

## بررسی اثربخشی آموزش والدگری مثبت بر بهزیستی اجتماعی و کاهش پرخاشگری کودکان

علی اکبر نوری نژاد

کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی و کارشناس آموزش ابتدایی آموزش و پرورش روبار جنوب

نام نویسنده مسئول:

علی اکبر نوری نژاد

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۱۷

چکیده

**زمینه و هدف:** پرخاشگری را هر رفتاری می دانند که به دیگران آسیب برساند و اغلب با مشکلات هیجانی، رفتاری، تحصیلی و مشکل در روابط اجتماعی همراه است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش والدگری مثبت بر بهزیستی اجتماعی و کاهش پرخاشگری کودکان بود. **روش:** روش پژوهش تجربی از نوع نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان ابتدایی شهرستان رودبار جنوب و مادرانشان بودند، نمونه پژوهش شامل ۳۰ دانش آموز ابتدایی به همراه مادرانشان بودند. برای جمع آوری داده از پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کی یز و ماگیارمو (۲۰۰۳) و پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) استفاده شده است و داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS-23 و روش تحلیل کواریانس چندمتغیری تحلیل شدند. **یافته ها:** نتایج نشان دادند که آموزش والدگری مثبت سبب افزایش بهزیستی اجتماعی و کاهش پرخاشگری کودکان شده است. **بحث و نتیجه گیری:** به نظر می رسد والدگری مثبت از طریق ساز و کارهایی چون گوش دادن با توجه کامل، ارتباط مثبت با کودک، پذیرش بدون قضاوت و آگاهی هیجانی، منجر به ارتقای رابطه والد-کودک، کاهش پرخاشگری کودک و به تبع آن افزایش بهزیستی اجتماعی در آنان می گردد.

**واژگان کلیدی:** والدگری مثبت، بهزیستی اجتماعی، پرخاشگری.

## مقدمه

کودکان نیز همچون سایر افراد جامعه به بهداشت روانی، سلامت فکر، احساس، عمل کردن و رویاروشدن با مشکلات روزمره زندگی نیاز دارند. از آنجایی که آنان با تغییرات شدید رشدی روبرو هستند، به توجه، حمایت و امنیت کافی نیاز دارند تا بتوانند دوران خردسالی، بلوغ و نوجوانی خود را با حداقل ناراحتی‌های روانی پشت سر بگذارند. در این میان ارتقای کیفیت زندگی کودکان بر چگونگی روابط خانوادگی-اجتماعی، قدرت تصمیم‌گیری و کاهش تنش‌های هیجانی- رفتاری آنان تاثیر دارد (سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). اغلب مشکلات و ناراحتی‌های گوناگون که کودکان و نوجوانان در زمینه بهداشت روانی دچار آن می‌شوند، خود را به صورت پرخاشگری<sup>۲</sup> و خشونت، شکست‌های تحصیلی و... بروز می‌دهند. پرخاشگری را هر رفتاری می‌دانند که به دیگران آسیب برساند و اغلب با مشکلات هیجانی، رفتاری، تحصیلی و مشکل در روابط اجتماعی همراه است (هاماما<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). پرخاشگری در بین کودکان و یک مشکل جدی اجتماعی است که در سال‌های اخیر به شدت تشدید شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵). بررسی‌ها نشان می‌دهد که تقریباً ۴۰ درصد دانش‌آموزان مدارس ابتدایی و متوسطه با بروز تنفر، آزار و اذیت و رفتار پرخاشگرانه در مدارس خود مواجه هستند (شاجر، رون-روزن بام، روزن بام، ارکیبی و هاماما<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ابراز پرخاشگری نتیجه تعامل پیچیده میان کارکرد خانواده، ویژگی‌های شخص و عوامل محیطی زمینه‌ای می‌باشد (وان-گینک، ویزر، پوپما، ورمیرن، ون-دومبورگ، ون در استگن و جانسن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸). به هر حال پرخاشگری یکی از مهمترین دلایل مراجعه کودکان به درمان را شامل می‌شود (کازدین و ویز<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). رفتار پرخاشگرانه دوران کودکی می‌تواند به عنوان یک عامل پیش‌بینی کننده برای بزهکاری، سوءمصرف مواد، افسردگی، افت تحصیلی و... در سنین بعدی باشد (امین بیگی، ۱۳۷۷). رفتار ضداجتماعی دوران خردسالی با ناتوانی‌های دوران بزرگسالی در ارتباط است. پرخاشگری‌های مستمر و پیاپی و بدون کنترل و درازمدت موجب پیدایش انواع اختلالات شده و منجر به آسیب به دیگران و یا خود می‌شود.

