

Developing a Comprehensive Family-Based Intervention and Assessing its Effects on the Mental Health of the Parents of Children With Emotional and Behavioral Disorders

Kolahi Heshmat F¹, *Afrooz GH², Estaki M³

Author Address

1. PhD Student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

2. Professor, Department of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran;

3. Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

*Corresponding author's email: Afrooz@ut.ac.ir

Received: 2019 May 22; Accepted: 2019 August 18

Abstract

Background & Objectives: Mental and behavioral disorders are crucial issues in each community. This is because individuals' early-life experiences form the foundation of their future mental health status. Emotional and behavioral disorders usually stem from the inappropriate interaction of children with the surrounding environment. Studies have suggested that the mental health status of the parents of children with emotional and behavioral disorders is at risk and they require skills to improve those. One of the ways to gain these skills is using family-based interventions. The present study aimed to design a comprehensive family-based intervention program and evaluate its effects on the mental health status of the parents of children with emotional and behavioral disorders.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and a control group design. The study population consisted of all the parents of children diagnosed with emotional and behavioral disorders living in Tehran City, Iran, in 2017–2018. The study sample consisted of 30 families (30 fathers & 30 mothers; N=60) referring to the Community Mental Health Center. They had children with emotional and behavioral disorders. They were selected by convenience sampling method; they were then randomly assigned to two intervention and control groups. The necessary data were collected by the General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg & Hillier, 1979). This 28-item questionnaire has 4 subscales of physical symptoms, anxiety and sleep disorders, social dysfunction, and depression. After sampling, the mental health questionnaire was distributed among all study participants, and under equal conditions, the pretest data were collected by an independent assessor. The control group received no intervention other than the pretest. The intervention group received a family-oriented treatment program. The intervention group received a family-based psychological intervention. The intervention was complementary and consisted of fifteen 90-minute weekly sessions of group consultations for 3 months. Next, the post-test results were analyzed by Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) at a significance level of 0.01. In the present study, comprehensive family-centered interventions were educational and psychotherapeutic programs designed for parents in the form of individual and group counseling sessions. This program was developed based on a combination of family-centered intervention programs by Afrooz and Minoos (2015) and Mehri et al. (2016), as well as an intervention designed by McKay et al. (2017), as family-centered programs. Cognitive-Behavioral counseling methods were also used to modify the negative attitudes and beliefs of families, reduce stress, teach coping skills, and better adjustment of spouses in the intervention. Therefore, the presented program was an integrated protocol. To observe the ethical observations, after the completion of the study, the control group received the same treatment as well. Furthermore, the subjects of the two groups were tested by a posttest.

Results: The MANCOVA results indicated that (considering pretest scores as a covariant variable), the difference between the treatment and control groups was significant concerning the total and all subscale scores of a mental health test. Thus, the provided family-based psychological intervention reduced the total score of mental health ($p<0.001$), physical disorders ($p=0.008$), anxiety and insomnia ($p=0.001$), social dysfunction ($p=0.001$), and depression ($p=0.001$) in the explored parents ($p=0.05$). Based on the Eta-Squared, 11%–86% of these differences were due to treatment.

Conclusion: The present study data indicated that the presented family-based psychological intervention designed by the researchers was effective in improving the mental health status of the studied parents of children with emotional-behavioral disorders. Accordingly, it is recommended to employ the above-mentioned intervention program in different clinical populations, e.g., hyperactive children, children with special disorders or chronic physical complications, and so on.

Keywords: Emotional-Behavioral disorders, Mental health, Family-Based intervention, Parents.

طراحی و تدوین برنامه جامع مداخلات خانواده‌محور و ارزیابی اثربخشی آن بر سلامت روان والدین کودکان با اختلال‌های هیجانی و رفتاری

فریده کلاهی حشمت^۱، * غلامعلی افروز^۲، مهناز استکی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران؛

