

طراحی برنامه جامع غنی سازی روابط درون خانوادگی با تأکید بر مشارکت والدین در اصلاح مشکلات رفتاری فرزندان: پیش مطالعه پژوهشی

سوگند قاسم زاده^۱

دکتر غلامعلی افروز^۲

دکتر احمد به پژوه^۳

دکتر محسن شکوهی یکتا^۴

چکیده

خانواده اولین محیطی است که شخصیت کودکان در آن شکل گرفته و الگوهای جسمی، عاطفی و رفتاری فرد در آن پی‌ریزی می‌شود. هدف پژوهش حاضر طراحی برنامه جامع غنی‌سازی روابط درون خانوادگی و ارزیابی اثربخشی آن بر نشانه‌های بالینی کودکان با اختلال‌های رفتاری و رضامندی زوجیت والدین آن‌ها می‌باشد. پژوهش حاضر از نظر هدف جزو پژوهش‌های بنیادی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها از نوع شبه آزمایشی با طرح اندازه‌گیری‌های مکرر با سه اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) است. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان با اختلال‌های رفتاری در پایه‌های اول تا ششم دبستان‌های مدارس شهر تهران و والدین آن‌ها می‌باشند. در این پژوهش پس از انتخاب مدرسه به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای از میان داوطلبین شرکت در پژوهش، که با توجه به نتایج پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک دارای اختلال رفتاری تشخیص داده شده‌اند، ۸ نفر آزمودنی انتخاب و خانواده آن‌ها به مدت شش جلسه تحت آموزش قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل: سیاهه رفتاری کودک، فهرست علائم بالینی و مقیاس رضامندی زوجیت می‌باشد. یافته‌های پژوهش نشان دادند که مداخله بر اساس برنامه غنی‌سازی روابط درون خانوادگی، موجب افزایش رضامندی زوجیت والدین و کاهش مشکلات رفتاری فرزندان شده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که برنامه غنی‌سازی روابط درون خانوادگی برنامه مناسبی جهت ارتقای سلامت خانواده می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: روابط درون خانوادگی، رضامندی زوجیت، مشکلات رفتاری

مقدمه

خانواده، سرچشمه همه زیبایی‌ها، حسن تأمین همه نیازهای عاطفی، روانی و تجربه همه ارزش‌های اخلاقی و جلوه‌های محبت و ایثار و فداکاری است. خانواده، ترسیم‌گر افق و چشم‌انداز فردای جامعه و چگونگی حاکمیت ارزش‌های فرهنگی و اخلاقی است. به همین دلیل، اصلی‌ترین مؤلفه‌های سلامت و تعالی جوامع بشری را می‌بایست در کانون خانواده و ارزش‌های حاکم بر آن جستجو نمود (افروز، ۱۳۹۲). با توجه به اهمیت و مزایای سلامتی، موضوع سلامت فرزندان مهم‌ترین نگرانی والدین بوده و وجود اختلال یا شرایط مزمن در کودکان برای کانون خانواده بسیار نگران‌کننده و تنش‌آور است. در روانشناسی کودکان با نیازهای ویژه همواره شرایط، ویژگی‌ها، تعاملات و کارکردهای خانواده به همراه نقش مهمی که در تحول روانی کودکان دارد، مورد توجه بوده است. زیرا که خانواده نخستین نهاد اجتماعی است و محیط خانواده اولین محیطی است که شخصیت کودکان در آن شکل گرفته و الگوهای جسمی، عاطفی و رفتاری فرد در آن پی‌ریزی می‌شود. از

^۱- دانشجوی دکترای روانشناسی دانشگاه تهران

^۲- استاد ممتاز دانشگاه تهران

^۳-استاد دانشگاه تهران

^۴- دانشیار دانشگاه تهران

طرفی کودکان بخش مهمی از خانواده‌ها را تشکیل می‌دهند و تقاضاهای کودکان، پاسخ به نیازهایشان و رسیدگی و مراقبت از آن‌ها، همواره از دغدغه‌های مهم والدین محسوب می‌شود (اماتو و فولر^۵، ۲۰۰۲؛ راج و همکاران^۶، ۲۰۰۶؛ روزنتال، بیسکر و بیسکر^۷، ۲۰۰۱). همچنین مراقبت از فرزندان و تربیت آن‌ها، برقراری ارتباط سالم اعضا با هم و کمک به استقلال، رشد و تعالی فرزندان از وظایف مهم خانواده به‌شمار می‌آید (مک و هو^۸، ۲۰۰۷؛ شکوهی‌یکتا، شهائیان و پرند، ۱۳۹۱). در این میان تعدادی از خانواده‌ها قادر به انجام درست و صحیح وظایف خود نیستند و اغلب تمام کودکانی که مشکلات رفتاری دارند و به عنوان کودکان سازش‌نا یافته و دشوار مطرح می‌شوند، از خانواده‌های بحرانی می‌آیند (به‌پژوه، ۱۳۹۱).

تاکنون تعریف‌های زیادی برای اختلال رفتاری^۹ ارائه شده است. یکی از تعاریف مورد قبول در این زمینه تعریف باور^{۱۰} (۱۹۸۷، نقل از اسمیت^{۱۱}، ۲۰۱۰) است: اصطلاح عاطفی و رفتاری به معنای یک ناتوانی است که با پاسخ‌های رفتاری یا عاطفی در برنامه‌های مدرسه مشخص می‌شود که از سن مناسب، نرم‌های فرهنگی یا قومی متفاوت هستند و به صورت منفی بر عملکرد آموزشی فرد اثر می‌گذارند و شامل مهارت‌های تحصیلی، اجتماعی، شغلی و شخصی می‌شود.

میزان شیوع اختلال رفتاری دوران کودکی بین ۶ تا ۲۵ درصد برآورده شده است. البته این بررسی‌ها عمدتاً بر کودکانی متمرکز بوده که دارای اختلال‌های برون‌ریز^{۱۲} بوده‌اند که تأثیر گسترده‌ای بر خانواده، معلمان و جامعه دارد و شیوع دقیق بسیاری از اختلال‌های درون‌ریز^{۱۳} در دست نیست (مش و بارکلی^{۱۴}، ۲۰۰۲ و ناصح، ۱۳۸۱). از طرفی متأسفانه بسیاری از کودکانی که در سال‌های نخستین کودکی واجد مشکلات رفتاری هستند، نه تنها از آن عبور نمی‌کنند، بلکه ممکن است این مشکلات در آنان تا دوران بلوغ و حتی بزرگسالی نیز تداوم یابد (جیمپ و هالند^{۱۵}، ۲۰۰۲).

در بروز مشکلات رفتاری عوامل گوناگون تأثیر دارند، اگرچه عوامل زیست‌شناختی در شکل‌گیری اختلال‌های رفتاری نقش مهمی دارند، ولی نمی‌توان نقش عوامل محیطی همچون خانواده را به‌خصوص در آشکارسازی و تداوم‌بخشی این دسته از اختلال‌ها نادیده انگاشت (برت و ترنر^{۱۶}، ۲۰۰۱، فلوریان و فیندلر^{۱۷}، ۲۰۰۱، کلارک^{۱۸}، ۲۰۰۴؛ نلسون و آیسرائل^{۱۹}، ۲۰۰۳). برخی عوامل همچون کشمکش‌های خانوادگی و شکست در ازدواج، نداشتن رابطه گرم با والدین، دلبستگی نایمن، مقررات

۵. Amato & Fuller

۶. Rauch

۷. Rosenthal, Biesecker & Biesecker

۸. Mak & Ho

۹. Emotional & Behavioral Disorders

۱۰. Bower

۱۱. Smith

۱۲. externalized

۱۳. internalized

۱۴. Mash & Barkley

۱۵. Gimpe & Holland

۱۶. Barrett & Turner

۱۷. Florian & Findler

۱۸. Clark

۱۹. Nelson & Israel

سخت، نظارت ناکافی و بیماری‌های روانپزشکی در والدین، خطر شکل‌گیری مشکلات رفتاری و هیجانی را در این کودکان افزایش می‌دهند. همچنین مشکلات سلوک، سوءمصرف مواد، رفتارهای ضداجتماعی و بزهکارانه در کودکان با شیوه تربیت فرزندان ارتباط دارند (ساندرز، رالف، تومپسون، سافرونوف و گاردینر^{۲۰}، ۲۰۰۵؛ نلسون و آیسرائل، ۲۰۰۳).

طبق آخرین طبقه‌بندی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم^{۲۱}، کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری، در خودکنترلی رفتار و هیجانات^{۲۲} دچار مشکل هستند. (انجمن روانپزشکی آمریکا^{۲۳}، ۲۰۱۳). ویژگی‌های فوق و در کل وجود این کودکان تأثیر منفی بر خانواده گذاشته و خانواده را به شدت دچار تغییر و تحول کرده و تأثیر منفی بر رضامندی زوجیت والدین می‌گذارد (کارت‌رایت - هاتون^{۲۴}، ۲۰۰۵؛ کرنیک و لو^{۲۵}، ۲۰۰۲). بنابراین باید در جهت بهبود شرایط خانوادگی این کودکان از جمله رضامندی زوجین والدین و کاهش مشکلات رفتاری کودکان گام برداشت.