به نظر می‌رسد پرخاشگری‌های مکرر سبب مشکل در بهزیستی اجتماعی<sup>۷</sup> می‌شوند. کیز (۱۹۹۸) بهزیستی اجتماعی را گزارش افراد از کیفیت ارتباط آنها با دیگران تعریف می‌کند و همچنین فرآیند اجتماعی را مرکز تاثیر متقابل افراد و تغییر رفتار افراد روی یکدیگر می‌داند. کیز (۱۹۹۸) بر این باور است که بهزیستی اجتماعی در کنار بهزیستی هیجانی عنصر مهم سلامتی بوده و تجربه عمومی‌تری را بازنمایی می‌کند که بر تکالیف اجتماعی متمرکز است. از ابتدا نیز بهزیستی اجتماعی به عنوان ادراک افراد از یکپارچگی آنها با جامعه پذیرش دیگران، پیوستگی با اجتماع و احساس فرد از مشارکت با جامعه تعریف می‌شود (لارسون<sup>۸</sup>، ۱۹۹۶). در بعد تربیت، فرآیندهای اجتماعی شامل سازگاری اجتماعی، عدم پرخاشگری، توافق، تشابه می‌باشد که به افراد کمک زیادی می‌کند تا در برخورد با افکارهای مختلف سازگاری داشته و خشونت و پرخاشگری را تا حد زیادی کاهش دهند (نریمانی، ۲۰۰۵). برزونسکی (۲۰۰۳) معتقد است افرادی که تعهد کمتری دارند و به عبارت دیگر فاقد یک دیدگاه مثبت و واضح درباره خودشان و دنیایی که در آن زندگی می‌کنند ممکن است اجتماع را به صورت یک مجموعه پر هرج و مرج، غیرقابل پیش‌بینی و مدیریت ناپذیر بدانند و در نتیجه از بهزیستی اجتماعی پایین‌تری برخوردارند (برزونسکی، ۲۰۰۳). عباسی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان دادند که بهزیستی اجتماعی با اشتیاق تحصیلی رابطه مثبت و معناداری دارد.

روش‌های فراوانی برای درمان پرخاشگری کودکان به کار گرفته شده است، اما به نظر می‌رسد بهترین روش درگیر کردن والدین در ارزیابی‌های رفتاری عملکردی و آموزش آنها می‌باشد، که تحت عنوان والدگری مثبت نام برده می‌شود. والدگری مثبت برنامه جدید و جهان شمولی درباره‌ی فرزندپروری است که باعث ایجاد رابطه مثبت بین والدین و فرزندانشان می‌شود و کمک می‌کند تا والدین راهبردهای موثر مدیریت را در برخورد با انواع مسائل رشدی و رفتاری کودکی او بیاموزند، برنامه ساده‌ای که

1. World Health Organization

2. aggression

3. Hamama

4. Shachar, Ronen-Rosenbaum, Rosenbaum, Orkibi & Hamama

5. van Gink, Visser, Popma, Vermeiren, van Domburgh, van der Stegen, & Jansen

6. Kazdin & Weisz

7. Social Well-Being

8. Larson

می‌تواند تغییرات بزرگی در خانواده‌ها ایجاد کند و به والدین کمک می‌کند تا دریابند که وقتی به روش‌های جدیدی حرف بزنند، فکر کنند و عمل کنند، نتایج عمل بهتری در خانواده خواهد داشت. والدین، مراقب، تربیت‌کننده، مدبر و عامل تغییر و اجتماعی کردن فرزندان‌شان هستند. به نظر محققان بهبود کیفیت تعامل والد-کودک یکی روش مبتنی بر شواهد برای کاهش رفتار مخرب کودک و بهبود مدیریت رفتار والدین است (شپریس، شپریس، مونساکس، دوایس و لویز<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵). هدف اصلی از بهبود کیفیت تعامل کودک، کاهش مشکلات رفتاری کودک و افزایش رفتارهای و افزایش رفتار موافق اجتماعی، بهبود مهارت‌های ارتباط والد و کودک می‌باشند. برنامه‌ی فرزندپروری مثبت یک برنامه‌ی راهبردی چندسطحی درباره‌ی فرزند پروری و با رویکرد پیشگیرانه و حمایتی نسبت به خانواده‌ها است که توسط ساندرز و همکاران در دانشگاه کوئینزلند در استرالیا تدوین شده است (ساندرز<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۳). هدف برنامه‌ی والدگری مثبت پیشگیری و همچنین کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری دوران کودکی و ترویج مهارت‌های والدینی و افزایش دانش و اعتماد به نفس والدین می‌باشد (واکیمیز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۴). این برنامه با ارائه‌ی اطلاعات درباره‌ی نیازهای گوناگون مادر و کودک، چگونگی رابطه‌ی مادر-کودک، کارکرد خانواده و مهارت‌های والدگری می‌تواند در راستای کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودک و ارتقای کیفیت رابطه‌ی مادر-کودک مورد استفاده قرار گیرد (ساندرز، ۲۰۰۳). به‌طور کلی برنامه‌ی فرزندپروری مثبت عوامل محافظتی کودکان را غنا می‌بخشد و عوامل خطر سازی را که با مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان در ارتباط است را کاهش می‌دهد (تجربشی و همکاران، ۱۳۹۴).

