

اثربخشی آموزش الگوی ارتباطی زوجین بر عملکرد خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی

ارغوان شریعت^۱، مختار ملک پور^۲، امیر قمرانی^۳

تاریخ دریافت: ۹۳/۰۹/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۲/۰۸

چکیده

تحقیق حاضر، بررسی اثربخشی آموزش الگوی ارتباطی زوجین بر عملکرد خانواده‌های دارای فرزندان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی بود. ۶۰ نفر از والدین که فرزندان آنها دارای علائم اختلال نقص توجه- بیش فعالی بودند، به شیوه نمونه گیری تصادفی چند مرحله‌ای خوشه‌ای انتخاب شدند، سپس نمونه‌ها بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش ۷ جلسه مداخلات آموزش الگوی ارتباطی زوجین را دریافت کردند. در هر دو گروه آزمایش و کنترل از دو پرسشنامه‌ی عملکرد خانواده و علایم مرضی کودک در مرحله‌ی پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که برنامه‌ی آموزش الگوی ارتباطی زوجین منجر به افزایش عملکرد خانواده و زیر مقیاس‌های آن شامل ارتباط، آمیزش عاطفی، ایفای نقش، حل مشکل، همراهی عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده می‌گردد ($p < 0.05$). در نتیجه علایم اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی در کودکان این خانواده‌ها کاهش یافت ($p < 0.05$). پژوهش حاضر نشان می‌دهد آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین می‌تواند عملکرد خانواده و زیر مقیاس‌های عملکرد خانواده شامل ارتباط، آمیزش عاطفی، ایفای نقش، حل مشکل، همراهی عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی آن را به صورت معنی‌داری افزایش دهد.

واژگان کلیدی: الگوی ارتباطی زوجین؛ عملکرد خانواده؛ اختلال نقص توجه و بیش فعالی

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد گروه روانشناسی افراد استثنایی دانشگاه اصفهان ashariat 2013@gmail.com

۲. استاد گروه روانشناسی افراد استثنایی دانشگاه اصفهان Mokhtarmalekpour@ymail.com

۳. استادیار گروه روانشناسی افراد استثنایی دانشگاه اصفهان aghamarani@yahoo.com

مقدمه

نسل اول خانواده درمانی که به عنوان دوره‌ی پیشگامان و مرتدین شناخته می‌شود با دوره‌ی زمانی قبل از ۱۹۶۹ همراه است (کاسلو^۱، ۲۰۰۰). خانواده درمانی تخصصی، برای تمام مقاصد و اهداف، تا قبل از دهه ۱۹۴۰، بعنوان شکلی از مداخله شناخته نشده بود (بیلز^۲، ۲۰۰۲؛ گلدینگ^۳، ۲۰۰۲). دلایل بسیاری برای کمیابی خدمات خانواده درمانی طی این دوره وجود دارد. فرهنگ جامعه، طی این دوره به سمت فردگرایی می‌رفت یا افراد را تشویق می‌کرد که می‌توانند به سختی کار کنند و مشکلاتشان را بصورت خصوصی حل کنند (گلدینگ، ۲۰۰۲). تمرکز غالب خدمات و مداخلات در این زمان نیز بطور مشابهی بر رفتارگرایی و روانکاوای متمرکز بود که به جای درمان خانواده بر خود فرد تمرکز داشت (گلدینگ، ۲۰۰۲). با توجه به تمرکز بر فرد، بطور کلی در جامعه و هم چنین در زمینه‌ی سلامت روانی، متخصصان اندکی، آنچه را که امروزه خانواده درمانی نامیده می‌شود، به کار می‌بردند. ایجاد و رشد خانواده درمانی در دهه ۱۹۴۰ مطرح گردید و در سرتاسر ۱۹۵۰ ادامه یافت (بیلز، ۲۰۰۲، گلدینگ، ۲۰۰۲). در مطالعات بسیاری، ارتباط با عملکرد کلی خانواده و پیامدهای رفتاری کودک، به هم مرتبط شده‌اند. برای مثال، ارتباط مثبت خانواده با میزان کمتر بزهکاری مانند دزدی و مدرسه‌گریزی در دوران نوجوانی (کلارک^۴ و شیلدز^۵، ۱۹۹۷) و همچنین با کاهش تأثیرات منفی مشاهده‌ی برنامه‌های تلویزیونی خشونت آمیز در کودکان مرتبط بوده است (کرکمار^۶، ۱۹۹۸) و متناوباً، مشخص شده است، ارتباط ضعیف خانوادگی با ترس از ارتباط (هسو^۷، ۱۹۹۸). اجتناب از ارتباط (آوتگیس^۸، ۱۹۹۹) و کم‌گویی (کلی^۹ و همکاران ۲۰۰۲) مرتبط بوده است.

-
1. Kaslow
 2. Beels
 3. Goldding
 4. Clark
 5. Shields
 6. Krcmar
 7. Hsu
 8. Avtgis
 9. Kelly

همچنین مشخص شده است ارتباط خانوادگی به میزان چشمگیری با عملکرد خانواده، خصوصاً، با پیوستگی خانوادگی و یا "اینکه چگونه اعضای خانواده اهمیت استقلال در تقابل با عضو یک سیستم خانوادگی بودن را متعادل می‌سازند" مرتبط بوده است (اسمیت^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). در روش‌های تحلیل مسیر مشخص شده است که ارتباط خانواده میانجی رابطه‌ی بین فعالیت‌های فراغتی خانواده و عملکرد آن است (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۹). "تحلیل مسیر نشان می‌دهد که از منظر یک نونهال، فعالیت‌های فراغتی خانواده، تأثیر مستقیمی بر پیوستگی خانوادگی و تأثیر غیر مستقیمی بر نرمش، از طریق ارتباط خانوادگی دارد" (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۹). والدین شرکت کننده در این مطالعه گزارش کردند که دلیل اصلی که آنها فعالیت‌های فراغتی و سرگرمی را فراهم کرده و در آن شرکت می‌کنند، افزایش ارتباط مثبت بین اعضای خانواده بوده است. مشخص شده است این ارتباط مثبت فزاینده، بر عملکرد سیستم خانواده و تک تک اعضای آن تأثیر می‌گذارد (جبروتی و همکاران، ۲۰۱۳). ب. طوریکه بل^۲ (۲۰۱۱) می‌گویند خانواده‌هایی که دارای مشکل ارتباطی هستند احتمالاً دارای فرزند مشکل‌دار می‌باشند. کمبود توجه و تمرکز/ اختلال بیش‌فعالی (اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی) یکی از رایج‌ترین اختلالات شناخته شده‌ی عصب روانشناختی دوران کودکی است که می‌تواند در بزرگسالی نیز ادامه یابد. پیشرفت‌های اخیر در مطالعات شناختی و تصویربرداری عصبی، رفتاری و ژنتیک مولکولی شواهدی را ارائه داده‌اند که اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی یک بیماری پیچیده نوروپولوژیکی می‌باشد. احتمالاً عوامل مختلفی از قبیل عوامل ژنتیکی، آلودگی‌های شیمیایی و واکنش‌های التهابی و حساسیت‌های غذایی در ایجاد این اختلال مؤثر هستند (ولریچ^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). تحقیقات نشان داده‌اند که کودکان با اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی در ارتباط با والدینشان دچار مشکلاتی هستند. هم‌چنین فرض می‌شود که مشکلات ارتباطی میان والدین و فرزندان با تشدید و ادامه دار شدن نشانه‌های اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی ارتباط دارد. در مطالعات بسیاری، ارتباط با

1. Smith

2. Bell

3. Wolraich

عملکرد کلی خانواده و پیامدهای کودک، به هم مرتبط شده‌اند (شریعت و همکاران، ۲۰۱۴). برای مثال، ارتباط مثبت خانواده با میزان کمتر بزهکاری مانند دزدی و مدرسه‌گریزی در دوران نوجوانی (کلارک و شیلدز، ۱۹۹۷) و همچنین با کاهش تأثیرات منفی مشاهده‌ی برنامه‌های تلویزیونی خشونت آمیز در کودکان مرتبط بوده است (کرکمار، ۱۹۹۸). ضرورت این تحقیق از آنجاست که اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی یکی از معضلات مهم است که گریبان‌گیر بسیاری از کودکان می‌باشد این مشکل می‌تواند جنبه‌های مختلف زندگی کودک را از جمله عاطفی، رفتاری، اجتماعی، تحصیلی و ... را تحت تأثیر قرار داده و از این رو برای کودک، خانواده و جامعه مشکلاتی را به وجود آورد.