۲. استاد ممتاز روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

* رایانامه نویسنده مسئول: Afrooz@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱ خرداد ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۲۷ مرداد ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: براساس بررسی‌ها، سلامت روان والدین کودکان دارای اختلال هیجانی و رفتاری در خطر است. این والدین به‌منظور ارتقای سلامت روان خویش نیاز به مهارت‌هایی دارند. یکی از راه‌های کسب این مهارت‌ها مداخلات خانواده‌محور است. هدف پژوهش حاضر طراحی برنامه جامع مداخلات خانواده‌محور و ارزیابی اثربخشی آن بر سلامت روان والدین کودکان با اختلال‌های هیجانی و رفتاری بود.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش را تمامی والدین دارای کودک با اختلال‌های هیجانی و رفتاری ساکن شهر تهران در سال ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل دادند. آزمودنی‌ها ۳۰ خانواده (۳۰ پدر و ۳۰ مادر) بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند از میان والدین مراجعه‌کننده و ارجاع‌شده به مرکز سلامت روان جامعه‌نگر انتخاب شدند که دارای کودکان با اختلالات هیجانی و رفتاری بودند. سپس به‌شکل تصادفی در یک گروه مداخله (۳۰ پدر و مادر) و یک گروه (۳۰ پدر و مادر) قرار گرفتند. گردآوری داده‌ها از طریق پرسشنامه سلامت روانی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) انجام پذیرفت. برای گروه آزمایشی، دوازده جلسه آموزش به‌مدت سه ماه و هر هفته ۹۰ دقیقه اجرا شد؛ درحالی‌که گروه گواه هیچ مداخله مشخصی دریافت نکرد. سپس نتایج پس‌آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری در محیط SPSS نسخه ۲۳ در سطح معناداری ۰/۰۱ بررسی شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخله مذکور باعث تغییر معناداری در گروه آزمایش در میانگین نمره کل سلامت روان می‌شود ($p < ۰/۰۰۱$) و نیز این تفاوت برای تمامی زیرمقیاس‌های سلامت روان ازجمله نشانه‌های جسمانی ($p = ۰/۰۰۸$)، اضطراب و بی‌خوابی ($p = ۰/۰۰۱$)، نارساکنش‌وری اجتماعی ($p = ۰/۰۰۱$) و افسردگی ($p = ۰/۰۰۱$) معنادار است.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، مداخلات خانواده‌محور که توسط محققان این پژوهش تدوین شده است، بر بهبود سلامت روان پدران و مادران کودکان با اختلالات هیجانی و رفتاری مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: اختلالات هیجانی و رفتاری، سلامت روان، مداخلات خانواده‌محور، والدین.

ابتلاي فرزند خانواده به اختلالی مزمن و درگیر شدن در فرایند درمانی سخت و طولانی آن، در کنار مشکلات جسمی، کودک بیمار و اعضای خانواده وی را در معرض فشار و آسیب های روانی-اجتماعی زیادی قرار می دهد و مستلزم سازگاری آن ها در ابعاد مختلف زندگی است (۱).

یکی از این اختلال ها، اختلال های هیجانی و رفتاری است. اختلال های هیجانی و رفتاری اغلب حاصل تعامل نامناسب کودک با محیط اطراف است. این نوع اختلال ها دربرگیرنده رفتار و بروز هیجان هایی در کودکان و نوجوانان است که دائمی است و با سن فرد مناسب نیست؛ همچنین با وضعیت فرهنگی آن ها همخوانی ندارد و شرایط اخلاقی محیط زندگی این گونه رفتارها را تأیید نمی کند (۲). تاکنون شیوع متفاوتی از اختلال های هیجانی و رفتاری در دوران کودکی و نوجوانی در مناطق مختلف ایران گزارش شده است؛ برای مثال در پژوهشی عنوان شد، افزون بر ۱۰ درصد از کودکان سنین مدرسه در ایران دچار آسیب های ذهنی، جسمی، حسی و رفتاری و هیجانی هستند که درصد بیشتر فراوانی مربوط به کم توان ذهنی ۶۵ درصد است (۳).

صرف نظر از ماهیت و علت مشکلات کودکان، اثر روان شناختی داشتن کودکی ناسالم بسیار برجسته است (۳، ۴). خانواده نظامی اجتماعی است که اختلال در هریک از اجزا و اعضای آن کل نظام را مختل می کند. بر همین اساس، شرایط مزمن نه تنها بر کودک تأثیر می گذارد، بلکه بر تمام اعضای خانواده اثرگذار است (۵)؛ به این صورت که به واسطه بیماری فرزند، مادر به فرزند بیمار نزدیک تر می شود. با نزدیک شدن مادر و فرزند به یکدیگر زوجین زمان کمی را باهم می گذرانند. در برخی مواقع پدر در زمینه اطلاعات دارویی و پزشکی مرتبط با وضعیت فرزند، از مادر عقب می افتد و در زمینه مراقبت از فرزند احساس بی کفایتی می کند و به تدریج از او و مادر فاصله می گیرد (۶). این امر احتمال وقوع استرس و بحران در فضای خانه و متعاقب آن فشار روانی شدید را در اعضای خانواده فراهم می نماید که آن ها را نیازمند دریافت خدمات روان شناختی و مددکاری می کند.

مداخله آموزشی خانواده محور به معنای ارائه اطلاعات به خانواده ها درباره مسائل مختلف یا اختلالات و روش های پیشگیری، مقابله و مواجهه با آنان است. هدف اصلی در مداخلات آموزشی خانواده محور ارتقای نگرش و تغییر رفتار اعضای خانواده به ویژه همسران، عنوان می شود (۷). در سطح فردی، هدف این مداخلات ایجاد حالت های روان شناختی مثبت است. در سطح خانوادگی هدف اصلی، افزایش سطح تحمل و نیز دانش چگونگی مواجهه و پاسخ دهی عقلانی و مبتنی بر روابط عاطفی بین همسران است. مرور پژوهش ها و اسناد علمی معتبر اثربخشی این مداخلات را تأکید کرده اند (۸-۴).

