

مقاله پژوهشی

اثربخشی خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری بر عملکرد خانواده زوجین، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر آنها

نجمه حمید*، سحر صیاد**، علی اصغر فیروزی***

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۳/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۲۶

چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری بر عملکرد خانواده زوجین، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر آنها در مقطع متوسطه سال اول تا چهارم دبیرستان نواحی چهارگانه آموزش و پرورش اهواز در سال‌های ۱۳۹۷-۱۳۹۵ بود. از میان دانش‌آموزانی که یک انحراف معیار کمتر از میانگین در پرسشنامه سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی کسب کردند و عملکرد تحصیلی ضعیف داشتند، تقاضا شد به والدین خود اطلاع دهند تا در صورت تمایل به کلینیک تخصصی پرتو (مربوط به محقق) جهت مصاحبه بالینی و شرکت در پژوهش مراجعه کنند. براساس مصاحبه بالینی، پرسشنامه عملکرد خانواده و متغیرهای موردنظر در پژوهش مانند سن، طول مدت ازدواج، وضعیت اجتماعی اقتصادی، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد جسمانی، تعداد ۱۲۱ والد انتخاب و به‌طور تصادفی تعداد ۴۰ زوج کاملاً هم‌تا سازی شده والدین دانش‌آموزان به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه ارزیابی عملکرد خانواده (ابشتاین، ۱۹۹۳)، پرسشنامه سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی (سینها و سینگ، ۱۹۹۳) و شاخص عملکرد تحصیلی برای هر مقطع تحصیلی (معدل کل نمرات همان سال به انضمام معدل کل نمرات سال‌های گذشته) به‌عنوان عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان بوده است. گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری دریافت کردند، درحالی‌که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. در صورت لزوم، دانش‌آموزان والدین گروه آزمایش در جلسات خانواده‌درمانی شرکت جستند، اما دانش‌آموزان والدین گروه کنترل مانند والدین خود تحت مداخله درمانی قرار نگرفتند، لیکن جهت ملاحظات اخلاقی، پس از خاتمه پژوهش به‌مدت سه جلسه همراه والدین خود، مداخله خانواده‌درمانی را دریافت کردند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان آنها وجود داشت ($p < 0.001$). در گروه آزمایش، عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان به‌طور معنی‌داری نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل افزایش یافته بود. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که خانواده‌درمانی مبتنی بر الگوی شناختی- رفتاری بر بهبود عملکرد خانواده زوجین، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر دبیرستانی آنها مؤثر بوده است.

واژگان کلیدی: خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری، عملکرد خانواده، سازگاری، عملکرد تحصیلی.

* دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول) n.hamid@scu.ac.ir

** دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

*** دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۱. مقدمه

خانواده مهم‌ترین نهاد در تاریخ بشری است که عملکرد آن بستر تکوین، رشد و بالندگی عاطفی، اجتماعی و سرزندگی را برای اعضای خود فراهم می‌سازد. بهنجاری و نابهنجاری جامعه در گرو شرایط عمومی خانواده‌ها بوده و هیچ یک از آسیب‌های اجتماعی فارغ از تأثیر خانواده پدید نمی‌آید. به همین دلیل نیز هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند مگر آن‌که از خانواده‌های سالم برخوردار باشد. خانواده اولین آموزشگاهی است که فرد آن را تجربه می‌کند و غنا و محتوای آموخته‌های او ارتباط مستقیمی با عملکرد و محتوای محیط خانواده وی دارد. این عملکرد نه فقط دربرگیرنده عواملی از قبیل امکانات رفاهی خانواده و تحصیلات والدین است، بلکه شامل رشد اخلاقی خانواده، نحوه برقراری ارتباط بین اعضاء، مناسب بودن مقررات خانواده، تقسیم نقش‌ها، نحوه برخورد اعضاء خانواده با مشکل (حل مسأله)، ابراز عواطف، رفع نیازهای عاطفی و غیره نیز می‌شود (نیکولایو، بارانوا و پچنوو، ۲۰۱۶). عملکرد یا کارایی خانواده تلاشی سازمان‌یافته برای ایجاد و تداوم تعادل در خانواده است. خانواده دارای عملکرد مناسب، به‌عنوان یک منظومه منسجم و باز است که اعضای آن افزون بر این‌که از جنبه عاطفی به هم پیوند خورده‌اند باین‌وجود برای تقویت هویت فردی و فراهم نمودن شرایط و بستری مناسب برای سلامت روان‌شناختی، سازگاری اجتماعی و رشد و بالندگی تلاش می‌کنند (نگ، هوبنر و هیلز، ۲۰۱۵). عملکرد خانواده نقش مهمی در رشد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی اعضاء خود ایفا می‌کند و سیستمی است که اعضاء آن با یکدیگر در تعامل و رابطه دیالکتیکی هستند و بر هم تأثیر می‌گذارند. تعاملات و الگوهای مرادده‌ای و عملکردی که میان اعضاء خانواده جاری است، عملکرد خانواده را به‌وجود می‌آورد. عملکرد مطلوب خانواده بیانگر آن است که تعاملات بین اعضاء خانواده در جهت نیل به اهداف متعالی خانواده مؤثر و سودمند است. عملکرد خانواده یکی از متغیرهایی است که اوضاع و شرایط خانواده را در حوزه‌های مختلف ارزیابی می‌کند و نشان‌دهنده توانمندی خانواده در هماهنگی با تغییرات ایجادشده در طول حیات، رعایت حدومرزشها، اجرای قانون خانواده و الگوهای انضباطی و خودکنترلی است (محسنی، چیم، پانافی و منصور، ۱۳۹۰). عملکرد خانواده

۱. Nikolaev, Baranova, Petunova

۲. Ng, Huebner & Hills

تعیین‌کننده سلامت روانی خانواده و هر یک از اعضای آن می‌باشد. عملکرد مطلوب خانواده باعث شکل‌گیری احساسات مثبت نسبت به همسر می‌شود؛ اما عملکرد نامطلوب خانواده موجب خشم، خصومت و نهایتاً ضعف سیستم ایمنی بدن شده و زمینه ابتلا به بیماری‌های جسمانی، روانی و حتی سرطان و سکته را در اعضای آن، فراهم می‌کند (سدرابایوم^۱، هی^۲، فیولجینی^۳، سولیوان^۴، کراویوس^۵، امیوتا^۶، پل^۷، ۲۰۱۷). بنابراین، توجه به خانواده و تلاش در جهت رفع مشکلات و معضلات این سازمان بنیادی، می‌تواند نویدبخش جامعه‌ای ارزشمند و متعالی باشد، زیرا خانواده تأثیر مستقیمی بر بهداشت روان و متقابلاً عملکرد تحصیلی فرزندان دارد (دماریز، ۲۰۱۰ و عسکری، ۲۰۱۹). اختلالات جدی هیجانی و رفتاری، به مجموعه اختلالاتی اطلاق می‌شود که توانایی کودکان برای عملکرد مناسب اجتماعی، تحصیلی و هیجانی را مختل می‌سازد (هاستون^۸ و کارپنتر^۹، ۲۰۰۷). درواقع، اختلالات عاطفی و رفتاری می‌تواند مشکلات تحصیلی متعددی برای دانش‌آموزان ایجاد کند. شیوع ۶ تا ۱۰ درصدی این اختلالات در بین کودکان سنین مدرسه در کشورهای مختلف و مزمن و پایدار شدن آن‌ها، مرتبط بودن موضوعاتی مانند ارتکاب جرائم، گرایش به انجام رفتارهای پرخطر نشان از اهمیت این موضوع دارد (مانوزا^{۱۰}، کلاین^{۱۱}، بسلر^{۱۲}، مالوری^{۱۳} و لاپانولا^{۱۴}، ۱۹۹۸؛