می‌دانیم خانواده شبکه‌ای از ارتباطات است که در آن والدین و کودکان در فرایند دوسویه با یکدیگر تعامل دارند و بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. روابط نامناسب بین والد و کودک و عدم تعادل خانواده و وقایع تنش‌آمیز زندگی می‌تواند بر کودک تأثیر بگذارد و نقش مهمی در شروع یا دوام مشکلات رفتاری، و یا تعدیل و کنترل آن‌ها داشته باشد. از طرفی رفتار کودکان دارای اختلالات رفتاری، به‌عنوان یک محرک تنش‌زا عمل کرده و بر رفتار والدین و تعاملات کودک تأثیر دارد (بلاردینلی و همکاران^{۲۶}، ۲۰۰۸؛ تیکوولسکی، آرنولد و باکر^{۲۷}، ۲۰۱۳؛ زیسر و ایبرگ^{۲۸}، ۲۰۱۰). بعلاوه کودکان از روابط درون خانوادگی به‌خصوص روابط والدین خود با یکدیگر الگوگیری می‌کنند. والدین می‌توانند با رفتارها و ارتباط‌های خود، به کودکانشان مهارت‌های مقابله با ناکامی و هیجانات منفی را بیاموزند (بجینارو و راس^{۲۹}، ۲۰۱۲؛ شرودر و گوردون، ۱۳۸۶). باتوجه به این مسأله که اعضای خانواده به‌ویژه والدین بیشترین ارتباط را با کودک داشته و تأثیرگذارترند، و نیز باتوجه به این‌که خانه و خانواده بهترین موقعیت برای تغییر رفتارهای کودک است، همچنین از آنجایی که در سایه ارتباط سالم، می‌توان به شناسایی و رفع نیازهای کودکان پرداخت (توماس و زیمر - جیمبرک^{۳۰}، ۲۰۰۷ و ۲۰۱۱؛ ساندرز^{۳۱}، ۲۰۰۳؛ ساندرز و همکاران، ۲۰۰۴؛ وبستر - استراتون، ۱۹۹۹، به نقل از ساندرز، ۲۰۰۰) بنابراین باید برنامه‌ای طراحی کرد تا بتوان روابط درون خانوادگی را بهبود بخشید.

۲۰. Sanders, Ralph, Thompson, Sofronoff & Gardiner

۲۱. diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-۵)

۲۲. problems in emotional and behavioral self-control

۲۳. American Psychological Association

۲۴. Cartwright - Hatton

۲۵. Crnic & Low

۲۶. Belardinelli, et al.

۲۷. Tichovolsky, Arnold, & Baker

۲۸. Zisser, & Eyberg

۲۹. Bejenaru, & Roth

۳۰. Thomas, & Zimmer-Gembeck

۳۱. Sanders

پژوهش‌های متعددی نقش مداخلات خانواده‌محور بر رضامندی زوجیت والدین و مشکلات رفتاری فرزندان را بررسی کرده‌اند (جوآنینگ^{۳۲}، ۲۰۰۹؛ کاراهان^{۳۳}، ۲۰۰۷؛ جاکوبوسکی^{۳۴}، ۲۰۰۴؛ لونگ، ساندرز، لونگ، مارک و لائو^{۳۵}، ۲۰۰۳؛ ساندرز^{۳۶}، ۲۰۱۱؛ ارد، بوگلز و پیجننبرگ^{۳۷}، ۲۰۱۲؛ رایت و وودن^{۳۸}، ۲۰۱۳؛ اسکات^{۳۹}، ۲۰۰۸؛ شکوهی یکتا، پرنده، زمانی، ایاضی و لطفی، ۲۰۱۱؛ ریدتز، هاندجا و مورچ^{۴۰}، ۲۰۱۱؛ حیدری، ثنایی ذاکر، نوایی نژاد و دلاور، ۱۳۸۸ و جعفری، ۱۳۸۸). ترنر و ساندرز^{۴۱} (۲۰۰۶) بعد از آموزش برنامه فرزندپروری مثبت گزارش کرده‌اند که والدین سطوح کمتری از مشکلات رفتاری کودکان و نیز سطوح کمتری از فرزندپروری ناکارآمد را نشان داده و نیز اضطراب و استرس آنان در مقایسه با والدین گروه کنترل به‌طور قابل ملاحظه‌ای پایین بوده است. کاتو و ساندرز^{۴۲} (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای دیگر اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت گروهی در تغییر رفتار کودکان، شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد، و تنظیم فرزندپروری را نشان دادند. گریفین و اسمولیس^{۴۳} (۲۰۱۱) در پژوهشی دریافتند که برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر خانواده راهی مؤثر در پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان است. اما نتایج پس از یک سال پیگیری حفظ شد. لاکز، وارگاس، ریگز، اسکمیدتز و بایرد^{۴۴} (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای به مداخله فرزندپروری برای کاهش مشکلات رفتاری و توجه در کودکان پیش‌دبستانی پرداختند. نتایج بهبود در مشکلات رفتاری و توجه کودکان نشان داد که تا یک سال پیگیری نیز حفظ شد. با توجه به پیشینه پژوهش، باید توجه کرد که در ایران برنامه جامع غنی‌سازی روابط درون خانوادگی وجود ندارد بنابراین لازم است چنین برنامه‌ای بومی و متناسب با فرهنگ جامعه طراحی گردد. از طرفی چون این برنامه اولین برنامه جامع غنی‌سازی روابط درون خانوادگی بنابراین ابتدا باید یک مطالعه مقدماتی صورت گیرد سپس در جهت طراحی برنامه اصلی گام برداشت. در مجموع، با توجه به نقش کلیدی خانواده و ارتباطات درون‌خانوادگی در شکل‌گیری شخصیت و تربیت فرزند، اهمیت خانواده در آشکارسازی و تداوم اختلال‌های رفتاری و تأثیری که این کودکان بر خانواده به‌ویژه رضامندی زوجیت والدین می‌گذارند و خلأ پژوهش در این زمینه، در پژوهش حاضر به طراحی برنامه جامع غنی‌سازی روابط درون خانوادگی و ارزیابی اثربخشی آن بر نشانه‌های بالینی کودکان با اختلال‌های رفتاری و رضامندی زوجیت والدین آن‌ها پرداخته شده است و براین اساس سؤال‌های پژوهشی بدین‌گونه مطرح می‌گردد که (۱) آیا برنامه غنی‌سازی روابط درون خانوادگی طراحی شده، می‌تواند موجب

۳۲. Joaning

۳۳ . Karahan

۳۴ . Jakubowski

۳۵. Leung, Sanders, Leung, Mark, Lau

۳۶. Sanders

۳۷. Oord, Bogels, Peijnenburg

۳۸. Wright & Wooden

۳۹. Scott

۴۰. Reedtz, Handega & Morch

۴۱. Turner & Sanders

۴۲. Fujiwara, Kato & Sanders

۴۳. Griffin & Samuolis

۴۴. Lakes, Vargas, Riggs, Schmidt, & Baird

افزایش رضامندی زوجیت شود؟ (۲) آیا برنامه غنی سازی روابط درون خانوادگی طراحی شده، می‌تواند موجب کاهش مشکلات رفتاری در این کودکان شود؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نظر هدف جزو پژوهش‌های بنیادی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها از نوع شبه آزمایشی^{۴۵} با طرح اندازه‌گیری‌های مکرر^{۴۶} با سه اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) است. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان با اختلال‌های رفتاری شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۲ در پایه‌های اول تا ششم دبستان‌های مدارس شهر تهران و والدین آن‌ها می‌باشند. در این پژوهش پس از انتخاب مدرسه به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای از میان داوطلبین شرکت در پژوهش، که با توجه به نتایج پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک (CBCL) و مصاحبه تشخیصی دارای اختلال رفتاری تشخیص داده شده‌اند، ۸ نفر آزمودنی انتخاب و خانواده آن‌ها به مدت شش جلسه تحت آموزش قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

سیاهه رفتاری کودک^{۴۷}: نظام سنجش مبتنی بر تجربه آنباخ شامل مجموعه‌ای از فرم‌ها برای ارزیابی شایستگی‌ها، کارکرد انطباقی و مشکلات رفتاری است که عبارتند از: سیاهه رفتاری کودک، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. هر یک از این فرم‌ها در ۲۵ الی ۳۰ دقیقه تکمیل می‌شود. این پرسشنامه‌ها بر اساس مقیاس‌های مبتنی بر تجربه و مقیاس‌های مبتنی بر DSM-IV تنظیم شده است که مقیاس‌های مبتنی بر تجربه شامل اضطراب - افسردگی، گوشه‌گیری - افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنی، و رفتار پرخاشگری است. نتایج نشان داد که ضریب آلفای مقیاس‌ها در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ است (آنباخ، دامنسی و رسکولار^{۴۸}، ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳؛ آنباخ و رسکولار، ۲۰۰۱). پایایی این آزمون توسط آنباخ (۱۹۹۱) ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهشی که توسط مینایی، (۱۳۸۵) انجام شد، میانگین همبستگی برای پسران ۴ تا ۱۱ سال ۰/۷۵ بود و برای پسران ۱۲ تا ۱۸ سال ۰/۷۲ محاسبه شد. همچنین برای دختران ۴ تا ۱۱ سال ۰/۶۵ و دختران ۱۱ تا ۱۸ سال ۰/۶۹ محاسبه شد. این پرسشنامه جهت تشخیص دانش‌آموزان با اختلال رفتاری استفاده شد.

