

## اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد ایماگوتراپی بر مشکلات رفتاری کودکان و رضایت از زندگی مادران

مریم یگانه فرد<sup>1</sup>، وحید هادی پور<sup>2</sup> \*

1- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره‌ی خانواده، دانشکده‌ی غیر دولتی - غیر انتفاعی رفاه،  
yeganehmoshaver@gmail.com

2- کارشناسی ارشد روان‌سنجی، دانشگاه آزاد اسلامی (واحد تهران مرکز)، تهران، ایران، v.hadipour2@gmail.com

### خلاصه

شیوه‌های برخورد و روش‌های فرزندپروری والدین در شکل‌گیری شخصیت و هویت فرزندان‌شان نقش مهم و اساسی دارد. این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد ایماگوتراپی بر مشکلات رفتاری کودکان و رضایت از زندگی مادران انجام شد. در این پژوهش از روش نیمه آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه‌ی آماری شامل مادران دارای کودکان با مشکلات رفتاری شهر تهران بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، 30 نفر انتخاب شده و به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. آموزش فرزندپروری مبتنی بر ایماگوتراپی به منظور بهبود مشکلات رفتاری کودکان و بالا رفتن رضایت از زندگی مادران بر روی گروه آزمایش انجام شد و با پرسشنامه‌ی رضایت از زندگی داینر (SWLS) و پرسشنامه‌ی مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان آخنباخ (CBCL)، تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که مشکلات رفتاری کودکان بین دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و همچنین رضایت از زندگی مادران نیز بین دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس یافته‌ها شیوه‌ی فرزندپروری مبتنی بر ایماگوتراپی، می‌تواند روش مطلوبی برای مادران کودکان با مشکلات رفتاری باشد که این مهم، می‌تواند رضایت از زندگی مادران را نیز بهبود بخشد.

**کلمات کلیدی:** فرزندپروری مبتنی بر ایماگوتراپی، مشکلات رفتاری کودکان، رضایت از زندگی مادران

### مقدمه

کودکان معمولاً رفتارهایی از خود نشان می‌دهند که بزرگسالان را نگران می‌کند. با این وجود، تنها در سال‌های اخیر، پژوهشگران اهمیت بالینی این رفتارها را در کودکان، مورد توجه قرار داده‌اند. طی چند دهه‌ی گذشته، علاقه و توجه به رشد شناختی کودکان گسترش یافته است. پیش‌تر، برخی پژوهشگران بر این باور بودند که مشکلات رفتاری کودکان، ناشی از نارسایی‌های رشدی است که با گذر زمان برطرف می‌شوند. واقعیت این است اگر چه فرایند رشد کودک و تغییرات جسمی و روانی نمی‌تواند پایدار باشد؛ اما، اکثر کودکانی که در سال‌های نخستین کودکی دارای مشکلات رفتاری و عاطفی هستند، نه تنها به سادگی از این مشکلات عبور نمی‌کنند، بلکه ممکن است این مشکلات تا دوران بلوغ و حتی بزرگسالی نیز در آن‌ها تداوم داشته باشد [1].

\* مریم یگانه فرد

مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان، دلیل اصلی ارجاع آن‌ها به مراکز خدمات بهداشتی محسوب می‌شود. علاوه بر این، مشکلات رفتاری علت ارجاع کودکان به مراکز آموزش خاص، مشاوران و برنامه‌های ویژه‌ی در مدارس عادی است [2]. تعداد زیادی از کودکان دارای مشکلات رفتاری، در خانه، مدرسه و مراحل بعدی زندگی نیز رفتارهای ناسازگارانه از خود نشان می‌دهند [3].

مشکلات رفتاری، رفتارهایی هستند که فرد به وسیله‌ی آن‌ها حقوق دیگران را نقض می‌کند و قواعد اجتماعی را زیر پا می‌گذارد. این اختلال بیش‌تر در دوران کودکی و نوجوانی روی می‌دهد و در پسران بیش‌تر از دختران دیده می‌شود. مشکلات رفتاری به دو دسته تقسیم می‌شوند: گونه‌ای که در دوران کودکی آغاز می‌شود (نشانه‌ها پیش از ۱۰ سالگی ظاهر می‌شوند) و دسته‌ای که در دوران نوجوانی آغاز می‌شود (نشانه‌ها پس از ۱۰ سالگی ظاهر می‌شوند). بسیاری از رفتارهای مرتبط با مشکلات رفتاری، ظاهری شبیه نافرمانی‌ها و سرکشی‌های معمولی دوران کودکی دارند اما بسیار شدیدتر و جدی‌تر هستند [4] و در این پژوهش منظور از مشکلات رفتاری، نمره یا کمیتی است که از پرسشنامه‌ی ۱۱۹ سوالی آخنباخ (CBCL) به دست می‌آید [5].

نظام خانواده از شبکه‌ی ارتباطات تشکیل شده که طی آن والدین و کودکان در فرایندی دو سویه با هم در تعامل قرار می‌گیرند؛ بدین‌سان طرفین قادرند تاثیرهای شگرفی بر یکدیگر بگذارند [6]. در واقع، خانواده اولین منبع حمایت از کودکان برای بهداشت روان به حساب می‌آید. این که کودک در جریان رشد، تعامل مناسبی با والدین و همسالان داشته باشد و هیجانات مثبتی را تجربه کند در سلامت روان و در نتیجه در تعاملات اجتماعی، یادگیری و انطباق او نقش مؤثری ایفا می‌کند و بهزیستی روان‌شناختی؛ خانواده، والدین و کودکان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد [7]. به همین خاطر والدین کودکان دارای مشکلات رفتاری، استرس بیش‌تری تجربه می‌کنند و رفتارهای کودکان‌شان بر زندگی اجتماعی و رضایت از زندگی آن‌ها تاثیر منفی می‌گذارد [8].