-
۱. Cederbaum
 ۲. He
 ۳. Fulginiti
 ۴. Sullivan
 ۵. Krauss
 ۶. Amutah
 ۷. Pohle
 ۸. Huston
 ۹. Carpenter
 ۱۰. Mannuza
 ۱۱. Klein
 ۱۲. Bessler
 ۱۳. Mallory
 ۱۴. Lapanula

هالاها^۱ و کافمن^۲، ۲۰۰۳ به نقل از سدربايوم و همکاران، ۲۰۱۷). خانواده و عملکرد کلی آن نقش کلیدی در میان عوامل همه‌جانبه تأثیرگذار بر میزان سازگاری فرزندان دارد و به‌عنوان مهم‌ترین متغیر در پیش‌بینی کنندگی ناسازگاری دانش‌آموزان شناخته شده است. از سوی دیگر، میان سازگاری رفتاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان رابطه معنی‌دار معکوسی گزارش شده است. به‌عبارت‌دیگر، اختلال رفتاری و اشکال در مکانیسم سازگاری دانش‌آموزان با کاهش تمرکز، حافظه کاری و افت عملکرد تحصیلی همراه است (تونگ و کوه^۳، ۲۰۱۷). در نتایج پژوهشی آمده است که سبک رفتاری مستبدانه در خانواده با بروز افسردگی، اضطراب، عدم‌کفایت اجتماعی، پیشرفت تحصیلی ضعیف، رفتارهای بزهکارانه، مصرف مواد مخدر و اختلال سلوک رابطه دارد (ماتیجسن^۴ و کوت^۵ و ورهولتست^۶، ۱۹۹۸). میزان ناسازگاری و افت عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان خانواده‌های با عملکرد خانواده ضعیف در مقایسه با گروه کنترل، به‌طور معنی‌داری، بالاتر گزارش شده است (کاترینا^۷، ایلیس^۸، پلیوت^۹، پان^{۱۰}، ۲۰۱۶). در یک پژوهش انجام‌شده، نتایج حاصل نشان داد که کودکان موجود در خانواده با فشار روانی بالا و عملکرد ضعیف، از لحاظ رشد عاطفی و سازگاری روانی، در مقایسه با گروه کودکان متعلق به خانواده‌های با عملکرد مطلوب، دچار کمبود بوده و شرایط نابسامان خانواده آن‌ها، موجب اشکال در فرایند توجه و تمرکز، کارکردهای اجرایی و در نتیجه، عملکرد تحصیلی ضعیف در آنان خواهد شد (ماساریک^{۱۱}، کانگر^{۱۲}، ۲۰۱۷). در

-
۱. Hallahan
 ۲. Kauffman
 ۳. Tang, Koh
 ۴. Mathijssen
 ۵. Koot
 ۶. Verhulst
 ۷. Katrina
 ۸. Ilies
 ۹. Pluut
 ۱۰. Pan
 ۱۱. Masarik
 ۱۲. Kanger

مشخص شد، افرادی که شاهد دعوی سخت والدین در سطح کلامی، لفظی و جسمی بودند در روابط با دیگران به مقدار زیاد چنین رفتارهایی را از خود بروز می‌دادند (ماساریک و کونگر، ۲۰۱۷).

درمانگران، خانواده‌درمانی را با هدف کمک به بهبود تعامل افراد به‌کار می‌برند، به همین دلیل نیز مراجع را از خانواده جدا ندانسته بلکه سامانه خانواده را با هر یک از اعضای آن مورد هدف قرار داده و درمان می‌کنند. در خانواده‌درمانی مبتنی بر الگوی شناختی- رفتاری از اصول یادگیری و روش‌های مربوط به آن برای تغییر رفتار استفاده می‌شود. در فرایند درمان خانواده با روش شناختی رفتاری، باورداشت‌های غلط اعضای خانواده که موجب هیجان‌های منفی و رفتار نادرست می‌شود و تعاملات ناسازگار را شکل می‌دهد، شناسایی شده و اصلاح خواهند شد. اعضای خانواده، تعاملات صحیح و مبتنی بر باورهای واقع‌بینانه و عقلایی را فرامی‌گیرند. همچنین رفتارهای مؤثری که موجب تعامل مناسب میان اعضای خانواده شده، به آن‌ها آموزش داده می‌شود. خانواده‌درمانی مبتنی بر الگوی شناختی- رفتاری، رویکردی فعال و همه‌جانبه‌نگر است و بر فعال بودن هر یک از اعضای خانواده در فرایند درمان تأکید دارد. درمانگر خانواده با به‌کارگیری اصول یادگیری، شناختی و رفتاری، زمینه رشد و تقویت رفتارهای مطلوب را به خانواده آموزش می‌دهد (مالکی^۲ و همکاران، ۲۰۱۷).

براساس پژوهش‌های تجربی به‌کارگیری خانواده‌درمانی مبتنی بر الگوی شناختی- رفتاری بیشترین تأثیر را در بهبود بیماری‌های روانی و مشکلات خانوادگی دارد. در این روش درمانی، نگرش فرد نسبت به خانواده و شیوه تعامل میان اعضای خانواده به‌عنوان عناصر شناختی در نظر گرفته می‌شود و مشکل فرد و خانواده وی، محور اصلی فرایند درمان را تشکیل می‌دهد (نیکولز^۳ و شوارتز^۴، ۱۹۹۸). (آلان کر^۵، ۲۰۰۱). سویج^۶ و همکاران (۲۰۰۹)، در پژوهشی به بررسی پیامدهای

۱. Masarik, & Conger

۲. Maleki

۳. Nichols

۴. Schwarts

۵. Alan Carr

۶. Suveg

بالینی افراد تحت درمان انفرادی شناختی- رفتاری (ICBT^۱) و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر خانواده (FCBT^۲) در درمان نوجوانان ناسازگار پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر خانواده، به‌طور معنی‌داری موجب کاهش نشانه‌های ناسازگاری و اختلالات رفتاری در کودکان و والدین آن‌ها شده و عملکرد خانواده را افزایش داده است. در پژوهشی که توسط ماکفرسون^۳، وینستاین^۴، هنری^۵، وست^۶ (۲۰۱۶) انجام شد، نتایج حاصل آشکار ساخت که به‌کارگیری خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری موجب افزایش عملکرد خانواده و کاهش علائم بالینی و اختلالات روان‌شناختی موجود در اعضای خانواده شده است. همچنین نتایج این تحقیق نشان داد که عملکرد مطلوب خانواده، تأثیر مثبت معنی‌داری بر کاهش علائم روان‌شناختی و نوسانات خلقی دانش‌آموزان دارد و موجب افزایش سازگاری و عملکرد تحصیلی آن‌ها شده است. با توجه به تأثیر مهم عملکرد خانواده بر سازگاری رفتاری و متقابلاً عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان، استفاده از فنون خانواده‌درمانی به‌ویژه رویکرد شناختی رفتاری، موجب اصلاح باور داشت‌های غلط اعضای خانواده، احساسات و هیجان‌های ناگوار و رفتار ناسازگار آن‌ها می‌شود. به همین دلیل، به‌منظور بهبود و ارتقای عملکرد خانواده و بررسی اثرات مداخله خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری بر عملکرد خانواده و افزایش سازگاری رفتاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان، هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی شناختی رفتاری بر عملکرد خانواده، سازگاری رفتاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان بوده است.