فهرست علائم بالینی CSI-۴۴۹: این پرسشنامه، ابزار غربالگری برای شایع‌ترین اختلالات روانی کودکان بوده که توسط اسپرافکین و گادو^{۴۹} (۱۹۸۴) به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ سال طراحی شده و شامل دو چک لیست والدین و معلمان است (گادو، اسپرافکین و پییر^{۵۰}، ۱۹۹۷). این فهرست علامت‌گذاری شامل ۱۱۲ ماده است که

۴۵ . quasi- experimental

۴۶ . repeated measure

۴۷. Child Behavior Checklist System

۴۸. Achenbach, Dumenci, & Rescorla

۴۹. Clinical Symptom Checklist

۵۰. Sprafkin & Gadow

۵۱. Gadow, Sprafkin, & Pierr

فرم والدین دارای ۹۷ ماده و فرم معلم دارای ۷۷ ماده می‌باشد. ۱۸ اختلال در فرم والدین در ۱۱ گروه عمده گنجانده شده‌اند (گلدستاین^{۵۲}، ۱۹۹۸).

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها و همبستگی‌های به‌دست آمده از دو بار اجرای این پرسشنامه در مورد نمره‌های غربال‌کننده برای نوع عدم توجه، $r=0/67$ ، نوع تکانشی/بیش‌فعالی $r=0/82$ ، نوع مرکب $r=0/78$ و اختلال سلوک $r=0/67$ ، گزارش شده است (گرشام^{۵۳}، ۲۰۰۲). محمداسماعیل (۱۳۸۶) اعتبار نسخه فارسی کل آزمون را بین ۰/۲۹ (هراس اجتماعی) تا ۰/۸۱ (نارسایی توجه / فزون کنشی، ریخت مختلط) گزارش کرده است. روایی وابسته به ملاک نمره‌های مقوله‌ها با تشخیص‌های مبتنی بر روانپزشکی مورد ارزیابی قرار گرفته است و حساسیت و ویژگی بالای بیشتر اختلال‌های موجود در سیاهه، حاکی از روایی ملاکی این ابزار است. تفاوت معنی‌دار نمره‌های گروه‌های عادی و بالینی در همه اختلال‌ها، مبین روایی تفکیکی مناسب این سیاهه است (محمداسماعیل، ۱۳۸۶). بخش‌های الف تا ج (A تا C) این پرسشنامه در مرحله پیش‌آزمون، پس-آزمون مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس رضامندی زوجیت: این مقیاس جهت ارزیابی میزان رضایت همسران برای فرهنگ جامعه ایرانی توسط افروز (۱۳۸۷)، طراحی و سپس توسط قدرتی، افروز، پاشا شریفی و اژه‌ای (۱۳۸۸) ویژگی‌های روان‌سنجی آن استخراج شده است. پرسشنامه رضامندی زوجیت افروز از ۱۰ خرده مقیاس تشکیل شده است که عبارتند از مطلوب اندیشی همسران، رضایت زناشویی، افکارهای شخصی، افکارهای ارتباطی و اجتماعی، روش حل مسأله، امور مالی و فعالیت‌های اقتصادی، احساس و رفتار مذهبی، روش فرزندپروری، اوقات فراغت و تعامل احساسی است. ضریب اعتبار کل مقیاس رضامندی زوجیت افروز به شیوه آلفای کرونباخ محاسبه شده است که آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۵ نشان‌دهنده اعتبار کل مقیاس بوده است. روایی همزمان نمرات زوجین در این مقیاس با نمرات آن‌ها در پرسشنامه «رضامندی زناشویی انریچ» معنادار بوده است (قدرتی و همکاران، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر، این پرسشنامه توسط مادران دانش‌آموزان تکمیل شده است.

محتوای برنامه آموزشی

برنامه اولیه غنی‌سازی روابط درون خانوادگی فوق شامل مهارت‌های بهبودبخشی روابط اعضای خانواده با یکدیگر (رابطه والد با کودک، رابطه دیگر اعضای خانواده با کودک و رابطه والد با والد)، آموزش مدیریت رفتار به اعضای خانواده (آموزش شیوه‌های فرزندپروری، آموزش روش‌های اصلاح و مدیریت رفتار، بهبود مهارت‌های خودمراقبتی و فردی)، و برنامه‌ریزی برای آینده (بکارگیری سبک فرزندپروری مقتدرانه و پیش‌بینی مشکلات احتمالی رفتاری و رفع آن در آینده) بود (بارکلی، ۱۹۹۷؛ تلگین و ساندرز^{۵۴}، ۲۰۱۳؛ ریدتز، هاندجا و مورچ^{۵۵}، ۲۰۱۱؛ فیشر و همکاران، ۲۰۰۵؛ فاستر و همکاران، ۲۰۰۸؛ کازدین، ۲۰۰۵ الف و ب؛ ساندرز و همکاران، ۲۰۰۷؛ گراف، اسپیتجنز، اسمیت، وولف و تاوکیو^{۵۶}، ۲۰۰۸؛ وبستر - استان و رید^{۵۷}،

۵۲. Goldstein

۵۳. Gresham

۵۴. Tellegen, & Sanders

۵۵. Reedtz, Handega, & Morch

۵۶. Graaf, Speetjens, Smit, Wolff, & Tavecchio

۵۷. Webster-Stratton, & Reid

۲۰۰۴؛ افروز، ۱۳۹۱؛ افروز، ۱۳۸۹ الف و ب؛ به پژوه، ۱۳۸۴؛ شکوهی و همکاران، ۱۳۹۱) که طی ۶ جلسه ۱۸۰ دقیقه‌ای به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد.

نحوه اجرا و روش پژوهش

پس از کسب موافقت مدیران مدارس، سیاهه رفتاری کودک مفراپند مصاحبه تشخیصی روانپزشکی تکمیل شد و نمونه پژوهش انتخاب گردید، پیش‌آزمون اجرا و براساس پیشینه موجود در زمینه مداخلات رفتاری و نیازسنجی اولیه از والدین برنامه مقدماتی مداخله طراحی شد. سپس برنامه طراحی شده اجرا و نمونه پژوهشی با پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین ابزارها مجدداً بعد از گذشت سه ماه مجدداً به عنوان پیگیری اجرا شدند. به‌طور کلی ساختار جلسات آموزشی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بدین‌صورت بوده است که: مرور تکالیف و پاسخ به سؤالات (پل زدن)^{۵۸} مطالب جلسات قبل به این جلسه، آموزش مبحث مربوط به جلسه، انجام تمرین، پرسش و پاسخ، خلاصه و جمع بندی^{۵۹}، تعیین تکالیف جلسه بعد و کسب بازخورد^{۶۰} هریک از افراد نسبت به جلسه. همچنین برای درگیر کردن هر چه بیشتر شرکت‌کنندگان در فرایند آموزش، شکل اجرای جلسات با استفاده از روش‌های زیر بود: سخنرانی و بارش ذهنی^{۶۱}، به شکل تلفیقی از روش دیالوگ سقراطی^{۶۲} و مشارکتی^{۶۳}، اکتشاف هدایت شده^{۶۴}، آموزش روانی و در صورت لزوم ایفای نقش^{۶۵}. بحث و تمرین، یعنی افراد در گروه‌های کوچک چند نفری به بحث و تبادل نظر در مورد آموخته‌هایشان و انجام فعالیت‌های گروهی در زمینه موضوع مربوطه پرداخته و تمرین‌های ارائه شده در جزوه‌های آموزشی و کاربرگ‌های آماده شده، انجام داده شد. اختصاص دو زمان برای استراحت و پذیرایی در اواسط جلسه به مدت ده تا پانزده دقیقه. در ابتدای هر جلسه جزوه، برگه تکلیف^{۶۶} و کاربرگ-های تمرینی^{۶۷} مرتبط با موضوع در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد. مدت هر جلسه سه ساعت بوده است. برنامه آموزش خانواده دانش‌افزایی و مهارت‌آموزی به اعضای خانواده در مورد چگونگی رفتار و تعامل اعضای خانواده با یکدیگر در زمینه‌های مختلف از جمله کنترل نشانه‌های بالینی اختلال‌های رفتاری فرزندان است (بارکلی^{۶۸}، ۱۹۹۷؛ فیشر، براستون و پیرز^{۶۹}، ۲۰۰۵؛ فاستر، پرینز، ساندرز و شاپیرو^{۷۰}، ۲۰۰۸؛ کازدین^{۷۱}، ۲۰۰۵ الف و ب؛ ساندرز، بار و موراوسکا^{۷۲}، ۲۰۰۷).