با توجه به اینکه کودکان یکی از مهمترین گروه‌هایی هستند که نیازمند توجه خاص هستند و با توجه آینده‌سازان کشور می‌باشند، لذا نیازمند توجه خاص هستند، بنابراین با توجه به موارد ذکر شده هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش والدگری مثبت بر بهزیستی اجتماعی و کاهش پرخاشگری کودکان بود.

## روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعات آزمایشی طرح پژوهشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری کلیه دانش-آموزان ابتدائی پسر شهرستان رودبار جنوب به همراه والدین آنها در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند. برای انتخاب نمونه، ابتدا از بین مدارس ابتدائی آموزش و پرورش شهرستان رودبار جنوب، به صورت تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای سه مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شدند و از هر مدرسه ۵ کلاس و از هر کلاس ۱۰ نفر مجموعاً ۵۰ نفر انتخاب شدند. و از مجموع این تعداد ۳۰ والد که رضایت داشتند در برنامه مداخله والدگری مثبت حضور داشته انتخاب و به صورت تخصیص تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. همچنین، برای انتخاب نمونه تحقیق در هر دو گروه (آزمایش و کنترل) از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده با رعایت ملاک‌های ورود و خروج استفاده شد. ملاک ورود شامل، الف) تمایل به شرکت در مطالعه؛ و ملاک‌های خروج نیز شامل، الف) غیبت در بیش از یک جلسه‌ی مداخله؛ ب) شرکت داشتن همزمان در برنامه‌های مداخلاتی دیگر؛ و ج) عدم رضایت برای ادامه‌ی همکاری در مطالعه، لحاظ شدند. سپس برنامه آموزشی والدگری مثبت به مدت ۴ هفته هر هفته دو جلسه ۴۵ دقیقه برای والدین گروه آزمایش اجرا گردید.

## برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شده است:

۱- پرسشنامه پرخاشگری: پرسشنامه پرخاشگری ویلیامز و همکاران (۱۹۹۶) از پرسشنامه باس و پری (۱۹۹۲) گرفته شده است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۲۹ عبارت و چهار زیرمقیاس است، که عبارت است از پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت. آزمودنی‌ها به هر یک از عبارات در یک طیف ۵ درجه‌ای از کاملاً شبیه من است (۵)، تا حدودی شبیه من است (۴)، نه شبیه من است (۳)، تا حدودی شبیه من نیست (۲)، تا به شدت به من شبیه نیست (۱). ضریب پایایی، بازآزمایی (بعد از نه هفته) پرسشنامه پرخاشگری و مؤلفه‌های آن را ۰/۷۲ تا ۰/۸۰ درصد گزارش شده

<sup>9</sup>. Sheperis, Monceaux, Davis, Lopes

<sup>10</sup>. Sanders

<sup>11</sup>. Wakimizu

است. ضریب همبستگی پرسشنامه پرخاشگری با مقیاس خشم نوآکر (۱۹۹۴)، ۰/۷۹ گزارش شده است. ضریب همبستگی مؤلفه پرخاشگری فیزیکی/خشم و مؤلفه پرخاشگری کلامی/خصومت با مقیاس خشم به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۴ می‌باشد (باس و پری، ۱۹۹۲). در ایران، محمدی (۱۳۸۵)، اعتبار این پرسشنامه را به راه سه روش آلفای کرونباخ، بازآزمایی و تنصیف ۱۲ مورد تحلیل قرار داد که به ترتیب، ضرایب ۰/۸۹، ۰/۷۸ و ۰/۷۳ به دست آمد. روایی این پرسشنامه نیز از راه شاخص‌های روایی همگرا، همزمان و تحلیل عوامل مورد بررسی قرار گرفت. روایی همگرایی پرسشنامه‌ی پرخاشگری با محاسبه ضریب همبستگی زیر مقیاس های این پرسشنامه با یکدیگر و با کل پرسشنامه تأیید شد که این ضرایب میان ۰/۳۷ تا ۰/۷۸ متغیر و معنادار بودند. سامانی (۱۳۸۶)، نیز در پژوهشی همسانی درونی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، برای هر یک از عوامل خصومت، پرخاشگری جسمانی، پرخاشگری کلامی و خشم به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۰ گزارش کرده است.