۲. فرضیه‌های پژوهش

۱. مداخله خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری موجب افزایش عملکرد خانواده زوجین، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر آن‌ها می‌شود.

۱. Individual cognitive-behavioral therapy

۲. family-based cognitive-behavioral therapy

۳. Macpherson

۴. Weinstein

۵. Henry

۶. West

۲. مداخله خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری موجب افزایش عملکرد خانواده زوجین می‌شود.
۳. مداخله خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری موجب افزایش سازگاری دانش‌آموزان پسر زوجین می‌شود.
۴. مداخله خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری موجب افزایش عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر زوجین می‌شود.

۳. روش‌شناسی پژوهش

طرح پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از میان دانش‌آموزانی که نمره سازگاری پایین در پرسشنامه سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی و عملکرد تحصیلی ضعیف داشتند، خواسته شد به والدین خود اطلاع دهند تا در صورت تمایل به کلینیک تخصصی پرتو (مربوط به محقق) جهت مصاحبه بالینی و شرکت در پژوهش مراجعه کنند. سپس از میان والدینی که براساس مصاحبه بالینی و پرسشنامه عملکرد خانواده، دارای عملکرد خانواده ضعیفی بودند و تعداد آن‌ها ۱۲۱ نفر بوده است، براساس متغیرهای موردنظر در پژوهش مانند سن، طول مدت ازدواج، وضعیت اجتماعی اقتصادی، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد جسمانی تعداد ۴۰ زوج کاملاً همتاسازی شده والدین دانش‌آموزان به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری دریافت کردند، درحالی‌که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. در صورت لزوم، دانش‌آموزان فرزند گروه آزمایش در جلسات خانواده‌درمانی شرکت جستند، اما دانش‌آموزان فرزند گروه کنترل مانند والدین خود تحت مداخله درمانی قرار نگرفتند، لیکن جهت ملاحظات اخلاقی، پس از خاتمه پژوهش به‌مدت سه جلسه همراه والدین خود، مداخله خانواده‌درمانی را دریافت کردند.

ابزار اندازه‌گیری

مقیاس ارزیابی عملکرد خانواده^۱ (FAD)

این مقیاس شامل ۵۳ ماده است که برای سنجش عملکرد خانواده براساس الگوی مک‌مستر^۲ تدوین شده است. این ابزار توسط اپشتاین^۳ و همکاران (۱۹۹۳) با هدف توصیف ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده است. همچنین، توانایی خانواده در سازش با حوزه وظایف خانوادگی را بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت به صورت کاملاً موافقم (۴)، موافقم (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱) مشخص می‌نماید. نجاریان (۱۳۷۴)، در پژوهشی سه عاملی، یعنی نقش‌های خانوادگی، حل مسأله و ابراز عواطف را شناسایی نمود. همچنین مواد آزمون از ۵۳ ماده به ۴۵ ماده کاهش یافت. وی همسانی درونی کل آزمون را ۰/۹۳ به دست آورد. حداقل نمره در مقیاس فوق ۴۵ و حداکثر آن ۱۸۰ می‌باشد که نمره بالا نشان‌دهنده عملکرد سالم خانواده و نمره پایین عملکرد مختل خانواده را نشان می‌دهد. نقطه برش این ابزار در تحقیق فعلی ۱۴۵ بوده است که براساس یک انحراف معیار بالاتر از میانگین انتخاب شده است. ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و در عامل‌های حل مسأله ۰/۸۴، نقش‌ها ۰/۸۳ و ابراز عواطف ۰/۷۷، محاسبه گردید. این نمره‌ها بیانگر همسانی درونی رضایت‌بخش این مقیاس است. برای بررسی روایی سازه این مقیاس از روش تحلیل عاملی (تحلیل مؤلفه‌های اصلی) استفاده شد که سه عامل حل مسأله، نقش‌های خانوادگی و ابراز عواطف، در مجموع ۷۸/۰۸ درصد از واریانس آن را تبیین نمودند. در پژوهش حاضر، همسانی درونی کل آزمون ۰/۸۴ به دست آمد. ضریب پایایی براساس آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ و در عامل‌های حل مسأله ۰/۸۱، نقش‌ها ۰/۷۹ و ابراز عواطف ۰/۷۹، محاسبه گردید.

پرسشنامه سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی (AISS- 1993)

پرسشنامه سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی^۴ در سال ۱۹۹۳ توسط سینها و سینگ ساخته شده و در سال ۱۳۷۷ توسط کرمی ترجمه و نگارش شده است. این پرسشنامه دانش‌آموزان دبیرستانی (گروه

۱. Family Assessment Devices

۲. Mac master

۳. Epstine

۴. Adjustment Inventory of High School Students

سنی ۱۴ تا ۱۸ ساله) با سازگاری خوب را از دانش‌آموزان با سازگاری ضعیف در سه عامل، شامل سازگاری عاطفی، اجتماعی و آموزشی (هر کدام شامل ۲۰ گویه) جدا می‌سازد. همچنین آن‌ها را از لحاظ میزان سازگاری کلی یا عمومی می‌سنجد. پرسشنامه‌ی نهایی ۶۰ سؤال دارد که از بین ۱۰۰ سؤال اولیه با روش تحلیل عوامل به دست آمده است. نمره‌گذاری سؤالات به صورت پاسخ بلی و خیر می‌باشد. ارزش هر سؤال نیز صفر و یک می‌باشد. مجموع کل نمرات، نشان‌دهنده‌ی سازگاری عمومی فرد و مجموع نمرات فرد در هر حوزه‌ی سازگاری (عاطفی، آموزشی و اجتماعی) مشخص‌کننده‌ی سازگاری فرد در آن حوزه می‌باشد. نمره‌ی پایین نشان‌دهنده‌ی سازگاری بالاتر و نمره‌ی بالا نشان‌دهنده‌ی سازگاری پایین‌تر است. بیش‌ترین نمره‌ی هر مقیاس فرعی ۲۰ و ماکزیمم نمره‌ی سازگاری کلی ۶۰ خواهد بود. برای آزمودنی‌ها در حوزه‌ی سازگاری عاطفی و اجتماعی بر طبق نمرات خام به دست آمده از پرسشنامه، ۵ طبقه با دامنه‌ی نمرات مربوط به آن توصیف گردیده است. سینها و سینگ (۱۹۹۳، ترجمه‌ی ابوالفضل کرمی، ۱۳۷۷) فرم نهایی این پرسشنامه را بر روی نمونه‌ی ۱۹۵۰ نفری (۱۲۰۰ پسر و ۷۵۰ دختر) از دانش‌آموزان دبیرستانی که از چهل دبیرستان به تصادف انتخاب شده بودند، اجرا نموده و به کمک داده‌های گردآوری شده، پرسشنامه را برای جمعیت هدف هنجاریابی نمودند. پایایی کل پرسشنامه‌ی سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی در سه روش دو نیمه کردن، آزمون-بازآزمون و کودر-ریچاردسون ۲۰، به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۳ و ۰/۹۴ به دست آمده است. در پژوهش حاضر، ضرایب پایایی مقیاس فوق با استفاده از روش کودرریچاردسون و دو نیمه کردن برای کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۰ و برای مقیاس‌های عاطفی ۰/۶۶ و ۰/۶۴، اجتماعی ۰/۶۲ و ۰/۵۸ و آموزشی ۰/۶۷ و ۰/۵۸ محاسبه گردید که نشان‌دهنده همسانی درونی ماده‌های مقیاس فوق می‌باشد. به علاوه، برای بررسی روایی سازه مقیاس فوق از روش تحلیل عاملی (تحلیل مؤلفه‌های اصلی)، استفاده شد که پنج عامل ناسازگاری عاطفی، اجتماعی، آموزشی و فردی شناسایی شدند و یک عامل مهم به علت تعداد کم ماده‌ها (سه ماده) فاقد نام‌گذاری بود. پنج عامل در مجموع ۶۴/۹۱ درصد از واریانس مقیاس را تبیین کردند.

