

بررسی تأثیر درمان کوتاه مدت راه‌حل محور بر پرخاشگری کودکان و نوجوانان

باب‌الله بخشی پور* و ثریا رمضان‌زاده**

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان کوتاه مدت راه‌حل محور بر پرخاشگری کودکان و نوجوانان بود. جامعه آماری کلیه دانش‌آموزان دختر مدارس ابتدایی و دبیرستان شهر ساری سال تحصیلی ۹۱-۹۲ بودند. از این جامعه آماری دو مدرسه به صورت تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و نظام سنجش مبتنی بر تجربه آنبخاخ بین آن‌ها اجرا شد. ۳۲ نفر از کودکان و نوجوانانی که از نظر مشکلات رفتاری (پرخاشگری) در مرز بالینی قرار داشتند، یعنی نمره آن‌ها از این تست بالاتر از ۶۰ بود، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. محتوای جلسات طبق نظریه درمان راه‌حل محور دی‌شازر تهیه شد. به منظور تحلیل داده‌های پژوهش از روش آماری آنووا استفاده شد. نتایج تحلیل آنووا حاکی از آن بود که میانگین نمرات پرخاشگری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری پیدا کرده است. بنابراین، درمان کوتاه مدت راه‌حل محور در کاهش پرخاشگری کودکان و نوجوانان مؤثر بوده است.

کلیدواژه‌ها: درمان کوتاه مدت راه‌حل محور؛ پرخاشگری؛ کودکان؛ نوجوانان

مقدمه

پرخاشگری^۱ به هر نوع رفتاری می‌گویند که هدف آن، آسیب فیزیکی و روانی به سایر افراد است (کراه^۲، ۲۰۱۳) حالت منفی ذهنی همراه با انحرافات شناختی و رفتارهای ناسازگارانه (یعقوبی، سهرابی، مفیدی، ۱۳۸۸) که به شیوه‌های متعددی ابراز می‌شود؛ گاهی اوقات به صورت خشم، فرو خورده می‌شود، گاهی اوقات به طرف مردم و اشیاء محیطی معطوف می‌شود (پیوسته‌گر، یزدی و مختاری، ۱۳۸۸).

با توجه به این واقعیت که پرخاشگری در طی رشد نوسان دارد و صفتی نیست که با بزرگ شدن کودکان محو شود، به عبارتی مشکلات رفتاری درمان نشده با پیامدهای منفی همراه هستند و بسیاری از مشکلات ارتباطی و اختلالات شخصیتی را موجب می‌شود (عراقی، ۱۳۸۶) که تا بزرگسالی ادامه دارند. توجه اساسی به بررسی عوامل به وجود آورنده این رفتارها و روش‌های درمانی آن، لازم است (مک‌کی، کولتی، راکوو، جونز و فورهند^۳، ۲۰۰۸).

هنگامی که کودکی یا نوجوانی دارای مشکل رفتاری است، همه نگاه‌ها از سوی خانواده و مدرسه به سمت مشاوران مدرسه است. بنابراین، با توجه به شرایط مدارس، درمان مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان نیازمند شیوه‌های درمانی کوتاه و کم هزینه است که با شرایط، امکانات و فضای مدرسه سازگار باشد.

درمان راه حل محور کوتاه مدت^۴ یک رویکرد قوی و سازنده است که به واسطه آن افراد از این توانایی برای توسعه راه حل‌های خلاق به منظور ارتقاء زندگی خود و توسعه یک خود جدید، تغییر جهان‌بینی و پیاده‌سازی تغییرات رفتاری استفاده می‌کنند (کرتس، بالسترس، کولاتس و اگویار^۵، ۲۰۱۶) این رویکرد مراجعان را در مکالماتی درگیر می‌کند که به ساختارشکنی و آشکارسازی مشکلات منجر می‌شود (کوری^۶، ۲۰۱۴).