رضایت از زندگی، ارزیابی شناختی - عاطفی فرد از زندگی خود است. این ارزیابی‌ها از واکنش‌های احساسی نسبت به وقایع به علاوه قضاوت‌های شناختی از رضایت و برآورده شدن خواسته‌ها تشکیل شده‌اند. رضایت از زندگی نشانگر آن است که پاسخ دهنده چگونه زندگی‌اش را در کل ارزیابی و برآورد می‌کند و بر ارزیابی دامنه‌داری که فرد از زندگی‌اش به عمل می‌آورد متمرکز است. اصطلاح رضایت از زندگی می‌تواند به عنوان همه‌ی حیطه‌های زندگی فرد در مقطع خاصی از زمان یا به عنوان یک قضاوت یکپارچه در مورد زندگی شخص از بدو تولد تعریف شود. رضایت از زندگی ارزیابی‌های فردی از زندگی کنونی و سال‌های قبل را نیز در برمی‌گیرد. این ارزیابی‌ها شامل واکنش هیجانی افراد به حوادث، حالات روانی و قضاوت‌های آن‌ها در خصوص میزان رضایتشان از زندگی، کمال بسندگی و رضایت از زمینه‌هایی مانند کار و ازدواج است [9] و در این پژوهش منظور از رضایت از زندگی، نمره یا کمیتی است که پس از پاسخ به سوالات 5 گویه‌ای پرسشنامه‌ی استاندارد رضایت از زندگی داینر (SWLS) به دست می‌آید [10].

موقعیت‌های چالش‌برانگیز زیادی وجود دارد که می‌تواند رشد کودکان را تحت تأثیر قرار دهد. به نظر می‌رسد مبارزه با این چالش‌ها نه تنها باعث رشد و پیشرفت کودک می‌شود بلکه به رشد خانواده کمک می‌کند. عدم برخورد مناسب و بهنگام با این قبیل مشکلات می‌تواند به قسمت‌های مختلف زندگی فردی مانند مدرسه، ارتباطات و گروه‌های اجتماعی گسترش یابد و اثرات مخربی بر زندگی کودک و خانواده‌اش بگذارد. این آسیب‌ها می‌تواند در عرصه‌های گوناگون از قبیل تأخیر در رشد و یا عدم توانایی برای بروز قابلیت‌ها باشد. شیوه‌ی فرزندپروری یکی از عوامل عمده در رشد و تکامل کودکان و نامناسب بودن آن در کنار تعارضات خانوادگی و فقدان رابطه‌ی گرم و مثبت با فرزندان عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی در بروز مشکلات هیجانی - رفتاری در کودکان و نوجوانان محسوب می‌شود [11].

نداشتن آگاهی لازم در خصوص شیوه‌ی فرزندپروری در شرایط مختلف عاملی مهم در ایجاد ناسازگاری‌های بین والدین و کودکان است و در نهایت رضایت از زندگی را در والدین تحت تأثیر قرار می‌دهد [12]. آموزش والدین در خصوص شیوه‌های فرزندپروری، یکی از عملی‌ترین راهبردهای مداخله‌ای برای افزایش رضایت از زندگی والدین است. با تغییر نگرش

والدین نسبت به فرزندپروری، می‌توان چرخه‌ی معیوب فرزندپروری را اصلاح کرد، به طور کلی تغییر نگرش مادر نسبت به فرزندپروری، سبب کاهش مشکلات رفتاری کودکان و افزایش رضایت از زندگی در مادران می‌شود [13].

رویکردهای مختلفی برای شیوه‌ی فرزندپروری وجود دارد که به منظور رشد تعامل والد - فرزند مورد استفاده قرار گرفته‌اند، رویکرد مبتنی بر رویکرد ایماگوتراپی متفاوت از الگوهای دیگر است و محور آن خود رابطه والد - فرزند است. این رویکرد فرزندپروری را به عنوان یک رابطه‌ی التیامبخش در نظر می‌گیرد. از نظر هندریکس و هانت، روشی که فرزندان خود را تربیت می‌کنیم تا حدّ زیادی تحت تأثیر تجربه‌های درونی شده‌ای است که در کودکی با والدین خود داشته‌ایم. مشکلاتی که کودکان بعدها در زندگی خواهند داشت، نتیجه‌ی عدم تکامل موفقیت‌آمیز آن‌ها از میان مراحل تحوّل دلبستگی، اکتشاف، هویت، توانمندی، ارتباط و صمیمیت است. این بدین معناست که در رابطه با فرزندپروری، فرصت‌هایی برای التیام دوباره در کودکی رخ می‌دهند [14].

در آموزش شیوه‌ی فرزندپروری مبتنی بر ایماگوتراپی، والدین با آگاهی از نیازهای فرزند و نیازهای برآورده نشده‌ی خودشان در خصوص مراحل تحوّل فرزند، آموزش می‌بینند تا در تعاملاتشان آگاه و انعطاف‌پذیر باشند و با ایجاد امنیت و حمایت برای کودکشان، هنگام عبور از هر یک از مراحل تحوّل، بتوانند نیازهای او را برآورده سازند [15]. منظور از آموزش شیوه‌ی فرزندپروری مبتنی بر ایماگوتراپی در این پژوهش، آموزشی است که ترکیبی از تکنیک‌های برنامه‌ی فرزندپروری هندریکس و هانت و تمرین‌های پروتکل تقویت ارتباط هوشیار با فرزندان است. که طیّ هشت جلسه‌ی 90 دقیقه‌ای به والدین ارائه می‌شود [16].

