MEJDS. 2020; 10:184.

Published online 2020 Dec. **Research Article**

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 F[1], *Afrooz GH[2], Estaki M[3]

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 Minoo (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.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.128.7]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۸۴.

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

طراحی و تدوین برنامهٔ 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.

***رایانامهٔ نویسندهٔ 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 برنامهٔ 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. جامعهٔ پژوهش را تمامی والدین دارای کودک با اختلال‌های هیجانی و رفتاری ساکن شهر تهران در سال ۹۷ـ۱۳۹۶ 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 گواه (۳۰ پدر و مادر) قرار گرفتند. گردآوری داده‌ها ازطریق پرسشنامهٔ 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 مداخلهٔ مشخصی دریافت نکرد. سپس نتایج پس‌آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری در محیط SPSS نسخهٔ ۲۳ در سطح معناداری ۰/۰۱ بررسی شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخلهٔ مذکور باعث تغییر معناداری در گروه آزمایش در میانگین نمرهٔ 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.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.128.7]

۱ مقدمه

ابتلای فرزند خانواده به اختلالی مزمن و درگیرشدن در فرایند درمانی سخت و طولانی آن، در کنار مشکلات جسمی، کودک بیمار و اعضای خانواده وی را درمعرض فشار و آسیب‌های روانی‌ـ اجتماعی زیادی قرار می‌دهد و مستلزم سازگاری آن‌ها در ابعاد مختلف زندگی است (۱).

یکی از این اختلال‌ها، اختلال‌های هیجانی و رفتاری است. اختلال‌های هیجانی و رفتاری اغلب حاصل تعامل نامناسب کودک با محیط اطراف است. این نوع اختلال‌ها دربرگیرندهٔ رفتار و بروز هیجان‌هایی در کودکان و نوجوانان است که دائمی است و با سن فرد مناسب نیست؛ همچنین با وضعیت فرهنگی آن‌ها همخوانی ندارد و شرایط اخلاقی محیط زندگی این گونه رفتارها را تأیید نمی‌کند (۲). تاکنون شیوع متفاوتی از اختلال‌های 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 آسیب‌های ذهنی، جسمی، حسی و رفتاری و هیجانی هستند که درصد بیشتر فراوانی مربوط به کم‌توان ذهنی ۶۵درصد است (۳).

صرف‌نظر از ماهیت و علت مشکلات کودکان، اثر روان‌شناختی 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 می‌کند. بر همین اساس، شرایط مزمن نه‌تنها بر کودک تأثیر می‌گذارد، بلکه بر تمام اعضای خانواده اثرگذار است (۵)؛ به این صورت که به‌واسطهٔ بیماری فرزند، مادر به فرزند بیمار نزدیک‌تر می‌شود. با نزدیک‌شدن مادر و فرزند به یکدیگر زوجین زمان کمی را باهم می‌گذرانند. در برخی مواقع پدر در زمینهٔ اطلاعات دارویی و پزشکی مرتبط با وضعیت فرزند، از مادر عقب می‌افتد و در زمینهٔ مراقبت از فرزند احساس بی‌کفایتی می‌کند و به‌تدریج از او و مادر فاصله می‌گیرد (۶). این امر احتمال وقوع استرس و بحران در فضای خانه و متعاقب آن فشار روانی شدید را در اعضای خانواده فراهم می‌نماید که آن‌ها را نیازمند دریافت خدمات روان‌شناختی و مددکاری می‌کند.

مداخلهٔ آموزشی خانواده‌محور به‌معنای ارائهٔ اطلاعات به خانواده‌ها دربارهٔ مسائل مختلف یا اختلالات و روش‌های پیشگیری، مقابله و مواجهه با آنان است. هدف اصلی در مداخلات آموزشی خانواده‌محور ارتقای نگرش و تغییر رفتار اعضای خانواده به‌ویژه همسران، عنوان می‌شود (۷). در سطح فردی، هدف این مداخلات ایجاد حالت‌های روان‌شناختی مثبت است. در سطح خانوادگی هدف اصلی، افزایش سطح تحمل و نیز دانش چگونگی مواجهه و پاسخ‌دهی عقلانی و مبتنی‌بر روابط عاطفی بین همسران است. مرور پژوهش‌ها و اسناد علمی معتبر اثربخشی این مداخلات را تأکید کرده‌اند (۱۱ـ۸،۴).