در حالی که پژوهش های مختلف نشان داده اند مداخلات خانواده محور می تواند موجب ارتقای سطح بهزیستی و سلامت روان افراد شود، تاکنون برنامه جامعی به منظور افزایش سلامت روان خانواده های با کودکان دارای اختلالات هیجانی و رفتاری تدوین نشده است؛ از این رو

تدوین چنین برنامه ای از ضرورت های پژوهشی حاضر است. با استناد به مطالب ذکر شده، در کنار کمبود مطالعات مداخله خانواده محور در ایران برای والدین دارای کودک با اختلال های هیجانی و رفتاری، هدف پژوهش حاضر تدوین برنامه جامع مداخلات خانواده محور و ارزیابی اثربخشی آن بر سلامت روان والدین کودکان مبتلا به اختلال های هیجانی و رفتاری بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر طرحی نیمه تجربی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش را تمامی والدین دارای کودک با اختلال های هیجانی و رفتاری ساکن شهر تهران در سال ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل دادند. سی خانواده (۶۰ پدر و مادر) ساکن شهر تهران با روش نمونه گیری هدف مند از میان والدین مراجعه کننده به مرکز سلامت روان جامعه نگر انتخاب شدند که دارای کودک مبتلا به اختلال های هیجانی و رفتاری بودند. افراد نمونه پس از تکمیل پیش آزمون به شکل تصادفی در دو گروه مداخله و گواه (هر گروه ۱۵ پدر و ۱۵ مادر) قرار گرفتند. لازم به ذکر است تشخیص اختلال هیجانی و رفتاری برای کودکان این والدین، پس از ارزیابی های لازم توسط افراد متخصص مرکز سلامت روان جامعه نگر انجام پذیرفت.

برای به دست آوردن اطلاعات لازم در زمینه سلامت روان آزمودنی ها، پرسشنامه سلامت عمومی^۱ استفاده شد. این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ تدوین شده است (۱۲). این پرسشنامه دارای ۲۸ آیت است و پاسخ آزمودنی ها در طیف چهاردرجه ای لیکرت مشخص می شود. حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر نمره ۸۴ و نقطه برش آن ۲۱ است. بیشتر بودن نمره نشانه نبود سلامت روانی و کمتر بودن نمره نشانه سلامت روانی فرد است. این پرسشنامه چهار مقیاس فرعی دارد که عبارت است از: علائم جسمانی؛ اضطراب و اختلال خواب؛ اختلال در کنش اجتماعی؛ افسردگی (۱۲). روایی پرسشنامه از سوی محققان مختلف در ایران و سایر نقاط جهان برآورد شده است. فتحی آشتیانی و داستانی روایی پرسشنامه را از ۷۲ تا ۸۸ درصد و اعتبار آزمون را از ۷۰ تا ۹۵ درصد گزارش کردند (۱۳).

پس از اطمینان از وجود معیارهای مشارکت در پژوهش، نمونه اولیه شامل ۳۰ پدر و ۳۰ مادر انتخاب شدند و به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش و حق مشارکت آزادانه، کلیاتی درباره پژوهش به آن ها ارائه شد. سپس فرم رضایت نامه توسط والدین تکمیل شد. معیارهای ورود والدین به پژوهش، داشتن کودک مبتلا به اختلال های هیجانی و رفتاری، مبتل نبودن کودک به سایر اختلال های روانی و رفتاری، نداشتن کودک با عقب ماندگی ذهنی یا سایر بیماری ها، نداشتن بیش از یک کودک با اختلال هیجانی و رفتاری، نبود سابقه درمان خانواده با مداخلات خانواده محور و رضایت آگاهانه هر دو والد برای مشارکت در پژوهش بود. معیارهای خروج والدین از مطالعه نیز دریافت مداخلات درمانی دیگر و تمایل نداشتن به ادامه پژوهش بود.

پس از انتخاب نمونه طی جلسه ای توضیحات لازم درباره موضوع

^۱ . General Health Questionnaire (GHQ)

پژوهش و ملاحظات اخلاقی به آزمودنی‌ها ارائه شد و پرسشنامه‌ها برای گردآوری داده‌های پیش‌آزمون توزیع شد. پس از اتمام مرحله پیش‌آزمون، گروه گواه مداخله مشخصی را دریافت نکرد و تنها در جلسات بدون هدف با ارائه اطلاعات کلی درباره فرزندپروری شرکت کرد؛ اما گروه مداخله تحت برنامه مداخلات خانواده‌محور قرار گرفت. برای رعایت موازین اخلاقی پژوهش پس از اتمام مطالعه مراحل مداخله برای داوطلبانی از گروه گواه نیز اعمال شد.