۲- **بهزیستی اجتماعی کی‌یز و ماگیارمو (۲۰۰۳):** این پرسشنامه توسط کی‌یز و ماگیارمو در سال ۲۰۰۳ طراحی شد که شامل ۱۵ سوال می‌باشد. این پرسشنامه توسط گلستانی بخت (۱۳۸۶) روی ۵۷ آزمودنی اجرا و اعتباریابی شد و ضریب همبستگی پرسشنامه را ۰/۷۶ گزارش کرد. ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۶۱ به دست آمد. تمنایی فر و معتقدی فرد (۲۰۱۴) ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۶۱ به دست آورد.

#### جدول ۱: خلاصه برنامه آموزشی والدگری مثبت به تفکیک جلسات

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
۱	آشنایی والدین با مشکل و علایم آن و برنامه‌ی فرزندپروری مثبت به منظور برجسته کردن لزوم چنین برنامه‌های آموزشی و ایجاد انگیزه و جلب همکاری آنها و اجرای پیش آزمون.	آشنایی با اعضای گروه، توصیف اجمالی در مورد فرزندپروری مثبت و هدف استفاده از آن، توضیح در مورد قوانین اساسی برای گروه و تدوین قوانین اساسی گروه، توضیح در مورد مشکل کودک و علایم مشکل وی.	تعیین اهداف والدین و دلایل لزوم شرکت در برنامه‌ی آموزشی والدگری مثبت.
۲	آشنایی مادر با عوامل موثر بر رفتار کودک و برنامه فرزندپروری مثبت و اینکه مادر بتواند اهدافی را برای تغییر در رفتار خود و کودک مشخص نماید.	مرور جلسه‌ی پیش، توصیف و تعریف فرزندپروری مثبت به تفصیل، جنبه‌های مهم فرزندپروری مثبت.	ثبت رفتارهای نادرست کودک با استفاده از جداول و نمودار داده شده در طول هفته.
۳	تقویت تعاملات مثبت بین والد و کودک و ارائه راهکارهایی به منظور ایجاد یک ارتباط به‌عنوان نخستین گام مهم در کنترل کودک و همچنین آموزش راهکارهایی برای ایجاد رفتاری مطلوب در کودک	بررسی تکالیف جلسه‌ی دوم و ارائه بازخورد، تقویت رابطه والد-کودک با ایجاد روابط مثبت با کودکان	استفاده از روش آموزش اتفاقی و بپرس، بگو و انجام بده در طول هفته و ثبت آن در جداول ارائه شده.
۴	آموزش مهارت‌هایی به والدین به منظور کنترل رفتارهای نامطلوب خفیف و شدید کودک.	شیوه‌های برخورد با رفتار مشکل‌آفرین (مدیریت بد رفتاری)، پیامدهای منطقی رفتار (برای رفتار شدید).	تشکیل جلسه خانوادگی و وضع قانون اساسی در منزل. انجام سه مورد دستوالعمل روش آموزش داده شده و ثبت آنها در جداول مربوطه. یادداشت یکی از

موارد استفاده از بحث جهت دار با کودک در جدول ارائه شده.			
استفاده از پندهای بقای خانواده و ثبت آن در جدول ارائه شده. تشخیص موقعیت‌های دردمساز و یادداشت کردن چگونگی مراحل در جدول ارائه شده.	پندهایی جهت بقای خانواده، تشخیص موقعیت‌های دردمساز، گام‌های فعالیت برنامه‌ریزی شده.	آموزش چگونگی کنترل کودک در موقعیت‌هایی که کنترل به حداقل می‌رسد و نیز ارائه راهکارهایی به منظور بقای خانواده.	۵
تمرین در مورد مشکلات شایع و ایفای نقش به صورت دو نفره.	در این جلسه مشکلات والدین در اجرای دستورات و نحوه برقراری ارتباط با کودک مورد بررسی قرار می‌گیرد.	بررسی نحوه تعاملات والدین با کودک	۶
برنامه‌ریزی برای اجرای مجدد آموزش‌ها و تکالیف ناتمام والدین و ثبت آن در جدول ارائه شده.	در این جلسه در مورد موضوعات مطرح شده جلسات پیشین صحبت شد و جلسات به صورت پرسش و پاسخ انجام شد.	بررسی اجمالی مسائل و موضوعات مطرح شده در جلسات پیشین.	۷
در اختیار قراردادن شرحی از موضوعات مطرح شده در هشت جلسه‌ی آموزش فرزند پروری مثبت و تأکید بر حفظ تغییرات مذکور.	مرور جلسات گذشته، موانع حفظ تغییر، راهکارهایی برای حفظ تغییرات، پایان دادن به جلسات پژوهش.	شرح عواملی که مانع از حفظ تغییرات و اصلاح‌های صورت گرفته خواهد شد و ارائه راه‌حل‌هایی جهت حفظ تغییرات مذکور و اجرای پس‌آزمون	۸