درحالی‌که پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند مداخلات خانواده‌محور می‌تواند موجب ارتقای سطح بهزیستی و سلامت روان افراد شود، تاکنون برنامهٔ جامعی به‌منظور افزایش سلامت روان خانواده‌های با کودکان دارای اختلالات هیجانی و رفتاری تدوین نشده است؛ ازاین‌رو تدوین چنین برنامه‌ای از ضرورت‌های پژوهشی حاضر است.

با استناد به مطالب ذکرشده، در کنار کمبود مطالعات مداخلهٔ خانواده‌محور در ایران برای والدین دارای کودک با اختلال‌های هیجانی و رفتاری، هدف پژوهش حاضر تدوین برنامهٔ جامع مداخلات خانواده‌محور و ارزیابی اثربخشی آن بر سلامت روان والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های هیجانی و رفتاری بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر طرحی نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ پژوهش را تمامی والدین دارای کودک با اختلال‌های هیجانی و رفتاری ساکن شهر تهران در سال ۹۷ـ۱۳۹۶ تشکیل دادند. سی خانواده (۶۰ پدر و مادر) ساکن شهر تهران با روش نمونه‌گیری هدف‌مند از میان والدین مراجعه‌کننده به مرکز سلامت روان جامعه‌نگر انتخاب شدند که دارای کودک مبتلا به اختلال‌های هیجانی و رفتاری بودند. افراد نمونه پس از تکمیل پیش‌آزمون به‌شکل 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 ارزیابی‌های لازم توسط افراد متخصص مرکز سلامت روان جامعه‌نگر انجام پذیرفت.

برای به‌دست‌آوردن اطلاعات لازم در زمینهٔ سلامت روان آزمودنی‌ها، پرسشنامهٔ سلامت عمومی[1] استفاده شد. این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ تدوین شده است (۱۲). این پرسشنامه دارای ۲۸ آیتم است و پاسخ آزمودنی‌ها در طیف چهاردرجه‌ای لیکرت مشخص می‌شود. حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر نمره ۸۴ و نقطهٔ برش آن ۲۱ است. بیشتربودن نمره نشانهٔ نبود سلامت روانی و کمتربودن نمره نشانهٔ 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 ۷۲تا۸۸درصد و اعتبار آزمون را از ۷۰تا۹۵درصد گزارش کردند (۱۳).

پس از اطمینان از وجود معیارهای مشارکت در پژوهش، نمونهٔ اولیه شامل ۳۰ پدر و ۳۰ مادر انتخاب شدند و به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش و حق مشارکت آزادانه، کلیاتی دربارهٔ پژوهش به آن‌ها ارائه شد. سپس فرم رضایت‌نامه توسط والدین تکمیل شد. معیارهای ورود والدین به پژوهش، داشتن کودک مبتلا به اختلال‌های هیجانی و رفتاری، مبتلانبودن کودک به سایر اختلال‌های روانی و رفتاری، نداشتن کودک با عقب‌ماندگی ذهنی یا سایر بیماری‌ها، نداشتن بیش از یک‌کودک با اختلال هیجانی و رفتاری، نبود سابقهٔ درمان خانواده با مداخلات خانواده‌محور و رضایت آگاهانهٔ هر دو والد برای مشارکت در پژوهش بود. معیارهای خروج والدین از مطالعه نیز دریافت مداخلات درمانی دیگر و تمایل‌نداشتن به ادامهٔ پژوهش بود.