جهت برخورد با این مشکل تاکنون روش‌های متعددی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. در این تحقیق سعی شده است که از روش آموزش الگوی ارتباطی خانواده استفاده شود. ارتباط خانوادگی عبارت است از اینکه دو چگونه اطلاعات در یک خانواده مبادله می‌گردد" (میلر^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین ارتباط به عنوان "فرستادن پیام‌های واضح و همخوان، ابراز همدردی، فراهم کردن اظهارات حمایتی و نشان دادن مهارت‌های موثر حل مسئله تعریف شده است (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۹). ارتباط اغلب به این منظور استفاده می‌شود که به خانواده کمک کند تا اعمال خود را بصورت‌های رفتاری قابل پیش‌بینی، سازمان‌دهی کنند (کلارک و شیلدز، ۱۹۹۷). چندین ملاحظات مهم در ارزیابی کیفیت ارتباط بین اعضای خانواده وجود دارد و از جمله این که آیا اطلاعات جهت داده شده به سمت یکی از اعضای خانواده، در اصل برای همان کسی است که مقصود اطلاعات است یا نه؛ آیا اطلاعات به جای اینکه ابهام داشته باشند به خوبی تعریف شده‌اند یا نه؛ و آیا اطلاعات مهم به جای اینکه در سایر پیام‌ها مخفی شده باشند، به طور مستقیم به فرد مورد نظر می‌رسند یا نه (میلر و همکاران، ۲۰۰۲). افراد، غالباً می‌آموزند که چگونه با مناقشات بین فردی در محیط خانوادگی اولیه‌شان کنار بیایند و آنها را به نحو مناسبی حل کنند. مهارت‌های ارتباطی اولیه توسط اعضای خانواده مدلسازی می‌شوند و اهمیت این

1. Miller

مهارت‌ها، در سرتاسر بزرگسالی ادامه می‌یابد (کوئرنر^۱ و فیتزپاتریک^۲، ۱۹۹۷). بنابراین، با توجه به اهمیت ارتباط در محیط خانواده، مطالعه‌ی آن به عنوان عاملی از عملکرد خانوادگی، ضروری می‌باشد. در روش‌های تحلیل مسیر مشخص شده است که ارتباط خانواده میانجی رابطه‌ی بین فعالیت‌های فراغتی خانواده و عملکرد آن است (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۹).^۳ تحلیل مسیر نشان می‌دهد که از منظر یک نونهال، فعالیت‌های فراغتی خانواده، تأثیر مستقیمی بر پیوستگی خانوادگی و تأثیر غیر مستقیمی بر نرمش، از طریق ارتباط خانوادگی دارد.^۴ (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۹). والدین شرکت کننده در این مطالعه گزارش کردند که دلیل اصلی که آنها فعالیت‌های فراغتی و سرگرمی را فراهم کرده و در آن شرکت می‌کنند، افزایش ارتباط مثبت بین اعضای خانواده بوده است. مشخص شده است این ارتباط مثبت فزاینده، بر عملکرد سیستم خانواده و تک تک اعضای آن تأثیر می‌گذارد (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۹). اسکرودت^۳ (۲۰۰۵) رابطه‌ی ارتباط خانوادگی را با پرسش از ۴۲۶ بزرگسال جوان درباره‌ی دیدگاهشان پیرامون الگوهای ارتباطی خانوادگیشان و نیز عملکرد خانواده‌ها مورد بررسی بیشتر قرار داد. در این مطالعه، سنت‌گرایی ساختاری به عنوان میزانی که خانواده‌ها انتظارات را برآورده می‌کنند تعریف شده است. از جمله‌ی این انتظارات، نقشی است که جامعه از خانواده انتظار دارد. همچنین مشورت‌ها و مشارکت اعضای خانواده در مباحثات خانواده به میزان مثبتی با عملکرد خانواده مربوط است در حالی که سنت‌گرایی ساختاری و اجتناب از مباحثه، ارتباطی منفی با عملکرد خانواده دارند. لذا از آن جا که عملکرد خانواده احتمالاً می‌تواند بر میزان اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی کودکان اثر داشته باشد بنابراین توجه به عملکرد خانواده و اصلاح آن نیز اهمیت پیدا می‌کند. بنابراین، اصلاح الگوی ارتباطی خانواده احتمالاً می‌تواند عامل کمک‌کننده‌ای در حل مشکلات خانواده از جمله کاهش علائم اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی کودکان باشد. با توجه به اهمیت مسئله، هدف اساسی این تحقیق این است که آموزش والدین تا چه اندازه می‌تواند در میزان علائم اختلال

-
1. Koerner
 2. Fitzpatrick
 3. Schrodtt

نارسایی توجه- بیش فعالی دانش‌آموزان سنین ۴ تا ۹ سال مؤثر باشد؟ یکی از این آموزش‌ها آموزش الگوی ارتباطی خانواده است بنابراین ضرورت این تحقیق در این است که با توجه به مطالب فوق چنانچه آموزش الگوی ارتباطی زوجین بتواند در کاهش علائم این اختلال مؤثر باشد لذا بسیاری از مشکلات فوق برطرف خواهد شد. بنابراین اهمیت و ارزش تحقیق حاضر در این است که از طریق آموزش الگوی ارتباطی خانواده به آنها، بتوان عملکرد خانواده را بهبود بخشید و همچنین میزان علائم اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی را در کودکان سنین ۹-۴ سال کاهش داد. در واقع چنانچه نتایج این تحقیق نشان دهد که می‌توان با استفاده از آموزش الگوی ارتباطی به خانواده عملکرد آنها را بهبود بخشید، می‌توان از این روش‌ها در کاهش میزان علائم اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی کودکان بهره جست. از آنجا که اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی می‌تواند برای کودک، خانواده و جامعه مشکلاتی را ایجاد کند لذا لزوم برخورد با آن ضروری می‌باشد. لذا هدف این تحقیق بررسی این نکته است که آموزش الگوی ارتباطی خانواده تا چه اندازه عملکرد خانواده را بهبود بخشیده و این اثر بخشی خود تا چه اندازه بر کاهش علائم اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی کودک مؤثر است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های شبه آزمایشی است. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل کلیه والدین دانش‌آموزان بیش فعال سنین ۹-۴ سال شهرستان اصفهان در سال ۱۳۹۲ می‌باشد. در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای استفاده شد. تعداد نمونه با توجه به توان آماری و مطالعه مقدماتی مشخص گردید. به این صورت که از نواحی پنجگانه آموزش و پرورش شهر اصفهان، ۲ ناحیه بصورت تصادفی انتخاب شد و پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4) و همچنین پرسشنامه عملکرد خانواده (FAD)، توسط والدین برای کودکان مقطع پیش دبستانی و دبستان سنین ۹-۴ سال هر یک از مراکز تکمیل شد. در نهایت تعداد ۶۰ نفر از والدین دانش‌آموزان بیش فعال سنین ۹-۴ سال شهرستان اصفهان بعنوان نمونه آماری انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت برابر (۳۰ نفر آزمایش و ۳۰ نفر کنترل) قرار گرفتند.

گروه آزمایش مداخلات آموزش الگوی ارتباطی زوجین را دریافت کرد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد.

ابزار پژوهش: در این پژوهش از پرسشنامه‌های (۱) عملکرد خانواده (FAD) و (۲) پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4) استفاده شد.