در پژوهش حاضر منظور از مداخلات جامع خانواده‌محور درواقع مداخلات آموزشی و روان‌درمانی بود که به شکل جلسات مشاوره فردی و گروهی برای والدین طراحی شد. این برنامه براساس تلفیق برنامه مداخله‌ای خانواده‌محور توسط افروز و مینو (۱۴) و مهری و افروز (۱۵) و نیز مداخله طراحی‌شده توسط مک‌کی و همکاران (۱۶) به عنوان برنامه‌ای خانواده‌محور تدوین شد. همچنین برای تغییر نگرش‌ها و باورهای منفی خانواده‌ها، کاهش استرس، فراگیری مهارت‌های مقابله با بحران و سازگاری بهتر همسران، در مداخله از روش‌های مشاوره‌ای شناختی رفتاری نیز استفاده شد؛ از این رو پروتکل حاضر پروتکلی تلفیقی بود؛ به طوری که با ترکیب پروتکل‌های درمانی متفاوت که اثربخشی آن‌ها در پژوهش‌های مختلف به اثبات رسیده است و با تأکید بر محوریت خانواده در انجام مداخلات روان‌شناختی

توسط تیم پژوهشگران، این مقاله با بهره‌گیری از نظر افراد متخصص در این حیطه طراحی شد. اعمال مداخلات روان‌شناختی خانواده‌محور با تشکیل جلسات گروهی برای خانواده‌ها به منظور افزایش توانمندی خانواده‌های دارای کودکان با اختلالات هیجانی و رفتاری انجام پذیرفت. تعداد جلسات دوازده جلسه بود که به شکل مشاوره گروهی اجرا شد. با این حال در مواقع لازم پس از جلسات گروهی، پژوهشگر به منزل شرکت‌کنندگان مراجعه کرد تا در بطن خانواده و به شکل فردی نیز موضوعات لازم را اعمال و پیگیری کند. در مجموع طول دوره مداخله سه ماه و هر هفته ۹۰ دقیقه بود. مواد و محتوای آموزشی دوره در جدول ۱ گزارش شده است.

در جلسات، پدر یا مادر یا هر دو باهم حضور داشتند و حضور سایر افراد خانواده نیز بدون مانع بود؛ اما هدف پژوهش، والدین بلافصل کودک بودند. در مراحل انجام پژوهش در برخی جلسات تنها یکی از والدین مشارکت کرد؛ اما هیچ‌یک از والدین به شکل کامل از پژوهش خارج نشدند.

پس از برگزاری جلسات منظم مشاوره و آموزش به مدت سه ماه، یک ماه پس از آخرین مداخله مجدداً پرسشنامه سلامت عمومی به عنوان پس‌آزمون روی هر دو گروه مداخله و گواه اجرا شد.

جدول ۱. محتوای جلسات مداخله

هدف جلسه	برنامه هر جلسه
۱. معارفه و پیش‌آزمون	- تبیین مراحل آموزش و مداخله و شیوه‌های آن؛ معرفی زمان، مکان، طول جلسات؛ تشریح الگوی روان‌درمانی، هدف، تمرینات، مراحل خودگزارش‌دهی؛ پیش‌آزمون؛ پرسش و پاسخ.
۲. آموزش مهارت گوش‌دادن	- آموزش موانع گوش‌دادن و گوش‌دادن فعال و ارتباط دوجانبه.
۳. مهارت تقویت دوجانبه و ارتباط شفاف	- مهارت تقویت دوجانبه (همکاری، تعهد و توجه، ایجاد اعتماد)؛ جست‌وجوی موضوعات خشنودکننده؛ آموزش مهارت‌های ارتباط شفاف و خودداری از بیان سوابق گذشته؛ نگهداری حالت بدن به شکل گشاده و پذیرنده، پیام‌های شفاف، ارزیابی روابط.
۴. شناسایی و تغییر تحریفات شناختی	- تمرین ثبت احساسات؛ شناسایی تحریفات شناختی؛ توجه به رابطه بین افکار و رفتارها؛ به چالش کشیدن تحریفات شناختی، تمرین تفکر شفاف.
۵. مذاکره	- طرح اصول مذاکره موفق و مراحل مذاکره.
۶. حل مسئله	- معرفی فنون عقلانی حل مسئله، آموزش مراحل حل مسئله.
۷. ارزیابی و تغییر راهکارهای ناکارآمد	- شرح و معرفی راهکارهای ناکارآمد (بی‌ارزش کردن، دوری‌گزینی، تهدید، سرزنش کردن، تحقیر کردن و...).
۸. مقابله با عصبانیت	- ارزیابی عصبانیت (رویداد، عوامل استرس‌زا، افکار راه‌انداز، میزان عصبانیت) و تجزیه و تحلیل افکار راه‌انداز.
۹. مقابله با همسر عصبانی	- معرفی پرخاشگری فعال و منفعل؛ رفتار جرئت‌مندانه؛ نحوه پاسخ‌دادن به انتقاد.
۱۰. ایجاد وقفه	- آموزش تعیین علامتی برای وقفه؛ موافقت با علامت وقفه؛ پیروی از قواعد وقفه (نگفتن کلمات اضافه، ترک محل و...).
۱۱. دفاع‌های ناکارآمد	- آموزش شناسایی دفاع‌های ناکارآمد، انکار و برون‌ریزی.
۱۲. مقابله با دفاع‌های ناکارآمد	آشنایی با پنج مرحله‌های دفاع‌های ناکارآمد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها باتوجه به اینکه طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود و باتوجه به نوع