شاخص عملکرد تحصیلی

در این تحقیق، شاخص عملکرد تحصیلی برای هر مقطع تحصیلی شامل معدل کل نمرات همان سال به انضمام معدل کل نمرات سال‌های گذشته است، به عنوان مثال این شاخص برای دانش‌آموزان

سال چهارم دبیرستان شامل نمرات کل دروس پایه اول، دوم، سوم و چهارم دبیرستان به استثنای درس ورزش و انضباط را در برمی‌گیرد. معدل کل هر پایه تحصیلی که دانش‌آموز، آن را به اتمام رسانده است، ملاک ارزیابی قرار می‌گیرد.

۴. روش اجرا

از میان دانش‌آموزانی که نمره سازگاری پایین در پرسشنامه سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی و عملکرد تحصیلی ضعیف داشتند، تعداد ۲۴۹ نفر مشخص شدند. از آن‌ها خواسته شد به والدین خود اطلاع دهند تا در صورت تمایل به کلینیک تخصصی پرتو (مربوط به محقق) جهت مصاحبه بالینی و شرکت در پژوهش مراجعه کنند. سپس از میان والدینی که براساس مصاحبه بالینی و پرسشنامه عملکرد خانواده، دارای عملکرد خانواده ضعیفی بودند و تعداد آن‌ها ۱۲۱ نفر بوده است، براساس متغیرهای موردنظر در پژوهش مانند سن، طول مدت ازدواج، وضعیت اجتماعی اقتصادی، عدم‌ابتلا به بیماری‌های حاد جسمانی تعداد ۴۰ زوج کاملاً همتاسازی‌شده والدین دانش‌آموزان به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری دریافت کردند، درحالی‌که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. در صورت لزوم، دانش‌آموزان فرزند گروه آزمایش در جلسات خانواده‌درمانی شرکت جستند. در صورت شرکت دانش‌آموز، زمان هر جلسه، ۱۲۰ دقیقه به طول انجامید، اما دانش‌آموزان فرزند گروه کنترل مانند والدین خود تحت مداخله درمانی قرار نگرفتند، لیکن جهت ملاحظات اخلاقی، پس از خاتمه پژوهش به مدت سه جلسه همراه والدین خود، مداخله خانواده‌درمانی را دریافت کردند. قبل از اجرای مداخله آزمایشی در مورد گروه آزمایش، هر دو گروه از لحاظ عملکرد خانواده ارزیابی شدند. همچنین با استفاده از ابزار اندازه‌گیری پژوهش، میزان سازگاری رفتاری دانش‌آموزان پسر والدین گروه‌های آزمایش و کنترل و عملکرد تحصیلی آن‌ها مشخص گردید. در مرحله پس‌آزمون، مجدداً هر دو گروه و فرزندان آن‌ها با استفاده از ابزار سنجش پژوهش ارزیابی تا تغییرات حاصل در دو گروه از لحاظ عملکرد خانواده و همچنین میزان سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر آن‌ها مشخص شود. در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 استفاده شد.

نحوه ارائه مداخله

گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری دریافت کردند، درحالی‌که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. در صورت لزوم، دانش‌آموزان فرزند گروه آزمایش در جلسات خانواده‌درمانی شرکت جستند، اما دانش‌آموزان فرزند گروه کنترل مانند والدین خود تحت مداخله درمانی قرار نگرفتند، لیکن جهت ملاحظات اخلاقی، پس از خاتمه پژوهش به مدت سه جلسه همراه والدین خود، مداخله خانواده‌درمانی را دریافت کردند. برنامه مداخله شامل ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و در صورت شرکت دانش‌آموزان آن‌ها ۱۲۰ دقیقه‌ای خانواده‌درمانی شناختی رفتاری بوده است. خلاصه‌ای از جلسات خانواده‌درمانی شناختی رفتاری به شرح ذیل می‌باشد:

جدول ۱: خلاصه جلسات خانواده‌درمانی شناختی رفتاری

<p>جلسه اول: معارفه، برقراری ارتباط اولیه، اجرای پیش‌آزمون، آشنایی با اصول و اهداف جلسه، تعریف رویکرد درمانی شناختی رفتاری و تفهیم رابطه میان احساس و هیجانات با طرز تفکر و باورداشت‌های فرد و رابطه متقابل آن‌ها با رفتار فرد، توانایی برقراری ارتباط درست، بررسی انتظارات از برنامه، ارائه تکلیف و دریافت بازخورد.</p>
<p>جلسه دوم: مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکلیف، چرخه آگاهی و بررسی و تفسیر رویدادهایی که میان زوجین موجب جروبخت و تنش شده است، شناسایی افکار و خطاهای شناختی و اصلاح باورداشت‌های غلط و آموزش صبر و بردباری در برخورد با یکدیگر، ارائه تکلیف و دریافت بازخورد.</p>
<p>جلسه سوم: مرور خلاصه‌ای از جلسه و تکلیف، شناسایی باورها و انتظارات زوجین از همدیگر، نشان دادن تأثیر باورها بر احساسات و رفتار، ارائه تکلیف و تنظیم قرارداد رفتاری برای زوجین و تشویق آن‌ها به تحقق انتظارات و ثبت آن‌ها.</p>
<p>جلسه چهارم و پنجم: مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکلیف، آموزش مهارت گوش دادن، حرف زدن، مزیت‌های گوش دادن فعال، ارائه تکلیف، بازخورد.</p>
<p>جلسه پنجم و ششم: مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکلیف، مهارت ابراز احساسات مثبت و منفی، آموزش مهارت‌های حل تعارض، ارائه تکلیف و دریافت بازخورد.</p>
<p>جلسه هفتم و هشتم: مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکلیف، انتخاب سبک‌های ارتباطی، ارائه تکلیف و دریافت بازخورد. جلسه نهم: مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکلیف، مقابله با ناکامی، ارائه تکلیف و دریافت بازخورد.</p>
<p>جلسه نهم تا یازدهم: مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکلیف، آموزش تجسمی مرور تکلیف در کلاس همراه با تسلط، تقویت خودکارآمدی درسی، مرور یادگیری مهارت‌های آموزش دیده، دریافت بازخورد، اختتام جلسه و اجرای پس‌آزمون.</p>

جلسه دوازدهم: مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکالیف، مرور یادگیری مهارت‌های آموزش دیده، دریافت بازخورد، اختتام جلسه و اجرای پس‌آزمون.

۵. نتایج

اطلاعات مربوط به وضعیت تحصیلات والدین دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ذکر شده است.