پس از انتخاب نمونه طی جلسه‌ای توضیحات لازم دربارهٔ موضوع

[1] . General Health Questionnaire (GHQ)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.128.7]

پژوهش و ملاحظات اخلاقی به آزمودنی‌ها ارائه شد و پرسشنامه‌ها برای گردآوری داده‌های پیش‌آزمون توزیع شد. پس از اتمام مرحلهٔ پیش‌آزمون، گروه گواه مداخلهٔ مشخصی را دریافت نکرد و تنها در جلسات بدون هدف با ارائهٔ اطلاعات کلی دربارهٔ فرزندپروری شرکت کرد؛ اما گروه مداخله تحت برنامهٔ 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 به‌شکل جلسات مشاورهٔ فردی و گروهی برای والدین طراحی شد. این برنامه براساس تلفیق برنامهٔ مداخله‌ای خانواده‌محور توسط افروز و مینو (۱۴) و مهری و افروز (۱۵) و نیز مداخلهٔ طراحی‌شده توسط مک‌کی و همکاران (۱۶) به‌عنوان 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 شناختی‌رفتاری نیز استفاده شد؛ ازاین‌رو پروتکل حاضر پروتکلی تلفیقی بود؛ به‌طوری‌که 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 به‌منظور افزایش توان‌مندی خانواده‌های دارای کودکان با اختلالات هیجانی و رفتاری انجام پذیرفت. تعداد جلسات دوازده جلسه بود که به‌شکل مشاورهٔ گروهی اجرا شد. با این حال در مواقع لازم پس از جلسات گروهی، پژوهشگر به منزل شرکت‌کنندگان مراجعه کرد تا در بطن خانواده و به‌شکل فردی نیز موضوعات لازم را اعمال و پیگیری کند. درمجموع طول دورهٔ 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 به‌شکل کامل از پژوهش خارج نشدند.

پس از برگزاری جلسات منظم مشاوره و آموزش به‌مدت سه ماه، یک ماه پس از آخرین مداخله مجدداً پرسشنامهٔ سلامت عمومی به‌عنوان پس‌آزمون روی هر دو گروه مداخله و گواه اجرا شد.

جدول ۱. محتوای جلسات مداخله

هدف جلسه	برنامهٔ هر جلسه
۱. معارفه و پیش‌آزمون	ـ 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	ـ آموزش موانع گوش‌دادن و گوش‌دادن فعال و ارتباط دوجانبه.
۳. مهارت تقویت دوجانبه و ارتباط شفاف	ـ 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 به‌شکل گشاده و پذیرنده، پیام‌های شفاف، ارزیابی روابط.
۴. شناسایی و تغییر تحریفات شناختی	ـ تمرین ثبت احساسات؛ شناسایی تحریفات شناختی؛ توجه به رابطهٔ بین افکار و رفتارها؛ به‌چالش‌کشیدن تحریفات شناختی، تمرین تفکر شفاف.
۵. مذاکره	ـ طرح اصول مذاکرهٔ موفق و مراحل مذاکره.
۶. حل مسئله	ـ معرفی فنون عقلانی حل مسئله، آموزش مراحل حل مسئله.
۷. ارزیابی و تغییر راهکارهای ناکارآمد	ـ شرح و معرفی راهکارهای ناکارآمد (بی‌ارزش‌کردن، دوری‌گزینی، تهدید، سرزنش‌کردن، تحقیرکردن و...).
۸. مقابله با عصبانیت	ـ ارزیابی عصبانیت (رویداد، عوامل استرس‌زا، افکار راه‌انداز، میزان عصبانیت) و تجزیه‌وتحلیل افکار راه‌انداز.
۹. مقابله با همسر عصبانی	ـ معرفی پرخاشگری فعال و منفعل؛ رفتار جرئت‌مندانه؛ نحوهٔ پاسخ‌دادن به انتقاد.
۱۰. ایجاد وقفه	ـ آموزش تعیین علامتی برای وقفه؛ موافقت با علامت وقفه؛ پیروی از قواعد وقفه (نگفتن کلمات اضافه، ترک محل و...).
۱۱. دفاع‌های ناکارآمد	ـ آموزش شناسایی دفاع‌های ناکارآمد، انکار و برون‌ریزی.
۱۲. مقابله با دفاع‌های ناکارآمد	آشنایی با پنج مرحلهٔ رهایی از دفاع‌های ناکارآمد.