### یافته‌ها

در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مثل میانگین و انحراف معیار و برای بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد، همچنین به منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین و باکس و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از واریانس چندمتغیری (MANCOVA) و نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد. همچنین سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۲: نتایج آزمون کالموگروف- اسمیرنوف در بهزیستی اجتماعی و پرخاشگری کودکان در دو گروه

گروه	وضعیت	متغیر	کالموگروف- اسمیرنوف	سطح معنی داری
	پیش آزمون	بهزیستی اجتماعی	۰/۵۱۲	۰/۹۵۶
	پس آزمون		۰/۴۲۹	۰/۹۹۳
	پیش آزمون	پرخاشگری بدنی	۰/۴۰۵	۰/۹۹۷
	پس آزمون		۰/۵۷۷	۰/۸۹۳
آزمایش	پیش آزمون	پرخاشگری کلامی	۰/۳۴۶	۱/۰۰۰
	پس آزمون		۰/۶۰۰	۰/۸۶۴
	پیش آزمون	خشم	۰/۵۱۲	۰/۹۵۶
	پس آزمون		۰/۶۳۶	۰/۸۱۳
	پیش آزمون	خصوصیت	۰/۶۴۹	۰/۷۹۳

۰/۷۶۹	۰/۶۶۵	پس آزمون	
۱/۹۷۰	۱/۴۹۰	پیش آزمون	
۰/۸۷۹	۰/۵۸۸	پس آزمون	بهزیستی اجتماعی
۰/۸۲۲	۰/۶۳۰	پیش آزمون	
۰/۸۰۱	۰/۶۴۴	پس آزمون	پرخاشگری بدنی
۰/۹۸۶	۰/۴۵۳	پیش آزمون	
۰/۷۴۵	۰/۶۷۹	پس آزمون	پرخاشگری کلامی
۰/۵۳۰	۰/۸۰۹	پیش آزمون	
۰/۹۷۱	۰/۴۸۸	پس آزمون	خشم
۰/۵۴۱	۰/۸۰۲	پیش آزمون	
۰/۷۸۱	۰/۶۵۷	پس آزمون	خصوصیت

برای بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به نتایج جدول سطوح معناداری بدست آمده هر یک از متغیرهای پژوهش که بزرگتر از ۰/۰۵ بود ( $P > 0.05$ )، داده‌های تمام متغیرها نرمال بوده است و لذا برای آزمون هریک از متغیرهای با توزیع نرمال از آزمون پارامتریک استفاده شد.

جدول ۳: نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیرها	آماره لون	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی-داری	نتایج آزمون
بهزیستی اجتماعی	۲/۳۸۱	۱	۲۸	۰/۱۳۴	واریانس‌ها همگن هستند
پرخاشگری بدنی	۰/۰۰۳	۱	۲۸	۰/۹۵۵	واریانس‌ها همگن هستند
پرخاشگری کلامی	۰/۰۳۴	۱	۲۸	۰/۸۵۵	واریانس‌ها همگن هستند
خشم	۰/۰۴۹	۱	۲۸	۰/۸۲۶	واریانس‌ها همگن هستند
خصوصیت	۰/۵۵۴	۱	۲۸	۰/۴۶۳	واریانس‌ها همگن هستند

جهت بررسی همگن بودن واریانس متغیرهای پژوهشی از آزمون برابری خطای واریانس‌های لون استفاده شد. براساس سطح معنی‌داری بدست آمده در این آزمون، می‌توان در خصوص همگنی یا عدم همگنی واریانس‌ها قضاوت نمود. بدین طریق که اگر سطح معنی‌داری بدست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ باشد، واریانس‌ها برابرند و بالعکس. بنابراین با توجه به جدول فوق شرط همگنی واریانس برقرار است.