فرضیه‌ها و داده‌های به‌دست‌آمده، بعد از بررسی مفروضه‌های آماری لازم، روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری در محیط SPSS نسخه ۲۳ در سطح معناداری ۰/۰۱ استفاده شد.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها برای گروه آزمایش $38/83 \pm 5/43$ سال و برای گروه گواه $37/97 \pm 43/57$ سال بود. از آنجاکه در پژوهش حاضر نمره پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همگام شناخته شد، برای حذف اثر آن بر پس‌آزمون، تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری به‌عنوان آزمون آماری انتخاب شد. به‌منظور انجام این آزمون آماری ابتدا مفروضه‌های نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها که مفروضه‌های اصلی تحلیل کوواریانس هستند، بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای نرمال بودن توزیع نمرات حاکی از آن بود که نمرات هر دو گروه در نمره کل و زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان از توزیع نرمال برخوردار است ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد، پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها برای تمامی زیرمقیاس‌ها و نمره کل

سلامت روان والدین در دو گروه برقرار است ($p > 0/05$). برای بررسی یکسانی ماتریس واریانس-کوواریانس نیز از آزمون ام.باکس استفاده شد. نتایج حاصل از این آزمون آماری نشان داد، مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس در داده‌ها برقرار است ($p = 0/22$). باتوجه به مقدار به‌دست‌آمده آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و معنادار بودن مقدار F محاسبه‌شده ($308/44$)، می‌توان فرض صفر را رد کرد ($p < 0/01$) و عنوان کرد که میانگین نمره‌های سلامت روان والدین و ابعاد آن در دو گروه گواه و آزمایش در پس‌آزمون متفاوت است. اندازه اثر اختلاف باتوجه به مقدار مجذور اتا $0/84$ است؛ به عبارت دیگر ۸۴ درصد از تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون سلامت روان زوجین مربوط به تأثیر مداخلات خانواده‌محور است. باتوجه به اینکه نمره کل سلامت روان از مجموع نمرات آزمودنی در خرده‌مقیاس‌های این آزمون به‌دست می‌آید، به‌منظور تعیین اثربخشی مداخله مذکور بر زیرمقیاس‌های سلامت روان نیز آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری یا آنکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی و نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای نمرات سلامت روان و خرده‌مقیاس‌ها در دو گروه مطالعه‌شده

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
سلامت روان	آزمایش	۳۴/۰۰	۶/۴۷	۲۹/۸۳	۶/۵۰	۳۰۸/۴۴	$< 0/001$
	گواه	۲۹/۰۷	۶/۱۷	۲۷/۴۷	۵/۹۰		
نشانه‌های جسمانی	آزمایش	۶/۷۷	۲/۲۰	۴/۰۰	۲/۵۳	۷/۶۵	$0/008$
	گواه	۶/۲۷	۲/۶۵	۶/۰۷	۲/۵۱		
اضطراب و بی‌خوابی	آزمایش	۸/۱۰	۲/۴۱	۶/۷۳	۲/۱۸	۳۶۹/۲۵	$< 0/001$
	گواه	۷/۵۳	۲/۵۵	۶/۵۷	۲/۴۸		
نارساکنش‌وری اجتماعی	آزمایش	۸/۴۰	۲/۴۰	۶/۶۷	۲/۳۶	۱۱/۲۳	$< 0/001$
	گواه	۷/۵۰	۲/۱۲	۷/۵۸	۲/۲۰		
افسردگی	آزمایش	۹/۵۰	۲/۰۶	۷/۶۷	۲/۳۲	۱۹/۹۴	$< 0/001$
	گواه	۷/۷۷	۲/۸۲	۷/۷۳	۲/۷۰		

همچنان‌که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، با حذف اثر پیش‌آزمون به‌عنوان متغیرهای همپراش، تفاوت بین عملکرد دو گروه مداخله و کنترل در تمامی خرده‌مقیاس‌های آزمون سلامت روان در پس‌آزمون معنادار است؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه بیان‌کننده این مطلب است که مداخلات خانواده‌محور بر کاهش نمره کل سلامت روان ($p < 0/001$)، نشانه‌های جسمانی ($p = 0/008$)، اضطراب و بی‌خوابی ($p < 0/001$)، نارساکنش‌وری اجتماعی ($p < 0/001$) و افسردگی ($p < 0/001$) والدین کودکان با اختلال‌های هیجانی و رفتاری تأثیر دارد. با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت بین ۱۱ تا ۸۶ درصد از این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است. به این ترتیب باتوجه به اندازه اثر به‌دست‌آمده برای خرده‌مقیاس‌های اضطراب و بی‌خوابی ($0/86$) و نشانه‌های جسمانی ($0/11$) می‌توان اظهار داشت که مداخله مذکور به‌ترتیب بیشترین و کمترین تأثیر را بر

خرده‌مقیاس‌های اضطراب و نشانه‌های جسمانی آزمودنی‌ها داشته است.