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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.128.7]

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

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها برای گروه آزمایش ۳۸/۸۳±۵/۴۳ سال و برای گروه گواه ۳/۹۷ ±۴۳/۵۷ سال بود. ازآنجاکه در پژوهش حاضر نمرهٔ پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همگام شناخته شد، برای حذف اثر آن بر پس‌آزمون، تجزیه‌وتحلیل کوواریانس چندمتغیری به‌عنوان آزمون آماری انتخاب شد. به‌منظور انجام این آزمون آماری ابتدا مفروضه‌های نرمال‌بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها که مفروضه‌های اصلی تحلیل کوواریانس هستند، بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو_ ویلک برای نرمال‌بودن توزیع نمرات حاکی‌از آن بود که نمرات هر دو گروه در نمرهٔ کل و زیرمقیاس‌های پرسشنامهٔ سلامت روان از توزیع نرمال برخوردار است (p>۰/۰۵).

همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد، پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها برای تمامی زیرمقیاس‌ها و نمرهٔ کل سلامت روان والدین در دو گروه برقرار است (p>۰/۰۵). برای بررسی یکسانی ماتریس واریانس_ کوواریانس نیز از آزمون ام.باکس استفاده شد. نتایج حاصل از این آزمون آماری نشان داد، مفروضهٔ همگنی ماتریس واریانس_ کوواریانس در داده‌ها برقرار است (p=۰/۲۲، F=۰/۹۲). باتوجه به مقدار به‌دست‌آمدهٔ آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و معناداربودن مقدار F محاسبه‌شده (۳۰۸/۴۴)، می‌توان فرض صفر را رد کرد (p<۰/۰۱) و عنوان کرد که میانگین نمره‌های سلامت روان والدین و ابعاد آن در دو گروه گواه و آزمایش در پس‌آزمون متفاوت است. اندازهٔ اثر اختلاف باتوجه به مقدار مجذور اتا ۰/۸۴ است؛ به عبارت دیگر ۸۴درصد از تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون سلامت روان زوجین مربوط به تأثیر مداخلات خانواده‌محور است. باتوجه به اینکه نمرهٔ کل سلامت روان از مجموع نمرات آزمودنی در خرده‌مقیاس‌های این آزمون به‌دست می‌آید، به‌منظور تعیین اثربخشی مداخلهٔ 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		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
سلامت روان	آزمایش	۳۴/۰۰	۶/۴۷	۲۹/۸۳	۶/۵۰	۳۰۸/۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۴
	گواه	۲۹/۰۷	۶/۱۷	۲۷/۴۷	۵/۹۰			
نشانه‌های جسمانی	آزمایش	۶/۷۷	۲/۲۰	۴/۰۰	۲/۵۳	۷/۶۵	۰/۰۰۸	۰/۱۱
	گواه	۶/۲۷	۲/۶۵	۶/۰۷	۲/۵۱			
اضطراب و بی‌خوابی	آزمایش	۸/۱۰	۲/۴۱	۶/۷۳	۲/۱۸	۳۶۹/۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۶
	گواه	۷/۵۳	۲/۵۵	۶/۵۷	۲/۴۸			
نارساکنش‌وری اجتماعی	آزمایش	۸/۴۰	۲/۴۰	۶/۶۷	۲/۳۶	۱۱/۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۱۶
	گواه	۷/۵۰	۲/۱۲	۷/۵۸	۲/۲۰			
افسردگی	آزمایش	۹/۵۰	۲/۰۶	۷/۶۷	۲/۳۲	۱۹/۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۲۵
	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 بیان‌کنندهٔ این مطلب است که مداخلات خانواده‌محور بر کاهش نمرهٔ کل سلامت روان (p<۰/۰۰۱)، نشانه‌های جسمانی (p=۰/۰۰۸)، اضطراب و بی‌خوابی (p<۰/۰۰۱)، نارساکنش‌وری اجتماعی (p<۰/۰۰۱) و افسردگی (p<۰/۰۰۱) والدین کودکان با اختلال‌های هیجانی و رفتاری تأثیر دارد. با درنظرگرفتن مجذور اِتا می‌توان گفت بین ۱۱تا۸۶درصد از این تغییرات ناشی‌از تأثیر مداخله است. به این ترتیب باتوجه به اندازهٔ اثر به‌دست‌آمده برای خرده‌مقیاس‌های اضطراب و بی‌خوابی (۰/۸۶) و نشانه‌های جسمانی (۰/۱۱) می‌توان اظهار داشت که مداخلهٔ مذکور به‌ترتیب بیشترین و کمترین تأثیر را بر خرده‌مقیاس‌های اضطراب و نشانه‌های جسمانی آزمودنی‌ها داشته است.