در طول رابطه درمانی، مشاوران بر تکنیک‌های خاص تکیه می‌کنند، مانند شناسایی

1. aggression
2. Krahe
3. McKee, Colletii, Rakow, Jones & Forehand
4. Solution-Focused Brief Therapy
5. Cortes, Ballesteros, Collantes & Aguilar
6. Corey

سؤالات معجزه‌آسا که به مراجعان کمک می‌کند تا بتوانند متفاوت بودن را تجربه و موضوعات جدیدی کشف کنند و تفاوت‌های رفتاری را به صورت شناختی در خود و دیگران شرح دهند (دی جانگ و برگ^۱، ۲۰۱۲، میلر و اوپایرنه^۲، ۲۰۰۲؛ به نقل از نیکولاس^۳، ۲۰۱۴) و سؤالات درجه‌بندی شده، که درمان‌جویان را قادر می‌کند به آنچه انجام می‌دهند و نحوه برداشتن گام‌هایی توجه کنند که به تغییرات مطلوب می‌انجامد (اشمیت، اشمیت و لنز^۴، ۲۰۱۶؛ دیویس و آیزورن، ترجمه ادیب راد و نظری، ۱۳۸۶).

گینجریش و پترسون^۵ (۲۰۱۲) این راه حل درمانی را در کاهش رفتارهای چالش برانگیز (مانند پرخاشگری) به‌ویژه در محیط مدرسه مؤثر دانستند. پژوهش ایلبای^۶ (۲۰۱۴) و آتش^۷ (۲۰۱۶) نیز اثربخشی این رویکرد درمانی را در فضای مدرسه تأیید می‌کنند.

مطالعات بروکمن، هوسان، سانچز و ترنز^۸ (۲۰۱۵) تأثیر درمان راه حل محور کوتاه مدت را در کاهش استرس والدین، افزایش خودکارآمدی والدین و نیز مدیریت مشکلات رفتاری کودکان از جمله پرخاشگری نشان می‌دهد. اشمیت و همکاران (۲۰۱۶) در فرا تحلیلی از درمان راه حل محور بر درمان علائم اختلالات رفتاری درون‌سازی شده، ضمن تأیید اثر بخشی درمان راه حل محور بر تعارضات رفتاری درون‌سازی شده مانند اضطراب و افسردگی، به اثربخشی این رویکرد درمانی بر اختلالات برون‌سازی شده همچون پرخاشگری، خشونت و رفتارهای ضد اجتماعی نیز اشاره می‌کنند. در ایران نیز، پژوهش اعتمادی، گیتی‌پسند و مرادی (۱۳۹۱) تحت عنوان اثربخشی درمان راه حل مدار بر کاهش تعارضات والد-فرزندی در نوجوانان دختر، کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری فیزیکی در نوجوانان دختر را نشان داد.

در سایر پژوهش‌ها، همچنین تأثیر درمان کوتاه مدت راه حل محور، آزمون شده است

-
1. De Jong & Berg
 2. Milner & O'Byrne
 3. Nicholas
 4. Schmit, Schmit & Lenz
 5. Gingerich, & Petersen
 6. Ilbay
 7. Ateş
 8. Brokman, Hussain, Sanchez & Turns

(درمان لکنت زبان، نیکولاس، ۲۰۱۴؛ سوء مصرف مواد، لوچمن، پاول، باکسمیر و جیمنز کامارگو^۱، ۲۰۱۲؛ کمرویی، اضطراب، افسردگی، موره، نورمن، اسلای، وایتھوز، زوبریک و اسکات^۲، ۲۰۱۴؛ افکار خودکشی، ون گل، ودر و تانیلون^۳، ۲۰۱۴ و اختلالات خلقی، اضطراب، اختلالات سازگاری و رفتاری، نکت، سارس جاسک و لیندفورس^۴، ۲۰۱۳).