جدول ۲: اطلاعات مربوط به وضعیت تحصیلات والدین دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	دیپلم		کاردانی		کارشناسی		کارشناسی ارشد و بالاتر	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
آزمایش	۳۰	۶	۲۵	۵	۲۵	۴	۲۰	
کنترل	۳۵	۷	۲۰	۴	۳۰	۳	۱۵	

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان زوجین گروه آزمایش و کنترل را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر زوجین گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
عملکرد خانواده زوجین	۱۱/۶۱	۱۱۷/۲۱	۱۱/۶۱	۱۲۸/۹۳	۱۵/۱۲	۱۱۵/۷۱	۵/۱۳	۱۱۶/۱۸
سازگاری دانش‌آموزان	۶/۹۳	۱۱/۲۱	۶/۹۳	۱۸/۹۷	۶/۹۲	۱۱/۸۷	۳/۹۴	۱۲/۱۴
عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان	۶/۱۸	۱۲/۴۵	۶/۱۸	۱۵/۹۵	۶/۲۲	۱۱/۶۵	۴/۸۷	۱۲/۱۳

باید توجه داشت که در این پژوهش به پاسخ‌های بلی که دلالت بر عدم‌سازگاری دارد، نمره صفر اختصاص داده شد، اما به پاسخ‌های خیر که دلالت بر سازگاری دارد نمره یک اختصاص داده شد. به این ترتیب هر قدر نمره فرد در مقیاس سازگاری بالاتر باشد بیانگر سازگاری بالاتر است. همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین عملکرد خانواده گروه آزمایش در پس‌آزمون (۱۲۸/۹۳) است که این میانگین بیشتر از میانگین پیش‌آزمون (۱۱۷/۲۱) و پس‌آزمون گروه کنترل (۱۱۶/۱۸) است. از سوی دیگر، میانگین سازگاری دانش‌آموزان زوجین گروه آزمایش در پس‌آزمون (۱۸/۹۷) بیشتر از پیش‌آزمون (۱۱/۲۱) و پس‌آزمون گروه کنترل (۱۲/۱۴) است. علاوه بر این، میانگین عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان زوجین گروه آزمایش در پس‌آزمون (۱۵/۹۵) بیشتر از پیش‌آزمون (۱۲/۴۵) و پس‌آزمون گروه کنترل (۱۲/۱۳) است. به منظور بررسی مفروضه‌های طرح و جهت کنترل اثر پیش‌آزمون در بررسی این‌که آیا دریافت مداخله خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری در گروه آزمایش، بر مقیاس‌های عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان اثر معنادار داشته است، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری^۱ استفاده شد. برای اطمینان از این‌که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیر بنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. برای رعایت پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها متغیرهای تحقیق از آزمون باکس و لوین استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ و ۵ ارائه شده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه و نیز نتایج آزمون بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون، برای متغیرهای عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان در جداول ۴ و ۵ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون شاپیرو در مورد نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و کنترل

شاخص آماری گروه	عملکرد خانواده		سازگاری دانش‌آموزان		عملکرد تحصیلی	
	P	شاخص آماری	P	شاخص آماری	P	شاخص آماری
آزمایش	۰/۳۱	۰/۹۳	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۷۰	۰/۹۶

۱. Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)

۰/۷۲	۰/۹۶	۰/۴۴	۰/۹۴	۰/۴۴	۰/۹۴	کنترل
------	------	------	------	------	------	-------

نتایج حاصل از جدول ۴، گویای آن است که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در گروه آزمایش و کنترل در تمام متغیرهای وابسته، برقرار می‌باشد. با توجه به یافته‌های جدول بالا، سطح معناداری آزمون باکس نشان می‌دهد فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است.

جدول ۵: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
عملکرد خانواده	۰/۵۹	۱	۲۸	۰/۴۴
سازگاری دانش‌آموزان	۰/۱۵	۱	۲۸	۰/۶۹
عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان	۰/۳۵	۱	۲۸	۰/۴۷

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود آزمون لوین در متغیرهای عملکرد خانواده، سازگاری دانش‌آموزان و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان معنی دار نمی‌باشند، بنابراین واریانس دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مذکور معنی دار نیست، در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود و صفر برای تساوی واریانس‌های نمره‌ها دو گروه در کلیه متغیرهای تحقیق تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل تأیید گردید. جدول ۶، نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های خط رگرسیون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۶: نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های خط رگرسیون متغیرهای پژوهش در دو گروه

آزمایش و کنترل

متغیر	منبع متغیرات	مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون	منبع تغییرات	مرحله پیش‌آزمون - پیگیری	معنی داری
عملکرد خانواده	تعامل گروه	F(تعامل)	تعامل گروه	تعامل	معنی داری
زوجین	پیش‌آزمون	۰/۶۱	پیش‌آزمون	۲/۱۲	۰/۱۴۵
سازگاری	پیش‌آزمون	۰/۸۴۳	پیش‌آزمون		

دانش‌آموزان				
عملکرد تحصیلی	۰/۲۳۲	۰/۷۲۰	۱/۶۹	۰/۱۸۶
دانش‌آموزان				

همان‌گونه که نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، مقدار تعامل برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون برای کلیه متغیرهای پژوهش غیرمعنی‌دار می‌باشد. به عبارتی دیگر، همگنی شیب خط رگرسیون پذیرفته شده است.

جدول ۷: نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در مورد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات

نرمال بودن توزیع نمرات	شاپیرو-ویلک			شاپیرو-ویلک		
	گروه‌ها	آماره	درجه آزادی	معنی‌داری	درجه آزادی	آماره
عملکرد خانواده	آزمایش	۰/۹۶۴	۵	۰/۸۴۱	کنترل	۰/۸۹۲
ناسازگاری رفتاری دانش‌آموزان	آزمایش	۰/۹۸۴	۵	۰/۴۱۶	کنترل	۰/۹۲۴
عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان	آزمایش	۰/۹۲۴	۵	۰/۱۷۱	کنترل	۰/۹۲۱

همان‌گونه که در جدول ۷ نشان می‌دهد، فرض صفر برای نرمال بودن نمرات دو گروه در متغیرهای مربوطه تأیید می‌گردد؛ یعنی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در دو گروه آزمایش و کنترل تأیید شد. جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) روی نمرات پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون‌ها انجام گرفت. جدول ۸ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره را روی نمرات پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون‌ها نشان می‌دهد. جدول ۸ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان زوجین گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. **فرضیه ۱.** مداخله خانواده‌درمانی شناختی رفتاری موجب افزایش عملکرد خانواده زوجین، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر زوجین مؤثر می‌شود.

جدول ۸: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین پس‌آزمون عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان زوجین گروه آزمایش و کنترل

آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
آزمون اثر پیلاپی	۰/۶۴۹	۳	۳۳	۱۱/۹۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۵۲۱	۳	۳۳	۱۱/۹۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶
آزمون اثر هتلینگ	۲/۲۵۲	۳	۳۳	۱۱/۹۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶
آزمون بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۲/۲۵۲	۳	۳۳	۱۱/۹۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶

مندرجات جدول ۸ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل، از لحاظ متغیرهای عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان زوجین، تفاوت معنی‌داری حداقل در یکی از این متغیرها در سطح معنی‌داری $p < ۰/۰۰۱$ وجود دارد. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، دو تحلیل کواریانس یک راه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۹ ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۸۶ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۸۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مربوط به تأثیر خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جهت پی بردن به این تفاوت سه تحلیل کوواریانس یک متغیره در متن تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) انجام شد که نتایج آن در جدول ۹، ۱۰، ۱۱ درج شده است.