این ابزار دارای ۵۳ پرسش می‌باشد و برای سنجیدن عملکرد خانواده براساس نظریه الوی مک مستر، تدوین شده است. این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط اپشتاین، بالدوین^۲ و بیشاب^۳ با هدف توصیف ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه گردیده است و توانایی خانواده را در سازش با خود، وظایف خانوادگی و با یک مقیاس خود گزارش‌دهی، موردسنجش قرار می‌دهد. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه شامل:

۱- ارتباط ۲- آمیزش عاطفی ۳- ایفای نقش ۴- عملکرد کلی ۵- حل مشکل ۶- همراهی عاطفی و کنترل رفتار می‌باشد.

ابزار FAD^۴ برای تمیز خانواده‌های سالم و بیمار و الگوهای تبدلی موجود بین اعضای خانواده تدوین شده است. این ابزار متشکل از عبارتی است که خانواده‌ی آزمودنی را توصیف می‌کند. آزمودنی‌ها با خواندن هر عبارت، میزان هماهنگی خصوصیات توصیف شده با خانواده‌ی خود را بر روی مقیاس چهارطبقه‌ای لیکرت و بصورت کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم و کاملاً مخالفم، مشخص کردند. به هر سؤال نمره‌ی ۴-۱ تعلق می‌گرفت و عباراتی که توصیف کننده‌ی عملکرد ناسالم بودند، نمره معکوس گرفتند. بر این اساس، نمره‌ی بالا نشان دهنده‌ی عملکرد سالم و نمرات پائین نشان دهنده‌ی عملکرد مختلف خانواده است (بخاریان، ۱۳۸۱).

اپشتاین و همکاران (۲۰۰۱) ضمن اجرای تحقیقات درباره‌ی «انطباق با بازنشستگی»، ۱۷۸ زوج را که سال‌های دهه‌ی شصت عمر خود را طی می‌کردند، مورد مطالعه قرار دادند. در این پژوهش روایی همزمان FAD با مقیاس روحیه‌ی متناسب با سن پیری

-
1. Opeshtain
 2. Baldwin
 3. Bishob
 - 4 Family Assessment Device

فیلا دلفیا (PG MS) و مقیاس رضایت ازدواج لاک والوس (LWMSS) توانست ۲۸٪ (R=۰/۵۳) و اریانس LMWSS را بطور جداگانه برای هر یک از زوجین پیش‌بینی کند. در این تحلیل موازی، LWMSS توانست فقط ۱۱ درصد (R=۰/۳۴) و اریانس را برای شوهران و ۱۲٪ (R=۳۶۰) برای زنان، پیش‌بینی کند. در یک پژوهش دیگر در زمینه اعتبار و پایایی FAD-I، از یک نمونه‌ی ۵۰۳ نفری استفاده شد که از این تعداد ۲۹۴ نفر متعلق به خانواده‌های دارای حداقل یک فرد بیمار و ۲۰۹ نفر دانشجویان کلاس روانشناسی عمومی بودند. نتایج تجزیه و تحلیل آلفای کرونباخ، خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۸۳ و ۰/۹۰ تخمین زد. در تخمین دیگری برای تعیین درجه‌ی همسانی درونی این آزمون، اپشتاین (۲۰۰۱)، ۲۴۰ آزمودنی را مورد مطالعه قرار داد و حداقل ضریب آلفای مقیاس‌ها را ۰/۷۵ تعیین نمود. در ایران نیز، بخاریان (۱۳۸۱)، در پژوهشی تحت عنوان بررسی ویژگی‌های روانسنجی FAD اعتبار این آزمون را ۰/۹۳ برآورده کرد.

خرده مقیاس بیش‌فعالی و نقص توجه در پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4): پرسشنامه علائم مرضی کودکان (SCI-4) از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلال‌های روان پزشکی است که براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ساخته شده است. نسخه اولیه پرسشنامه با نام فهرست اسپرافکین^۱، لانی^۲، یونیتات^۳ و گادو^۴ (SIUG) را اسپرافکین، لانی، یونیتات و گادو در سال ۱۹۸۴ براساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در سال ۱۹۸۷ نسخه‌ی (CSI-3-R) آن نیز ساخته شد، تا اینکه (CSI-4) در سال ۱۹۹۴ با انتشار چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی از سوی گادو و اسپرافکین تجدیدنظر شد. آخرین ویرایش پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) همان نسخه‌های قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. در پژوهش حاضر از چک لیست والدین استفاده شد. فرم والدین دارای ۱۱۲ سؤال است که

1. Sprafkin
2. Loney
3. Yunithath
4. Gadow

۱۸ عبارت آن، گروه A مربوط به اختلال بیش‌فعالی و کاستی توجه است. هر یک از عبارات مذکور، در یک مقیاس چهاردرجه‌ای = هرگز، گاهی، اغلب اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده می‌شود. پرسشنامه‌ای که استفاده خواهد شد در پژوهش حاضر گروه A و پرسشنامه اصلی و دارای ۱۸ سؤال است که سه نوع اختلال مجزای کاستی توجه و بیش‌فعالی شامل زیر نوع (نارسایی بی‌توجهی، زیر نوع بیش‌فعالی - تکانشگری غالب و زیر نوع ترکیبی) را می‌سنجد، که زیر نوع بی‌توجهی غالب (سؤالات ۹-۱)، زیر نوع بیش‌فعالی تکانشگری غالب (سؤالات ۱۸-۱۰) زیر نوع ترکیبی (سؤالات ۱۸-۱) می‌باشد. «شیوه‌ی نمره‌گذاری برای پرسشنامه علائم مرضی کودکان طراحی شده است. شیوه نمره‌برش غربال‌کننده و شیوه نمره برحسب شدت نشانه‌های مرضی و پرسشنامه علائم مرضی کودکان در پژوهش متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار، پایایی، حساسیت و ویژگی آن، محاسبه شده است. در پژوهشی که گراسیون^۱ و کارلسون^۲ (۱۹۹۱) بر روی (CSI-3R) انجام گرفت، حساسیت آن برای اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی ۰/۷۷ گزارش شده در تحقیق نشاط دوست و همکاران (۱۳۷۶) اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش تنصیف برای فرم معلمان ۰/۹۱ و برای فرم والدین ۰/۸۵ بدست آمد. روایی محتوای پرسشنامه (CSI-4) در پژوهش محمداسماعیل (۱۳۸۰) مورد تأیید ۹ نفر از روانپزشکان قرار گرفته است. طبق پژوهش توکلی‌زاده و همکاران (۱۳۷۶) پایایی چک لیست والدین از طریق بازآزمایی ۰/۹۰ تعیین شده است.

برنامه مداخله‌ای: آموزش الگوی ارتباطی زوجینه صورت که بصورت پروتکل محقق ساخته طراحی شده است پس از پر کردن پرسشنامه توسط والدین بر روی ۳۰ نفر از آنها (گروه آزمایش) طی ۷ جلسه بسته به میزان مشارکت والدین انجام شد. ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها، در گروه کنترل قرارداشتند و هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. متغیر مستقل، آموزش الگوی ارتباطی زوجین بود که به والدین دارای فرزندان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی ارائه شد و سپس تأثیرات آن بر نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش

1. Grayson
2. Carlson

بررسی شد و با گروه گواه مقایسه گردید. رئوس جلسات آموزش الگوی ارتباطی زوجین در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی الگوی ارتباطی زوجین

جلسه اول: آشنایی و بیان اهداف

دستور جلسه:

۱. ایجاد ارتباط و معرفی اعضا به یکدیگر: در این راستا به منظور بررسی علاقه مند شدن اعضا برای حضور در جلسه از آن ها سوالاتی پرسیده خواهد شد که سوالات به شرح زیر می باشند:
 - ۱-۱- از مادران سوال شود از اینکه در این جلسه حضور یافته اند راضی هستند؟
 - ۱-۲- تولد کودک مبتلا به بیش فعالی چه مشکلاتی را در خانواده ایجاد می کند؟
 ۲. بیان اهداف جلسه
 ۳. تعریف کودک بیش فعال
 ۴. توضیح در مورد مسائل و مشکلات مربوط به کودک بیش فعال
 ۵. اجرای پیش آزمون پرسشنامه عملکرد خانواده و پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4) که در آن به ADHD نیز پرداخته شده است.
 - ۱-۵- مروری بر موضوعات فوق
 ۶. بازخورد و بحث در مورد موضوع جلسه
 ۷. ارائه تکلیف خانگی
- کودک شما تاکنون چه مشکلاتی را در خانواده ایجاد کرده است؟ لطفاً فهرستی از آن ها تهیه کرده و در جلسه ی بعدی ارائه دهید.