پژوهش‌های مختلفی در زمینه‌ی فرزندپروری در داخل و خارج از کشور انجام شده است، اما پژوهش مشابهی که به اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد ایماگوتراپی پرداخته باشد، تنها یک مورد یافت شد که در این پژوهش به اثربخشی آموزش فرزندپروری هشیار مبتنی بر رویکرد ایماگوتراپی بر تعامل والد - کودک مادران فرزند مبتلا به ناتوانی یادگیری پرداخته است [17].

البته پژوهش‌هایی به اثربخشی آموزش فرزندپروری بر بهبود روابط والد - فرزندی پرداخته‌اند مانند پژوهشی که نتایج آن نشان داده است، آموزش فرزندپروری با تأکید بر نظریه‌ی انتخاب، بر بهبود رابطه‌ی والد - فرزندی و رضایت از زندگی مادران تأثیر دارد [18]. همچنین یافته‌های پژوهش دیگری نشان می‌دهد که آموزش تنظیم هیجان باعث بهبود روابط والد - کودک مادران دارای فرزند با ناتوانی یادگیری می‌شود [19]. و در برآیند پژوهش همسانی، مشخص شده است که آموزش مهارت‌های فرزندپروری باعث تقویت پیوند والدینی، کم شدن استرس ادراک شده‌ی والدین و موجب بالا رفتن کیفیت زندگی مادران می‌شود [20].

گرچه پژوهش‌هایی در رابطه با سبک‌های فرزندپروری، مشکلات رفتاری و رضایت از زندگی والدین صورت گرفته است، ولی بر اساس بررسی‌های انجام شده، فقط یک پژوهش در زمینه‌ی فرزندپروری مبتنی بر ایماگوتراپی انجام شده است. به همین علت پژوهش حاضر در نظر دارد این موضوع را بررسی کرده و هدف اصلی آن اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد ایماگوتراپی بر رضایت از زندگی مادران و مشکلات رفتاری کودکان می‌باشد.

## روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه‌ی آماری: جامعه‌ی آماری این پژوهش، همه‌ی مادران دارای کودکان با مشکلات رفتاری شهر تهران بود. نمونه‌ی پژوهش، شامل 30 نفر از این مادران بود که به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (پانزده نفر) و کنترل (پانزده نفر)

قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن فرزند با مشکلات رفتاری که به علت مشکلات رفتاری تحت نظر کلینیک‌ها و مراکز مشاوره هستند، سن بین ۲۳ تا ۴۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش بر این پایه بودند: ابتلا به بیماری‌های شدید روانی، عدم همکاری در انجام تکالیف و نداشتن تمایل به ادامه‌ی همراهی. تعداد ۱۵ نفر از مادران دارای کودکان با مشکلات رفتاری با میانگین سنی ۳۱/۲۷ و انحراف استاندارد ۵/۵۸ در گروه آزمایش و تعداد ۱۵ نفر از مادران دارای کودکان با مشکلات رفتاری با میانگین سنی ۳۲/۴۵ و انحراف استاندارد ۶/۳۴ در گروه کنترل شرکت داشتند.

**ابزار پژوهش:** در این پژوهش از ابزارهای زیر برای گردآوری داده‌ها استفاده شد: **مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)**، این مقیاس توسط داینر و همکاران (۱۹۸۹) برای اندازه‌گیری رضایت از زندگی بهزیستی روان‌شناختی ساخته و به کار می‌رود. این مقیاس، ابزاری ۵ ماده‌ای و نمره‌گذاری آن به صورت طیف لیکرتی ۷ امتیازی است که نمره‌ی یک برابر با کاملاً مخالف، نمره‌ی دو برابر با مخالف، نمره‌ی سه برابر با تقریباً مخالف، نمره‌ی چهار برابر با نه مخالف نه موافق، نمره‌ی پنج برابر با تقریباً موافق، نمره‌ی شش برابر با موافق، نمره‌ی هفت برابر با کاملاً موافق است. در خصوص روایی مقیاس رضایت از زندگی مطالعات متعددی صورت گرفته و مشخص گردیده که این مقیاس می‌تواند به طور معتبری رضایت از زندگی را نشان دهد. بیانی؛ کوچکی، عاشور و گودرزی (۱۳۸۶) در بررسی اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی، اعتبار مقیاس رضایت از زندگی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و با روش بازآزمایی ۰/۶۹ به دست آوردند. همچنین همسانی درونی نسبتاً بالایی (۰/۸۷) را گزارش نمودند. ضریب همبستگی آزمون مجدد با فاصله‌ی زمانی دو ماه نیز ۰/۸۲ به دست آمده است (آرگیل، ۲۰۰۱).