فرضیه ۲. مداخله خانواده‌درمانی شناختی رفتاری موجب افزایش عملکرد خانواده زوجین می‌شود.

جدول ۹: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون عملکرد خانواده دانش‌آموزان زوجین گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
عملکرد خانواده	پیش‌آزمون	۱۲۸/۸۵۲	۱	۱۲۸/۸۵۲	۱۶/۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۳

گروه	۳۵۹/۸۲۱	۱	۳۵۹/۸۲۱	۴۷/۴۶	<۰/۰۰۱	/۸۳
خطا	۲۶۵/۳۳۲	۳۵	۷/۵۸۰	-	-	/۸۳

همان‌طور که جدول ۱۰ نشان می‌دهد بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر عملکرد خانواده تفاوت معنی‌داری در سطح $p < 0/001$ وجود دارد.

فرضیه ۳. مداخله خانواده‌درمانی شناختی رفتاری موجب افزایش سازگاری دانش‌آموزان پسر زوجین می‌شود.

جدول ۱۰: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون سازگاری دانش‌آموزان پسر زوجین گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
سازگاری	پیش‌آزمون	۱۲۶/۵۷۲	۱	۱۲۶/۵۷۲	۱۷/۹۴	<۰/۰۰۱	/۸۹
دانش‌آموزان	گروه	۳۵۲/۲۱۸	۱	۳۵۲/۲۱۸	۴۹/۹۳	<۰/۰۰۱	/۸۹
پسر	خطا	۲۴۶/۹۲۱	۳۵	۷/۰۵۴	-	-	/۸۹

همان‌طور که جدول ۱۰ نشان می‌دهد بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر سازگاری دانش‌آموزان زوجین، تفاوت معنی‌داری در سطح $p < 0/001$ وجود دارد.

فرضیه ۴. مداخله خانواده‌درمانی شناختی رفتاری موجب افزایش عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر زوجین می‌شود.

جدول ۱۱: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر زوجین گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
عملکرد	پیش‌آزمون	۳۱۹/۸۱۲	۱	۳۱۹/۸۱۲	۲۷/۵۲	<۰/۰۰۱	/۹۲
تحصیلی	گروه	۱۲۸۵/۳۴۱	۱	۱۲۸۳/۴۱	۱۱/۰۴	<۰/۰۰۱	/۹۲

دانش‌آموزان	خطا	۴۰۶۶۵۵	۳۵	۱۱/۶۱۸	-	-	۹۲/
پسر							

همان‌طور که جدول ۱۱ نشان می‌دهد بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان زوجین، تفاوت معنی‌داری در سطح $p < 0/001$ وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری بر عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر آن‌ها بوده است. نتایج حاصل نشان داد که مداخله خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری، موجب بهبود عملکرد خانواده شده است و به‌طور معنی‌داری، سازگاری دانش‌آموزان آن‌ها نیز افزایش یافته است. علاوه‌برآن، عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان هم به‌طور معنی‌داری افزایش یافت. این یافته با نتایج پیشین (تونگ و کوه، ۲۰۱۷؛ نیکولار و همکاران، ۲۰۱۶) همخوان بوده است. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که بسیاری از مشکلات تحصیلی و اختلالات رفتاری و سازشی در دانش‌آموزان، ناشی از تعاملات نادرست والدین و انتقال مشکلات خانوادگی به آن‌ها است. عملکرد خانواده نقش مهمی در رشد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی اعضای خود ایفا می‌کند و سیستمی است که افراد آن با یکدیگر در تعامل و رابطه دیالکتیکی هستند و بر هم تأثیر می‌گذارند. تعاملات و الگوهای مراوده‌ای و عملکردی که میان اعضای خانواده جاری است، عملکرد خانواده را به‌وجود می‌آورد. عملکرد مطلوب خانواده بیانگر آن است که تعاملات بین اعضای خانواده در جهت نیل به اهداف متعالی خانواده مؤثر و سودمند است. خانواده دارای عملکرد مناسب، به‌عنوان یک منظومه منسجم و باز است که اعضای آن افزون بر این‌که از جنبه عاطفی به هم پیوند خورده‌اند با این‌وجود برای تقویت هویت فردی و فراهم نمودن شرایط و بستری مناسب برای سلامت روان‌شناختی، سازگاری اجتماعی و رشد و بالندگی خود تلاش می‌کنند (نگ و همکاران، ۲۰۱۵).

عملکرد نامطلوب خانواده موجب عدم‌کارایی و توانمندی والدین برای تشکیل تعامل مؤثر و سازنده و ایجاد احساس امنیت، پذیرش و استحکام شخصیت در فرزندان می‌شود. ناتوانی والدین در ایفای نقش خود به‌منظور ارائه عملکرد مطلوب در خانواده، باعث قربانی شدن فرزندان و ضعیف

شدن بخشی از ساختار مهم شخصیت آن‌ها یعنی "من" می‌شود. درحالی‌که عملکرد مطلوب خانواده باعث تقویت "من" و آزمون صحیح واقعیت می‌شود. مسلماً این امر، در غلبه تفکر بر احساسات، تصمیم‌گیری منطقی، تنظیم شناختی - هیجانی و سازگاری با محیط نقش مهمی دارد. پژوهش‌های پیشین نشان داده است که اختلالات رفتاری و اشکال در مکانیسم سازگاری دانش آموزان، با کاهش کارکردهای اجرایی و توانمندی شناختی مانند تمرکز، حافظه کاری و عملکرد تحصیلی همراه است (تونگ و کوه، ۲۰۱۷). همچنین، تحقیقات پیشین نشان داده است که افرادی که شاهد دعوای سخت، در سطح کلامی، لفظی و جسمی والدین بودند در روابط با دیگران به مقدار زیاد چنین رفتارهایی را از خود بروز می‌دادند. سبک‌رفتاری مستبدانه با بروز افسردگی، اضطراب، عدم‌کفایت اجتماعی، پیشرفت تحصیلی ضعیف، رفتارهای بزهکارانه، مصرف مواد مخدر و اختلال سلوک رابطه دارد (لاول و همکاران، ۲۰۱۶). بسیاری از خانواده‌درمانگران معتقدند که نوجوان مشکل‌دار علامتی از خانواده بیمار است. جهت ایجاد تغییر در رفتار کودک یا نوجوان در وهله نخست لازم است خانواده و عملکرد آن موردبررسی و درمان قرار گیرد و تعاملات آن‌ها با خود و فرزندان اصلاح شود، بنابراین، استفاده از خانواده‌درمانی شناختی - رفتاری که هدف آن اصلاح باورداشت‌های غلط والدین، آموزش کنترل رفتار تکانشی و پرخاشگرانه، کمک به خانواده در تصحیح شیوه‌ی برخورد و کسب تعاملات سازگارانه، برنامه‌ریزی در جهت تغییر رفتار و تلاش در تأمین انتظارات یکدیگر، موجب افزایش عملکرد خانواده خواهد شد. عملکرد مطلوب خانواده با پیامدهای مثبتی مانند تغییر رفتار ناسازگار فرزندان و ارتقای عملکرد درسی همراه خواهد بود. به‌کارگیری رویکردی که افراد خانواده را تحت پوشش قرار دهد می‌تواند گره‌گشایی برای تنش‌ها و مشکلات آن‌ها به‌شمار آید. افکار و باورداشت‌های غلط و ناکارآمد، اعضای خانواده را در چرخه‌ای ناکارآمد و ناسالم قرار می‌دهد که پیامد منفی آن شامل ناسازگاری رفتاری و افت عملکرد تحصیلی خواهد بود.

