

اثر بخشی خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری بر مشکلات رفتاری کودکان خانواده‌های در معرض طلاق

نویسندگان: دکتر محمدباقر کجیاف¹، دکتر حمیدرضا عریضی¹،
دکتر شعله امیری¹ و رخساره کهنوجی^{2*}

1. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان
2. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

* E-mail: R.kahnoogi@gmail.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان خانواده‌های در معرض طلاق است. بدین منظور 24 زوج به شکل تصادفی از میان زوجینی که به علت مشکلات خانوادگی در خواست طلاق داشتند و جهت مشاوره و کمک به اداره بهزیستی مراجعه کرده بودند انتخاب شدند، و بصورت تصادفی در دو گروه 12 نفره (آزمایش و کنترل) جایگزین شدند. پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی کودکان خانواده‌ها اجرا و متغیر وابسته (مشکلات رفتاری کودکان) مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. گروه آزمایش طی 8 جلسه 90 دقیقه‌ای، مداخلات مبتنی بر خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری را دریافت نمودند. یافته‌ها نشان داد که مداخلات خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری احتمالاً بر رفتار کودکان موثر بوده و توانسته است مشکلات رفتاری آن‌ها را به طرز معناداری نسبت به گروه کنترل کاهش دهد.

کلید واژه‌ها: خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری، مشکلات رفتاری کودکان، خانواده‌های در معرض طلاق

• دریافت مقاله: 88/8/23

• پذیرش مقاله: 89/10/15

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Third Year, No.5
Oct.-Nov. 2011*

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال سوم - شماره 4

اردیبهشت 1390

مقدمه

نامیده می‌شود، یعنی شخصیت انسان در دوره کودکی شکل گرفته و این شدن و تحول کیفی در دوره‌های مختلف بعدی متکامل می‌گردد [1].
در میان عوامل اجتماعی زیادی که در تحول کودک سهم دارند، خانواده بدون شک از اهمیتی اساسی

دوره‌های زندگی انسان، در چرخه زندگی¹، یعنی از تولد تا مرگ، هر کدام از اهمیت خاصی برخوردار است، همچنان که اکثر روان‌شناسان و پژوهشگران روان‌شناسی معتقدند که دوره کودکی و نوجوانی از مهمترین دوره‌های زندگی بشر است و دوره‌ی «شدن»

1- life span

فرآیند طلاق، معمولاً وقایع متعدد تنش زایی را به دنبال دارد و این وقایع تنش را به نوبه‌ی خود خطر پیامدهای منفی عاطفی، رفتاری و بهداشتی را برای بچه‌ها افزایش می‌دهد. اولین اثرات منفی طلاق ممکن است سال‌ها پیش از جدایی نهایی و یا طلاق قانونی، رخ دهند. به علاوه تعارض‌های آشکار والدین ممکن است در بچه‌ها منجر به مشکلات رفتاری شود که به عنوان اثرات اولیه طلاق به حساب می‌آید [4].

ریچمن⁴ (1988) [5] واکنش‌های گوناگونی را نسبت به طلاق والدین در کودکان پیش دبستانی توصیف نموده است مانند احساس غم و اندوه، انزوا، اضطراب، بد اخلاقی، اضطراب شدید نسبت به جدایی از والد باقی، ترس از جدایی، کابوس، مشکلات تغذیه و خواب، او اشاره کرده است که پسرهایی که در کنار مادر می‌مانند بیشتر احتمال دارد که دچار مشکل شوند، به نظر او کودکان در رویارویی یا جدایی از والدین به گونه‌های متفاوت واکنش نشان می‌دهند. برخی خود را سرزنش می‌کنند، خشم شدیدی ممکن است نسبت به والد باقی ابراز شود، کودک ممکن است نسبت به سرنوشت والد غایب خود دچار اشتغال خاطر شود [3].

تحقیقات و مطالعات متعدد «بالدوین»⁵، «کالهام»⁶ و «برس»⁷ در سال 1999 نشان می‌دهد که بین فضای حاکم بر خانواده و مشکلات رفتاری کودکان⁸ رابطه وجود دارد. آنها بیان نمودند که افراط و تفریط در زمینه‌هایی چون پذیرش، توجه و مراقبت، آزادی و توقع و انتظار و تشویق و انجام کارهای نادرست و خلاف، نقش مهمی را در ایجاد مشکلات رفتاری کودکان ایفا می‌کند [6].