**پرسشنامه‌ی رفتاری کودک (CBCL) آخنباخ (نسخه‌ی والدین)**، این پرسشنامه از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ (ASEBA) بوده و مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل گوشه‌گیری و افسردگی، مشکلات اجتماعی، رفتار پرخاشگرانه، رفتار قانون شکنی، مشکلات توجه، مشکلات تفکر، شکایت جسمانی، اضطراب ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه ۱۱۳ سوال در رابطه با انواع حالت رفتاری کودکان تشکیل شده است. پاسخ به سوالات این پرسشنامه به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای از ۰ تا ۲ می‌باشد. بدین ترتیب که نمره‌ی "۰" به مواردی تعلق می‌گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد؛ نمره‌ی "۱" به حالت و رفتارهایی داده می‌شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می‌شود و نمره‌ی "۳" نیز به مواردی داده می‌شود که بیش‌تر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. این ابزار برای اولین بار در ایران توسط تهرانی دوست و همکاران (۱۳۸۱) ترجمه و هنجاریابی شده است. در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) دامنه‌ی ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. روش اجرا: جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با چندین مرکز مشاوره انجام شد. همچنین اطمینان‌بخشی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آزادی انتخاب برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده در پژوهش بود. با مشخص کردن نمونه‌ی پژوهش، مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)، و پرسشنامه‌ی رفتاری کودک (CBCL) آخنباخ (نسخه‌ی والدین)، به عنوان پیش‌آزمون توسط مادران دارای کودکان با مشکلات رفتاری تکمیل شد. افراد نمونه به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شده و افراد گروه آزمایش، آموزش فرزند پروری مبتنی بر رویکرد ایماگوتراپی را در چهار بخش به تعداد هشت جلسه‌ی نود دقیقه‌ای دریافت کردند. بعد از انجام آزمایش، از هر دو گروه پس‌آزمون دریافت شد و اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) تجزیه و تحلیل شد.

**روش آزمایش:** برنامه‌ی فرزندپروری مبتنی بر رویکرد ایماگوتراپی توسط هندریکس و هانت ابداع شده است. در این پژوهش از این برنامه استفاده شد. در مرحله‌ی اول پژوهش، با استناد به یافته‌های حاصل از مشورت با استادان و همچنین مطالعه‌ی منابع، بسته‌ی آموزشی تهیّه و اعتباریابی شد. این برنامه شامل چهار بخش و همچنین تمرین‌هایی برای کمک به والدین برای داشتن ارتباط هشیار با فرزند طراحی شده است (جدول شماره‌ی ۱).

جدول ۱: محتوای جلسات آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد ایماگوتراپی

بخش	جلسه	محتوا	تکلیف
شناخت خود به عنوان مادر	اول	شناسایی سبک فرزندپروری تعیین محدودیت‌های مناسب برای فرزندان	تکمیل پرسشنامه‌ی فرزندپروری
تشخیص نحوه‌ی تربیت شدن	دوم	چالش‌های فرزندپروری شناسایی نقاط رشدی و تحولی به عنوان پدر یا مادر	نوشتن فرم مربوط به شناسایی نقاط تحولی
درک رابطه	سوم	شناسایی باورهای شخصی در نتیجه‌ی دوران کودکی شناسایی احساس‌ها، ترس‌ها و مکانیسم‌های دفاعی	تکمیل برگه‌های مربوط به شناسایی آسیب‌پذیری عاطفی
برنامه‌ای برای التیام، رشد و تحول	چهارم	شناخت شیوه‌ی تربیت والدین و ارتباط آن با شیوه‌های تربیتی اکنون محدودیت‌های والدین برای پدر و مادر چگونه بوده است	پاسخ به سؤال‌های شیوه‌ی تربیت والدین و محدودیت‌های والدین آن‌ها
	پنجم	شناخت تصویر کلی رابطه با فرزند و باورهایی درباره‌ی خودتان، فرصت‌های رشدی و تحولی در رابطه	مطالعه‌ی جزوه‌ی مربوط به رشد مراحل تحولی فرزندان
	ششم	یادگیری گفت‌وگوی ایمن بازآفرینی عشق رمانتیک با هدف الگوگیری فرزندان برای روابط آینده‌ی شان	تمرین گفت‌وگوی ایمن و نوشتن فهرست رفتارهای مراقبتی
	هفتم	استفاده از اطلاعات آموخته شده جهت انجام تمرین‌ها با هدف فرزندپروری	خواندن جزوه‌ی مربوط به ویژگی‌های والدین هشیار
	هشتم	نوشتن برنامه‌ی التیام و رشد (رفتارهای ناکام کننده واکنش‌ها نیازهای فرزند پاسخ سازنده)	مرور و انجام تمرین‌ها

نمونه‌ای از تمرین‌هایی که در این بسته به مادران آموزش داده شد، عبارت است از: شناسایی سبک فرزندپروری، شناسایی نقاط رشدی و تحولی به عنوان پدر یا مادر، یادگیری گفت‌وگوی ایمن (ایماگویی) و تعیین محدودیت‌های مناسب برای فرزندان. این بسته به صورت گروهی در هشت جلسه توسط محقق طراح و به مادران دارای کودکان با مشکلات رفتاری آموزش داده شد.

ابتدا میانگین، انحراف استاندارد و نمودارهای مربوط به مشکلات رفتاری (گوشه‌گیری و افسردگی، مشکلات اجتماعی، رفتار پرخا شگرانه، رفتار قانون شکنی، مشکلات توجه، مشکلات تفکر، شکایت جسمانی، اضطراب) کودکان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش مورد بررسی قرار گرفت. در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد حیطه‌های مشکلات رفتاری کودکان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش نشان داده شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی حیطه‌های مشکلات رفتاری در دو گروه کنترل و آزمایش قبل و بعد از مداخله

متغیر	گروه	فراوانی	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
	آزمایش	۱۵	۱۳/۵۳	۲/۱۷	۹/۲۷	۱/۸۳