۴ بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر تدوین برنامهٔ جامع مداخلات خانواده‌محور و ارزیابی اثربخشی آن بر سلامت روان والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های هیجانی و رفتاری بود. بررسی‌ها نشان داد که مداخلهٔ ذکرشده 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.128.7]

دردسترس یافت نشد؛ اما مطالعات نزدیک از نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش حمایت می‌کنند؛ ازجمله 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 به‌طورکلی مداخلات خانواده‌محور را مداخلاتی معرفی نمودند که اثربخشی آن‌ها در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است (۱۸).

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان عنوان کرد، باتوجه به محتوای جامع مداخلات، والدین پس از تمرین مهارت‌های آموزش‌داده‌شده احساس مثبتی به مشکلات خود پیدا می‌کنند و راحت‌تر با آن تطابق می‌یابند؛ چراکه مداخلهٔ طراحی‌شده دربرگیرندهٔ مجموعه‌ای متنوع از اطلاعات و مهارت‌های لازم برای این والدین بود که ازطریق تلفیق چند رویکرد مختلف به‌دست 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 مداخلهٔ خانواده‌محور با تمرکز مداخلاتش بر شناخت‌ها و هیجان‌ها و رفتارها به‌عنوان اجزای اصلی سیستم روانی، تبیین‌کنندهٔ بخشی از بهبودی واقع‌شده در سلامت روانی والدین است.

به‌علاوه به‌نظر می‌سد 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 یافتهٔ پژوهش حاضر همسوست. در پژوهش حاضر جلسات مداخله به‌صورت گروهی برگزار شد. والدین به گفت‌وگو دربارهٔ 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 درمعرض 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 حاکی‌از 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 یافتهٔ پژوهش حاضر همسوست. حالت آرامش روان، آرام‌سازی و آسودگی ناشی‌از 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 می‌کنند 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 نوع‌دوستی، 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 هازرـ 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 بهره گیرند؛

به‌طورکلی برنامه‌های مداخلهٔ 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 هزینهٔ 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 برنامهٔ مداخلاتی یادشده در جمعیت‌های آماری متفاوت ازجمله 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

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.128.7]

پژوهش پس از اتمام مطالعه مراحل مداخله برای داوطلبانی از گروه گواه نیز اعمال شد.

رضایت‌نامه برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی 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
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, Afrooz 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, KHosrojavid 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
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
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
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
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
12. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med. 1979;9(1):139–45. doi: 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, Afrrooz 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: 10thWorld 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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.128.7]

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 groupon 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.sbmu.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
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
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
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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.128.7]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.128.7] [Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

>