جدول ۴: آزمون باکس جهت بررسی برابری ماتریس کوواریانس

Box's M	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
۲۸/۶۵۱	۱/۵۳۷	۱۵	۳۱۵۶/۶۳۲	۰/۰۸۴

براساس جدول ۴ نتیجه آزمون ام‌باکس نشان داد که مقدار احتمال بدست آمده هریک از متغیرهای پژوهش بزرگتر از ۰/۰۵ بود ( $P > 0.05$ ). اگر این مفروضه رعایت شود، تحلیل گر می‌تواند از لانداوی ویلکز استفاده کند.

جدول ۵: نتایج آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل کواریانس چندمتغیره

نام آزمون	Value	F	Hypothesis df	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	ضریب اتا
لامبدای ویلکز	۰/۲۹۸	۰/۸۳۰	۱۰/۰۰۰	۴۶/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵۴

بر اساس جدول شماره ۵، نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثربخشی آموزش والدگری مثبت بر حداقل یکی از متغیرها معنی دار است ( $P < ۰/۰۰۱$ )،  $P = ۰/۲۹۸$  لامبدای ویلکز). بنابراین شرط استفاده از تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیره (MANCOVA) رعایت شده است.

جدول ۶: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون بهزیستی اجتماعی و پرخاشگری کودکان در دو گروه

وضعیت	متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	بهزیستی اجتماعی	۳۶/۸۰۰	۸/۱۱۷	۳۷/۲۶۶	۷/۴۰۱
	پرخاشگری بدنی	۲۸/۰۶۶	۵/۷۳۷	۲۶/۵۳۳	۷/۸۴۵
	پرخاشگری کلامی	۱۶/۲۰۰	۴/۵۳۸	۱۶/۱۳۳	۳/۱۳۶
	خشم	۲۴/۶۰۰	۴/۹۳۹	۲۳/۶۰۰	۵/۰۶۸
	خصوصیت	۲۴/۳۳۳	۶/۵۲۱	۲۴/۶۰۰	۵/۱۵۱
	بهزیستی اجتماعی	۵۶/۴۶۶	۱۵/۳۶۱	۳۸/۸۰۰	۹/۹۹۴
پس آزمون	پرخاشگری بدنی	۱۵/۱۳۳	۲/۹۹۶	۲۸/۳۳۳	۶/۳۴۳
	پرخاشگری کلامی	۹/۳۳۳	۲/۴۱۰	۱۷/۲۰۰	۳/۱۴۴
	خشم	۱۱/۷۳۳	۳/۳۴۸	۲۴/۰۶۶	۵/۱۰۵
	خصوصیت	۱۵/۱۳۳	۳/۴۶۱	۲۵/۲۶۶	۳/۸۰۷
	بهزیستی اجتماعی	۲۸/۰۶۶	۸/۱۱۷	۳۷/۲۶۶	۷/۴۰۱
	پرخاشگری بدنی	۲۸/۰۶۶	۵/۷۳۷	۲۶/۵۳۳	۷/۸۴۵

همانطور که در جدول شماره ۶ مشاهده می شود در تمامی مؤلفه از جمله: بهزیستی اجتماعی و پرخاشگری (پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصوصیت) در کودکان در پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش با یکدیگر متفاوتند.

جدول ۷: نتایج تفکیک تحلیل کواریانس چند متغیره

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
بهزیستی اجتماعی	۲۸۰۴/۰۰۶	۲	۱۴۰۲/۰۰۳	۸/۹۳۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹۸
پرخاشگری بدنی	۸۵۳/۴۳۳	۲	۴۲۶/۷۱۶	۱۰/۰۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۲۸
پرخاشگری کلامی	۳۳۵/۷۴۹	۲	۱۶۷/۸۷۴	۱۳/۰۲۰	۰/۰۰۰	۰/۴۹۱
خشم	۶۷۶/۰۰۹	۲	۳۳۸/۰۰۴	۹/۲۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۰۷
خصوصیت	۵۳۳/۶۷۸	۲	۲۶۶/۸۳۹	۱۱/۸۶۷	۰/۰۰۰	۰/۴۶۸

با توجه به نتایج جدول ۷، با در نظر گرفتن نمره های پیش آزمون به عنوان نمره های همپراش، تفاوت بین بهزیستی اجتماعی و پرخاشگری کودکان در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است ( $P < ۰/۰۵$ )؛ بنابراین می توان گفت که با توجه به مجذور اتا در