۳/۲۲	۱۳/۲۷	۲/۸۷	۱۳/۳۳	۱۵	کنترل	گوشه‌گیری و افسردگی
۱/۸۳	۶/۰۷	۱/۶۴	۱۱/۴۷	۱۵	آزمایش	مشکلات اجتماعی
۲/۱۱	۱۱/۸	۲/۰۳	۱۱/۴	۱۵	کنترل	
۳/۶	۲۲/۳۳	۲/۹۱	۲۹/۲۷	۱۵	آزمایش	رفتار پرخاشگرانه
۳/۴۶	۲۸/۴۷	۲/۵۶	۲۸/۸۷	۱۵	کنترل	
۲/۲۹	۱۲/۴	۳/۴۹	۱۷/۹۳	۱۵	آزمایش	رفتار قانون‌شکنی
۳/۲۶	۱۸/۰۷	۳/۰۴	۱۷/۸۷	۱۵	کنترل	
۵/۳۷	۱۴/۸۷	۵/۷۸	۱۵/۸	۱۵	آزمایش	مشکلات توجه
۴/۷	۱۵/۶	۴/۳۴	۱۵/۶	۱۵	کنترل	
۱/۴۵	۴/۴	۱/۷۷	۷/۵	۱۵	آزمایش	مشکلات تفکر
۱/۵۶	۸	۱/۲۱	۷/۸	۱۵	کنترل	
۰/۹۴	۱/۲	۱/۲۴	۱/۴	۱۵	آزمایش	شکایت جسمانی
۰/۸۶	۱/۲	۰/۹۶	۱/۲۷	۱۵	کنترل	
۲/۸۳	۱۲/۸	۳/۵۲	۱۴/۶	۱۵	آزمایش	اضطراب
۳/۹	۱۳/۹۳	۳/۵۸	۱۳/۸۷	۱۵	کنترل	

با ملاحظه‌ی جدول شماره‌ی ۲ می‌توان به تفاوت گروه‌های آزمایش و گروه‌های کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون، متغیرهای مشکلات رفتاری و رضایت از زندگی پی برد. همچنین برای بررسی همگنی واریانس متغیرها، از آزمون لوین استفاده شد. جدول شماره‌ی ۳ آزمون همگنی واریانس‌های لوین در گروه‌های آزمایش و کنترل بر اساس حیطه‌های مشکلات رفتاری رضایت از زندگی را نشان می‌دهد.

جدول ۳: آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های حیطه‌های مشکلات رفتاری

معناداری	درجه آزادی دو	درجه آزادی یک	F	متغیر
۱/۲۴۳	۲۸	۱	۰/۲۷۴	گوشه‌گیری و افسردگی
۱/۸۴۰	۲۸	۱	۰/۱۸۶	مشکلات اجتماعی
۱/۶۹۹	۲۸	۱	۰/۲۰۳	رفتار پرخاشگرانه
۰/۱۲۸	۲۸	۱	۰/۷۲۴	رفتار قانون‌شکنی
۱/۴۴۵	۲۸	۱	۰/۲۳۹	مشکلات توجه
۰/۷۱۷	۲۸	۱	۰/۴۰۴	مشکلات تفکر
۳/۹۴۷	۲۸	۱	۰/۰۵۷	شکایت جسمانی
۰/۰۲۱	۲۸	۱	۰/۸۸۵	اضطراب

نتایج مندرج در جدول شماره ۳ نشان می‌دهند که آزمون لوین در متغیر مشکلات رفتاری (گوشه‌گیری و افسردگی، مشکلات اجتماعی، رفتار پر خاشگرانه، رفتار قانون شکنی، مشکلات توجه، مشکلات تفکر، شکایت جسمانی، اضطراب) معنی‌دار نمی‌باشند. بنابراین واریانس دو گروه آزمایش و کنترل در حیطه‌های مشکلات رفتاری به‌طور معنی‌دار متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. جدول شماره ۴ نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون حیطه‌های مشکلات رفتاری گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول 4: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین حیطه‌های مشکلات رفتاری

مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
۰/۹۸۱	۸۱/۹۵۵	۸	۱۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸۱
۰/۰۱۹	۸۱/۹۵۵	۸	۱۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸۱
۵۰/۴۳۴	۸۱/۹۵۵	۸	۱۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸۱
۵۰/۴۳۴	۸۱/۹۵۵	۸	۱۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸۱

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که میان گروه‌ها از لحاظ متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. لذا تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری در متن مانکوا انجام شد. جدول شماره ۵، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون حیطه‌های مشکلات رفتاری گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول 5: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین حیطه‌های مشکلات رفتاری

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
۹۶/۴۷۵	۱	۹۶/۴۷۵	۴۰/۳۶۲	۰/۰۰۰	۰/۶۶۹
۲۸/۷۳۷	۱	۲۸/۷۳۷	۲۵/۱۱۸	۰/۰۰۰	۰/۵۵۷
۱۰۴/۰۸۴	۱	۱۰۴/۰۸۴	۲۰/۹۲۲	۰/۰۰۰	۰/۵۱۱
۱۲۸/۵۷۰	۱	۱۲۸/۵۷۰	۹۴/۴۲۸	۰/۰۰۰	۰/۸۲۵
۲۶۳/۲۲۷	۱	۲۶۳/۲۲۷	۲۱۳/۳۲۷	۰/۰۰۰	۰/۹۱۴
۱۸/۶۷۷	۱	۱۸/۶۷۷	۲۰/۶۱۹	۰/۰۰۰	۰/۵۰۸
۴/۵۲۱	۱	۴/۵۲۱	۱۱/۹۸۶	۰/۰۰۲	۰/۳۷۵
۴۹/۲۲۵	۱	۴۹/۲۲۵	۲۰/۱۱۱	۰/۰۰۰	۰/۵۰۱
۱۲۵/۷۷۴	۱	۱۲۵/۷۷۴	۵۲/۶۱۹	۰/۰۰۰	۰/۷۲۵
۲۳۵/۵۰۱	۱	۲۳۵/۵۰۱	۲۰۵/۸۴۱	۰/۰۰۰	۰/۹۱۱
۳۱۰/۸۴۱	۱	۳۱۰/۸۴۱	۶۲/۴۸۳	۰/۰۰۰	۰/۷۵۸
۱۸۴/۵۸۴	۱	۱۸۴/۵۸۴	۱۳۵/۵۶۷	۰/۰۰۰	۰/۸۷۱
۶/۲۴۶	۱	۶/۲۴۶	۵/۰۶۲	۰/۰۳۶	۰/۲۰۲
۷۵/۷۷۵	۱	۷۵/۷۷۵	۸۳/۶۵۳	۰/۰۰۰	۰/۸۰۷
۰/۰۰۸	۱	۰/۰۰۸	۰/۰۲۲	۰/۸۸۴	۰/۰۰۱
۱۴/۹۵۱	۱	۱۴/۹۵۱	۶/۱۰۸	۰/۰۲۳	۰/۲۳۴
۴۷/۸۰۵	۲۰	۲/۳۹۰			۰/۹