جلسه دوم: آموزش چرخه ی آگاهی به والدین در خصوص پذیرش و فهم مشکل کودک بیش فعالشان.

دستور جلسه:

۱. آموزش چرخه ی آگاهی: اولین قسمت در چرخه ی آگاهی اطلاعات حسی است که شامل اطلاعات کلامی و غیر کلامی است که بوسیله ی پنج حس بدن (شنوایی، بویایی، چشایی، بینایی و لامسه) از محیط دریافت می شود، ایماها، اشاره ها، ژست ها، جمله ها، لحن و جزء اطلاعات حسی هستند حتی زمان، مکان، میزان انرژی و ... در مورد هریک از آن ها مثالی برای زوجین بیان شد.
- قسمت دوم چرخه ی آگاهی، افکار است که شامل باورها، تعبیر و تفسیرها و توقعات افراد است. در مورد هریک از این اجزاء توضیح و مثال هایی برای زوجین ارائه شد.
- قسمت سوم چرخه ی آگاهی، احساسات است. احساسات همان پاسخ های عاطفی هستند و مثال هایی از آن شامل شادی، غمگینی، خشمگینی، آرامش، رنجش، حسادت، ناامیدی و ... است.
- برای زوجین توضیح داده می شود که برخلاف تصور افراد، تشخیص احساسات و عدم افکار آنها منبعی برای مدیریت احساسات و اداره خویشتن است. افرادی که احساسات خود را نادیده می گیرند یا به آن توجه نمی کنند، اطلاعات مهمی را درباره ی خود از دست می دهند.
- قسمت چهارم در چرخه ی آگاهی، خواسته ها هستند. خواسته ها، امیال و آرزوهای افراد در مورد خود و افراد دیگر است. خواسته ها عبارتند از اهداف، انگیزه ها، آرزوها، سلیقه ها، علایق و ... تمرکز بر خواسته ها و سروکار داشتن با آن باعث ایجاد انگیزه قوی و نیروی قدرتمند در انسان ها می شود.
- قسمت آخر: اقداماتی هستند که شامل رفتارها، فعالیت ها، پیشنهادها، موفقیت ها و ... می شوند. اقدامات به سه نقطه زمانی ارتباط دارد. اقدامات قبلی، یعنی آنچه قبلاً انجام داده اید. اقدامات فعلی، آنچه هم اکنون می گوید یا انجام می دهید. اقدامات بعدی، آنچه به طور مشخص بعداً انجام خواهید داد. اقدامات چیزهایی هستند که

افراد تصمیم به انجام آن‌ها می‌گیرند.

۲. دریافت بازخورد و بررسی تکالیف از جلسه ی قبل

۳. مرور تکلیف بیان خلاصه ای کوتاه از جلسه ی قبل

۴. توضیح درمورد اجزاء تشکیل دهنده ی چرخه ی آگاهی

۵. بازخورد و بحث درمورد این جلسه

جلسه سوم: آشنایی با مهارت های گفتگو با یکدیگر

دستور جلسه :

۱. آشنایی با مهارت های گفتگو شامل:

۱-۱- از طرف خودتان حرف بزنید(برای زوجین توضیح داده شد که وقتی در بیان جملات خود از ضمیر «من» استفاده می‌کنند درواقع از طرف خودشان صحبت می‌کنند (با ذکر مثال) و این نشان می‌دهد که فرد مسئولیت آنچه می‌گوید را می‌پذیرد و نیز پیام خود را شفاف تر و روشن تر ارسال می‌کند. حرف زدن از طرف دیگران زمانی است که ما بیشتر از ضماین تو، شما، ما و همه در عبارات خود استفاده می‌کنیم. برای زوجین مثال زده شد که بهتر است به جای عبارت (تو مرا با حرف هایت عصبانی می‌کنی) عبارت (من با شنیدن حرف هایت عصبانی هستم) را بکار ببرند. پنج مهارت بعدی عبارتند از:

۲. توصیف اطلاعات عاطفی و هیجانی

۳. بیان افکار

۴. درمیان گذاشتن احساسات

۵. طرح خواسته ها

۶. بیان اقدامات. این پنج مرحله درواقع اجزاء چرخه ی آگاهی هستند.

بطور کلی به زوجین توصیه می‌شود با بیان روشن، واضح و مستقیم، اطلاعات عاطفی، افکار، احساسات، خواسته ها و اقدامات خود را برای همسر خود ابراز کنند. برای آنان توضیح داده می‌شود که این کار باعث می‌شود جلوی فرض ها و گمان ها و تصورات غلط گرفته شود و طرف مقابل پیام شفاف و روشن و قابل فهمی دریافت کند.

۲. دریافت بازخورد از جلسه ی قبل

۳. مرور تکلیف و بیان خلاصه ای کوتاه از جلسه ی قبل

۴. آموزش مهارت های گفتگو به زوجین

۵. تمرین عملی درخصوص موضوع جلسه

۶. ارائه تکلیف خانگی

۱. هریک از زوجین موضوع دلخواه خودرا انتخاب می‌کند و براساس برگه مهارت های گفتگو که در دست دارد، مسیرصحیح ارتباط را تمرین می‌کند.بعد از اتمام صحبت های هر یک از زوجین،همسرش باید در مورد صحبت های او و تاثیر بکارگیری این مهارت ها به او باز خورد بدهد.

۲. هریک از زوجین به تشخیص خود یک یا دو مهارت از بین مهارت های حرف زدن را انتخاب کند و با همسر خود درحین صحبت درباره ی یک موضوع بر روی این مهارت ها تمرین کند و بر روی کار برگه های خود یادداشت کند.

جلسه چهارم: راهکارهای عملی بهبود ارتباط والدین

دستور جلسه:

۱. دریافت بازخورد از جلسه ی قبل

۲. مرور تمرین های خانگی

۳. بیان خلاصه ای کوتاه از جلسه ی قبل (مهارت های ایجاد ارتباط)

۴. بحث درمورد اهمیت ارتباط در روابط والدین کودکانش فعال

۵. تمرین خلاصه کردن راهبردهای موثر جهت بهبود ارتباط روابط والدین کودکانش فعال

۶. دریافت بازخورد

۷. ارائه تکلیف خانگی

یکی از نقاط ضعف خود را در ارتباط با همسران در نظر گرفته و تغییر در آن را مدنظر قرار دهید.

جلسه پنجم: راهکارهای عملی بهبود ارتباط والدین

دستور جلسه: ۱. دریافت بازخورد از جلسه ی قبل

۲. مرور تمرین های خانگی

۳. بیان خلاصه ای کوتاه از جلسه ی قبل (راهکارهایی جهت بهبود ارتباط والدین دارای کودک بیش فعال)

۴. بحث در مورد شیوه های مختلف حل تعارض و تاثیرات آن

۵. آموزش هشت گام به منظور حل موثر تعارضات:

۱-شناسایی مسأله و تعریف آن (یعنی هر یک از زوجین باید موضوع مورد بحث را بیان کند و مشخص می کند که موضوع، مربوط به چه کسی یا چه چیزی است و برای چه کسی دردسر می آفریند)

۲-بستن قرارداد برای حل و فصل مشکل (زوجین به منظور حل و فصل یک مشکل باید زمان و مکان مناسبی را انتخاب کنند که مورد رضایت دوطرف است)

۳-فهم کامل مشکل و در مورد آن به تفاهم رسیدن. (برای درک مشکل، زوجین به چهار سؤال پاسخ می دهند:

-تا به حال چه کار کرده ام یا الان چه کار می کنم. مؤثر هست یا نه؟

-چه دیده و چه شنیده ام؟

-به نظرم چه خواهد شد؟

-چه احساسی دارم؟

۴-شناسایی و تشخیص خواسته ها: در این قسمت زوجین باید به خواسته های خود در مورد مسأله مورد نظر توجه کنند، همچنین خواسته های همسر خود را بشناسند و به آن نیز توجه داشته باشند. برای شناساندن خواسته ها به یکدیگر باید از مهارت های حرف زدن و گوش دادن استفاده کرد.