هر یک از متغیرهای بهزیستی اجتماعی (۰/۳۹۸) و پرخاشگری (بدنی، کلامی، خشم و خصومت) به ترتیب ۰/۴۲۸، ۰/۴۹۱، ۰/۴۰۷ و ۰/۴۶۸ تغییرات با توجه به مداخله آموزشی والدگری مثبت تبیین می‌شود.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش والدگری مثبت بر بهزیستی اجتماعی و کاهش پرخاشگری کودکان بود. براساس یافته‌های این پژوهش مشخص شد که آموزش والدگری مثبت سبب افزایش بهزیستی اجتماعی و کاهش پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و خصومت کودکان شده است. این یافته‌ها با نتایج گابلز، واندربوت و اسینک (۲۰۱۹)؛ ساندرز و همکاران (۲۰۱۰) و فلی و جونز (۲۰۰۷) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان چنین استنباط کرد که مطالعات فراوانی نشان می‌دهد، پرخاشگری و مشکلات رفتاری کودک ریشه در خانه‌هایشان دارد و عملکردهای بد خانوادگی به وسیله‌ی خشونت خانوادگی، سبک‌والدگری ناصحیح و رابطه‌ی والد-کودک مختل، کودک را به‌سوی مشارکت در رفتارهای پرخاشگرانه و پرخطر سوق دهد (بروک، ۲۰۰۵؛ و اکروودویک، ۲۰۱۰). در این خصوص می‌توان اظهار داشت که: اکثر ناراحتی‌های کودک زائیده‌ی محیط آشفته‌ی خانوادگی است. خانواده می‌تواند کانون التیام زخم‌های اعضای باشد و در مقابل می‌تواند کانون ایجاد زخم‌های آنها نیز باشد (نظری، ۱۳۸۸). خانواده‌هایی که والدین آن به‌طور مداوم در حال جنگ و ستیزند و برای یکدیگر احترام قائل نیستند، گذشته از تاثیر نامطلوبی که در اثر تقلید و همانندسازی بر فرزندان خود می‌گذارند، بدترین محیط روانی آنها را فراهم می‌آورند، بنابراین کودکان و نوجوانان به دلیل در معرض بودن رفتارهای پرخاشگرانه یاد می‌گیرند تا در مواقع لزوم پرخاش کنند و حتی کتک بزنند، چه بسا این مشکلات فرد را در آینده به سوی رفتارهای بزهکارانه و ... سوق دهد. آموزش والدگری مثبت براساس رفتار درمانگری-های خانوادگی مبتنی بر اصول یادگیری اجتماعی بندورا پدید آمده است. لذا این آموزش سعی می‌کند براساس با آموزش به کار بردن مناسب تقویت کننده‌های عینی، تشویق کننده‌های کلامی متناسب با رفتار کودک در هر موقعیت و آموزش والدین در ایجاد فعالیت‌های سرگرم کننده، از حفظ حالت مراقبت دایمی والدین از کودک بکاهد و از این طریق سطح تنش حاصل را در روابط والد-کودک به طرز قابل ملاحظه‌ای کاهش دهد و این موجب بهبود تعامل والد-کودک می‌شود (ساندرز، ۲۰۰۳). این برنامه با آموزش مناسب به والدین برای اعمال کنترل مناسب و ایجاد رفتارهای سازنده در کودک حس صلاحیت و خودگردانی والدین را افزایش می‌دهد. با یادگیری مهارت‌های برقراری ارتباط صمیمانه با کودک و ایجاد فعالیت‌های سرگرم کننده برای او، از میزان مراقبت دایم و نگرانی والدین در مورد رفتارهای کودک می‌کاهد و موجب بهبود کیفیت تعامل والد-کودک می‌شود، همچنین این امر به نوبه‌ی خود فرصت کافی به والد مراقبت کننده برای رسیدگی به نقش‌های اجتماعی متفاوت از جمله برقراری ارتباط مناسب با همسر و افراد دیگر در محیط اجتماعی او می‌شود (ساندرز، ۲۰۰۳). با توجه به یافته‌های پژوهش‌ها مبنی بر اینکه بهبود کیفیت تعامل والد-کودک سبب کاهش رفتار مخرب کودک و بهبود مدیریت رفتار والدین است (ساندرز، ۲۰۰۳؛ شپریس، شپریس، مونساکس، دوایس و لوپز<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۵). به نظر می‌رسد مادامی که کودک توانست با والدین ارتباط صحیح برقرار کند و درگیری‌ها و مشکلات آنان کاسته شود و با یکدیگر رابطه مثبت و مسالمت آمیز داشته باشند، این به نوبه خود می‌تواند تا حد زیاد بر سلامت روان و بهزیستی اجتماعی کودک تاثیر مثبت داشته باشد.