گروه

مشکلات اجتماعی	۲۲/۸۸۲	۲۰	۱/۱۴۴
رفتار پر خاشگرانه	۹۹/۴۹۶	۲۰	۴/۹۷۵
رفتار قانون‌شکنی	۲۷/۲۳۱	۲۰	۱/۳۶۲
مشکلات توجه	۲۴/۶۷۸	۲۰	۱/۲۳۴
مشکلات تفکر	۱۸/۱۱۷	۲۰	۰/۹۰۶
شکایت جسمانی	۷/۵۴۳	۲۰	۰/۳۷۷
اضطراب	۴۸/۹۵۲	۲۰	۲/۴۴۸
گوشه‌گیری و افسردگی	۴۱۲۰	۳۰	
مشکلات اجتماعی	۲۷۵۰	۳۰	
رفتار پر خاشگرانه	۱۹۹۸۶	۳۰	
رفتار قانون‌شکنی	۷۴۲۵	۳۰	
مشکلات توجه	۷۶۷۹	۳۰	
مشکلات تفکر	۱۳۱۴	۳۰	
شکایت جسمانی	۶۶	۳۰	
اضطراب	۵۶۹۵	۳۰	

بر اساس نتایج جدول شماره ۵ میزان  $F$  مشاهده شده برای گروه‌های کنترل - آزمایش و هم برای پیش‌آزمون - پس‌آزمون‌ها محاسبه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، با توجه به مقدار معناداری  $F$  های محاسبه شده برای پیش‌آزمون‌ها نشان داده شد که مشکلات رفتاری (گوشه‌گیری و افسردگی، مشکلات اجتماعی، رفتار پر خاشگرانه، رفتار قانون‌شکنی، مشکلات توجه، مشکلات تفکر، شکایت جسمانی، اضطراب) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متفاوت هستند. همچنین با توجه به مقدار معناداری  $F$  های محاسبه شده بین گروهی (آزمایش - کنترل) نشان داده شد که گوشه‌گیری و افسردگی، مشکلات اجتماعی، رفتار پر خاشگرانه، رفتار قانون‌شکنی، مشکلات توجه، مشکلات تفکر و اضطراب از مشکلات رفتاری در گروه‌های آزمایش و کنترل متفاوت است و تنها شکایت جسمانی از مشکلات رفتاری در گروه‌های آزمایش و کنترل متفاوت نیست. نتایج تحلیل کوواریانس (آنکووا) حاکی از آن است که آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد ایماگوترابی به کار رفته در مطالعه بر مادران دارای کودکان با مشکلات رفتاری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین در گروه آزمایش با اندازه‌های ارائه شده در جدول سبب کاهش مشکلات رفتاری گروه آزمایش شده است. همچنین به منظور بررسی رضایت از زندگی مادران دارای کودکان با مشکلات رفتاری، ابتدا میانگین، انحراف استاندارد و نمودارهای مربوط به رضایت از زندگی مادران دارای کودکان با مشکلات رفتاری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش مورد بررسی قرار گرفت. در جدول شماره ۶ میانگین و انحراف استاندارد رضایت از زندگی مادران دارای کودکان با مشکلات رفتاری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش نشان داده شده است.

جدول ۶: آماره‌های رضایت از زندگی در دو گروه کنترل و آزمایش قبل و بعد از مداخله

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف استاندارد
رضایت زندگی	آزمایش	۱۵	۱۱/۹۳	۱/۷۱	۱۹/۰۷	۲/۰۸۶
	کنترل	۱۵	۱۲/۲۷	۱/۵۳	۱۲	۱/۷۷۳



همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین متغیر مورد بررسی (رضایت زندگی) گروه آزمایش در پس‌آزمون افزایش چشم‌گیری داشته است ولی در گروه کنترل در پس‌آزمون با این مقدار کاهش داشته است که باید مورد بررسی قرار گیرد. همچنین برای بررسی همگنی واریانس متغیرها، از آزمون لوین استفاده شد. جدول شماره ۷ آزمون همگنی واریانس‌های لوین در گروه‌های آزمایش و کنترل بر اساس رضایت از زندگی را نشان می‌دهد.