۴ بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر تدوین برنامه جامع مداخلات خانواده‌محور و ارزیابی اثربخشی آن بر سلامت روان والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های هیجانی و رفتاری بود. بررسی‌ها نشان داد که مداخله ذکر شده می‌تواند به‌طور معناداری باعث افزایش سلامت روان والدین کودکان دارای اختلال‌های هیجانی و رفتاری شود؛ همچنین این مداخله سبب افزایش سطح سلامت روان در خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی می‌شود.

در میان پژوهش‌های انجام‌شده تحقیقی مشابه پژوهش حاضر

در دسترس یافت نشد؛ اما مطالعات نزدیک از نتایج به دست آمده در این پژوهش حمایت می‌کنند؛ از جمله سیلوا و همکاران در پژوهشی مداخلات خانواده‌محور را بر پیشگیری از تولد نوزادان نارس مؤثر گزارش کردند (۷). هرمان و همکاران نیز در پژوهش دیگری مداخلات خانواده‌محور را بر کاهش نشانه‌های نقص توجه/بیش‌فعالی در کودکان و نیز کاهش استرس و افزایش بهزیستی روان‌شناختی خانواده‌ها مؤثر عنوان کردند (۹). در ایران فرامرزی و همکاران نشان دادند که مداخلات روان‌شناختی خانواده‌محور باعث ارتقای سلامت روان خانواده‌ها می‌شود (۱۷). در داخل ایران پژوهش‌های مختلفی برای جمعیت‌های آماری متفاوت مداخلات خانواده‌محور را مؤثر گزارش کرده‌اند. در مطالعه‌ای مروری دالوند و همکاران به‌طور کلی مداخلات خانواده‌محور را مداخلاتی معرفی نمودند که اثربخشی آن‌ها در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است (۱۸).

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان عنوان کرد، با توجه به محتوای جامع مداخلات، والدین پس از تمرین مهارت‌های آموزش داده‌شده احساس مثبتی به مشکلات خود پیدا می‌کنند و راحت‌تر با آن تطابق می‌یابند؛ چراکه مداخله طراحی شده دربرگیرنده مجموعه‌ای متنوع از اطلاعات و مهارت‌های لازم برای این والدین بود که از طریق تلفیق چند رویکرد مختلف به دست آمد. برخی از این اطلاعات و مهارت‌ها شامل مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های مقابله با بحران و استرس، مهارت‌های گواه خشم و شناخت ویژگی‌های کودک مبتلا به بیماری‌های هیجانی و رفتاری بود. مدل مداخله خانواده‌محور با تمرکز مداخلاتش بر شناخت‌ها و هیجان‌ها و رفتارها به‌عنوان اجزای اصلی سیستم روانی، تبیین‌کننده بخشی از بهبودی واقع شده در سلامت روانی والدین است.

به‌علاوه به‌نظر می‌رسد اعمال گروهی مداخله خود عامل دیگری برای اثربخشی آن بوده است. نتایج پژوهش‌های فراهانی و همکاران (۱۹) و بحرینیان و همکاران (۲۰) نیز با این یافته پژوهش حاضر همسوست. در پژوهش حاضر جلسات مداخله به‌صورت گروهی برگزار شد. والدین به گفت‌وگو درباره مسائل و مشکلات خود، درک احساسات یکدیگر، حمایت متقابل و انتقال تجارب خود به یکدیگر پرداختند و اطلاعاتی را در این زمینه توسط درمانگر دریافت کردند (۲۱). این شکل از اعمال مداخله اغلب حمایت عاطفی، اجتماعی و اطلاعاتی را برای خانواده‌ها فراهم می‌کند و به والدین کمک می‌کند خود را با وضعیت داشتن کودکی دچار اختلال یا در معرض ابتلا به اختلال تطبیق دهند. درواقع می‌توان گفت گروه محیط امنی را برای این افراد فراهم می‌آورد تا بتوانند باهم ارتباط برقرار کنند و حمایت از جانب درمانگر و همچنین دیگر اعضای گروه، دریافت نمایند (۲۲).

تحلیل‌های دقیق‌تر داده‌ها حاکی از آن بود که اثربخشی مداخلات روان‌شناختی خانواده‌محور برای تمامی زیرمقیاس‌های سلامت روان نیز معنادار است. با این حال تأثیر بیشتر مداخله مربوط به متغیر اضطراب و بی‌خوابی والدین بود. یافته‌های مطالعات افروز و همکاران (۳) و مک‌گی و همکاران (۱۶) نیز با این یافته پژوهش حاضر همسوست. حالت آرامش روان، آرام‌سازی و آسودگی ناشی از مهارت‌های آموخته‌شده از آن جهت است که فرد به‌گونه‌ای آگاهانه و با

تمرین و ممارست آن‌ها را فرا گرفته است. به‌نظر می‌رسد مؤلفه‌هایی نظیر اعتمادبه‌نفس، آرامش روانی، همدلی، احترام و قدردانی از دیگران، در رفتار و تفکر فرد تغییر ایجاد می‌کند و او را به زندگی خوش‌بین و امیدوار می‌کنند. به‌نظر می‌رسد به‌تبع کاهش افسردگی، اضطراب و بی‌خوابی، افزایش سلامت جسمانی امری اجتناب‌ناپذیر باشد و فرد در کنش‌وری اجتماعی عملکرد بهتری خواهد داشت.

