخله‌ای روان‌شناختی خانواده محور بر خرده مقیاس‌های متغیر نشانگان اختلالات عاطفی بوده و دامنه اندازه اثرهای به دست آمده بین ۲۳ تا ۶۳ است. در ادامه برای بررسی پایداری اثر مداخله در مرحله پیگیری از روش آماری اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. به دلیل معنادار شدن آزمون کرویت موجلی از آماره‌های تعدیل یافته F گرین‌هوس - گیاسر استفاده شد.

نتایج جدول ۵ حاکی از آن است که F خرده مقیاس‌های متغیر نشانگان اختلالات عاطفی در گروه آزمایش معنادار است ($P < 0/05$) و این امر حاکی از تأثیر مثبت برنامه مداخله‌ای روان‌شناختی خانواده محور بر متغیر نشانگان اختلال‌های عاطفی در طول مراحل پیش-آزمون، پس از آزمون و پیگیری بوده و دامنه اندازه اثرهای به دست آمده بین ۳۳ تا ۵۰ است. در ادامه بررسی نمودارهای متغیرهای وابسته حاکی از ثبات و ادامه اثر مداخله تا مرحله پیگیری می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر ما به آموزش والدین شاغل فرزندان نوجوان پرداخته‌ایم و بررسی تأثیر غیرمستقیم این مداخله، بر اختلالات عاطفی آنان مدنظر بوده است؛ پس به منظور بررسی همسویی نتایج به دست آمده از این پژوهش با پیشینه مداخله‌های صورت گرفته در مورد کاهش نشانگان اختلالات عاطفی - رفتاری فرزندان، نیازمند بررسی مطالعات انجام شده بر روی شیوه‌های والدگری والدین و اثربخشی آنها بر اختلالات عاطفی - رفتاری فرزندان هستیم. نتایج به دست آمده از این پژوهش با نتایج مطالعات زیر همسو می‌باشد: مک کینلی

با توجه به اجرای این پژوهش در یک سازمان دولتی، بر روی یک گروه کوچک، باید در تعمیم یافته‌های بدست آمده به سایرین، با احتیاط عمل کرد و با وجود استاندارد بودن همه ابزارهای پژوهش، اما توجه به این نکته مهم که این ابزار وابسته به فرهنگ هستند و در همه جوامع، فرهنگ‌ها، سازمان‌ها و شرایط به طور یکسان دارای مصداق نمی‌باشند. توجه به مقطعی بودن این پژوهش و تأثیرات مثبت آن نیز ضروری است. و با وجود اجرای این برنامه در ساعات اداری، تعدادی از والدین با وجود علاقه و تمایل به شرکت در کلیه جلسات دوره، به دلیل حجم کار، موفق به حضور در تمام جلسات نشدند.

پژوهش در نمونه‌ای بزرگتر و در چند اداره دولتی دیگر و شرکت خصوصی نیز اجرا گردد، تا امکان تعمیم نتایج آن به جوامع مختلف هم وجود داشته باشد. پیش‌بینی برگزاری دوره توانمندسازی خانواده‌ها در تقویم آموزشی سالیانه در کلیه دستگاه‌های اجرایی و توجیه مدیران ارشد دستگاه‌های دولتی در مورد تأثیر برگزاری این دوره‌ها در افزایش کارایی و اثربخشی کارکنان ادامه پیگیری پس از پایان پژوهش و ارائه خدمات مشاوره‌ای رایگان به شرکت‌کنندگان در دوره تا یک سال بعد، به منظور اطمینان از تداوم نتایج حاصله و برگزاری جلسات آموزشی برای فرزندان به موازات والدین آنان به منظور افزایش اثربخشی دوره توانمندسازی خانواده‌ها.

منابع

اسدزندی، مینو؛ سیاری، رقیه؛ عبادی، عباس و سنایی نسب، هرمز (۱۳۸۸). وضعیت سلامت روان در پرستاران نظامی. طب

نظامی، (۳)۱۱، ۱۴۱-۱۳۵

حقیقی، ماه منیر و خلیل زاده، رحیم (۱۳۹۱). بررسی ارتباط بین رضامندی زوجیت و سبک فرزندپروری. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۱۰(۱)، ۲۶-

۲۱

دالوند، حمید؛ رصافیانی، مهدی و باقری، حسین (۱۳۹۳). مروری بر رویکرد خانواده‌محور. مجله علمی - پژوهشی توانبخشی نوین - دانشکده توانبخشی - دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۸(۱)، ۱-

۸

درویش‌دماوندی، زهرا و خرسندپور، توران (۱۳۹۴). بررسی تأثیر آموزش شیوه‌های فرزندپروری به والدین دارای کودکان با

اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی / تفکر / توجه، رفتار قانون‌شکنی / پرخاشگرانه و سایر مشکلات را نسبت به گروه شاهد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش داده است و همچنین نتایج پژوهش (درویش‌دماوندی و خرسندپور، ۱۳۹۴) که نشان می‌دهد، آموزش شیوه‌های والدگری به والدین بر کاهش مشکلات عاطفی (اضطراب و افسردگی) و مشکلات رفتاری (سلوک و مشکل با همسالان) در کودکان بطور معناداری مؤثر است و زینالی، خانجانی و سهرابی (۱۳۹۴) نیز به این نتیجه دست یافتند که آموزش سبک‌های والدگری، در کاهش علائم اختلال رفتار هنجاری و رفتارهای پرخاشگرانه فرزندان مؤثر است.