۵۸. bridging

۵۹. summarizing

۶۰. feedback

۶۱. brainstorm

۶۲. socratic dialog

۶۳. collaborative

۶۴. guided discovery

۶۵. role playing

۶۶. homework

۶۷. worksheet

۶۸. Barkley

۶۹. Fisher, Burraston, & Pears

۷۰. Foster, Prinz, Sanders, & Shapiro

۷۱. Kazdin

۷۲. Sanders, Bor, & Morawska

در پیش مطالعه پژوهشی حاضر برنامه غنی‌سازی روابط درون خانوادگی، مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری، طی سه گام (موریسون^{۷۳}، ۲۰۰۹، ترجمه رحیمی‌دوست، ۱۳۸۷؛ هوواری و فیشر^{۷۴}، ۲۰۰۵ ترجمه به‌پژوه، ۱۳۸۹؛ افروز، ۱۳۸۹ الف و ب؛ به-پژوه، ۱۳۸۴) طراحی و اجرا شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی حاصل از فهرست علائم بالینی کودک و رضامندی زوجیت به تفکیک مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ ارائه شده است. لازم به ذکر است که قبل از انجام هر گونه تحلیل آماری، غربال‌گری داده‌ها^{۷۵} در سطح آیت‌ها و نمرات خرده‌مقیاس‌ها به منظور شناسایی داده‌های پرت^{۷۶} و خارج از دامنه انجام گرفت. برای این منظور بررسی فاصله ماهالانوبیس^{۷۷} متغیرها نشان داد که مقدار بیشینه این شاخص برای داده‌های رضامندی زوجیت ۶/۱۳ است که مقدار بیشینه آن کمتر از مقدار بحرانی آن (توزیع خی دو با درجه آزادی ۳۰) یعنی ۵۹/۷۰ است. از سوی دیگر شاخص بیشینه مقدار فاصله کوک^{۷۸} نیز ۰/۰۱ بود که از مقدار بحرانی آن یعنی یک کمتر است. این نشان از عدم حضور داده‌های پرت در بین داده‌ها است.

جدول ۱ نشانگر افزایش میانگین کلیه خرده‌مقیاس‌های گروه نمونه از مرحله پیش‌آزمون تا پیگیری است. به عبارت دیگر اعضای گروه نمونه پس از تجربه مداخله، رضایت‌مندی بیشتری را گزارش نموده‌اند. البته ذکر این نکته لازم می‌نماید که در برخی از خرده‌مقیاس‌ها افت اندکی در میانگین مرحله پس‌آزمون به چشم می‌خورد ولی در کلیه خرده‌مقیاس‌ها در مرحله پیگیری افزایش مشهودی رخ داده است.

به دلیل آن که در پژوهش حاضر، از یک سو پژوهشگر خواستار مقایسه میانگین‌های بیش از یک متغیر وابسته در بین مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری است؛ لذا تحلیل به کار رفته بایستی از نوع تحلیل واریانس چند متغیری^{۷۹} برای داده‌های طرح اندازه‌گیری‌های مکرر^{۸۰} است.

جدول ۱. خلاصه یافته‌های توصیفی گروه نمونه در خرده‌مقیاس‌های فهرست علائم بالینی کودک و مقیاس رضایت‌مندی زوجیت

| مقیاس | خرده‌مقیاس | مرحله | میانگین | انحراف استاندارد | خرده‌مقیاس | مرحله | میانگین | انحراف استاندارد |
|-------|------------|-------|---------|------------------|------------|-------|---------|------------------|
|-------|------------|-------|---------|------------------|------------|-------|---------|------------------|

۷۳. Morrison

۷۴. Howarth & Fisher

۷۵ . data screening

۷۶ . outlier

۷۷ . mahalanobis distance

۷۸ . cook,s distance

۷۹ . Multivariate Analysis of variance (MANOVA)

۸۰ . Repeated Measure (RM)

| مقیاس | خرده‌مقیاس | مرحله | میانگین | انحراف استاندارد | خرده‌مقیاس | مرحله | میانگین | انحراف استاندارد |
|--------------------|------------|-----------|---------|------------------|--------------------|-----------|---------|------------------|
| رضامندی زوجیت | عاطفی | پیش آزمون | ۱۱/۱۳ | ۲/۳۰ | هم‌اندیشی | پیش آزمون | ۵/۳۸ | ۰/۹۲ |
| | | پس آزمون | ۱۰/۷۵ | ۲/۱۹ | | پس آزمون | ۵/۵۰ | ۱/۰۷ |
| | | پیگیری | ۱۲/۱۲ | ۱/۷۳ | | پیگیری | ۶/۳۸ | ۰/۷۴ |
| | تعاملی | پیش آزمون | ۱۱/۲۵ | ۱/۶۷ | حل مساله | پیش آزمون | ۷/۲۵ | ۱/۷۵ |
| | | پس آزمون | ۱۰/۶۳ | ۱/۷۷ | | پس آزمون | ۷/۲۵ | ۱/۴۹ |
| | | پیگیری | ۱۲/۲۵ | ۱/۲۸ | | پیگیری | ۸/۳۸ | ۱/۳۰ |
| | نگرشی | پیش آزمون | ۱۱/۵۰ | ۱/۹۳ | شخصیتی | پیش آزمون | ۴/۵۰ | ۰/۵۴ |
| | | پس آزمون | ۱۳/۸۷ | ۱/۹۶ | | پس آزمون | ۵/۶۳ | ۰/۹۲ |
| | | پیگیری | ۱۴/۸۸۷ | ۱/۴۶ | | پیگیری | ۶/۲۵ | ۰/۸۹ |
| رفتاری | پیش آزمون | ۱۷/۸۸ | ۲/۸۵ | فرزندپروری | پیش آزمون | ۴/۶۳ | ۰/۷۴ | |
| | پس آزمون | ۱۸/۸۸ | ۲/۶۴ | | پس آزمون | ۵/۱۳ | ۱/۱۳ | |
| | پیگیری | ۲۰/۶۳ | ۲/۳۳ | | پیگیری | ۶/۱۳ | ۰/۹۹ | |
| حمایتی | پیش آزمون | ۸/۷۵ | ۲/۳۷ | مطلوب اندیشی | پیش آزمون | ۶/۱۳ | ۱/۵۵ | |
| | پس آزمون | ۹/۱۳ | ۲/۳۶ | | پس آزمون | ۶/۱۳ | ۱/۱۳ | |
| | پیگیری | ۱۱/۵۰ | ۱/۲۰ | | پیگیری | ۸/۳۸ | ۲ | |
| فهرست علائم بالینی | بیش‌فعالی | پیش آزمون | ۹ | ۰/۵۴ | ضدیت و نافرمانی | پیش آزمون | ۸ | ۰/۵۴ |
| | | پس آزمون | ۸/۳۸ | ۰/۹۲ | | پس آزمون | ۰/۱۳ | ۰/۳۵ |
| | | پیگیری | ۹ | ۰/۵۴ | | پیگیری | ۰/۳۸ | ۰/۵۲ |
| | نقص توجه | پیش آزمون | ۸/۸۸ | ۰/۳۵ | رفتار و کردار | پیش آزمون | ۱۲/۳۷ | ۱/۳۰ |
| | | پس آزمون | ۸ | ۱/۹۳ | | پس آزمون | ۳ | ۲ |
| | | پیگیری | ۹/۶۳ | ۳/۴۶ | | پیگیری | ۲ | ۰/۷۶ |

از این رو برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل حاضر استفاده شد. قبل از انجام این تحلیل بر روی داده‌های رضامندی زناشویی، برقراری مفروضه‌های نبود داده‌های پرت، رابطه خطی بین متغیرهای وابسته^{۸۱}، توزیع بهنجار متغیرها^{۸۲}، نبود تکینگی^{۸۳} و رابطه همخطی^{۸۴} مورد بررسی قرار گرفت (میرز، گامست و گوارینو^{۸۵}، ۲۰۰۶، تاباخنیک و فیدل^{۸۶}، ۲۰۰۷). خطی بودن رابطه بین متغیرهای وابسته با بررسی نمودار پراکنش دو متغیری داده‌ها صورت گرفت که این نمودارها مورد خاصی از غیرخطی بودن را نشان ندادند. بهنجاری توزیع متغیرها نیز با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک^{۸۷} صورت گرفت، این شاخص برای هیچ یک از متغیرها در سطح ۰/۰۰۱ معنادار نبود. بنابراین مفروضه بهنجاری برای تحلیل حاضر مشکل‌ساز نخواهد بود. برقراری مفروضه هم‌خطی و تکینگی نیز از طریق بررسی ضرایب تحمل^{۸۸} و عامل افزایش واریانس^{۸۹} هر یک از

۸۱ . linearity

۸۲ . normality

۸۳ . absence of singularity

۸۴ . multicollinearity

۸۵ . Meyers, Gamst & Guarino

۸۶ . Tabachnick & Fidell

۸۷ . Shapiro- Wilk

۸۸ . tolerance

۸۹ . Variance Increasing Factor (VIF)