در پژوهش حاضر آموزش مضمون‌هایی همچون نوع دوستی، ارتباطات مؤثر، درک مفهوم و مزایای بخشش و کاهش احساس گناه و نیز مهارت‌های مواجهه با استرس، والدین را متوجه بُعدهای متفاوتی از زندگی و کسب تجربه‌های خاصی کرده است که این موضوع می‌تواند موجب ارتقای سلامتی آن‌ها شود. این مطلب در پژوهش ودمن و هازر-کرام (۲۳) نیز تأیید شده است. مداخلات انجام‌شده در این پژوهش به افراد کمک می‌کند باوجود مشکلات، مصمم‌تر شوند تا بتوانند از فرصت‌های پیش‌روی، برای غنابخشیدن به زندگی خویش و سازگاری با فشارهای طبیعی زندگی خود بهره‌گیرند؛

به‌طور کلی برنامه‌های مداخله روان‌شناختی که براساس خانواده طرح‌ریزی می‌شود، پیامدهای مهمی برای بهزیستی و سلامت کودک و خانواده به‌دنبال دارد. به‌علاوه این نوع مداخلات از نظر اقتصادی مقرون‌به‌صرفه‌تر است و به هزینه کمتری نیاز دارد (۲۴).

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان محدودیت زمانی و مشکل در دسترسی دوباره به آزمودنی‌ها را ذکر برد. پژوهش‌هایی که قادر باشند پس از پایان مداخله، شدت مشکلات را با فواصل زمانی متفاوت ارزیابی کنند، می‌توانند اثربخشی این روش را در طول زمان مشخص کنند. با این حال انجام این مهم در پژوهش حاضر میسر نشد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی تا حد امکان مطالعات پیگیری نیز برای بررسی تداوم تأثیرات این مداخله انجام شود. همچنین توصیه می‌شود برنامه مداخلاتی یادشده در جمعیت‌های آماری متفاوت از جمله کودکان بیش‌فعال و کودکان مبتلا به اختلال‌های خاص و نیز کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمی بررسی شود.

۵ نتیجه‌گیری

در جمع‌بندی کلی پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات خانواده‌محور سبب افزایش سلامت روان والدین کودکان با اختلال‌های هیجانی و رفتاری می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

از مسئولان و کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز و والدین مراجعه‌کننده به مرکز سلامت روان جامعه‌نگر که در اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند، سپاسگزاریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز با کد ثبت ۱۰۱۲۰۷۰۷۹۶۱۰۰ است. در این پژوهش شرکت‌کنندگان حق مشارکت آزادانه در پژوهش داشتند و آن‌ها فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند. برای رعایت موازین اخلاقی

پژوهش پس از اتمام مطالعه مراحل مداخله برای داوطلبانی از گروه
گواه نیز اعمال شد.
رضایت‌نامه برای انتشار
این امر غیر قابل اجرا است.

تراجم منافع
نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.
منابع مالی
این پژوهش بدون حمایت مالی نهاد یا سازمانی انجام شده است.