۵-گزینه ها یا راه حل های انتخابی را در نظر بگیرید. در این قسمت به زوجین توضیح داده می شود که باید فهرست گوناگونی از اقداماتی که می توانند انجام دهند در نظر بگیرند. در این قسمت هر راه حلی مدنظر قرار می گیرد و مورد نقد قرار نمی گیرد.

۶-وارد عمل شوید: در این قسمت زوجین باید بر اساس فهرستی که در مرحله ی قبل از راه حل های ممکن تهیه کرده اند، گزینه هایی که عملی تر و امکان پذیرتر از بقیه هستند انتخاب کنند.

۷-مورد آزمون قرار دادن طرح اقدام: در این قسمت زوجین باید طرح مورد نظر خود را به اجرا در بیاورند و اگر هر یک از همسران در اجرای آن ناموفق بود باید موانع آن را مورد بررسی قرار دهند.

۸-ارزیابی نتیجه: با گذشت زمان همسران فرصت پیدا می کنند تا نتیجه راه حل خود را مورد ارزیابی قرار دهند و ببینند که اقدام مؤثری هست یا نه. در صورت مثبت بودن اقدام، هر یک از همسران باید به یکدیگر بازخورد بدهند.

در انتها برای زوجین توضیح داده می شود که حل مشکلات به این شیوه از اتلاف وقت و انرژی آن ها می کاهد، باعث می شود که زوجین به مشکل اصلی پردازند و در نهایت می توانند راه حل مناسبی را انتخاب کنند. همچنین به زوجین گفته می شود که یک برنامه ریزی خوب برای حل مشکلات نیازمند تلفیق مهارت های گفتگو و گوش دادن است که در جلسات قبل آموخته اند. در آخر در مورد این جلسه و نظرات زوجین بازخورد گرفته شد و خلاصه جلسه و کاربرگ های تمرین منزل بین زوجین توزیع شد.

۶. تمرین عملی در خصوص موضوع جلسه

۷. دریافت بازخورد از جلسه

۸. ارائه تکلیف خانگی

زوجین درباره ی موضوعی که با یکدیگر اختلاف نظر دارند به مدت ۱۵ دقیقه مذاکره کنند. بعد از مذاکره نقاط قوت و ضعف خود را از ارتباط یادداشت کنند. بعد از انجام مذاکره و مشخص کردن نقاط قوت و ضعف ارتباط، زوجین می توانند دو هفته بعد دوباره تمرین را تکرار کنند و این بار سعی در رفع نقاط ضعف خود کنند.

جلسه ششم: آشنایی با سبک های ارتباط موثر

- دستور جلسه: ۱. آموزش سبک های ارتباطی ۱. پرخاشگرانه ۲. انفعالی ۳. انفعالی - پرخاشگرانه
۴. خود ابرازی
۱. دریافت بازخورد از جلسه ی قبل
۳. مرور تمرین های خانگی
۴. بیان خلاصه ای کوتاه از جلسه ی قبل (راهکارهایی جهت بهبود ارتباط والدین)
۵. بحث درمورد انواع سبک های ارتباطی و اثرات مثبت و منفی آن ها که توضیح آن ها به شرح زیر می باشد:
۱. سبک ارتباطی پرخاشگرانه: هنگامی که فرد با ناکامی مواجه شده و یا به هدف تعیین شده برای خود دست نیابد می تواند دچار احساسات منفی مانند خشم شده و این خشم را بصورت آشکار و علنی نشان دهد. این حالت را درطیف زیر خاشگری گویند. پرخاشگری گرچه موجب تخلیه ی هیجانی از طریق نشان دادن عواطف می شود و ظاهراً برای خود فرد تسکین دهنده می باشد اما می تواند بتدریج موجب آزار و رنجیدگی دیگران شود که نتیجه ی آن دوری جستن دیگران از او خواهد شد.
۲. سبک ارتباطی انفعالی: افرادی که رفتار انفعالی دارند در نهایت، دچار احساس آزردهی و اضطراب خواهند شد و در نتیجه این احساس که مورد سوء استفاده و بهره کشی قرار گرفته اند ممکن است دچار افسردگی شوند.
۳. سبک ارتباطی انفعالی - پرخاشگرانه: در صورتی که فرد عواطف منفی خود را درون ریزی کرده و بتدریج آستانه ی تحمل او کاهش و یا از میان برود دیگر قادر به تحمل نگهداری این عواطف و احساسات در درون خود نمی باشد که در نتیجه می تواند منجر به طغیان او گردد. این حالت را انفعال - پرخاشگر گویند.
۴. سبک ارتباطی خود ابرازی: در واقع رفتار خود ابرازی، رفتاری است که شامل ابراز مستقیم و صادقانه احساسات است و آموزش خود ابرازی یک روش درمانی است که از طریق آن به فرد کمک می شود توانایی خود را برای ابراز خود بطریق اجتماعی افزایش دهد. در این روش فرد قادر می گردد احساسات شخصی خود و دیگران را شناخته، از خود آگاهی بیشتری بدست آورد و راه حل هایی را برای مشکلات روابط اجتماعی بیابد. افزایش توانایی خود ابرازی در فرد، سودمندی خود را در دو جنبه نشان می دهد. نخست اینکه، موجب احساس موفقیت و کامیابی شده و دوم آنکه، فرد بهتر می تواند به پاداش های اجتماعی ارزنده نایل شده و از این طریق رضایت بیشتری از زندگی داشته باشد. رسیدن به این اهداف مستلزم شناخت عواطف و ابراز صحیح آن است.

جلسه هفتم: جمع بندی مطالب آموخته شده

دستور جلسه:

۱. دریافت بازخورد از جلسات قبل
۲. مرور تمرین های خانگی
۳. جمع بندی و مرور مطالب با کمک زوجین و پاسخ به شبهات
۴. اجرای پس آزمون پرسشنامه عملکرد خانواده و پرسشنامه های علائم مرضی کودک (CSI-4) که در آن به ADHD نیز پرداخته شده است.
۵. نظر خواهی از زوجین در مورد نحوه ی ارائه جلسات و ختم جلسات آموزشی.

یافته ها پژوهش

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات عملکرد خانواده و ابعاد آن در گروه آزمایش و کنترل در مراحل

متغیرها	شاخص های آماری		
	کنترل	آزمایش	کنترل
	مرحله	میانگین	انحراف معیار
		میانگین	انحراف معیار

۲/۹۷	۲۳	۲/۹۴	۲۲/۳۰	پیش آزمون	ارتباط
۲/۸۱	۲۲/۸۰	۲/۹۶	۲۷/۱۳	پس آزمون	
۴/۳۵	۱۷/۸۰	۴/۳۰	۱۷/۶۰	پیش آزمون	آمیزش عاطفی
۴/۳۴	۱۷/۶۳	۴/۵۳	۲۰/۸۳	پس آزمون	
۳/۸۷	۲۶/۲۰	۳/۴۸	۲۶/۲۵	پیش آزمون	ایفای نقش
۴/۳۰	۲۶/۳۰	۴۳/۲۷	۳۰/۷۶	پس آزمون	
۴/۳۴	۲۳/۱۳	۴/۲۰	۲۳/۱۱	پیش آزمون	کنترل رفتار
۲/۹۱	۲۳/۰۹	۲/۹۸	۲۸/۹۳	پس آزمون	
۴/۷۷	۲۲/۵۶	۴/۹۵	۲۲/۱۰	پیش آزمون	حل مشکل
۴/۳۹	۲۲/۶۳	۴/۲۷	۲۶/۵۳	پس آزمون	
۳/۹۷	۱۶/۶۳	۳/۸۲	۱۶/۴۰	پیش آزمون	همراهی عاطفی
۴/۳۴	۱۶/۶۵	۴/۴۲	۲۰/۹۶	پس آزمون	
۳/۰۹	۳۷/۷۳	۳/۲۱	۳۷/۴۵	پیش آزمون	عملکرد کلی خانواده
۳/۱۴	۳۷/۵۶	۳/۰۷	۴۱/۲۰	پس آزمون	
۱۲/۱۱	۱۶۷/۰۵	۱۲/۷۶	۱۶۵/۲۱	پیش آزمون	عملکرد خانواده (نمره کل)
۱۲/۹۲	۱۶۶/۶۶	۱۲/۲۲	۱۹۶/۳۴	پس آزمون	