در یک مطالعه پژوهشی که توسط لاول و همکاران (۲۰۱۶) انجام شد، نتایج حاصل آشکار ساخت که یکی از عواملی که موجب افزایش نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی و رفتاری خواهد شد، وجود عملکرد ضعیف خانواده است. خانواده‌درمانی شناختی - رفتاری موجب افزایش عملکرد

خانواده و کاهش نشانه‌های وسواس فکری- عملی خواهد شد. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش ما، می‌توان چنین تبیین نمود که یکی از عواملی که موجب ناسازگاری و در نتیجه افت عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان می‌شود، مشاجرات مستمر خانوادگی و عدم توجه زوجین به تأثیر این کشمکش‌ها بر عملکرد روانی و تحصیلی دانش‌آموزان آن‌ها می‌باشد، بنابراین استفاده از فنون خانواده‌درمانی شناختی رفتاری موجب آموزش، آگاه‌بخشی زوجین و تنظیم رفتار آن‌ها در برابر فرزندان خواهد شد. همچنین به‌کارگیری خانواده‌درمانی شناختی رفتاری منجر به تغییر باورها، نگرش‌ها و سوءبرداشت‌های موجود در روابط زوجین و تعامل آن‌ها با فرزندان خواهد شد. همان‌طور که نتایج پژوهش فعلی آشکار ساخت، آموزش خانواده، موجب کاهش ناسازگاری رفتاری دانش‌آموزان و در نتیجه بهبود عملکرد تحصیلی آن‌ها می‌شود. چنین به نظر می‌رسد که این درمان با هدف قرار دادن و اصلاح رفتار و شناخت‌های ناسازگار زوجین، به بهبود روابط و افزایش عملکرد خانواده بیانجامد. در نتیجه سازگاری دانش‌آموزان و متقابلاً عملکرد تحصیلی آن‌ها افزایش می‌یابد. همچنین، نتایج پژوهش سویچ و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند در گروهی که کودکان و خانواده تحت درمان شناختی- رفتاری قرار داشتند، نشانه‌های مرتبط با اضطراب و سازگاری رفتاری نوجوانان، کاهش یافته و عملکرد تحصیلی آن‌ها متقابلاً افزایش یافت. با توجه به نتایج پژوهش‌های ذکر شده در ارتباط با تأیید رابطه‌ای که بین شرایط خانوادگی، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان وجود دارد، نتایج حاصل نشان داد که شرایط مساعد و بهبود روابط خانوادگی، موجب می‌شود دانش‌آموزان سازگاری رفتاری بیشتری به دست آورند و این امر موجب افزایش عملکرد تحصیلی آن‌ها می‌شود. با توجه به اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر الگوی شناختی رفتاری بر بهبود عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان، می‌توان این درمان را به‌منظور بهبود عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان به‌کاربرد.

اثربخشی خانواده‌درمانی در بهبود شرایط خانوادگی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری فعال و غیرمستقیم است و بر فعال بودن مراجع در فرایند درمان تأکید دارد. در این روش درمانی، درمانگران با به‌کارگیری اصول یادگیری، شناختی و آموزشی آن‌ها در خانواده موجب رشد و تقویت رفتار سازگاران در فرزندان آن‌ها، شدند. درمانگر روش‌های کاربرد اصول یادگیری، شناختی، رشد و تقویت رفتارهای مطلوب را به خانواده مراجع آموزش می‌دهد (گلسر و فریتز، ۲۰۰۱). همچنین به نظر می‌رسد که این درمان با کار کردن روی رفتار و شناخت‌های ناسازگار به

بهبود فضای خانه و خانواده بیانجامد و بهبود این فضا بر بهبود عملکرد تحصیلی نوجوانان مؤثر واقع شود.

با توجه به نتایج پژوهش‌های ذکر شده در ارتباط با تأیید رابطه‌ای که بین شرایط خانوادگی، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان وجود دارد، نتایج حاصل نشان داد که شرایط مساعد و بهبود روابط خانوادگی، موجب می‌شود دانش‌آموزان سازگاری رفتاری بیشتری به دست آورند و این امر موجب افزایش عملکرد تحصیلی آن‌ها می‌شود. اثربخشی خانواده‌درمانی در بهبود شرایط خانوادگی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری فعال و غیرمستقیم است و بر فعال بودن مراجع در فرایند درمان تأکید دارد. در این روش درمانی، درمانگران با به‌کارگیری اصول یادگیری، شناختی و آموزشی آن‌ها در خانواده موجب رشد و تقویت رفتار سازگاران در فرزندان آن‌ها شدند. درمانگر روش‌های کاربرد اصول یادگیری و شناختی، شیوه‌ی رشد و تقویت رفتارهای مطلوب را به خانواده مراجع آموزش می‌دهد (میرزانه‌زاد، ۲۰۲۰). همچنین به نظر می‌رسد که این درمان با کار کردن روی رفتار و شناخت‌های ناسازگار به بهبود فضا و عملکرد خانواده بیانجامد و بهبود این فضا بر بهبود عملکرد تحصیلی نوجوانان مؤثر واقع شود. با توجه به اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر الگوی شناختی رفتاری بر بهبود عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان، می‌توان این درمان را به‌منظور بهبود عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان به کاربرد.

از محدودیت‌های مهم این پژوهش شامل عدم استفاده از ابزار دیگری به‌جز پرسشنامه مانند مشاهدات بالینی برای ارزیابی عملکرد خانواده و میزان سازگاری دانش‌آموزان بوده است، همچنین محدودیت دیگر کوچک بودن حجم نمونه به‌دلیل دشواری در انتخاب نمونه بزرگ‌تر براساس ملاک‌های ورود و خروج موردنظر در پژوهش است که به‌طور مسلم تعمیم‌پذیری این پژوهش، مستلزم انتخاب نمونه بیشتر به‌ویژه مشارکت دانش‌آموزان دختر است، لذا پیشنهاد می‌شود که این تحقیق در مورد سایر مقاطع تحصیلی و دانش‌آموزان دختر با نمونه بیشتر انجام شود تا بتوان نتایج آن را تعمیم داد.