References

1. de Ridder D, Geenen R, Kuijer R, van Middendorp H. Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*. 2008;372(9634):246–55. doi: [10.1016/S0140-6736\(08\)61078-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61078-8)
2. Moradi H, Rezaie Jamalouie H. Ekhtelal-haye Raftari va Hayajani Koodaki; Mahiat, Arzyabi va Darman [Childhood Behavioral and Emotional Disturbances; Nature, Evaluation and Treatment]. Teharn: Vania Publicatin; 2014. [Persian]
3. Afrouz A, Faramarzi S, Mansour M, Malekpour M. The effect of psychological and educational family-centered early intervention on mental health of mothers of children with down syndrome. *Journal of Psychology and Education*. 2008;38(2):1–24. [Persian]
4. Khayati P, Afroz A. Evaluating of family-based homeopathic intervention program on mother anxiety and bed wetting the preschool children. *Empowering Exceptional Children*. 2017;8(1):24–53. [Persian] http://www.ceciranj.ir/article_63522_c83adffa88d464cdad0204b7729691c1.pdf
5. Musavi V, Kusha M, KHosrojauid M, Abdolkarimi M. The efficacy of parent management training on depression and anxiety in ADHD children's mothers. *Scientific Journal of Clinical Psychology & Personality*. 2012;2(6):45–56. [Persian] <http://cpap.shahed.ac.ir/article-1-445-en.pdf>
6. Dehgani Arani F, Beshart MA. Effectiveness of a mother-child attachment-based intervention on health indices in mothers of children with chronic disease. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2014;3(12):42–57. [Persian] http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_1397_8630abb61bdc1bb86c128ac68e441836.pdf
7. Silva R, Thomas M, Caetano R, Aragaki C. Preventing low birth weight in Illinois: outcomes of the family case management program. *Matern Child Health J*. 2006;10(6):481–8. doi: [10.1007/s10995-006-0133-8](https://doi.org/10.1007/s10995-006-0133-8)
8. Lo HHM, Wong SYS, Wong JYH, Wong SWL, Yeung JWK. The effect of a family-based mindfulness intervention on children with attention deficit and hyperactivity symptoms and their parents: design and rationale for a randomized, controlled clinical trial (Study protocol). *BMC Psychiatry*. 2016;16:65. doi: [10.1186/s12888-016-0773-1](https://doi.org/10.1186/s12888-016-0773-1)
9. Herman HMLo, Samuel YS, Wong Janet YH, Wong Simpson WL, Yeung Jerf WK. The effect of a family-based mindfulness intervention on children with attention deficit and hyperactivity symptoms and their parents: design and rationale for a randomized, controlled clinical trial (study protocol). *BMC Psychiatry*. 2016;16(65):1–9. [10.1186/s12888-016-0773-1](https://doi.org/10.1186/s12888-016-0773-1)
10. Law EF, Fisher E, Fales J, Noel M, Eccleston C. Systematic review and meta-analysis of parent and family-based interventions for children and adolescents with chronic medical conditions. *J Pediatr Psychol*. 2014;39(8):866–86. doi: [10.1093/jpepsy/jsu032](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu032)
11. Cavaleri MA, Olin SS, Kim A, Hoagwood KE, Burns BJ. Family support in prevention programs for children at risk for emotional/behavioral problems. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2011;14(4):399–412. doi: [10.1007/s10567-011-0100-9](https://doi.org/10.1007/s10567-011-0100-9)
12. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979;9(1):139–45. doi: [10.1017/s0033291700021644](https://doi.org/10.1017/s0033291700021644)
13. Fathi Ashtiani A, Dastani M. Psychological Tests: Personality and mental health. Tehran: Besat Publication; 2012. [Persian]
14. Afroz GA, Mino F. The effectiveness of problem solving skill on social attitude in delinquent girls in Tehran. *Empowering Exceptional Children*. 2015;6(2):67–74. [Persian] http://www.ceciranj.ir/article_66293_e922d04fa8486a95e0f9b5e0bb2d1978.pdf
15. Mehri A, Afroz Gh. Asar-bakhshi barname jame modakhele taghviat neshat manavi bar afsordegi, tab-avari va alayem ekhtelal stress pas az zarbe janbazan [Effectiveness of comprehensive intervention program of spiritual happiness on depression, resilience, and symptoms of PTSD veterans]. In: 10th World Council for Psychotherapy/Asian Federation [Internet]. Iran, Tehran: Tehran University, 2016. [Persian] <https://wcpasian2018.ut.ac.ir/paper?manu=34127>
16. McKay M, Fanning P, Paleg K. Couple Skills: Making Your Relationship Work, 2nd ed. Rahimi MA. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2017.

17. Faramarzi S, Karamimanesh V, Mahmoudi M. Meta-analysis of effectiveness of psychological interventions in mental health of families with children with mental disabilities (2012-2013). *Clinical Psychology Studies*. 2013;4(13):89–106. [Persian] http://jcps.atu.ac.ir/article_545_b337bc402957f5fc368cc73895acf191.pdf
18. Dalvand H, Rassafiani M, Bagheri H. Family Centered Approach: A literature the review. *Journal of Modern Rehabilitation*. 2014;8(1):1–9. [Persian] <https://mrj.tums.ac.ir/article-1-5092-en.pdf>
19. Farahani M, Bassak Nejad S, Davoodi I. The effectiveness of stress management group training on aggression, parental stress and mental health in mothers of children with learning disabilities. *Journal of Psychological Achievements*. 2013;20(2):18–217. [Persian] http://psychac.scu.ac.ir/article_11796_1a3d7073777a72be8b430c5e6d7d9b40.pdf
20. Bahreinian A, Radmehr H, Mohammadi H, Bavadi B, Mousavi MR. The effectiveness of the spiritual treatment group on improving the quality of life and mental health in women with breast cancer. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2017;3(1):64–78. [Persian] <https://journals.sbm.ac.ir/jrrh/article/view/12424/12001>
21. Siklos S, Kerns KA. Assessing need for social support in parents of children with autism and Down syndrome. *J Autism Dev Disord*. 2006;36(7):921–33. doi: [10.1007/s10803-006-0129-7](https://doi.org/10.1007/s10803-006-0129-7)
22. Raikes HA, Thompson RA. Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. *Infant Ment Health J*. 2005;26(3):177–90. doi: [10.1002/imhj.20044](https://doi.org/10.1002/imhj.20044)
23. Woodman AC, Hauser-Cram P. The role of coping strategies in predicting change in parenting efficacy and depressive symptoms among mothers of adolescents with developmental disabilities. *J Intellect Disabil Res*. 2013;57(6):513–30. doi: [10.1111/j.1365-2788.2012.01555.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01555.x)
24. Miklowitz DJ, Schneck CD, Singh MK, Taylor DO, George EL, Cosgrove VE, et al. Early intervention for symptomatic youth at risk for bipolar disorder: a randomized trial of family-focused therapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(2):121–31. doi: [10.1016/j.jaac.2012.10.007](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.10.007)