نتایج جدول ۲ نشان می دهد میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش در زیر مقیاسهای مورد نظر (ارتباط، آمیزش عاطفی، ایفای نقش، حل مشکل، همراهی عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی) از گروه کنترل بیشتر است. به منظور مقایسه تفاوت معنی دار گروه آزمایش و کنترل در عملکرد خانواده و ابعاد آن از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۳ ارائه شده است. همان طور که نتایج جدول ۲ نشان می دهد بین گروه ها در سطح $P < 0.05$ تفاوت معنی دار وجود دارد یعنی آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین توانسته است نمرات میزان ارتباط، آمیزش عاطفی، ایفای نقش، کنترل رفتار، حل مشکل، همراهی عاطفی، عملکرد کلی خانواده و عملکرد خانواده (نمره کل) گروه آزمایش را به طور معنی داری افزایش دهد

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کواریانس جهت تأثیر آموزش الگوی ارتباطی زوجین بر عملکرد

خانواده

منبع	مجموع	DF	مجذور	F	سطح معنی	مقدار اتا	توان
	مجذورات		میانگین		داری		آماري

۱/۰۰	۰/۳۶۹	۰/۰۰۱	۹۲/۴۶۷	۲۷۶۴/۶۱۳	۱	۲۷۶۴/۶۱۳	پیش‌آزمون عملکرد خانواده
۰/۸۴۱	۰/۳۱۷	۰/۰۱۶	۱۱/۳۴۰	۲۴۶/۶۸۵	۱	۲۴۶/۶۸۵	گروه
۰/۱۶۴	۰/۱۰۰	۰/۲۰۲	۵/۷۳۲	۶۸/۵۳۲	۱	۶۸/۵۳۲	پیش‌آزمون آمیزش عاطفی
۰/۶۴۰	۰/۱۸۰	۰/۰۲۸	۴/۹۰۳	۴۲/۷۸۱	۱	۴۲/۷۸۱	گروه
۰/۹۴۴	۰/۲۰۵	۰/۰۰۱	۱۳/۱۱۴	۱۴۳/۲۸۰	۱	۱۴۳/۲۸۰	پیش‌آزمون ایفای
۰/۶۰۵	۰/۰۹۲	۰/۰۲۷	۵/۱۵۲	۵۶/۲۸۶	۱	۵۶/۲۸۶	گروه
۰/۱۳۷	۰/۰۱۵	۰/۳۸۸	۰/۷۵۸	۷/۵۶۳	۱	۷/۵۶۳	پیش‌آزمون کنترل
۰/۷۱۶	۰/۱۱۶	۰/۰۱۳	۶/۶۶۰	۶۶/۴۷۷	۱	۶۶/۴۷۷	گروه
۰/۹۵۸	۰/۳۴۱	۰/۰۰۱	۲۴/۷۶۸	۳۰۲/۴۷۷	۱	۳۰۲/۴۷۷	پیش‌آزمون حل
۰/۸۱۲	۰/۱۲۴	۰/۰۱۴	۷/۴۸۷	۲۳/۳۲۴	۱	۲۳/۳۲۴	گروه
۰/۸۳۱	۰/۱۳۶	۰/۰۰۶	۷/۶۵۴	۸۳/۹۱۷	۱	۸۳/۹۱۷	پیش‌آزمون همراهی عاطفی
۰/۸۲۱	۰/۰۰۴	۰/۰۴۱	۵/۱۳۴	۲/۱۳۹	۱	۲/۱۳۹	گروه
۰/۰۷۰	۰/۰۰۴	۰/۶۷۲	۰/۱۸۲	۱/۳۷۳	۱	۱/۳۷۳	پیش‌آزمون عملکرد کلی
۰/۸۳۱	۰/۱۶۲	۰/۰۳۲	۸/۱۳۴	۵/۴۹۷	۱	۵/۴۹۷	گروه
۰/۲۱۷	۰/۰۳۷	۰/۲۱۴	۱/۳۴۲	۱۰/۶۴۵	۱	۱۰/۶۴۵	پیش‌آزمون
۰/۹۱۲	۰/۴۲۱	۰/۰۴۱	۵/۲۴۱	۷/۲۳۱	۱	۷/۲۳۱	گروه

آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین، میزان عملکرد خانواده دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی سنین ۹-۴ سال را افزایش می‌دهد.

آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین، میزان آمیزش عاطفی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی سنین ۹-۴ سال را افزایش می‌دهد.

آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین، میزان ایفای نقش دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی سنین ۹-۴ سال را افزایش می‌دهد.

آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین، میزان کنترل رفتار دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی سنین ۹-۴ سال را افزایش می دهد.

آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین، میزان حل مشکل خانواده دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی سنین ۹-۴ سال را افزایش می دهد.

آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین، میزان همراهی عاطفی خانواده دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی سنین ۹-۴ سال را افزایش می دهد.

آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین، میزان عملکرد کلی خانواده دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی سنین ۹-۴ سال را افزایش می دهد.

آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین، میزان ارتباط دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی سنین ۹-۴ سال را افزایش می دهد.

یافته‌های جدول فوق نشان می دهد که آموزش الگوی ارتباطی زوجین توانسته است عملکرد خانواده را در ابعاد آمیزش عاطفی، ایفای نقش، کنترل رفتار، حل مشکل خانواده، همراهی عاطفی، عملکرد کلی خانواده و ارتباط را افزایش دهد.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های تحقیق حاضر نشان می دهد که آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین دارای کودک بیش فعال میزان آمیزش عاطفی والدین را افزایش می دهد.

مطالعات (اسکرودر^۱ و همکاران، ۲۰۰۸، لانگ^۲ و همکاران، ۲۰۰۵، پریسمن^۳ و همکاران، ۲۰۰۶) نشان دادند که والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی سطوح بالاتری از تعارض و سطوح پائین سازماندهی خانوادگی را در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند. شورفن گو^۴ (۲۰۰۷) در مطالعه‌ی خود که به بررسی عوامل خانوادگی اختلال نقص توجه / بیش فعالی پرداختند، به این نتیجه دست یافتند که مادران مبتلا به اختلال نقص

-
1. Schroeder
 2. Lange
 3. Pressman
 4. Shur-Fen Gau

توجه / بیش فعالی دارای آشفتگی روانشناختی بیشتری هستند و حمایت کمتری را از سوی خانواده دریافت می‌کنند.

همچنین از آنجائیکه زوجین در اثر عدم آگاهی از مهارت های زندگی و اینکه چگونه با یکدیگر برخورد کنند ممکن است در مسیر زندگی خود دچار تضادها و مناقشات متعدد شوند و همچنین این تعارضات می تواند علائم کودک بیش فعال آنها را افزایش دهد لذا احتمال می رود این آموزش ها بتوانند از بروز چنین پیامدهای منفی جلوگیری کنند.

یافته‌های تحقیق حاضر نشان می دهد که آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین دارای کودک بیش فعال میزان ایفای نقش آنها افزایش می دهد.

نتایج تحقیقات حاکی از آن است که خانواده کودکان بیش فعال نسبت به خانواده های غیربیش فعال از ایفای نقش مخرب تری برخوردارند (کوگیل^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). جانستون^۲ و مش^۳ (۲۰۰۱) در تحقیقی ایفای نقش تعاملی بین والدین با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی را مورد بررسی قرار داده و مشاهده کرد که این والدین واکنش های منفی تری در برخورد با کودکانشان نشان می دادند و شیوه های مثبت کمتری اتخاذ می کردند.