رفتار پرخاشگرانه دوران کودکی و نوجوانی با رفتارهای ضد اجتماعی دوران بزرگسالی ارتباط دارد، پرخاشگری علاوه بر اینکه پیامدهای منفی بسیاری به دنبال دارد، رشد کودک یا نوجوان پرخاشگر را نیز در دوران کودکی و نوجوانی در معرض خطر قرار می‌دهد، به عبارت دیگر بعضی از دانش‌آموزان ما پیش از آنکه اهل سازگاری، تفاهم، مدارا و تحمل باشند. پرخاشگر و قانون شکن هستند و این مسئله موجب مشکلات زیاد در خانواده و مدرسه می‌شود و اگر درمان نشود، می‌تواند موجب رفتارهای ضد اجتماعی در بزرگسالی شود. با توجه به شیوع و پایداری پرخاشگری در میان کودکان و نوجوانان و مشکلات همراه این اختلال مانند افت تحصیلی، اخراج از مدرسه، طرد از سوی همسالان و اولیای مدرسه، مصرف مواد و بزهکاری و با توجه به اینکه پژوهش‌های داخل کشور تأثیر مشاوره راه‌حل محور را در حوزه روابط خانوادگی، روابط زناشویی و کاهش استرس شغلی بررسی قرار کرده‌اند (داوودی، اعتمادی و بهرامی، ۱۳۹۰؛ اعتمادی و گیتی پسند و مرادی، ۱۳۹۱؛ صحت، صحت، خانجانی، محبی و شاه سیاه، ۱۳۹۳) و هیچ یک تأثیر این روش را در مدرسه و در رابطه با کودکان و نوجوانان بررسی نکرده‌اند، پژوهش حاضر، مفاهیم راه حل محور را در حوزه‌ای جدید مد نظر قرار داده است. در این پژوهش تأثیر درمان راه حل محور کوتاه مدت بر پرخاشگری در کودکان و نوجوانان بررسی شد. به همین منظور سه فرضیه به شرح زیر تدوین و پاسخ داده شد:

۱. درمان راه‌حل محور بر کاهش پرخاشگری کودکان مؤثر است.
۲. درمان راه‌حل محور بر کاهش پرخاشگری نوجوان مؤثر است.
۳. بین تأثیرات درمان راه‌حل محور بر کودکان و نوجوانان تفاوت وجود دارد.

1. Lochman, Powell, Boxmeyer & Jimenez-Camargo
 2. Moore, Norman, Sly, Whitehouse, Zubrick & Scott
 3. Van Geel, Vedder & Taniilon
 4. Knekt, Sares-Jäske & Lindfors

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش تمامی دانش‌آموزان دختر مدارس ابتدایی و دبیرستان شهر ساری بود، که در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ مشغول تحصیل بودند. روش نمونه‌گیری این پژوهش از نوع خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای بوده است، ابتدا از آموزش و پرورش ناحیه ۱ و ۲ شهر ساری، ناحیه ۱، و از ۲۶ مدرسه ابتدایی دخترانه آموزش و پرورش ناحیه ۱ شهر ساری، یک مدرسه ابتدایی به صورت تصادفی و از ۱۷ مدرسه متوسطه دخترانه آموزش و پرورش ناحیه ۱ ساری، یک دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب و نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (۱۹۹۷) میان دانش‌آموزان دبستانی پایه پنجم و دبیرستانی پایه دهم اجرا شد. ۳۲ نفر از کودکان و نوجوانانی که از نظر مشکلات رفتاری (پرخاشگری) در مرز بالینی قرار داشتند، یعنی نمره آن‌ها از این تست بالاتر از ۶۰ بود، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک ورود به این مطالعه دارا بودن مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان (از طریق نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ) و رضایت خانواده برای همکاری در برنامه مداخله‌ای بود.