خانواده درمانی رفتاری⁹ درمان نسبتاً جدیدی است که ریشه در تحقیق و بررسی اصلاح اعمال فرزندان از سوی والدین دارد. خانواده درمانی با روش

برخوردار است. روابط بین کودک و والدین را می‌توان به عنوان نظام یا شبکه‌ای از عوامل و بخش‌هایی دانست که در واکنش‌های متقابل با یکدیگرند. در سال‌های اولیه تنها روابط موجود برای کودک، روابط او با والدینش است. کنش متقابل و روابط عاطفی بین نوزاد و والدین به انتظارها و واکنش‌های کودک در روابط اجتماعی آینده شکل می‌دهد. اعتقادات، ارزش‌ها و نگرش‌های فرهنگی توسط والدین پالایش و به صورتی منسجم به کودک ارائه می‌شوند. شخصیت، نگرش‌ها، طبقه اجتماعی - اقتصادی، عقاید مذهبی، تحصیلات و شغل پدر و مادر، در ارائه ارزش‌های فرهنگی و معیارهای آن بر فرزند تأثیر می‌گذارند. خانواده، کودک را برای قبول مسئولیت آگاه می‌سازد، به افکار، عواطف، اراده و فعالیت وی شکل خاصی می‌بخشد و او را اجتماعی می‌سازد، بدین معنی که از طریق الگوگیری و تمرین به او می‌آموزد که چگونه خود را با هنجارهای اجتماعی منطبق سازد [2].

بی شک در تعیین رفتار بارز و آشکار کودک، واکنش‌های عاطفی، ادراک، نگرش‌ها و ارزش‌های او، خانه و خانواده از اهمیت خاصی برخوردار است. خود پنداشت و احساس ارزشمندی کودک از نگرش اعضای خانواده نسبت به او، نشأت می‌گیرد. بنابراین آثار و نفوذ خانواده در رشد کودک بی شمار است. جو خانوادگی که شامل روابط والدین نسبت به فرزندان، فرزندان نسبت به یکدیگر و والدین نسبت به هم است، می‌تواند در ایجاد سازش کودک تسهیل کننده و یا بازدارنده باشد [2].

عوامل خانوادگی احتمالاً ظرفیت کودک را در رویارویی با استرس یا فشارهای روانی تحت تأثیر قرار می‌دهند. داغ‌دیدگی¹، جدایی²، طلاق³ و منازعات زناشویی از جمله استرس‌های شناخته شده دوران کودکی هستند که سلامت روانی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. کودکانی که از خانواده‌های آشفته و یا طلاق گرفته می‌آیند، دارای میزان بالاتری از مشکلات رفتاری و عاطفی هستند [3].

1- bereavement

3- divorce

5- Baldwin

7- Bress

8- children's behavioral problems

9- behavioral family therapy

2- separation

4- Richman

6- Kalham

سیگیولند⁴، رایسن⁵ و دیاموند⁶ (2005) اثربخشی خانواده درمانی شناختی - رفتاری و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب جدایی، ترسهای اجتماعی و اختلال اضطراب منتشر نوجوانان 12-18 را ساله مورد بررسی قرار دادند. نتایج پژوهش نشان داد که خانواده درمانی شناختی - رفتاری به همراه درمان شناختی - رفتاری نسبت به درمان شناختی - رفتاری به تنهایی در کاهش مشکلات نوجوانان 12-18 ساله موثرتر است [10].

وود⁷ و همکاران (2006) در خصوص اثربخشی خانواده درمانی شناختی - رفتاری در کاهش اختلال اضطرابی کودکان 6-13 ساله اشاره کرد. در این تحقیق دو شیوه درمانی خانواده درمانی شناختی - رفتاری و آموزشهای شناختی - رفتاری مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که هر دو شیوه درمان در بهبود علائم نقش داشته اند، ولی کودکان پس از خانواده درمانی شناختی - رفتاری بهبود بیشتری را نشان دادند و علائم به طور چشمگیری کاهش یافت [11].