در تبیین علت اثربخشی این مداخله بر تمامی زیر مقیاس‌های اختلال‌های عاطفی - رفتاری فرزندان، تحقیقات نشان می‌دهند که عوامل خانوادگی زیادی مانند مشکلات روان‌شناختی والدین (فیورر، هامن، گیب، ۲۰۱۴) و شیوه‌های تربیتی ناکارآمد آنها در رشد و حفظ مشکلات برونی‌سازی شده در کودکان و نوجوانان نقش مهمی داشته‌اند (ساندرز، ۲۰۰۳). کنش متقابل میان والدین و فرزندان، اساس تحول عاطفی کودکان تلقی می‌شود و مطالعات متعدد نشان می‌دهند که بیشتر مشکلات رفتاری و انحرافات افراد، ریشه در خانواده دارد و عملکردهای نامناسب خانوادگی ممکن است موجب اختلال در رفتار اعضای آن شود، به طوری که وجود الگوهای نامناسب در خانواده، روابط نادرست والدین با فرزند از نظر مهرورزی و عاطفی، روابط خانوادگی گسسته و ناپایدار و عدم انسجام بین اعضای خانواده، تأثیرات مخربی در روحیه کودک و نوجوان به جا می‌گذارد. کودک و نوجوان در چنین محیطی، بیش از حد تحریک پذیر، مضطرب، پریشان و خود سرزنشگر می‌شود و موجبات رشد الگوهای رفتار خصومت‌آمیز و پرخاشگرانه در وی فراهم می‌شود (نظیر و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین نقش مؤثر خانواده در زمینه‌سازی بروز اختلالات عاطفی - رفتاری نوجوانان و نیاز نوجوان به اختصاص زمان کیفی از طرف والدین شاعل و اثرتوانمند سازی روان‌شناختی والدین برای ایجاد توازن لازم در زمینه نحوه برخورد صحیح با فرزندان، بویژه نوجوانان می‌تواند در کاهش نشانگان اختلالات عاطفی آنان اثرگذار باشد و یکی از راه‌های مؤثر در کاهش نشانگان بالینی اختلالات عاطفی در نوجوانان، آموزش خانواده‌ها و عدم آموزش بهنگام خانواده‌ها می‌تواند زمینه‌ساز بروز اختلالات عاطفی به‌ویژه در سنین بحرانی نوجوانی باشد.