بنابراین با توجه به یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثربخشی برنامه آموزش والدگری مثبت بر بهزیستی اجتماعی و پرخاشگری کودکان پیشنهاد می‌شود که این برنامه آموزشی در درمان مشکلات شدید رفتاری، پرخاشگری و رفتارهای پرخطر کودک و نوجوان بکار گرفته شود.



## منابع و مراجع

- [۱] امین بیگی، علی (۱۳۷۷). مقایسه مهارت‌های حل مسئله اجتماعی دانش‌آموزان عادی و دارای اختلال رفتاری ۹ و ۱۵ ساله شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۷۷. پایان‌نامه چاپ نشده. دانشگاه علامه طباطبایی تهران. ۱۳-۱۱.
- [۲] تجریشی، معصومه، عاشوری، محمد، افروز، غلامعلی، ارجمندیان، علی اکبر، غباری بناب، باقر (۱۳۹۴). اثر بخشی آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت بر تعامل مادر با کودک کم‌توان ذهنی. فصلنامه‌ی توانبخشی. ۱۳۱-۱۲۹.
- [۳] سامانی، سیامک (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی پرسشنامه باس و پری، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، دانشگاه شیراز. ۱۳(۴)، ۳۶۵-۳۵۹.
- [۴] عباسی، مسلم؛ اعیادی، نادر؛ شفیعی، هادی؛ پیرانی، ذبیح (۱۳۹۴). نقش بهزیستی اجتماعی و سرزندگی تحصیلی در پیش‌بینی اشتیاق تحصیلی دانشجویان پرستاری. مجله علمی- پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی. ۱(۹)، ۵۵-۵۰.
- [۵] محمدی، نورالله (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی شاخص‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه پرخاشگری باس- پری، مجله علوم اجتماعی و انسانی. دانشگاه شیراز. ۲۵(۴)، ۱۵۱-۱۳۵.
- [6] Brook, S.G.M. (2005). Coping Skills and Parent Support Mediate The Association Childhood Attention Deficit. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(4), PP, 345-357.
- [7] Buss, A. H. and Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. 63(3), 452-459.
- [8] Feeley, K., Jones, E. (2007). Strategies to address challenging behavior in young children with Down syndrome. *Down syndrome Research and Practice Advance Online Publication*; 81(11):19-30.
- [9] Gubbels, J., van der Put, C. E., & Assink, M. (2019). The effectiveness of parent training programs for child maltreatment and their components: A meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(13), 2404.
- [10] Hamama, L. (2012). Self-control, social support, and aggression among adolescents in divorced and two-parent families. *Children and Youth Services Review*. 34, 1042-1049.
- [11] Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (Eds.). (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed.). New York: Guilford.
- [12] Keyes CL. (1998). Social well-being. *Soc Psychol Q*. 61(2):121-40.
- [13] Keyes, C. L. M., & Magyar-Moe, J. L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. 411-25.
- [14] Narimani M, Rajabi S. (2005). Study the prevalence and causes of learning disabilities in elementary school students in Ardabil province. *Res except Child*. 5(3): 231-52
- [15] Okrodudu, G. (2010). Influence of parenting styles on adolescent delinquency in Delta Central Senatorial District. *EDO Journal of Counseling*, 3: 58-86.
- [16] Sanders, M. R. (2003). Triple p-positive parenting program: A population approach to promoting competent parenting. *Aust. E-J. Advancement Mental Health*. 2(3):127-143.
- [17] Sanders, M. R. Matthew, Carol Markie- Daddsand. Karen M. T. turner. (2010). *Keoretical. scientific and ethical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program. A population Approach to the promotion of parenting competence*.
- [18] Shachar, K., Ronen-Rosenbaum, T., Rosenbaum, M., Orkibi, H., & Hamama, L. (2016). Reducing child aggression through sports intervention: The role of self-control skills and emotions. *Children and youth services review*. 71, 241-249.
- [19] van Gink, K., Visser, K., Popma, A., Vermeiren, R. R., van Domburgh, L., van der Stegen, B., & Jansen, L. M. (2018). Implementing non-violent resistance, a method to cope with aggression in child and adolescent residential care: exploration of staff member's experiences. *Archives of psychiatric nursing*. 32(3), 353-359.
- [20] Wakimizu, R., Fujioko, H. Lejima, A. & Miyamoto, S. (2014). Effectiveness of the group- based positive parenting program with development disabilities: a longitudinal study. *Journal of psychological abnormalities in children*. 1, 1-9.

- [21] World Health Organization. (2015). Adolescent mental health. Retrieved from. [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en).