پروتکل درمانی بر مبنای شیوه درمانی راه‌حل محور دی‌شازر^۱ یعنی تقویت نقاط قوت، تعریف و تمجید مراجعان، بررسی موارد استثناء، استفاده از سؤال ویژه «یه جای»، پرسش‌های مقیاس‌گذاری، پرسش معجزه، زنگ استراحت و تکلیف تدوین شد. این برنامه در هر هفته، یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش کودکان و در هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش نوجوان اجرا شد. پیش از آموزش، گروه آزمایش و گواه، پرسشنامه پرخاشگری را تکمیل کردند و پس از پایان آموزش نیز هر چهار گروه به این پرسشنامه پاسخ دادند.

شرح بسته آموزشی درمان راه‌حل محور کوتاه مدت کودکان در ۸ جلسه

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	معارفه	شرح چارچوب‌ها و قوانین گروه، تعیین و بیان اصول کلی درمان راه‌حل محور، ایجاد ارتباط از طریق پذیرش و توجه مثبت با سؤالات کوتاه و معمولی
جلسه دوم	بیان مسئله و تدوین هدف؛	در این جلسه کودکان مشکلات خود را به صورت عینی، ملموس و با استفاده از روش‌های کمکی (نقاشی، وانمودسازی و نمایش) نشان دادند. استفاده از مقیاس‌گذاری؛ به‌عنوان مثال از آن‌ها سؤال شد الان کجای مقیاس قرار دارید؟ تکلیف: از کودکان خواسته شد تا اهداف خود از شرکت در جلسات مشاوره را نوشته و در جلسه بعد همراه خود بیاورند.
جلسه سوم	ایجاد راه حل؛	بررسی پیشنهاد درباره کم‌ترین تغییر برای حل مشکل موجود، اینکه کوچک‌ترین گام برای حل مشکل در خانه یا مدرسه کودکان چه بود، تکلیف: از اعضا خواسته شد تا هفته آینده فکر کنند در چه موقعیت‌هایی مشکلات رفتاری نداشتند یا کم‌تر داشتند.
جلسه چهارم	یافتن موارد استثناء	کودکان در این جلسه با استفاده از نقاشی، نمایش و وانمودسازی لحظات استثناء را در زندگی خود بیان کنند، تکلیف: از اعضا خواسته شد تا درباره پرسش معجزه هر چه به ذهنشان می‌رسد مکتوب و به جلسه مشاوره بیاورند.
جلسه پنجم	استفاده از پرسش معجزه	کمک به کودکان تا با استفاده از چراغ و عصای جادویی به سؤال معجزه پاسخ دهند، یعنی به آن‌ها گفته شد: اگر چراغ جادویی داشتید، امشب معجزه‌ای رخ دهد و مشکلات شما حل شود، چه چیزی در زندگی‌تان متفاوت خواهد بود؟ تکلیف: از شرکت‌کنندگان درخواست شد درباره متفاوت بودن با رفتارهای کنونی فکر کنند و پاسخ‌های خود را در جلسه بعد به گروه ارائه دهند.
جلسه ششم	متفاوت بودن (در ابعاد رفتاری، شناختی، عاطفی)	در این جلسه از کودکان خواسته شد تا با استفاده از تخیل و استفاده از واژه «به جای» متفاوت بودن را در ابعاد رفتاری، عاطفی و شناختی نشان دهند، یعنی راه‌های دیگری را تمرین کنند و آن مسیری را تکرار نکنند که در آن گیر کرده و به بن‌بست رسیده‌اند. تکلیف: برای جلسه آینده پیرامون تثبیت و تحکیم تغییرات فکر کرده و در گروه مطرح کنند.
جلسه هفتم	تثبیت و تحکیم تغییرات	کمک به کودک برای مرور جلسات، چه تغییری کردند، مشاور به نمایاندن این تغییرات و تشویق آن‌ها اقدام کرد. تکلیف: از اعضا خواسته شد تا هفته آینده درباره دستاوردها و یادگیری‌های مربوط به جلسات گروه و به‌کارگیری آن در زندگی فکر و به صورت مکتوب به جلسه بیاورند.
جلسه هشتم	جمع بندی و ختم جلسات	در این جلسه ابتدا کودکان با کمک مشاور به جمع‌بندی جلسات قبل اقدام کردند و در انتها کودکان موفقیت خود را جشن گرفتند و موفقیت تک تک افراد مرور شد و نیز جلسه آینده پس‌آزمون اجرا شد.