ادموند⁸ (2003) معتقد است که کلاسهای آموزشی خانواده تأثیر معناداری بر نشانه‌های نقص توجه/ بیش‌فعالی و سلامت روانی مادران دارد. بارکه و همکاران⁹ (1998) بر روی 78 پسر سه ساله که بنا به ارزیابی مادران، نقص توجه/ بیش‌فعالی داشتند، پژوهشی انجام دادند که معلوم شد میزان بهبود در گروه آموزش والدین 53 درصد، گروه مشاوره والدین و گروه حمایتی 38 درصد و در گروه انتظار 25 درصد بوده است [12]. بارکلی و همکاران¹⁰ (1992) تأثیرات درمانی سه برنامه مبنی بر مشارکت خانواده به منظور درمان اختلال‌های رفتاری کودکان را به خانواده‌ها آموزش دادند. روشهای درمانی که شامل آموزش شیوه‌های

شناختی - رفتاری¹ نیز درمان نسبتاً جدیدی است، اگرچه در سراسر تاریخچه بر اهمیت افکار تأکید شده است از دهه 1970 به بعد، تلاش هماهنگی در کاربرد نظریه روشهای شناختی - رفتاری بر زوجها و خانواده‌ها صورت گرفته است [7].

در خانواده درمانی شناختی - رفتاری، بر آنچه اعضای خانواده می‌اندیشند و نیز نحوه رفتارکردن آنها توجه می‌شود و یکی از شایع‌ترین اشکال خانواده درمانی رفتاری و شناختی - رفتاری آموزش رفتاری به والدین است [7].

آموزش مدیریت والدین به شیوه‌هایی اشاره دارد که در آنها به پدر یا مادر یا هر دو برای تعامل به شیوه‌های متفاوت با کودکان آموزش داده می‌شود. آموزش مدیریت والدین برای تغییر الگوی مبادله‌های میان والدین و کودک طراحی شده است که به گونه‌ای رفتار جامعه‌پسندانه و نه رفتار زورگویانه مستقیماً در درون خانواده تقویت و حمایت شود. این کار مستلزم برنامه‌ریزی رفتارهای مختلفی از سوی والدین است. نظیر برقراری مقرراتی که کودک موظف به اجرای آنها می‌شود، ارائه تقویت مثبت برای رفتارهای درست، اندکی تنبیه برای متوقف کردن رفتارهای نادرست، و مذاکره برای رسیدن به توافق [8].

بسیاری از یافته‌های پژوهشی بر اثربخشی مداخلات خانواده درمانی شناختی - رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مانند اضطراب، پرخاشگری، بیش‌فعالی/ نقص توجه، ضعف تمرکز و اختلال کردار و ... مهر تأیید زده اند. در این میان می‌توان به مطالعه بجورنستاد² و مونتگومری³ (2005) اشاره کرد. این تحقیق نشان می‌دهد که خانواده درمانی بدون نیاز به دارو درمانی می‌تواند به مدیریت در رفتار کودکان و کنار آمدن با پریشانی و کاهش بیش‌فعالی/ نقص توجه کودکان در خانواده‌ها کمک کند [9].

1- cognitive- behavioral family therapy
2- Bjornstad
3- Montgomery
4- Sigueland
5- Rynn
6- Diamond
7- Wood
8- Edmond
9- Barke et al.
10- Barkley et al.

با توجه به میزان شیوع بسیار بالای اختلالات رفتاری در دوران کودکی و دوام این اختلالات تا بزرگسالی و تاثیراتی که این کودکان بر خانواده و جامعه می گذارند، لذا خانواده درمانی خانواده های دارای کودکان دشوار برای کاهش اختلالات رفتاری کودکان بسیار حائز اهمیت است.

با توجه به موارد ذکر شده هدف تحقیق حاضر بررسی اثر بخشی خانواده درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان خانواده های در معرض طلاق⁷ و پاسخگویی به سوال زیر است:
آیا خانواده درمانی شناختی - رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان خانواده های در معرض طلاق موثر است؟