- course transitions from adolescent to young adulthood, *Adolescence*, 43(169), 71-88.
- Collins, W.A. & Madsen, S.D. (2006). Personal relationships in adolescence and early adulthood. In D. Perlman & A. Vangelist, (Eds.), *Hand book of personal relationships* (pp. 191-209). New York: Cambridge University Press Stellenbosch University.
- Clark, D.A. (2004). Design consideration in prevention research in Dozois, D.J.A. & Dobson, K.S. (2004). (Eds.). *The Prevention of Depression and Anxiety: Theory, Research, and Practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Crawford, N. A., M. Schrock & J. Woodruff -Borden. (2011). Child Internalizing symptoms: Contributions of child temperament, maternal negative affect, and family functioning. *Child Psychiatry and Human Development*, 42, 53-64.
- Cummings, E.M., & Davies, P.T. (2012). Effects of marital conflict on children: Resent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal Of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 31-36.
- Curcio, A. L., Mak, A. S., & George, A. M. (2013). Do adolescent delinquency and problem drinking share psychosocial risk factors? A literature review. *Addictive behaviors*, 38(4), 2003-2013.
- Elia, S.H., & Huey - Yee, T. (2009) Relationship between perceived paternal and maternal parenting Styles and Student Academic Achievement in Secondary Schools. *European Journal of Social Sciences*, 9, 181-192.
- Feurer, C., Hammen, C. L., Gib., B. E. (2014). Chronic and Episodic stress in children of depressed mother. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1(1), 1-9.
- Goorden, M., Schawo, S. J., Bouwmans -Frijters, C. A., van der Schee, E., Hendriks, V. M., & Hakkaart - van Roijen, L. (2016). The cost-effectiveness of family/family-based therapy for treatment of externalizing disorders, substance use disorders and delinquency: A systematic review. *BMC psychiatry*, 16(1), 237.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A., & Henderson, C. E. (2006). Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of psychoactive drugs*, 36(1), 49-63.
- Maura, D., Iversen, Jenny, Poulin, Shimmel, Stephanie, L. Ciacara & Meenakshi Prabhakar. (2003). Creating a Family-Centered Approach to Early Intervention Services: Perceptions of Parents and Professionals. *Pediatric Physical Therapy*. Copyright © 2003 Lippincott Williams & Wilkins, Inc. 23-31.
- McCarty, C. A., Lau, A. S., Valeri, S. M., & et al. (2004). Parent-Child interactions in relation to critical and emotionally overinvolved expressed emotion: is EE مشکلات عاطفی - رفتاری ۸ تا ۶ سال. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی ۴(۱۶)، ۶۸-۸۱.
- زاهدی کسری‌نه، کیوان؛ فاتحی‌زاده، مریم؛ بهرامی، فاطمه و جزایری، رضوان السادات (۱۳۹۵). تأثیر آموزش مهارت‌های فرزندپروری به شیوه راه‌حل‌مدار بر مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۴(۳)، ۳۴۸-۳۵۵.
- زینالی، شیرین؛ خانجانی، زینب و سهرابی، فائزه (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش والدین بر کاهش علائم اختلال سلوک و پرخاشگری نوجوانان ۱۶-۱۴ سال. *مجله سلامت و بهداشت*، ۶(۵)، ۵۶۶-۵۷۳.
- سیف‌نراقی، مریم و نادری، عزت‌الله (۱۳۸۹). روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی. انتشارات ارسباران.
- شوشتری، مژگان؛ عابدی، احمد؛ خالدیان، محمد و کرمی باغظیفونی، زهرا (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی مداخله‌های آموزشی روان‌شناختی والدین محور، کودک محور و ترکیبی بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۳)، ۳۸۰-۳۹۰.
- فتی، لادن؛ موتابی، فرشته؛ محمدخانی، شهرام و کاظم‌زاده عطوفی، مهرداد (۱۳۸۵). آموزش مهارت‌های زندگی ویژه دانشجویان: کتاب راهنمای مدرس. تهران: انتشارات دانژه.
- قره‌باغی، فاطمه؛ بشارت، محمدعلی؛ رستمی، رضا و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۴). طراحی و بررسی اثربخشی مداخله‌ای بر اساس نظریه نظام‌های خانواده بوون برای ارتقای سلامت و کیفیت روابط. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۴(۵۴)، ۱۷۹-۱۶۹.
- مینایی، اصغر (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم عنوان نشریه: کودکان استثنایی (پژوهش در حیطه کودکان استثنایی). ۶، ۱(۱۹)، ۵۲۹-۵۵۸.
- Abdollah Zadeh, N., Samani, S. (2010). The family processes, family content and adolescence emotional problems. *Procedia - social and behavioral sciences*, 5, 733-737.
- Achenbach, T.M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Bowlby, J. (1991). *Attachment and loss: vol1. Attachment*. New York: Basic.
- Bucx, F., & Van Wel., F. (2008). *Parental bond and life*

- a proxy for behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32: 83 -93.
- Menier, J.C, Roskam, Stievenart, M., Moortele, G., Browne, D.I., & Kumar, A. (2011). Externalizing behavior trajectories: The role of parenting, sibling relationships and child personality. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32, 20 -33.
- Nazar, S., Sidra, S., Malik, M.S., Falak, S., Zarqa, A., Muhammad Rizwan, S. (2012). Parental conflict and its effects on youth self esteem (A Study At University Of Punjab). *International Journal Of Asian Social Science*. 9:1392 -1400.
- Sanders, M. R. Triple p -positive parenting program: A population approach to promoting competent parenting. *Ae JAMH*. 2003: 2(3), 1 -17.
- Sanders, M. R. Matthew, Carol Markie-Daddsand. Karen M. T. turner (2010) Keoretical 'scientific and ethical foundations of the Triple P -Positive Parenting Program. A population Approach to the promotion of parenting compliance.
- Shimazu, A., Demerouti, E., Bakker, A. B., Shimada, K., & Kawakami, N. (2011). Work a holism and well -being among Japanese dual -earner couples: A spillover -crossover perspective. *Social Science & Medicine*, 73(3), 399 -409.
- Singh, S. Lundy, M., Haymes, M., Caridad, A. (2011). Mexican immigrant families: Relating trauma and family cohesion. *Journal of Poverty*. 15(4), 427 -443.
- Sukhodolsky, D. Martin, A. (2006). Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescent. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry's*. 45(2), 256-257.
- Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W., & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52(4), 576 -618.
- Wakimizu, R., Fujioka, H., Iejima, A., & Miyamoto, S. (2014). Effectiveness of the group -based positive parenting program with Japanese families raising a child with developmental disabilities: A Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3(1), 2-9