منابع

۱. احمدی، شیدا. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی براساس رویکرد شناختی - رفتاری بر صمیمیت زناشویی زوجین جانباز مراجعه‌کننده به بنیاد شهید جوانرود. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاور خانواده، دانشگاه الزهراء.
۲. بهاری، فرشاد و بهرامی، فاطمه. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی همسران بر میزان تعارض‌های زناشویی زوج‌های متقاضی طلاق شهر اصفهان، فصلنامه مطالعات زنان دانشگاه الزهراء، ۳(۴۳): ۴۳-۵۲.
۳. خدایاری‌فرد، محمد و اکرم، پرند. (۱۳۸۵). تأثیر خانواده‌درمانی بر رویکرد شناختی‌رفتاری در درمان هراس اجتماعی نوجوانان (مطالعه موردی)، مجله روانشناسی و علوم تربیتی، ۳۶(۱): ۱۲۳-۱۴۳.
۴. کرمی، ابوالفضل. (۱۳۷۵). آزمون‌های روانی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، جزوه درسی، چاپ نشده.
۵. محسنی، مصطفی؛ چیمه، نرگس؛ بناغی، لیلی و منصور، نادر. (۱۳۹۰). مقایسه عملکرد خانواده و ابراز هیجانی در خانواده‌های بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و اسکیزوفرنیا، مجله خانواده پژوهی، ۲۷: ۲۹۰-۳۷۳.
۶. نجاریان، فاطمه. (۱۳۷۴). عوامل مؤثر بر کارایی خانواده: بررسی روان‌سنجی مقیاس عملکرد خانواده، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد (FAD-I). سنجش خانواده رودهن.
7. Alan, C. (2010). Family Therapy, Concept, Process and Practice, University Dublin: John Wiley & Sons Ltd. New York. Journal of Family Psycholog, 1, 301-314.
8. Askari, I. (2019). The role of the belief system for anger management of couples with anger and aggression: A cognitive-behavioral perspective. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 37(3), 223-240.
9. Cederbaum, J. A; He, A. S; Fulginiti, A; Sullivan, K; Krauss, M. D; Amutah, N; Pohle, C. (2017). Caregiver qualities, family closeness, and the well-being of adolescents engaged in the child welfare system, Children and Youth. Services Review, 73, 113-120.
10. Demaris, A. (2010). Satisfaction of marriage and general religiousness as buffers of the effects of marital inequality. Family Issues, 37(10), 1255-78.
11. Epstein, N. B; Baldwin, L. M; Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. Journal of Marital and Family Therapy, 9, 171-180.
12. Gelso, C; Frets, B. (2001). Counseling psychology. Harcor college publisher.
13. Grange, D. L; Lock, J; Agras, W. S; Bryson, S. W. J. O. (2015). Randomized clinical trial of family-based treatment and cognitive behavior therapy for adolescent bulimia nervosa. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54(11), 886-894.
14. Hallahan, D. P; Kauffman, J. M. (2003). Exceptional children: Introduction to special education (9 the ed). Boston: Alln and Bacon.
15. Huston, A. C; Carpenter, G. J. (2007). Gender influences in classroom interaction. New York: Academic Press. Journal of Developmental Psychology, 40, 539-544.
16. Karen, R. W. (2006). Building healthy couple relationships: Do communication skills. Gender, hope, and family types make deferens? Trinity Western University.

17. Kinsfogel, M; Grych, H. (2004). Inter parental conflict and adolescent dating relationships. *Journal of Family Psychology*, 18, 505–515.
18. Katrina, J. L; Ilies, R; Puut, H; Pan, S. Y. (2016). You is a helpful co-worker but do you support your spouse? A resource-based work-family model of hoping and support provision. *Organization Behavioral and Human Decision Processes*, 138, 45-58.
19. Lavell, C. H; Farrel, L. J; Cadman, J. (2016). Predictors of treatment response to group cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 245, 186-193.
20. Maleki, N., Madahi, M. E., Mohammadkhani, S., & Khala'tbari, J. (2017). The effectiveness of Cognitive Behavioral Couple Therapy on Psychological Well Being, Marital Intimacy, and Life Quality of Chaotic Couples. *Iranian journal of educational sociology*, 1(4), 23-33.
21. Masarik, A. S; Conger, R. D. (2017). Stress and child development: a review of the Family Stress Model. *Current Opinion in Psychology*, 13, 85-90.
22. Macpherson, H. A; Weinstein, J. M; Henry, D. B; West, A. F. (2016). Mediators in the randomized trial of child and family focused cognitive behavioral therapy for pediatric bipolar disorders. *Behavioral Research and therapy*, 85, 60-71.
23. Mathijssen, J. J; Koot, H. M; Verhulst, F. C; et al. (1998). The relationship between mutual family relations and child psychopathology. *Child Psycho Psychiatry*, 39(4), 477-87.
24. Mirzanezhad, B. (2020). The Effect of Problem-Solving Based Family Therapy on Emotional Intimacy and Marital Quality of Cultural Couples in Tabriz. *The American Journal of Family Therapy*, 1-26.
25. Nichols, M; Schwarts, R. (1998). Family therapy: Concepts and methods. Boston: Allyn and bacon. *Journal of Family Psychology*, 32, 102–121.
26. Ng, Z. J; Huebner, S. E; Hill, K. J. S. (2015). "Life Satisfaction and Academic Performance in Early Adolescents: Evidence for Reciprocal Association." *Journal of School Psychology*, 53: 479–491.
27. Nikolaev, E. L; Baranova, E. A; Petunova, S. A. (2016). "Mental Health Problems in Young Children: The Role of Mothers' Coping and Parenting Styles and Characteristics of Family Functioning." *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 233: 94-99.
28. O'Leary, E. M. M; Barrett, P; Fjermestad., K. W. (2009). Cognitive-behavioral family treatment for childhood obsessive-compulsive disorder: A 7-year follow-up study. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 973–978.
29. Patterson, G. R; Reid, J. B; Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys: A social interactional approach*. Castalia Publishing Company, Eugene, O.R. *Journal of Psychiatry*, 123, 270- 286.
30. Sitimin, S. A; Fikry, A; Ismail, Z; Hussein, N. (2017). "Work-family Conflict among Working Parents of Children with Autism in Malaysia." *Procedia Computer Science*, 105: 345-352.
31. Suveg, C; Hudson, J. L; Brewer, G; Flannery-Schroeder, E; Gosch, E; Kendall, P. C. (2009). Cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth: Secondary outcomes from a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 341–349.

32. Tang, C. S. k; Koh Y. Y. W. (2017). "Online social networking addiction among college students in Singapore: Co morbidity with behavioral addiction and affective disorder." *Asian Journal of Psychiatry*, 25: 175-178.
33. Ulaş, E., & Ekşi, H. (2019). Inclusion of Family Therapy in Rehabilitation Program of Substance Abuse and Its Efficacious Implementation. *The Family Journal*, 27(4), 443-451.

Effectiveness of Cognitive Behavioral Family therapy on family function of couples, Behavioral Adjustment and Academic Performance of their Male Students

Abstract

The aim of this research was study the effectiveness of cognitive behavioral family therapy on family function of couples, behavioral adjustment and academic performance of their high school (1st to 4th grade) male students in Ahvaz from 2016-2018 years. The students, who had one standard deviation below the mean in adjustment questionnaire and poor academic performance, were asked to inform their parents to participate in the research. Based on the clinical interview, family performance questionnaire and the criteria considered in this research such as age, duration of marriage, socio-economic status, no acute physical illness, 121 parents were selected and randomly 40 completely matched pairs of student parents as samples were selected and randomly divided into experimental and control groups. The research method was semi experimental with pre-post test and control group. The sample randomly divided in to two groups as experimental and control. The instruments were family performance questionnaire, adjustment inventory of high school students and academic performance. The experimental group received 12 sessions of 45 minutes' cognitive behavioral family therapy, but the control group did not receive any intervention. If necessary, the students of the experimental group participated in family therapy sessions. For ethical considerations, after the end of the research, they received three sessions of cognitive-behavioral family therapy with their parents. The results revealed that there was a significant difference between two groups in family function, behavioral adjustment and academic performance of their students ($p < 0.001$). The rate of family function, behavioral adjustment and academic performance of their male high school students in experimental group significantly increased in comparison with pre test and control group. Cognitive behavioral family therapy increased the family function of couples, behavioral adjustment and academic performance of their male high school students.

Key words: Cognitive behavioral family therapy, family function, behavioral adjustment, academic performance