روش

جامعه آماری و نمونه تحقیق

تحقیق مورد نظر از نوع شبه تجربی با پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. کلیه خانواده های در معرض طلاق شهرستان زرنند و فرزندان آنها که در سال 1385 בעلت مشکلات خانوادگی و مشاوره به بهزیستی شهرستان زرنند مراجعه کرده اند، جامعه آماری تحقیق حاضر را تشکیل می دهند. نمونه مورد مطالعه در این تحقیق 30 زوج بوده است که به صورت تصادفی از بین خانواده های در معرض طلاق انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه 15 نفره (آزمایش و کنترل) جایگزین شدند. ضمناً تعداد 3 نفر از آزمودنی ها به دلایل مختلف حاضر به ادامه همکاری نشدند، به منظور مساوی ساختن تعداد اعضاء گروهها 3 نفر از آزمودنیهای گروه کنترل به صورت تصادفی حذف شدند و هرگروه به 12 آزمودنی کاهش یافت و سرانجام 24 آزمودنی در دو گروه باقی ماندند.

ارتباط و مهارت های حل مسأله، شیوه های مدیریت رفتار کودک و خانواده درمانی بودند، منجر به کاهش معنادار ارتباط های منفی، تعارض و خشم کودکان گردید [12].

در پژوهشی دیگر گرجی (1383)، به نقل از میرزائیان، (1385) اثربخشی کاربرد تغییر رفتار در والدین، معلمان و ترکیبی از والدین و معلمان در کاهش نشانه های اختلال نقص توجه / بیش فعالی را بررسی کرد. یافته های بدست آمده نشان داد که آموزش روش های اصلاح رفتار به والدین، معلمان و والدین و معلمان به طور همزمان کاهش معناداری در نشانه های نقص توجه / بیش فعالی دانش آموزان ایجاد نکرده است [12].

لوک¹، گرانک²، فورسبرگ³ و هول⁴ (2006) اثربخشی خانواده درمانی بر اختلال بی اشتها بی روانی کودکان و نوجوانان را مورد بررسی قرار دادند. بعد از مداخلات درمانی نتایج نشان داد که خانواده درمانی برای کودکان با اختلال بی اشتها بی روانی بهبود بیشتری را در برداشت [13].

فالون⁵ (1991) معتقد است که خانواده درمانی رفتاری در درمان اختلالات سلوکی دوران کودکی و نوجونی فواید خاصی دارد. این رویکرد در ترکیب با فرایندهای شناختی، در اداره بسیاری از مشکلات روانی بزرگسالی نظیر افسردگی سودمند است [14].

برد⁶ (1996) در نگاهی کلی، با مرور مطالعات همه گیرشناسی کشورهای مختلف پس از سال 1980 تخمین می زند که بر اساس ویراست سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی 12/4 تا 51/3 درصد از کودکان 6 تا 18 ساله، اختلالی قابل تشخیص دارند [15].

مطالعات نشان می دهند که مشکلات هیجانی و رفتاری دوران کودکی را باید بسیار جدی تلقی نمود، چرا که غالباً مشکلات بعدی، از دوران کودکی آغاز شده و یا تداوم می یابند [16].

1- Lock
3- Forsberg
5- Fallon
7- divorcing families

2- Grange
4- Hewell
6- Bard

ابزار تحقیق

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) بوده که توسط مهریار ترجمه و تطبیق شده است. این پرسشنامه دارای دو فرم ویژه والدین (112سؤالی) و مربیان (87سؤالی) می‌باشد که شامل موارد بیش فعالی / نقص توجه، اختلال ضدیت و نافرمانی، اختلال رفتاری یا کردار، اضطراب، روان آزدگی‌های کودکان، اسکیزوفرنی، اختلال عاطفی، اختلال در خودماندگی و ترسهای مرضی اجتماعی می‌باشد. هر یک از سوال‌های این پرسشنامه دارای 4 گزینه ی هرگز، گاهی، اغلب و بیشتر اوقات است. برای هرگز و گاهی نمره صفر، اغلب و بیشتر اوقات نمره یک در نظر گرفته می‌شود. سوالهای 32 تا 41 گزینه گاهی نیز نمره 1 در نظر گرفته می‌شود. همبستگی بالایی بین این پرسشنامه و چک لیست رفتاری کودکان آچنباخ و ادلبروک 1983 گزارش شده است [6]. ضریب پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ، توسط شریعت زاده (به نقل از گلجانی، 1384) برای کل پرسشنامه 0/92 و برای خرده مقیاس‌ها بین 0/72 تا 0/92 به دست آمده است [17]. همچنین این آزمون توسط امیرهوشنگ مهریار مورد بازآزمایی قرار گرفته و اعتبار و پایایی بالایی گزارش شده است [6]. اعتبار صوری و اعتبار محتوای این پرسشنامه توسط 5 روانپزشک در انستیتوروانپزشکی تهران مورد تایید قرار گرفته است. [18].