جدول ۷: آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های رضایت از زندگی

متغیر	F	درجه آزادی یک	درجه آزادی دو	معناداری
رضایت از زندگی	۱/۱۸۰	۱	۲۸	۰/۲۸۷

نتایج مندرج در جدول شماره ۷ نشان می‌دهند که آزمون لوین در متغیر رضایت از زندگی معنی‌دار نمی‌باشند. بنابراین واریانس دو گروه آزمایش و کنترل در رضایت از زندگی به‌طور معنی‌دار متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. جدول ۸ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون رضایت از زندگی مادران دارای کودکان با مشکلات رفتاری گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۸: نتایج آزمون آنکووا برای بررسی رضایت از زندگی مادران

اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	
۰/۵۶۳	۰/۰۰۰	۳۴/۸۰۲	۵۹/۰۹۰	۱	۵۹/۰۹۰	پیش‌آزمون
۰/۸۹۸	۰/۰۰۰	۲۳۶/۹۲۰	۴۰۲/۲۶۴	۱	۴۰۲/۲۶۴	گروه
			۱/۶۹۸	۲۷	۴۵/۸۴۳	خطا
					۷۷۱۸	کل

بر اساس نتایج جدول شماره ۸ میزان F مشاهده شده هم برای گروه‌های کنترل - آزمایش و هم برای پیش‌آزمون - پس‌آزمون محاسبه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود F محاسبه شده برای پیش‌آزمون برابر با ۳۴/۸۰۲ است و با توجه به مقدار معناداری آن ( $P=0/000$ )، نشان داده شد که رضایت از زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متفاوت است. همچنین F محاسبه شده بین گروهی (آزمایش - کنترل) برابر با ۲۳۶/۹۲۰ است و با توجه به مقدار معناداری آن ( $P=0/000$ )، نشان داده شد که رضایت از زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل متفاوت است. نتایج تحلیل کوواریانس (آنکووا) حاکی از آن است که آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد ایماگوتراپی به کار رفته در مطالعه بر مادران دارای کودکان با مشکلات رفتاری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با اندازه ۰/۵۶۳ و در گروه آزمایش با اندازه اثر ۰/۸۹۸ سبب افزایش رضایت از زندگی مادران گروه آزمایش شده است.

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد ایماگوتراپی بر مشکلات رفتاری کودکان و رضایت از زندگی مادران انجام شد. با توجه به یافته‌های پژوهش، برنامه‌ی آموزشی فرزندپروری مبتنی بر رویکرد ایماگوتراپی بر کاهش مشکلات رفتاری از جمله گوشه‌گیری و افسردگی، مشکلات اجتماعی، رفتار پرخاشگرانه، رفتار قانون‌شکنی، مشکلات توجه، مشکلات تفکر و اضطراب کودکان و همچنین افزایش رضایت از زندگی والدین اثر مثبت و معناداری داشت. این یافته با نتایج تحقیق باقری و همکاران [21]، مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی فرزندپروری مثبت بر مشکلات رفتاری کودک و فقدان لذت‌جویی مادران دارای کودک کم توان ذهنی آموزش‌پذیر و پژوهش دارابی و همکاران [22]، که به اثربخشی برنامه‌ی مبتنی بر ذهن‌سازی و ذهن‌آگاهی (مادر و کودک) در مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دبستانی پرداخته است و همچنین با پژوهش سماواتیان و همکاران [23]، مبنی بر تأثیر درمان شناختی رفتاری والد - کودک بر مشکلات رفتاری هیجانی کودکان، همسو بود. این پژوهشگران بر این باورند که تعاملات والد - فرزندی با اصلاح و تقویت شیوه‌های فرزندپروری می‌تواند موجب کاهش مشکلات رفتاری - هیجانی کودکان شود.

در تفسیر کلی نتایج حاصل از پژوهش، می‌توان بیان کرد که در این روش، والدین با باورهای خود در زمینه‌ی فرزندپروری آشنا می‌شوند و از نحوه‌ی تربیت شدن خود مطلع می‌گردند و متوجه می‌شوند که این باورها از والدینشان، نحوه‌ی رفتار و برخورد با آن‌ها و چیزهایی که از والدین خود در دوران کودکی و نوجوانی درونی کرده‌اند، سرچشمه می‌گیرد. آن‌ها از این طریق می‌توانند با ساختن تصویر نحوه‌ی فرزندپروری خودشان، عوامل اختلاف و آزرده‌گی با فرزندان را شناسایی کرده که بیانگر آن است که به عنوان ولی، می‌بایست کارهایی را برای بهبود کاستی‌های خود انجام دهد. آگاهی به این موارد کمک می‌کند که والدین اقدامات افزون‌تری در جریان ارتباط با کودک انجام دهند. و با پی بردن به این که مشکلات فرزندپروری ریشه در جریان کودکی دارد کم‌تر در احساس نامطلوب بودن غوطه‌ور شوند.

محدودیت‌های پژوهش حاضر در تعمیم نتایج می‌باشد، به عبارتی اجرای این برنامه‌ی آموزشی فرزندپروری بر روی مادران کودکان با مشکلات رفتاری بوده که تعمیم نتایج به سایر گروه‌های کودکان را محدود کرده است. به منظور تعمیم نتایج به سایر گروه‌های کودکان، پیشنهاد می‌شود که این برنامه بر روی سایر گروه‌های کودکان و نوجوانان انجام شود. همچنین با توجه به این که این شیوه‌ی فرزندپروری فقط بر روی مادران اجرا شده است، پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری در گروه پدران کودکان با مشکلات رفتاری انجام بگیرد. پیشنهاد دیگر این است که مطالعات متعدّد و چندمرحله‌ای دیگر، به منظور بررسی تداوم اثربخشی و میزان پایداری تغییرهای ناشی از این شیوه‌ی فرزندپروری، انجام شود.