متغیرها استفاده شد (تاباخنیک و فیدل، ۲۰۰۷؛ پلنت^{۹۰}، ۲۰۰۷). بررسی نتایج حاصل نشان داد که نمرات کلیه متغیرها در دامنه مورد قبول برای قرار دارند و برقراری مفروضه حاضر نیز مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۲. نتایج آزمون‌های یک‌راهه مقایسه میانگین‌های خرده‌مقیاس‌های رضایت‌مندی زوجیت مراحل اندازه‌گیری‌های سه‌گانه

| خرده‌مقیاس | نوع سوم مجذورات | درجات آزادی | نسبت F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|--------------|-----------------|-------------|--------|--------------|------------|
| عاطفی | ۸/۰۸ | ۲ | ۱/۲۰ | ۰/۳۳ | ۰/۱۵ |
| تعاملی | ۱۰/۷۵ | ۲ | ۲/۴۱ | ۰/۱۳ | ۰/۲۶ |
| نگرشی | ۴۸/۰۸ | ۲ | ۷/۱۲ | ۰/۰۰۷ | ۰/۵۱ |
| رفتاری | ۳۱ | ۲ | ۳/۱۴ | ۰/۰۷ | ۰/۳۱ |
| حمایتی | ۳۵/۵۸ | ۲ | ۷/۱۰ | ۰/۰۰۷ | ۰/۵۰ |
| هم‌اندیشی | ۴/۷۵ | ۲ | ۲/۶۴ | ۰/۱۱ | ۰/۲۷ |
| حل مساله | ۶/۷۵ | ۲ | ۲/۳۰ | ۰/۱۴ | ۰/۲۵ |
| شخصیتی | ۱۲/۵۸ | ۲ | ۱۰/۰۷ | ۰/۰۰۲ | ۰/۵۹ |
| فرزندپروری | ۹/۳۳ | ۲ | ۸/۹۱ | ۰/۰۰۳ | ۰/۵۶ |
| مطلوب‌اندیشی | ۲۷ | ۲ | ۵/۸۵ | ۰/۰۱ | ۰/۴۶ |

انجام تحلیل واریانس چندمتغیری با طرح اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی تفاوت‌های موجود در اندازه‌گیری‌های سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری لازم نمود یافته‌های مربوط به آزمون درون‌آزمودنی‌ها^{۹۱} مورد توجه قرار گیرد. لازم به ذکر است انجام این آزمون نیازمند بررسی برقراری تساوی ماتریس‌های کوواریانس خطا بین مراحل سه‌گانه و آزمون کروییت موچلی^{۹۲} است. نتایج این آزمون نشان داد شاخص آزمون کروییت برای هیچ یک از مولفه‌ها معنادار نیست و لذا می‌توان برقراری فرضیه تساوی ماتریس‌های کوواریانس خطا را برای داده‌های حاضر در نظر گرفت. نتایج حاصل از انجام آزمون اثر درون‌آزمودنی نشان داد که عامل زمان در این تحلیل معنادار است ($\eta^2 = ۰/۹۰$ و $p < ۰/۰۵$ و $df = (۲۰ و ۸)$ و $F = ۱۸/۴۱$ و $T^2 = ۰/۰۳$). این یافته را چنین می‌توان بیان کرد که در بین متغیرهای حاضر در پژوهش، می‌توان ترکیبی خطی از متغیرها را یافت که بتواند تغییرات نیم‌رخ گروه‌ها را در بین مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری تبیین نماید. پیگیری تحلیل جهت دستیابی به متغیرهایی که بتواند در این ترکیب متغیرها وارد شود، نیازمند بررسی نتایج آزمون تحلیل یک‌راهه برای مقایسه میانگین متغیرها در بین اندازه‌گیری‌های سه‌گانه است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد خرده‌مقیاس‌های رضایت‌مندی نگرشی، حمایتی، شخصیتی، فرزندپروری و مطلوب‌اندیشی دارای نسبت F معناداری در سطح معناداری $p < ۰/۰۵$ هستند. این یافته بدین معنا است که این خرده‌مقیاس‌ها امکان حضور در ترکیب خطی مورد نظر برای تبیین تفاوت‌های میانگین‌های اندازه‌گیری‌های سه‌گانه را دارا هستند. پی‌گیری نتایج حاصل به منظور مشخص نمودن این که در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها، تفاوت بین کدام اندازه‌گیری‌ها موجبات ورود آن در ترکیب خطی شده است، نیاز به بررسی نتایج مقایسه بین مقابله‌های

۹۰ . Pallant

۹۱ . within subject effect

۹۲ . Mauchly's Test of Sphericity

درون آزمودنی‌ها^{۹۳} شد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بخش اعظم تفاوت‌های مشاهده‌شده در اکثر خرده‌مقیاس‌ها بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری بوده و بیشترین اندازه اثر مربوط به مرحله پیگیری رضایت‌مندی فرزندپروری به میزان ۰/۷۸ است.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های مقایسه‌ی مقابله‌ی خرده‌مقیاس‌های رضایت‌مندی زوجیت در بین مراحل اندازه‌گیری‌های سه‌گانه

| خرده‌مقیاس | مراحل | نوع سوم مجدورات | درجات آزادی | نسبت F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|--------------|---------|-----------------|-------------|--------|--------------|------------|
| عاطفی | پس - پس | ۱/۱۳ | ۱ | ۰/۱۳ | ۰/۷۳ | ۰/۰۲ |
| | پس - پی | ۱۱/۲۸ | ۱ | ۳/۰۴ | ۰/۱۳ | ۰/۳۰ |
| تعاملی | پس - پس | ۳/۱۳ | ۱ | ۰/۵۸ | ۰/۴۷ | ۰/۰۸ |
| | پس - پی | ۱۳/۷۸ | ۱ | ۵/۲۲ | ۰/۰۶ | ۰/۴۳ |
| نگرشی | پس - پس | ۴۵/۱۳ | ۱ | ۱۱/۳۳ | ۰/۰۱ | ۰/۶۲ |
| | پس - پی | ۳۸/۲۸ | ۱ | ۵/۳۶ | ۰/۰۵ | ۰/۴۳ |
| رفتاری | پس - پس | ۸ | ۱ | ۱/۰۴ | ۰/۳۴ | ۰/۱۳ |
| | پس - پی | ۴۰/۵۰ | ۱ | ۴/۵۰ | ۰/۰۷ | ۰/۳۹ |
| حمایتی | پس - پس | ۱/۱۲ | ۱ | ۰/۲۵ | ۰/۶۳ | ۰/۰۳ |
| | پس - پی | ۵۲/۵۳ | ۱ | ۱۲/۸۰ | ۰/۰۰۹ | ۰/۶۵ |
| هم‌اندیشی | پس - پس | ۰/۱۲ | ۱ | ۰/۰۶ | ۰/۸۲ | ۰/۰۰۸ |
| | پس - پی | ۷/۰۳ | ۱ | ۶/۳۸ | ۰/۰۴ | ۰/۴۸ |
| حل مساله | پس - پس | ۰ | ۱ | ۰ | ۱ | ۰ |
| | پس - پی | ۱۰/۱۲ | ۱ | ۳/۷۶ | ۰/۰۹ | ۰/۳۵ |
| شخصیتی | پس - پس | ۱۰/۱۲ | ۱ | ۷/۹۹ | ۰/۰۳ | ۰/۵۳ |
| | پس - پی | ۱۱/۲۸ | ۱ | ۱۲/۲۱ | ۰/۰۱ | ۰/۶۴ |
| فرزندپروری | پس - پس | ۲ | ۱ | ۱/۴۰ | ۰/۲۸ | ۰/۱۷ |
| | پس - پی | ۱۲/۵۰ | ۱ | ۲۵ | ۰/۰۰۲ | ۰/۷۸ |
| مطلوب‌اندیشی | پس - پس | ۰ | ۱ | ۰ | ۱ | ۱ |
| | پس - پی | ۴۰/۵۰ | ۱ | ۱۱/۵۷ | ۰/۰۱ | ۰/۶۲ |

*. عبارات "پس، پس و پی" به ترتیب اختصار کلمات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است.

قبل از انجام هر گونه تحلیل بر روی داده‌های نشانگان فهرست علائم بالینی، برقراری مفروضه‌های نبود داده‌های پرت، رابطه خطی بین متغیرهای وابسته، توزیع بهنجار متغیرها، نبود تکینگی و رابطه همخطی و آزمون موچلی مورد بررسی قرار گرفت. بررسی نتایج نشان از برقراری این مفروضه‌ها داشت. بررسی یافته‌های مربوط به آزمون درون‌آزمودنی‌ها تحلیل واریانس چندمتغیری با طرح اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی تفاوت‌های موجود در اندازه‌گیری‌های سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری عامل زمان در این تحلیل معنادار است ($\eta^2 = ۰/۹۳$ و $p < ۰/۰۵$ و $df = (۲۲ و ۸)$ و $F = ۳۶/۴۷$ و $W = ۰/۰۰۵$). این یافته را چنین می‌توان بیان کرد که در بین متغیرهای حاضر در پژوهش، می‌توان ترکیبی خطی از متغیرها را یافت که بتواند تغییرات نیم‌رخ گروه‌ها را در بین مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری تبیین نماید. پیگیری نتایج آزمون تحلیل یک‌راهه برای مقایسه میانگین متغیرها در بین اندازه‌گیری‌های سه‌گانه نشان داد خرده‌مقیاس‌های ضدیت و فرمانی و همچنین رفتار و کردار دارای نسبت F معناداری در سطح معناداری $p < ۰/۰۵$ هستند (جدول ۴). این یافته بدین معنا است

که این خرده‌مقیاس‌ها امکان حضور در ترکیب خطی مورد نظر برای تبیین تفاوت‌های میانگین‌های اندازه‌گیری‌های سه‌گانه را دارا هستند.