روش اجرای پژوهش

آزمودنی‌های گروه کنترل و آزمایش فرم ویژه والدین پرسشنامه CSI-4 را برای فرزندانشان تکمیل کردند. پس از اجرای پیش آزمون، مداخله فقط بر روی گروه آزمایش اجرا گردید و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکردند و در لیست انتظار برای درمان قرار گرفتند. نمونه‌های گروه آزمایش (دو والد) در 8 جلسه خانواده درمانی شناختی - رفتاری شرکت کردند.

آزمودنی‌ها پس از پایان جلسه هشتم پرسشنامه CSI-4 را مجدداً تکمیل نمودند.

عناوین جلسات خانواده درمانی شناختی - رفتاری انجام شده بصورت زیر است:

| جلسه | عنوان |
|-------|--|
| اول | آشنایی با مفهوم مشکلات رفتاری کودکان و توضیح روش و اهداف جلسات |
| دوم | آموزش تقویت مثبت، قرارداد مشروط و خاموشی رفتار |
| سوم | آموزش شکل‌دهی رفتار و تقابل، رفتار نظیر به نظیر |
| چهارم | آموزش تن آرامی و تصویر سازی ذهنی |
| پنجم | حساسیت زدایی منظم |
| ششم | آموزش مهارت‌های ارتباطی |
| هفتم | آموزش حل مسأله |
| هشتم | شناسایی تحریفات شناختی و اسناد |

شیوه تحلیل داده‌ها

در پژوهش برای کنترل نمرات پیش آزمون از روش تحلیل کوواریانس استفاده شده است و برای انجام عملیات آماری از نرم افزار spss استفاده شده است.

نتایج

میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در جدول 1 ارائه شده است.

همانطور که در جدول 1 مشاهده می‌شود، میانگین نمرات اختلالات رفتاری گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون سیر نزولی دارد و میانگین در مرحله پس آزمون کمتر از میانگین در مرحله پیش آزمون است.

نتایج پیش فرض همگنی واریانس نمرات اختلالات رفتاری کودکان با توجه به متغیرهای مورد مطالعه در آزمون لوین در جدول 2 ارائه داده شده است.

جدول 1. میانگین و انحراف معیار نمرات اختلالات رفتاری کودکان در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

| گروه کنترل | | | گروه آزمایش | | | گروهها |
|--------------|---------|-------|--------------|---------|-------|------------|
| انحراف معیار | میانگین | تعداد | انحراف معیار | میانگین | تعداد | شاخص متغیر |
| 6/141 | 43/916 | 12 | 7/357 | 44/166 | 12 | پیش آزمون |
| 3/753 | 41/500 | 12 | 7/043 | 36/166 | 12 | پس آزمون |

خرده مقیاس‌ها در مرحله پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است. به عبارت دیگر خانواده درمانی شناختی- رفتاری، علائم بیش فعالی/ نقص توجه، اختلال کرار، اضطراب، اختلال عاطفی، ترس‌های مرضی - اجتماعی و روان آزرده‌گی را در مرحله پس آزمون کاهش داده است. میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در خرده مقیاس‌های ضدیت و نافرمانی و در خود ماندگی بیشتر از میانگین گروه کنترل است و تفاوت بین میانگین نمرات در این خرده مقیاس‌ها معنادار نیست. در خرده مقیاس اسکیزوفرنی هیچ کدام از خانواده‌ها علائم آن را در کودکانشان مشاهده نکرده بودند.

به منظور مهار تأثیر اجرای پیش آزمون بر نتایج نمرات پس آزمون از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات اختلالات رفتاری کودکان در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون در جدول 4 ارائه شده است.

جدول 2. پیش فرض همگنی واریانس نمرات اختلالات رفتاری کودکان با توجه به متغیرهای مورد مطالعه در آزمون لوین

| متغیرها | معنی داری | درجه آزادی | F |
|---------|-----------|------------|-------|
| گروهها | 0/612 | 22 | 0/264 |

نتایج جدول 2 نشان می‌دهد که پیش فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌گردد به عبارت دیگر تفاوت معنی داری بین واریانس نمرات اختلالات رفتاری کودکان گروه‌های مورد مطالعه وجود ندارد.