همچنین از آنجائیکه زوجین در اثر عدم آشنایی با نقش و جایگاه خود ممکن است چگونگی نحوه‌ی صحبت کردن و ارتباط برقرار کردن با یکدیگر را ندانند احتمال دارد آموزش الگوی ارتباطی زوجین به آنها بتواند هریک از آنها را با نقش خود و چگونگی انجام آن نقش به نحو احسن آشنا نماید که در واقع تاثیر مثبت این امر را می توان نهایتاً بر روی میزان علائم کودک بیش فعال آنان مشاهده نمود.

یافته‌های تحقیق حاضر نشان می دهد که با آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین دارای کودک بیش فعال میزان حل مشکل آنان افزایش می یابد.

آنجائیکه احتمال دارد برخی از تعارضات زناشویی بدلیل عدم آشنایی آنها با چگونگی حل مشکل باشد و این امر به نوبه‌ی خود موجب تشدید میزان علائم کودک با

1. Coghil
2. Johnston
3. Mash

اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی شود، از اینرو این احتمال وجود دارد که آموزش الگوی ارتباطی زوجین تا اندازه زیادی این تعارضات را کاهش داده و در نتیجه موجب بهبودی روابط والدین و کودک شده و در نهایت در کاهش علائم با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی کودک موثر باشد.

تحقیقات نشان می‌دهند که آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین، میزان همراهی عاطفی دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی سنین ۹-۴ را افزایش می‌دهد. همچنین از آنجا که ممکن است بحث و مجادله زوجین در اثر عدم درک احساسات یکدیگر و چگونگی بیان عواطف و افکار باشد که نتیجه آن آسیب رسانی به نوع رابطه آن‌ها به کودک باشد، میزان علائم با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی در کودک افزایش‌یافته احتمال می‌رود این آموزش بتواند نحوه همراهی عاطفی را به خانواده‌ها بیاموزد.

آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین می‌تواند عملکرد کلی خانواده دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی سنین ۹-۴ سال را افزایش دهد.

شریفی (۱۳۸۳)، در پژوهشی با عنوان بررسی و مقایسه رابطه بین عملکرد خانواده و میزان سازگاری کل، سازگاری آموزشی، عاطفی و اجتماعی روی ۳۰۰ دانش آموز دختر و پسر به این نتیجه رسید که بین عملکرد خانواده و ابعاد سازگاری، رابطه وجود دارد. حمیدی (۱۳۸۴) طی تحقیقی نشان داد که خانواده درمانی باعث بهبود عملکرد خانواده می‌شود. خوشایبی و همکاران (۱۳۸۵)، در تحقیق خود نشان دادند که در دهه های اخیر توجه روزافزونی به گنجانیدن آموزش مدیریت والدین در طرح درمانی با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی گردیده است. کرونیس^۱ و همکاران در سال (۲۰۰۸) پژوهشی را با عنوان بهبود الگوی آموزشی رفتار والدین برای خانواده‌هایی که فرزندان مبتلا به اختلال بیش فعالی دارند انجام دادند. آموزش رفتار والدین، یکی از درمان‌های روانی-اجتماعی است که بطور تجربی جهت درمان این اختلال بکار گرفته می‌شود. بر اساس مطالعات صورت گرفته، این الگوی درمانی موجب شده است تا هم رفتار کودک بیش فعال و هم عدم به

1. Chronis

انعطاف‌پذیری والدین بهبود یابد. خوشایبی و پور اعتماد و همکاران (۱۳۸۱) در بررسی اثر بخشی روش والدگری مثبت بر علائم اختلال با اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی و کاهش تنیدگی مادران، دریافتند که آموزش مادران می‌تواند نقش مهمی در کاهش تنیدگی مادران و کاهش نشانه‌های اختلال با اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی داشته باشد.

تحقیقات نشان می‌دهند هنگامی که میانگین مشارکت، همراهی، دوستی، عشق و محبت ورزیدن زوجین به یکدیگر افزایش یابد می‌تواند تاثیر مثبتی بر میزان علائم کودک آنان داشته باشد. بنابراین احتمال دارد که آموزش الگوی ارتباطی زوجین بتواند به والدین در جهت رسیدن هرچه سریعتر به هدف مورد نظر کمک رساند.

آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین، می‌تواند میزان ارتباط خانواده را افزایش دهد.

تیلر^۱ و همکاران (۱۹۹۶)، نشان دادند آموزش والدین به این دلیل توصیه می‌شود که والدین کودکان مبتلا به اختلال با اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی معمولاً از راهبرد کنترل شدید و یا غیرکارآمد استفاده می‌کنند و نیز اینکه روابط ضعیف والدین و فرزندان یکی از علل این اختلال می‌باشد.

همچنین از آنجائیکه میزان ارتباط کم زوجین با یکدیگر می‌تواند خود به عنوان عاملی برای جدائی عاطفی هرچه بیشتر آن دو از یکدیگر باشد و همچنین این امر نیز به نوبه‌ی خود به یک الگو برای کودک آن‌ها تبدیل شده است و نتایج منفی آن میزان علائم کودک را هم در برگیرد، احتمال می‌رود که آموزش الگوی ارتباطی به زوجین بتواند میزان ارتباط آنان را با یکدیگر و در نتیجه با فرزندشان را افزایش دهد.

یافته‌های تحقیق حاضر نشان می‌دهد که آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین می‌تواند میزان کنترل رفتار خانواده را افزایش دهد.

کانینگهام^۱ و همکاران (۱۹۹۳) بیان کردند برنامه‌های آموزش والدین براساس تئوری‌های آموزش اجتماعی قرارداد. در این برنامه‌ها از دستورالعمل‌های مستقیم، مدل سازی و ایفای نقش برای آموزش دادن والدین به منظور تقویت رفتارهای مثبت، کاهش استفاده از راهبرد تبیین و نیز مدیریت رفتارهای نامناسب استفاده می‌شود. کرونیس و همکاران (۲۰۰۷) مطابق نتایج پژوهش خود، بیان کرده‌اند که آموزش والدین باعث کاهش مشکلات رفتاری در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و همچنین بهبود رفتارهای خانواده آنان گردیده است.

همچنین از آنجائیکه ممکن است کنترل رفتار زوجین و مدیریت آن بتواند به عنوان عاملی کمک کننده در چگونگی حل تعارضات و بهره بردن از زندگی پرثمر باشد احتمال دارد که آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین نه تنها برای ایجاد و یا ارتقا این امر بلکه در جهت کاهش علائم بیش‌فعالی کودک آنان نیز موثر باشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر میتوان به موارد زیر اشاره نمود:

این پژوهش در سازمان و نواحی ۳ و ۲ آموزش و پرورش اصفهان در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. لذا تعمیم نتایج به سازمان‌ها و نواحی دیگر و نیز در زمان‌های دیگر در سازمان و نواحی مذکور بایستی با احتیاط صورت گیرد.

۲- این پژوهش صرفاً بر روی کودکان سنین ۹-۴ سال صورت گرفت، لذا در تعمیم نتایج به سایر مقاطع سنی و پایه‌های تحصیلی باید احتیاط لازم صورت پذیرد.

۳- در این پژوهش، از آزمون پیگیری استفاده نشده است، اصولاً برای ارزیابی اثر طولانی مدت مداخلات، وجود آزمون‌های پیگیری ضروری به نظر می‌رسد زیرا دوره‌های پیگیری، شاخص دقیق‌تری از وضعیت بهبود افراد در جهت تثبیت و تداوم بهبود، به دست می‌دهد.

۴- پژوهش حاضر محدود به دوره ابتدایی می‌باشد و در تعمیم نتایج آن به دیگر مقاطع باید دقت بیشتری کرد. محل اجرای این پژوهش شهر اصفهان بوده و ممکن است در تعمیم نتایج تفاوت‌های فرهنگی نقش داشته باشند.

1. Cunningham

پیشنهاد میشود که در انجام پژوهش‌های آینده موارد زیر رعایت گردد:

سازمان آموزش و پرورش نواحی ۵ گانه استان اصفهان توجه بیشتری به علائم ADHD و همچنین میزان آن در بین دانش آموزان مدارس داشته باشند. با توجه به اینکه اختلال بیش فعالی قابل کنترل است و در صورت عدم تشخیص به موقع و مقابله با آن می‌تواند باعث ایجاد تأثیراتی بر روی عملکرد خانواده شود لذا به مدیران آموزش و پرورش توصیه می‌شود که در برنامه‌های آموزشی خود به معلمان مدارس چگونگی تشخیص و شناسایی علائم ADHD و همچنین تأثیرات آن را بر عملکرد خانواده آن دانش آموزان مورد بررسی قرار دهند.