جدول ۴. نتایج آزمون‌های یک‌راهه مقایسه میانگین‌های خرده‌مقیاس‌های فهرست علائم بالینی مراحل اندازه‌گیری‌های سه‌گانه

| خرده‌مقیاس | نوع سوم مجذورات | درجات آزادی | نسبت F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|-----------------|-----------------|-------------|--------|--------------|------------|
| بیش‌فعالی | ۲/۰۸ | ۲ | ۳/۱۸ | ۰/۰۷ | ۰/۳۱ |
| نقص توجه | ۱۰/۵۸ | ۲ | ۱/۱۴ | ۰/۳۵ | ۰/۱۴ |
| ضدیت و نافرمانی | ۳۲۰/۵۸ | ۲ | ۶۵۶/۸۱ | ۰/۰۰۵ | ۰/۹۹ |
| رفتار و کردار | ۵۲۴/۰۸ | ۲ | ۱۳۴/۶۳ | ۰/۰۰۵ | ۰/۹۵ |

بررسی نتایج مقایسه بین مقابله‌های درون آزمودنی‌ها فهرست علائم بالینی نشان داد بخش اعظم تفاوت‌های مشاهده شده در اکثر خرده‌مقیاس‌ها بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بوده و بیشترین اندازه اثر مربوط به مرحله پس‌آزمون اختلال‌های ضدیت و نافرمانی و همچنین رفتار و کردار به ترتیب و به میزان ۰/۹۹ و ۰/۹۶ است.

جدول ۵. نتایج آزمون‌های مقایسه مقابله خرده‌مقیاس‌های فهرست علائم بالینی در بین مراحل اندازه‌گیری‌های سه‌گانه

| خرده‌مقیاس | مراحل | نوع سوم مجذورات | درجات آزادی | نسبت F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|-----------------|----------|-----------------|-------------|--------|--------------|------------|
| بیش‌فعالی | پیش - پس | ۳/۱۳ | ۱ | ۳/۷۲ | ۰/۱۰ | ۰/۳۵ |
| | پس - پی | ۳/۱۲ | ۱ | ۵/۶۵ | ۰/۰۵ | ۰/۴۵ |
| نقص توجه | پیش - پس | ۶/۱۲ | ۱ | ۱/۴۹ | ۰/۲۶ | ۰/۱۷ |
| | پس - پی | ۲۱/۱۲ | ۱ | ۱/۸۱ | ۰/۲۲ | ۰/۲۱ |
| ضدیت و نافرمانی | پیش - پس | ۴۹۶/۱۳ | ۱ | ۷۱۲/۳۹ | ۰/۰۰۵ | ۰/۹۹ |
| | پس - پی | ۰/۵۰ | ۱ | ۲/۳۳ | ۰/۱۷ | ۰/۲۵ |
| رفتار و کردار | پیش - پس | ۷۰۳/۱۳ | ۱ | ۱۵۴/۴۱ | ۰/۰۰۵ | ۰/۹۶ |
| | پس - پی | ۸ | ۱ | ۲ | ۰/۲۰ | ۰/۲۲ |

*. عبارات "پیش، پس و پی" به ترتیب اختصار کلمات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است.

بحث و نتیجه‌گیری

خانواده نخستین و بادوام‌ترین نهادی است که اگر نه در تمام جوامع، حداقل در اکثر آن‌ها به‌عنوان سازنده و زیربنای شخصیت و رفتارهای بعدی کودک شناخته شده و حتی به عقیده بسیاری از روان‌شناسان، باید ریشه بسیاری از اختلال‌های روانی را در پرورش اولیه خانواده جستجو کرد. در این میان اگر والدین قادر به انجام درست و صحیح وظایف خود نباشند، خطر شکل‌گیری مشکلات رفتاری و هیجانی را در فرزندان افزایش می‌یابد و از آنجایی که والدین و کودکان در فرایند دوسویه با یکدیگر تعامل دارند ویژگی‌های فرزندان با مشکلات رفتاری تأثیر منفی بر خانواده گذاشته و خانواده را دچار تغییر و تحول می‌کند. از این‌رو هدف پژوهش حاضر، طراحی برنامه جامع غنی‌سازی روابط درون خانوادگی با تأکید بر مشارکت والدین در اصلاح مشکلات رفتاری فرزندان بود تا از این طریق در جهت بهبود شرایط خانوادگی دارای فرزند با مشکلات رفتاری گام برداشته شود.

نتایج تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات نشان دادند که برنامه غنی سازی روابط درون خانوادگی، موجب افزایش رضامندی زوجیت می‌شود (جدول ۳). همچنین این یافته نشان داد که کلیه خرده‌مقیاس‌های رضامندی زوجیت در مرحله پیگیری افزایش مشهودی نسبت به مراحل پیش آزمون و پس آزمون داشته‌اند (جدول ۱). این یافته با نتایج برخی از پژوهش‌ها همسو می‌باشد (جاکوبوسکی، ۲۰۰۴؛ کاراهان، ۲۰۰۷؛ جوانینگ، ۲۰۰۹؛ حیدری و همکاران، ۱۳۸۸؛ جعفری، ۱۳۸۸؛ یوسفی و همکاران، ۱۳۸۹)؛ فرض اساسی در رویکرد اکثر این بررسی‌ها این است که برخی افراد، مهارت‌های ویژه و حیاتی ارتباطی را برای بهبود روابط صمیمانه نیاموخته یا فراموش کرده‌اند. جوانینگ (۲۰۰۹) تأثیر بلندمدت آموزش ارتباط زناشویی را در زوج‌های دارای تعارض مورد مطالعه قرار داد. نتایج پژوهش، بیانگر افزایش رضایت زناشویی آزمودنی‌ها حتی بعد از گذشت ۵ ماه از دوره آموزش بوده است. یافته دیگر پژوهش حاضر حاکی از آن بود که برنامه غنی‌سازی روابط درون خانوادگی، موجب کاهش مشکلات رفتاری در کودکان می‌شود (جدول ۵). این یافته‌ها با بخشی از نتایج پژوهش‌های دیگر همسو می‌باشد (لونگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ساندرز، ۲۰۱۱؛ ارد و همکاران، ۲۰۱۲؛ لاکز و همکاران، ۲۰۱۱؛ رایت و وودن، ۲۰۱۳؛ شکوهی یکتا و همکاران ۲۰۱۱). اسکات (۲۰۰۸) در پژوهشی اثربخشی مداخله آموزشی والدین شامل آموزش اصول یادگیری اجتماعی، روش‌های اصلاح رفتار، تعامل مؤثر والد - کودک، شیوه‌های فرزندپروری و مهارت‌های لازم برای مدیریت و اداره کودکان در کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را نشان داده‌اند. رایت و وودن (۲۰۱۳) نیز دریافتند که مشارکت در بهبود ارتباطات درون خانوادگی سبب افزایش حمایت اجتماعی، نگرش بهتر نسبت به کودک و افزایش توانمندسازی والدین می‌شود. فوجیوارده، کاتو و ساندرز (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت گروهی در تغییر رفتار کودکان، شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد، و تنظیم فرزندپروری را در خانواده‌های ژاپنی بررسی کردند. پس از پایان مداخله نتایج بهبود معناداری در مشکلات رفتار کودکان را نشان داد. نمرات تمام خرده‌مقیاس‌های فرزندپروری و نیز درک دشواری والدگری بهبود یافت. بعلاوه سطح اضطراب، افسردگی و استرس والدینی کاهش قابل توجهی داشت. اعتماد به نفس والدین نیز به طور قابل توجهی افزایش یافت. گریفین و اسمولیس (۲۰۱۱) اذعان می‌دارند پیشینه پژوهشی حاکی از نقش شیوه‌های فرزندپروری با نظارت دقیق، بر نوجوانان و مشکلات رفتاری در آنان است. برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر خانواده راهی مؤثر در پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان است. تجزیه و تحلیل یافته‌ها افزایش قابل توجهی در نقش مناسب الگوگیری، شیوه‌های انضباطی، مهارت‌های فرزندپروری، مهارت نظارت والدینی، ارتباطات خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی خانواده نشان داد. نتایج فوق پس از یک سال پیگیری حفظ شد. پژوهشی نیز توسط ریدتز و همکاران (۲۰۱۱) با هدف برای ارزیابی اینکه آیا یک برنامه آموزش فرزندپروری عوامل خطر مربوط به رشد عاطفی - هیجانی دوران کودکی و نیز مشکلات رفتاری را کاهش می‌دهد، انجام دادند. پس از مداخله تفاوت قابل توجهی در گروه آزمایش مشاهده شد. در گروه آزمایش سختگیری‌های والدگری و مشکلات رفتاری کودکان کاهش یافت. والدین احساس صلاحیت بیشتری برای فرزندپروری داشتند. نتایج فوق تا یک سال پس از مداخله حفظ شد و والدین رضایت خود را از برنامه اعلام کردند. در نهایت پژوهشگران دریافتند که مداخله، سال‌ها خشم پدر و مادر را کاهش می‌دهد و باعث