در جدول 3، میانگین و معناداری نمرات خرده مقیاس‌های پرسشنامه CSI-4 در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است.

همانطور که نتایج جدول 3 نشان می‌دهد، میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در خرده مقیاس‌های بیش فعالی/نقص توجه، اختلال کردار، اضطراب، اختلال عاطفی، ترس‌های مرضی - اجتماعی و روان آزرده‌گی کمتر از میانگین گروه کنترل است. همچنین تفاوت بین میانگین‌های نمرات این

جدول 3. میانگین و معناداری نمرات خرده مقیاس‌های پرسشنامه CSI-4 در پس آزمون و پیش آزمون

| معناداری | تعداد | گروه کنترل | | گروه آزمایش | | خرده مقیاس‌های CSI-4 |
|----------|-------|------------|-----------|-------------|-----------|------------------------|
| | | میانگین | | میانگین | | |
| | | پس آزمون | پیش آزمون | پس آزمون | پیش آزمون | |
| 0/000 | 12 | 15/083 | 14/781 | 13/083 | 13/386 | بیش فعالی - نقص توجه |
| 0/271 | 12 | 3/750 | 4/134 | 4/250 | 3/866 | ضدیت و نافرمانی |
| 0/003 | 12 | 0/916 | 0/664 | 0/833 | 1/086 | اختلال کردار |
| 0/000 | 12 | 4/666 | 4/732 | 3/750 | 3/684 | اضطراب |
| 0/001 | 12 | 10 | 9/082 | 7/250 | 8/082 | اختلال عاطفی |
| 0/000 | 12 | 2/666 | 2/606 | 1/750 | 1/811 | ترس‌های مرضی - اجتماعی |
| 000 | 12 | 0000 | 0000 | 0000 | 0000 | اسکیزوفرنی |
| 0/155 | 12 | 3/333 | 3/959 | 4/666 | 4/041 | در خود ماندگی |
| 0/020 | 12 | 1/166 | 1/142 | 0/500 | 0/525 | روان آزرده‌گی |

جدول 4. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات اختلالات رفتاری کودکان پس از کنترل متغیر پیش‌آزمون در پس‌آزمون

| منبع تغییرات | متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | مجذور اتا | توان آماری |
|--------------|--------------|---------------|------------|-----------------|---------|----------|-----------|------------|
| پیش‌آزمون | پس‌آزمون | 582/381 | 1 | 582/381 | 103/394 | 0/001 | 0/831 | 1/000 |
| گروهها | پس‌آزمون | 182/961 | 1 | 182/961 | 32/482 | 0/001 | 0/607 | 1/000 |

در این پژوهش تلفیقی از خانواده‌درمانی رفتاری (آرامسازی، تقویت رفتار، حساسیت‌زدایی منظم) و شناختی (آموزش حل‌مسأله و شناسایی تحریفات شناختی) بر اختلالات رفتاری کودکان خانواده‌های در معرض طلاق مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که خانواده‌درمانی شناختی - رفتاری اختلالات رفتاری کودکان از جمله بیش‌فعال/نقص توجه، اختلال کردار، اضطراب، ضعف تمرکز و ... را در مرحله پس‌آزمون کاهش می‌دهد. این یافته‌ها با بسیاری از یافته‌هایی که خانواده‌درمانی، خانواده‌درمانی رفتاری و شناختی - رفتاری را برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان به کار برده‌اند، همخوانی دارد. به عنوان مثال می‌توان به تحقیقات بچورنستاد و مونتگومری [9] و لوک و همکاران [13] در زمینه اثربخشی خانواده‌درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان اشاره کرد. در تأیید اثربخشی خانواده‌درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان می‌توان به تحقیقات وود و همکاران [11]، سیگیولند و همکاران [10] اشاره کرد که با پژوهش حاضر همخوانی دارد.