به مدیران سازمان و نواحی ۵ گانه آموزش و پرورش اصفهان توصیه می‌شود با توجه به ارتباط اختلال بیش فعالی در محیط مدرسه و منزل با عملکرد خانواده آن دانش آموزان، مقدماتی فراهم کنند تا والدین این دانش آموزان مورد آموزش خانواده قرار گیرند، تا ضمن کسب اطلاع در مورد اختلال ADHD و تشخیص علائم آن، راهکارهای مقابله با این اختلال را فرا گیرند.

با توجه به تأثیر آموزش الگوی ارتباط زوجین در بر افزایش عملکرد خانواده و همچنین کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه- بیش فعالی به کلیه مشاوران و روانشناسان پیشنهاد می‌شود که با آموزش این مهارت‌ها به این کودکان از مشکلات آنان بکاهند.

می‌توان از آموزش الگوی ارتباط زوجین در سطوح بالاتر از سوم دبستان استفاده کرد تا کودکان با مهارت‌های کافی وارد مدرسه شوند.

با توجه به اینکه آموزش الگوی ارتباطی زوجین در سنین اولیه تأثیر بیشتر و پایدارتری بر کودکان دارد می‌توان با مطالعه و پژوهش‌های بیشتر در زمینه شناسایی هر چه زودتر کودکان آموزش خانواده را شروع و از مشکلات اجتماعی و تحصیلی آنان پیشگیری نمود.

پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آینده به غیر از والدین خواهرها و برادرها هم در حیطه‌ی آموزش و جلسات آن دخیل باشند چرا که گاهی اوقات مسائل و مشکلات آنان نیز می‌تواند مسائل کودکان بیش فعال را افزایش دهد.

پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آینده تشخیص افتراقی اختلال بیش فعالی از اختلال یادگیری مد نظر قرار گیرد زیرا که اشتباه گرفتن این دو اختلال با یکدیگر می‌تواند خود به یک عامل زیانبار در شناخت و یا حتی درمان این کودکان تبدیل شود. تعداد جلسات آموزشی بیش از ۱۰ جلسه باشد زیرا که برخی از والدین خواهان معلومات جانبی در خصوص شیوه‌های رفتار با فرزندانشان می‌باشند. اینکه تأثیرات دراز مدت آموزش الگوی ارتباطی زوجین بر میزان علائم کودکان دارای اختلال ADHD مورد بررسی قرار گیرد و بدین ترتیب جلسات درمان اضافه شود.

منابع

- بخاریان، ح. (۱۳۸۱)، بررسی ارتباط بین رضایت از زندگی زناشویی و بیماری‌های قلبی - عروقی، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.
- حمیدی، ف. (۱۳۸۴). بررسی ساخت خانواده، سبک دلبستگی در دختران فراری و اثربخشی خانواده درمانی و درمانگری حمایتی در تغییر آن‌ها، فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۱ (۱)، ۱۹-۲.
- خوشابی، ک.، قدیری، ف.، و جزایری، ع. ر. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر برنامه آموزش گروهی مدیریت والدین متناسب با فرهنگ ایرانی در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و مقایسه آن با داوردرمانی، فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۲ (۷)، ۲۶۹-۲۸۳.
- خوشابی، ک. پورا اعتماد، ح. (۱۳۸۱). بررسی میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه و اختلالات همراه آن در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران. گزارش تحقیقاتی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، تهران.
- شریفی، ف. (۱۳۸۳). عملکرد خانواده و بزهکاری نوجوانان، مجله رشد معلم، ۶، ۳۶ و ۳۷.

Avtgis, T. A. (1999). The relationship between unwillingness to communicate and family communication patterns. *Communication Research Reports* (Vol. 16, pp. 333-338). Taylor & Francis.

- Beels, C. C. (2002). Notes for a Cultural History of Family Therapy. *Family Process*, 41(1), 67–82.
- Bell, A. S. (2011). A critical review of ADHD diagnostic criteria: what to address in the DSM-V. *Journal of Attention Disorders*, 15(1), 3-10.
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham Jr, W. E., Williams, S. H., Baumann, B. L., Kipp, H., ... Rathouz, P. J. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology*, 43(1), 70-82.
- Chronis-Tuscano, A., Raggi, V. L., Clarke, T. L., Rooney, M. E., Diaz, Y., & Pian, J. (2008). Associations between maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(8), 1237-1250.
- Clark, R. D., & Shields, G. (1997). *Family communication and delinquency*. Adolescence, 32(125), 81–92.
- Coghill, D., Soutullo, C., Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M. and Buitelaar, J. (2008). Impact of Attention- Deficit hyperactivity Disorder on the Patient and Family: *Results from a European Survey*, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2:31.
- Cunningham, C. E., Bremner, R., & Boyle, M. (1995). Large Group Community-Based Parenting Programs for Families of Preschoolers at Risk for Disruptive Behaviour Disorders: Utilization, Cost Effectiveness, and Outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(7), 1141–1159.
- Cunningham, C. E., Davis, J. R., Bremner, R., Dunn, K. W., & Rzasa, T. (1993). Coping modeling problem solving versus mastery modeling: Effects on adherence, in-session process, and skill acquisition in a residential parent-training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 871.
- Goldding, S. T. (2002). *Family therapy: History, Theory, and practice*. Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall
- Hsu, C. (1998). Relationships between family characteristics and communication apprehension. *Communication Research Reports*, 15(1), 91–98.
- Jabarouti, R., Shariat, A., & Shariat, A. (2013). Effect of Persian classic poetry on the level of stress hormone in retired academicians. *Journal of Poetry Therapy*, 27 (1), 25-33.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183–207.
- Kanokwan, R., & Louthrenoo, O. Family functioning in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (2008). *ASEAN Journal of Psychiatry* _, 73-77.

- Kaslow, F. W. (2000). Continued evolution of family therapy: The last twenty years. *Contemporary family therapy*, 22(4), 357–386.
- Koerner, A. F., & Fitzpatrick, M. A. (1997). Family type and conflict: The impact of conversation orientation and conformity orientation on conflict in the family. *Communication Studies*, 48(1), 59–75.
- Krcmar, M. (1998). The contribution of family communication patterns to children's interpretations of television violence. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 42(2), 250–264.
- Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshall, D., ... Doyle, M. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy*, 27(1), 76–96.
- Opeshtain, M.D., and Gillberg, Christopher, M.D. (2001), The Family Background in Nervosa. *A Publication Study*.
- Pressman, L. J., Loo, S. K., Carpenter, E. M., Asarnow, J. R., Lynn, D., McCracken, J. T., ... Smalley, S. L. (2006). Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(3), 346–354.
- Schrodt, P. (2005). Family communication schemata and the circumplex model of family functioning. *Western Journal of Communication*, 69(4), 359-376.
- Schroeder, V. M., & Kelley, M. L. (2008). Associations between family environment, parenting practices, and executive functioning of children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 18(2), 227-235.
- Shariat, A., Shariat, A., Abedi, A., & Tamrin, S. B. M. (2014). Physical activity as a prescription for the children with cerebral palsy. 3(1), 1-8
- Shur-Fen Gau, S. (2007). Parental and family factors for attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children. *Australasian Psychiatry*, 41(8), 688–696.
- Smith, K. M., Freeman, P. A., & Zabriskie, R. B. (2009). An examination of family communication within the core and balance model of family leisure functioning. *Family Relations*, 58(1), 79–90.
- Taylor, E., Chadwick, O., Heptinstall, E., & Danckaerts, M. (1996). Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1213–1226.
- Wolraich, M. L., Wibbelsman, C. J., Brown, T. E., Evans, S. W., Gotlieb, E. M., Knight, J. R., ... Wilens, T. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: a review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 115(6), 1734–1746.