تقویت فرزندپروری مثبت و افزایش احساس صلاحیت والدگری می‌شود. این پژوهش‌ها نشان دادند که مداخلات خانواده‌محور در درمان و پیشگیری طیف وسیعی از مشکلات رفتاری و هیجانی تأثیر بسزایی داشته است. به منظور تبیین اثر بخشی برنامه غنی سازی روابط درون خانوادگی بر افزایش رضامندی زوجیت والدین و کاهش مشکلات رفتاری فرزندان می‌توان چنین استنباط کرد که در طول برنامه، یادگیری صورت می‌گیرد. والدین در فرایند برنامه نه تنها شیوه‌های ارتباطی با همسر خود فرا می‌گیرند بلکه با مواردی همچون: اختلال رفتاری، مدیریت رفتارهای چالش برانگیز کودکان، مدیریت هیجان‌های منفی، آموزش حل مسأله، بازسازی شناختی و چالش با تفکرات سودار و منفی و ... آشنا می‌شوند. به والدین فرصت‌هایی برای تمرین مهارت‌های جدید و دریافت بازخورد داده می‌شود. در این روش با در نظر گرفتن تکالیفی برای جلسات بعدی، آنها وادار می‌شوند تا به تمرین مهارت‌هایی در رابطه با خود و فرزندان خود بپردازند. همچنین از آنجایی که برنامه غنی‌سازی روابط درون خانوادگی مبتنی رویکرد شناختی - رفتاری است باعث بازسازی شناختی تفکرات سودار و منفی شده، قواعد سخت را به قواعد انعطاف پذیر تبدیل کرده و در نتیجه، افزایش رضامندی زوجیت والدین و کاهش مشکلات رفتاری فرزندان را به دنبال دارد. یکی دیگر از ویژگی برنامه غنی‌سازی روابط درون خانوادگی، مشارکتی بودن انجام تکالیف می‌باشد که این خود زمان با هم بودن زوج را افزایش داده و در نتیجه همکاری آنها را در ابعاد مختلف زندگی افزایش داده است. از آنجایی که والدین و کودکان در فرایند دوسویه با یکدیگر تعامل دارند و بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند کودکان از روابط درون خانوادگی به‌خصوص روابط والدین خود با یکدیگر الگوبرگیری می‌کنند و والدین می‌توانند با رفتارها و ارتباط‌های خود، به کودکان‌شان مهارت‌های مقابله با ناکامی و هیجانات منفی را بیاموزند. بنابراین با افزایش کیفیت روابط والدین با یکدیگر و فراگیری مهارت‌های مربوط به غنی‌سازی روابط درون خانوادگی می‌توان نقش عوامل آشکار ساز و تداوم‌بخش در بروز مشکلات رفتاری فرزندان را کاهش داد.

منابع

- افروز، غلامعلی (۱۳۸۹ الف). *روانشناسی رابطه‌ها*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- افروز، غلامعلی (۱۳۸۹ ب). *روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- افروز، غلامعلی (۱۳۹۱). *روانشناسی ازدواج و شکوه همسری*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- افروز، غلامعلی (۱۳۹۲). *خانواده برای همه و همه برای خانواده*، خلاصه مقالات اولین کنگره الگوی اسلامی پیشرفت. به‌پژوه، احمد (۱۳۸۴). *بهبود بخشی مهارت‌های اجتماعی کودکان: ارزیابی و آموزش*، تهران: انتشارات اطلاعات.
- به‌پژوه، احمد (۱۳۹۱). *خانواده و کودکان با نیازهای ویژه*، تهران: انتشارات آوای نور.
- جعفری، علیرضا (۱۳۸۸). *بررسی اثر بخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی پیش از ازدواج بر افزایش رضایت زناشویی پس از ازدواج*. فصلنامه علوم رفتاری، ۲ (۱)، ۳۱-۵۱.
- حیدری، حسن؛ ثنایی ذاکر، باقر؛ نوابی‌نژاد، شکوه و دلور، علی (۱۳۸۸). *اثر بخشی گفتگوی موثر بر کاهش تعارضات زناشویی*، مجله اندیشه و رفتار، ۱۴ (۴)، ۱۵-۲۵.

- شرودر، کارولین اس و گوردون بتی آن. (۲۰۰۶). *سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی*. ترجمه مهرداد فیروزبخت. (۱۳۸۴). تهران: نشر دانژه.
- شکوهی یکتا، محسن و پرند، اکرم (۱۳۸۴). *اختلال‌های رفتاری کودکان و نوجوانان*، تهران: نشر تیمورزاده.
- شکوهی یکتا، محسن؛ شهائیان، آمنه و پرند، اکرم (۱۳۹۱). *روان‌شناسی خانواده*، تهران: نشر تیمورزاده.
- قدرتی، مهدی؛ افروز، غلامعلی؛ پاشا شریفی، حسن و اژه‌ای، جواد (۱۳۸۸). بررسی رابطه محیط آموزشی و هوش با خلاقیت دانش آموزان دختر و پسر تیزهوش. *فصلنامه رهبری و مدیریت آموزشی*، ۴، ۱۳۱-۱۲۳.
- محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۶). انطباق و هنجاریابی سیاهه نشانه‌های مرضی کودک ویرایش چهارم (CSI-۴). *فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۷(۱)، ۷۹-۹۶.
- موریسون، گری (۲۰۰۹). *طراحی آموزش/تربخش*. ترجمه غلامحسین رحیمی دوست. اهواز: انتشارات دانشگاه شهید چمران.
- مینایی، اصغر (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخن باخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۱۹، ۵۲۹-۵۵۸.
- ناصر، جواد (۱۳۸۱). *بررسی و شناسایی میزان تنوع و فراوانی اختلال‌های رفتاری در دانش‌آموزان دوره راهنمایی شهر کاشان*. اصفهان: گزارش شورای تحقیقات استان اصفهان.
- هووارت، روی و فیشر، پام (۲۰۰۵). *دانش آموزان با مشکلات عاطفی و رفتاری: راهنمای معلم*. ترجمه احمد به پژوه، (۱۳۸۹). تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.
- یوسفی، رحیم؛ عابدین، علیرضا؛ تیرگری، عبدالحکیم و فتح آبادی، جلیل (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر مدل طرحواره‌ها در ارتقاء رضایت زناشویی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳ (۲)، ۲۵-۳۷.
- Achenbach, T.M. (۱۹۹۱). *Integrative Guide for the ۱۹۹۱ CBCL/۴-۱۸, YSR, and TRF Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., & Rescolar, L.A. (۲۰۰۱). *Manual for the ASEBA school age: Form and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, *College of psychiatry*, ۲۰۰۳, ۲۰-۶۰.
- Achenbach, T.M., Dumenci, L., & Rescorla, L.A. (۲۰۰۲). Ten-year Comparisons of problems and competencies for national samples of youth: self, parent, and teacher reports. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, ۱۰, ۱۹۴-۲۰۳.
- Achenbach, T.M., Dumenci, L., & Rescorla, L.A. (۲۰۰۳). Are American children's problems still getting worse? A ۲۳-year comparison. *Journal of Abnormal Child Psychology*, ۳۱, ۱-۱۱.
- Amato, P.R. & Fowler, F. (۲۰۰۲). Parenting practices, child adjustment, and family diversity. *Journal of Marriage and Family*, ۶۴, ۷۰۳-۷۱۶.
- American Psychological Association. (۲۰۱۳). *What Parents Should Know about Treatment of Behavioral and Emotional Disorders in Preschool Children*. Reports and brochures.
- Barkley, R. A. (۱۹۹۷). *Defiant children: A clinicians manual for parent training*, (۲nd ed). Guilford: New York.
- Barrett, P.M. & Turner, C.M. (۲۰۰۱). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal trial. *British Journal of Clinical Psychology*, ۴۰, ۳۹۹-۴۱۰.
- Bejenaru, A., & Roth, M. (۲۰۱۲). Romanian adoptive families: Stressors, coping strategies and resources. *Children and Youth Services Review*, ۳۴ (۷), ۱۳۱۷-۱۳۲۴.
- Belardinelli, C., Hatch, J.P., Olvera, R.L., Fonseca, M., Caetano, S.C., Nicoletti, M., Pliszka, S., Soares, J.C. (۲۰۰۸). Family environment patterns in families with bipolar children. *Journal of Affective Disorders*, ۱۰۷(۱-۳), ۲۹۹-۳۰۵.