همچنین نتایج این پژوهش با پژوهش‌های بارکلی و همکاران (1992) [12] و ادموند (2003) [12] همخوانی دارد. می‌توان نتیجه گرفت که آموزش استفاده از اصول تغییر رفتار به مادران و خانواده‌ها مانند: تقویت، اقتصاد ژتونی، یادگیری مشاهده‌ای، محروم‌سازی، جریمه کردن منجر به بهبود رفتارهای مورد قبول کودکان و کاهش مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان می‌شود.

همچنین، نتایج این پژوهش، با پژوهش گرجی (1383) [12] بر روی چهار گروه ده نفری (گروه آموزش والدین، آموزش معلمان، آموزش معلمان و والدین و گروه گواه) همخوانی ندارد، زیرا از لحاظ نمونه آماری این دو پژوهش متفاوت بوده و احتمالاً روشهای اصلاح رفتار والدین متفاوت از روشهای خانواده‌درمانی شناختی - رفتاری بوده است.

همانطور که نتایج جدول 4 نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات اختلالات رفتاری کودکان در مرحله پس‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش معنادار است ($P < 0/001$). به عبارت دیگر خانواده‌درمانی شناختی - رفتاری، اختلالات رفتاری کودکان را در مرحله پس‌آزمون کاهش داده است. میزان تأثیر درمان در مرحله پس‌آزمون 0/607 بوده است و توان آماری نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمایش این فرضیه کافی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

خانواده مرکز دنیای کودک و حس هویت اوست. در خانواده است که نخستین روابط وابستگی به وجود می‌آید و الگوهای زندگی آینده اعم از خوب یا بد شکل می‌گیرند. بنابراین آنچه در مورد درک کودکان مبتلا به مشکلات هیجانی و رفتاری اهمیت حیاتی دارد این است که آنها را در متن خانواده مورد توجه قرار دهیم و برای اینکه این کار با موفقیت انجام گیرد باید در هنگام برنامه‌ریزی درمانی به خانواده‌ها اندیشید.

طی سالهای اخیر ساختار خانواده در بسیاری از جوامع تغییر کرده است. زندگی خانواده از ثبات کمتری برخوردار است و بیشتر پیوندهای زناشویی در حال فروپاشی است و والدین بیشتر در مسائل خود غرق هستند و این تعارضات و نارضایتی از زندگی زناشویی مشکلات فراوانی برای کودکان به وجود می‌آورد که از آن جمله مشکلات رفتاری کودکان است که در بسیاری از کودکان در سالهای اولیه زندگی معمولاً از بین می‌روند، اما گروهی از کودکان وجود دارند که در آنها مسائل دوام می‌یابند. این مسائل مخصوصاً زمانی که از شدت کافی برخوردار باشند و کودک در روابط اجتماعی خود مشکلاتی داشته باشد تا دوره‌های بعدی زندگی کودک دوام می‌یابد که لزوم توجه به مشکلات رفتاری کودکان اهمیت خاص پیدا می‌کند.

4. آما، تو، یل ر (1380) پیامدهای طلاق برای کودکان و بزرگسالان، ترجمه مهناز محمدی زادگان. تهران: انتشارات سازمان انجمن اولیاء و مربیان.

5. Richman, N. (1988) The family in problem of preschool children, John Wiley. PP.1-12.

6. کاویان، رؤیا (1381) بررسی رابطه بین رضایت زناشویی والدین و بروز اختلالات رفتاری کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.

7. گلادینگ، ساموئل (1382) خانواده درمانی، تاریخچه، نظریه و کاربرد، ترجمه فرشید بهاری و دیگران. تهران: انتشارات ترکیه.

8. کازدین، آلن ای. (1384) روان درمانی کودک. ترجمه‌ی حسن تونزنده جانی و محمدعلی فناویزچی. مشهد: انتشارات سنبله.

9. Bjornstand, G & Montgomery, P. (2005) Family therapy for attention deficit disorder or attention deficit/ hyperactivity disorder in children and adolescents. Cochrance Database Syst rev. vol35:pp.1469-1493.

10. Sigueland, L. Rynn, M. & Diamond, G.S. (2005) Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents, Journal of Anxiety disorders. vol19:PP. 361-381.

11. Wood, J, Piacentini, J. Southam Gerow, M. & Sigman, M. (2006) Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders, Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatri. vol 46:pp. 314-321.