## مراجع

1. آرمسترانگ، ک.، آگ، ج.، اشلی، س. و جان والش، ا. (2018). "درمان مشکلات رفتاری کودکان"، [امیری مجد، م. ترجمه فارسی]. تهران: ارجمند.
2. Lochman, J. and Szczepanki, R. (1999). "Externalizing conditions. in V. Shwean, and D. Saklofske (Eds)," Handbook of psychological characteristics of exceptional children. (pp. 219- 246). New York: plenum.
3. McGee, R., partridge, F., Williams, S. and silva, P. (1991). "A twelve-year follow-up of pre-school hyperactive children." Journal of Abnormal child psychology, 21, 179-198.
4. سادوک، ب. ج.، سادوک، و. آ. و روئیز، پ. (2015). "خلاصه روان پزشکی کاپلان و سادوک"، [رضاعی، ف. ترجمه فارسی]. تهران: ارجمند.
5. Achenbach, T. M. and Rescorla, L. A. (2001). "Manual for the ASEBA School-Age forma & profile." Vermont University, Department of Psychiatry.
6. Kazdin, A. E. and Whitley, MK. (2006). "Comorbidity, Case Complexity, and effects of evidence- based treatment for children referred for disruptive behavior." Journal of consulting and clinical psychology, 74, 455- 467.
7. Newland, A. Newton, M. Finch, L. Harbke, R. C. and Podlog, L. "Moderating variables in the relationship between mental toughness and performance in basketball." Journal of Sport and Health Science. 2013; 2(3): 184-92
8. Dannenberg, G. and Baker, B. (1993). "The impact of young children with externalizing behaviors on their families." Journal of Abnormal child psychology, 21, 179- 98.
9. Diener, E. D., Oishi, S. H., and Lucas, R. E. (2003). "Personality construct, and cognitive evaluation of life." Annual Review of Psychology, 45: 403-425.
10. Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J. and Griffin, S. (1985). "The Satisfaction with Life Scale." Journal of Personality Assessment, 49, 71-75.
11. Briesmester, J. M. and Charles, E. (2007). "Handbook of parent training: Helping parents prevent and solve problem behaviors." Third edition. Edited by James M. Briesmester & Charles E. Schaefer. John Wiley & Sons, Inc. Hoboken, New Jersey.
12. Costin, Y., Hill-Smith, A., Vance, A. and Luk, E. (2012). "Parent group treatments for children with oppositional defiant disorder." Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health: 2; 3:1.
13. بشردوست، ن.، زندی‌پور، ط. و رضائیان، ح. (1393)، "تأثیر آموزش سبک‌های فرزندپروری (مهارت‌های والدینی) بر تغییر نگرش مادران باردار نوبت اول به مقوله فرزندپروری"، مطالعات زن و خانواده، 2(2)، 65-94.
14. Hendrix, H. and Hunt, H. (1998). "Giving the love that heals." New York: Simon and Schuster. <https://books.google.com/books?id=HmBNFFVIJWIC&dq>
15. هندریکس، ه. و هانت، ه. (1398). "عشق التیام‌بخش"، [رحمانی شمس، ح.، موسوی اله‌رودی، ف.، اسلام‌لو، س. نظری، س. م. و نجات، ح. ترجمه فارسی]. تهران: سده دانش.
16. Hendrix, H. and Hunt, H. (2019). "Giving the love that heals: A guide for parents." [Rahmani Shams, H., Mousavi Lahroudi, F., Eslamloo, S., Nazari, S. M. & H. Nejat, Persian Trans]. Tehran: Sadeh Danesh. <http://opac.nlai.ir/opac-prod/bibliographic/5784674>

17. حیاتی، م.، سلگی، م.، یوسفی، ن. و متین، ح. (1399)، "اثربخشی آموزش فرزندپروری هشیار مبتنی بر رویکرد ایماگوتراپی بر تعامل والد - کودک مادران فرزند مبتلا به ناتوانی یادگیری،" *مجله علمی پژوهشی ناتوانی‌های یادگیری*، دوره 10، شماره 2.
18. نیلی احمدآبادی، ز.، باقری، ف. و سلیمی بجستانی، ح. (1398)، "اثربخشی برنامه آموزشی فرزندپروری با تأکید بر نظریه انتخاب بر بهبود رابطه والد - فرزندی و رضایت از زندگی مادران،" *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، 10(39)، 99-122.
19. متین، ح.، اخوان غلامی، م. و احمدی، ص. (1397)، "اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر تعامل والد - کودک مادران دارای فرزند با ناتوانی یادگیری،" *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، دوره 8، شماره 1، 71-89.
20. غریبی، ح.، شیدایی، آ. و رستمی، چ. (1395)، "اثربخشی آموزش مهارت‌های فرزندپروری بر پیوند والدینی، استرس درک شده و کیفیت زندگی مادران دارای کودک پیش‌دبستانی،" *مجله سلامت و مراقبت*، دوره 18، شماره 4، 292-305.
21. باقری، م.، سجادیان، ا. و قمرانی، ا. (1398)، "اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش خشم مادران و مشکلات رفتاری کودکان آنها،" *مجله پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان*، دوره 2، شماره 1، 6-20.
22. دارابی، م.، معنویپور، د. و محمدی، ا. (1402)، "اثربخشی آموزش گروهی فرزندپروری مثبت بر مشکلات رفتاری کودک و فقدان لذت‌جویی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر،" *نشریه پرستاری کودک*، دوره 5، شماره 3، 8-16.
23. سماواتیان، ح.، کلانتری، م.، اصلی‌پور، ع. و عابدی، ا. (1400)، "اثربخشی درمان شناختی رفتاری والد - کودک بر مشکلات رفتاری هیجانی کودکان سوگ،" *فصلنامه علمی - پژوهشی فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، دوره 12، شماره 47، 195-220.