- Cartwright-Hatton, S. (2000). Parent skill training: An effective intervention for internalizing symptoms in younger children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14, 128-139.
- 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.
- Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. *Handbook of Parenting*, 9(2), 243-267.
- Fisher, P. A., Burraston, B., & Pears, K. (2000). The early intervention foster care program: Permanent placement outcomes from a randomized trial. *Child Maltreatment*, 1(1), 61-71.
- Florian, V. & Findler, L. (2001). Mental health and marital adaptation among mothers of children with cerebral palsy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 208-217.
- Foster, E. M., Prinz, R. J., Sanders, M. R., & Shapiro, C. J. (2008). The costs of a public health infrastructure for delivering parenting and family support. *Children and Youth Services Review*, 32(9), 1433-1441.
- Fujiwara, T., Kato, N., & Sanders, M.R. (2011). Effectiveness of Group Positive Parenting Program (Triple P) in Changing Child Behavior, Parenting Style, and Parental Adjustment: An Intervention Study in Japan. *J Child Fam Stud*, 20, 842-853.
- Gadow, K. D., Sprafkin, J., & Piierr, C.A. (1997). *Test- retest reliability study of the child symptom- inventory- 4 parent checklist. Unpublished Data Reported in Gadow and Sprafkin. Child symptom inventory- 4 norms manual*. Sony brook, Ny: Checkmate plus.
- Gimpe, G.A. & Holland, M.L. (2002). *Emotional and behavioral problem of young children: Effective intervention in the preschool and kindergarten years*, New York: Guildford Press.
- Goldestein, S. (1998). *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children (2nd ed.)*. New York: Wiley.
- Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: meta-analysis. *Family Relations*, 57(9), 1003-1016.
- Gresham, F. M. (2002). Best practices in social skills training. In: Thomas A & Grimes J, editors. *Best practices in school psychology*. Bethesda, MD: National Association of Social Psychologists, 2002, 1029-1040.
- Griffin, K.W., & Samuolis, J. (2011). Efficacy of a Self-Administered Home-Based Parent Intervention on Parenting Behaviors for Preventing Adolescent Substance Use. *Christopher Williams J Child Fam Stud*, 20, 319-320.
- Jakubowski, S. F., Mime, E. P., Brunner, H., & Miller, R. B. (2004). A review of empirically supported marital enrichment programs. *Family Relations*, 53, 228-237.
- Joaning, H. (2009). The long term effects of the couple communication program, *Journal of Marital & Family Therapy*, 45(4), 463-478.
- Karahan, T. F. (2007). The effects of a couple communication program on passive conflict tendency among married couples. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 7(2), 145-154.
- Kazdin, A. E. (2002b). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A.E. (2002a). Evidence-based assessment for children and adolescents: issues in measurement development and clinical application. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child & Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 12, 32(3), 248-258*.

- Lakes, K.D., Vargas, D., Riggs, M., Schmidt, J., & Baird, M. (2011). Parenting Intervention to Reduce Attention and Behavior Difficulties in Preschoolers: A CUIDAR Evaluation Study. *J Child Fam Stud*, 20, 648-659.
- Leung, C., Sanders, M. R., Leung, S., Mak, R., & Lau, J. (2003). An Outcome Evaluation of the Implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Family process*, 42(4), 531-544.
- Mak, W.W., & Ho, G.S. (2007). Caregiving perceptions of Chinese mothers of children with intellectual disability in Hong Kong. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(2), 140-156.
- Mash, E.J. & Barkley, R.A. (2002). Child psychopathology-New York: The guild ford press based system of parenting and family support. *Prevention Science*, 3(2), 183-189.
- Meyers, Lawrence S., Gamst, Glenn, & Guarino. A.J. (2006). Applied Multivariate Research: Design and Interpretation. SAGE Publications
- Nelson, R.W. & Israel, A.C. (2003). *Behavior disorders of childhood. (8th ed)*. New Jersey: Pearson Education.
- Oord, S., Bögels, S. M., & Peijnenburg, D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of child and family studies*, 21(1), 139-147.
- Rauch, A., Hoyer, J., Guth, S., Zweier, C., Kraus, C., Becker, C. & Ruschendorf, F. (2006). Diagnostic yield of various genetic approaches in patients with unexplained developmental delay or mental retardation. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 140(19), 2063-2074.
- Reedtz, C., Handega, B.H., & Morch, W.T. (2011). Promoting positive parenting practices in primary care: Outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled risk reduction trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 131-137.
- REEDTZ, C., HANDEGA, B.H., & MORCH, W.T. (2011). Promoting positive parenting practices in primary care: Outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled risk reduction trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 131-137.
- Rosenthal, E.T., Biesecker, L.G. & Biesecker, B.B. (2001). Parental attitudes toward a diagnosis in children with unidentified multiple congenital anomaly syndromes. *American Journal of Medical Genetics*, 107(2), 106-114.
- Sanders R. (2011). Effectiveness of Group Positive Parenting Program (Triple P) in Changing Child Behavior, Parenting Style, and Parental Adjustment: An Intervention Study in Japan. *J Child Fam Studi. Journal of Child and Family Studies*, 20(6), 1-10.
- Sanders, M. R., Bor, W., & Morawska, A. (2007). Maintenance of treatment gains: A comparison of enhanced, standard, and self-directed Triple P-Positive Parenting Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 983-998.
- Sanders, M.R. (2000). Community-based Parenting and Family Support Intervention and Prevention of Drug Abuse. *Addictive Behavior*, 25(7), 929-942.
- Sanders, M.R. (2003). Triple P-positive Parenting Program: A Population Approach to Promoting Competent Parenting. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AejAm)*, 2(3), 1-17.
- Sanders, M.R., Pidgeon, A.M., Gravesock, F., Connors, D., Brown, S., & Young, R.W. (2004). Dose Parental Attitudinal Retraining and Anger Management Enhance the Effects of Triple P-positive Parenting Program with Parents at Risk of Child Maltreatment. *Behavior Therapy*, 30(3), 513-530.
- Sanders, M.R., Ralph, A., Thompson, R., Sofronoff, K. & Gardiner, P. (2000). *Every family: A public health approach to promoting children's wellbeing*, *Brief Psychological Reports*, 12, 1107-1113.

- Scott S.(۲۰۰۸). Parenting programs for Attachment and Conduct Problems. Approaches to treatment. *Journal of Abnormal Child Psychology*; ۳۶(۳): ۶۰-۸۰.
- Shokoohi-Yekta, M., Parand, A., Zamani, N., Ayazi, M., & Lotfi, S. (۲۰۱۱). Efficacy of Teaching New Parenting Strategies based on Problem Solving Approach. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, ۳۰, ۱۶۷-۱۷۰.
- Smith, D.D. (۲۰۱۰). *Emotional or Behavioral Disorders Defined*. Pearson Allyn Bacon Prentice Hall. <http://www.pearson.com/index.cfm>.
- Tabachnick, B., G.& Fidell, Linda S. (۲۰۰۷). *Using Multivariate Statistics*. Pearson, ۲۰۰۷.
- Tellegen, C.L., & Sanders, M.R. (۲۰۱۳). Stepping Stones Triple P-Positive Parenting Program for children with disability: A systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, ۳۴, ۱۰۰۶-۱۰۷۱.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (۲۰۰۷). Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P-Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, ۳۵, ۴۷۰-۴۹۰.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (۲۰۱۱). Accumulating evidence for Parent-Child Interaction Therapy in the prevention of child maltreatment. *Child Development*, ۸۲, ۱۷۷-۱۹۲.
- Tichovolsky, M.H., Arnold, D.H.,& Baker, C.N. (۲۰۱۳). Parent predictors of changes in child behavior problems. *Journal of Applied Developmental Psychology*, ۳۴(۶), ۳۳۶-۳۴۰.
- Turner, K. M. T., & Sanders, M. (۲۰۰۶). *Help when it's needed first: A controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting* [On-line]. Available: <http://www.elsevier.com>.
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (۲۰۰۴). Strengthening social and emotional competence in young children - the foundation for early school readiness and success: Incredible years classroom social skills and problem-solving curriculum. *Infants and Young Children*, ۱۷(۲), ۹۶-۱۱۳.
- Wright, K.N., & Wooden, C. (۲۰۱۳): An Evaluation of a Parent-Developed, Parent-Run Parent Education Program, *Journal of Family Social Work*, ۱۶(۲), ۱۶۴-۱۸۳.
- Zisser, A., & Eyberg, S. M. (۲۰۱۰). Parent-Child Interaction Therapy and the treatment of disruptive behavior disorders. In J. R.Weisz, & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (۳rd ed.). New York: Guilford Press.

Designing a Comprehensive program on family interpersonal relationships with an emphasis on parental involvement in children's problem behavior modification: a pilot study

Sogand Ghasem zadeh

Ph.D Student in psychology and education of exceptional children, University of Tehran

Gh. Ali Afrooz, Ph.D

Professor of Psychology, University of Tehran

Ahmad Behpajoo, Ph.D

Professor of Psychology, University of Tehran

Mohsen Shokoohi Yekta, Ph.D

Professor of Psychology, University of Tehran

Family is the first environment in which children's personality is shaped and also their physical, emotional and behavioral patterns are established. The aim of the present study was designing a Comprehensive program on family internal relationships enrichment and assessing its effectiveness on clinical symptoms of children with behavioral disorders and their parents' marital satisfaction. The present study is a basic research and data collection method was through a quasi- experimental design with repeated measures method of three measurements (pre-test, post-test and follow-up). After selecting the school via cluster sampling, parents of eight volunteer students who were diagnosed with a behavioral disorder by Child Behavior Checklist were trained for six sessions. Research tools were Child Behavior Checklist, Clinical Symptom Checklist system and Afrooz Marital Satisfaction scale. The findings showed that the intervention based on family interpersonal relationships enrichment, could increase marital satisfaction among parents and reducing children behavioral problems. Thus, we can conclude that the family interpersonal relationships enrichment is a useful program to improve family health.

Key words: family Interpersonal relationships, marital satisfaction, behavioral problems