12. میرزائیان، بهرام. احدی، حسن. پاشا شریفی، حسن و آزاد، حسین (1385) تأثیر آموزش مهارت‌های کنترل کودک به مادران بر کاهش علائم اختلال نقص توجه/ بیش فعالی کودکان و افسردگی مادران. فصلنامه دانش و پژوهش دانشگاه آزاد خوراسگان اصفهان، سال 80، شماره 29، صص 102-81.

13. Lock, J. Grange, L. Forsberg, S. & Hewell, K. (2006) Is family therapy useful for treating children with anorexia nervosa, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. vol46:pp.1323-1329.

14. مینوچین، سالوادور (1373) خانواده و خانواده درمانی، ترجمه باقر ثنائی. تهران: انتشارات امیرکبیر.

15. شرودر، کارولین اس؛ گوردون، بتی ان. (1384) سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی. ترجمه‌ی مهرداد فیروزبخت. تهران: نشر دانژه.

16. Wattie, B. (2003). The importance of mental health of children. Canadian Mental Health Association, ontario.

17. گلجانی، زهرا (1384) بررسی روانسنجی پایان نامه‌های کارشناسی ارشد و دکترا دانشگاه‌های تهران. پایان نامه کارشناسی روانشناسی، دانشگاه شاهد تهران، دانشکده علوم انسانی.

18. Gadow, K. D; Nolan, E. E; Sprafkin, J. (1991). A procedure for assessing the effect of methylphenidate on hyperactive children in public school setting. Journal of Clinical Child Psychology. 20. 268-276.

در خانواده درمانی رفتاری، بر تغییرات رفتار از طریق اصلاح پیش آینده‌ها و پیامدهای یک عمل تأکید می‌شود. به اصلاح پیامدها توجه خاصی می‌شود و بر رفتار نامطلوب و تشدید رفتار مثبت تأکید می‌گردد. همچنین خانواده درمانی شناختی - رفتاری در برخورد با مشکلات کودکان از جمله مشکلات رفتاری آنها از طریق تغییر در افراد درون خانواده و همچنین تغییر دادن سبک تعاملات خانوادگی فواید قابل توجهی از خود نشان می‌دهد و بر اصلاح باورهای غیرعقلانی و رفتارهایی که با این باورها همراهند، تأکید می‌کند و خانواده درمانی شناختی - رفتاری به علت در نظر گرفتن افراد درون خانواده و سبک تعاملات آنها نسبت به درمان شناختی - رفتاری به تنهایی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان موثرتر است، این یافته با یافته‌های وود و همکاران [11]، سیگیولند و همکاران [10] همسو می‌باشد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش انتخاب جامعه آماری و شیوه نمونه‌گیری، خانواده‌های مراجعه کننده به اداره بهزیستی در سال 85 بود. همچنین عدم شرکت کودکان در جلسات خانواده درمانی می‌تواند محدودیت دیگر پژوهش باشد. بنابراین تعمیم این نتایج به سایر خانواده‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. محدودیت دیگر این پژوهش این است که پرسشنامه به کار گرفته شده در این پژوهش از نظر اعتبار ضعیف بوده به همین دلیل باید در تعمیم یافته‌های این پژوهش احتیاط کرد.

در پایان پیشنهاد می‌شود که دوره‌های خانواده درمانی شناختی - رفتاری طولانی مدت تر و با تأکید بیشتر بر چگونگی ارتباط والدین و کودکان برای خانواده‌های دارای کودکان دبستانی و پیش دبستانی که به علت مشکلاتی در حال جدایی می‌باشند برگزار گردد. این کار از بروز بسیاری از مشکلات رفتاری، تحصیلی و شخصیتی کودکان در آینده جلوگیری کرده و موجب ارتقاء سلامت کودکان و در نتیجه جامعه می‌شود.

منابع

1. موثقی، هایده (1380) روان شناسی بازی. کرج: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی کرج.
2. احدی، بتول. حجازی، الهه و به پژوه احمد (1383) رضامندی زناشویی، ابزار هیجان والدین و مشکلات عاطفی - رفتاری کودکان، مجله روان شناسی 29 سال 8، شماره 1، صفحه 54-52.
3. کلانتری، مهرداد (1372) شناخت و درمان مشکلات رفتاری کودکان، اصفهان: انتشارات کنکاش.