شرح بسته آموزشی درمان راه حل محور کوتاه مدت نوجوانان در ۸ جلسه

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	معارفه	معارفه مشاور و ایجاد ارتباط، چارچوب‌ها و قوانین گروه تعیین و نیز اصول کلی راه حل محور برای نوجوانان
جلسه دوم	بیان مسئله و تدوین هدف؛	نوجوانان اهداف خود را از شرکت در جلسات بیان کنند، مشکل خود را با استفاده از سؤالات مقیاس‌گذاری به روشنی مطرح و مشخص کنند که در کجای مقیاس ۱۰ - ۱ قرار دارند. تکلیف: از اعضاء خواسته شد درباره راه‌حل‌هایی که به ذهن آن‌ها می‌رسد یادداشت کرده و به جلسه آینده بیاورند.
جلسه سوم	ایجاد راه حل؛	بیان راه‌حل‌های مختلف درباره مشکلات اگر دیگران چنین مشکلی داشتند چه کاری انجام می‌دادند، تکلیف: از اعضاء خواسته شد تا هفته آینده فکر کنند در چه موقعیت‌هایی مشکلات رفتاری نداشته یا کم‌تر داشتند، برای جلسه آینده بیاورند.
جلسه چهارم	یافتن موارد استثناء	بحث درباره لحظات استثنائی در زندگی نوجوانان، بیان موقعیت‌ها و شرایطی که مشکلات رفتاری نداشتند یا کمتر مشکلات رفتاری داشتند. تکلیف: از اعضاء خواسته شد تا درباره پرسش معجزه هر چه به ذهنشان می‌رسد مکتوب بنویسند و به جلسه مشاوره بیاورند.
جلسه پنجم	استفاده از پرسش معجزه	در این جلسه مشاور از نوجوانان خواست به سؤال معجزه پاسخ گویند. تکلیف: از شرکت‌کنندگان درخواست شد درباره متفاوت بودن با رفتارهای کنونی فکر و پاسخ‌های خود را در جلسه بعد به گروه ارائه دهند.
جلسه ششم	متفاوت بودن (در ابعاد رفتاری، شناختی عاطفی)	نوجوانان رفتار، شناخت و عواطف جدیدی را مطرح کردند، یعنی راه‌های دیگر به غیر از راه‌های فعلی را تمرین کردند؟ پاسخ‌های آن‌ها به واژه به جای خیلی خوب بود و فعالانه درگیر شدند، تکلیف: برای جلسه آینده پیرامون تثبیت و تحکیم تغییرات فکر کرده و در گروه مطرح کنند.
جلسه هفتم	تثبیت و تحکیم تغییرات	بحث اعضای گروه درباره چگونگی تثبیت و تحکیم تغییرات به وجود آمده و صحبت درباره دستاوردها و یادگیری‌های مربوط به جلسات گروه. تکلیف: از اعضاء خواسته شد تا هفته آینده درباره دستاوردها و یادگیری‌های مربوط به جلسات گروه و به‌کارگیری آن در زندگی فکر و به صورت مکتوب به جلسه بیاورند.
جلسه هشتم	جمع‌بندی و ختم جلسات	بحث و گفتگو درباره نتایج جلسات توسط اعضای گروه و در پایان اعضای گروه موفقیت خود را جشن گرفتند، یعنی تک تک آن‌ها تشویق شدند و نیز در جلسه آینده پس‌آزمون اجرا شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ و پرسشنامه پرخاشگری باس و پری^۱ استفاده شد.

نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA)^۲: نظام آخنباخ (۲۰۰۱)، در حقیقت مدلی چندمحوری است که چهارچوبی برای سازماندهی و یکپارچه‌سازی داده‌های تجربی حاصل از منابع اطلاعاتی مختلف فراهم می‌آورد، در این مدل داده‌ها از پنج منبع مختلف به دست می‌آیند که عبارت هستند از گزارش والدین، گزارش معلم، سنجش مستقیم کودک، سنجش شناختی و سنجش جسمانی.

روایی و پایایی این آزمون در پژوهش اصغر مینایی با عنوان «انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم» به اثبات رسیده است. اعتبار آزمون - بازآزمون به میزان ثبات عملکرد فرد در آزمون، در طی زمان اشاره دارد. برای برآورد ثبات زمانی نمرات مقیاس‌ها، ۱۳۴ نفر از والدین، دانش‌آموزان و معلمان هر ۳ فرم TRF^۳ و YSR^۴، CBCL^۵ را با فاصله زمانی ۸ هفته مجدداً تکمیل کردند. نمونه‌ای که برای این منظور استفاده شد، مرکب از کودکان عادی و کودکان مبتلا به مشکلات عاطفی - رفتاری بود. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و آزمون T برای نمونه‌های وابسته تحلیل شد. همه ضرایب همبستگی در سطح $P < 0/05$ معنادار هستند (مینایی، ۱۳۸۵). ضریب آلفای پرسشنامه در این پژوهش ۰/۸۹ بوده است.

پرسشنامه پرخاشگری باس و پری: برای جمع‌آوری داده‌های این پژوهش از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) استفاده شده است. این پرسشنامه ۲۹ سؤالی، چهار جنبه پرخاشگری شامل پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت را می‌سنجد. اعتبار پرسشنامه پرخاشگری باس و پری در پژوهش محمدی (۱۳۸۵) با استفاده از روش آلفای کرونباخ، بازآزمایی و تصنیف به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۸، ۰/۷۳ و روایی همگرایی آن با

-
1. Boss & Perry Aggression Questionnaire
 2. Achenbach System of Empirically Based Assessment
 3. Teacher's Report Form
 4. Youth Self- Report
 5. Child Behavior Checklist

محاسبه ضریب همبستگی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با هم و با کل پرسشنامه به دست آمد که این ضرایب میان ۰/۳۷ تا ۰/۷۸ متغیر و معنادار بودند. ضریب آلفای پرسشنامه در این پژوهش ۰/۸۴ بوده است.

یافته‌ها

برای بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در مؤلفه‌های پژوهش، ابتدا مفروضه‌های لازم برای انجام دادن تحلیل ANOVA بررسی شد. بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد که معناداری آزمون لون در متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ است، با توجه به این امر دلیلی برای ناهمگن فرض کردن واریانس‌ها وجود ندارد. همچنین قبل از انجام تحلیل ANOVA با استفاده از آزمون کولموکروف اسمیرنف توزیع نرمال نمرات، برای هر دو گروه (آزمایش و کنترل) بررسی شد. نتایج این آزمون نشان داده است که نمرات گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند.

شاخص توصیفی متغیرهای پژوهش گروه آزمایش و کنترل کودکان در جدول ۱ میانگین پرخاشگری پیش آزمون گروه آزمایش و پیش آزمون گروه کنترل را به ترتیب ۶۱/۸۷، ۶۱/۶۲ نشان می‌دهد که این مقدار در پس آزمون گروه آزمایش ۵۳/۵ و پس آزمون گروه کنترل ۶۰/۷۵ است که بیان‌کننده تفاوت‌های توجه‌برانگیز است.

جدول ۱: شاخص توصیفی متغیرهای پژوهش گروه آزمایش و کنترل کودکان (پیش آزمون- پس آزمون)

گروه‌ها	میانگین	تعداد	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	واریانس
پیش آزمون گروه آزمایش کودکان	۶۱/۸۷	۸	۰/۸۳	۶۱	۶۳	۰/۶۹
پیش آزمون گروه کنترل کودکان	۶۱/۶۲	۸	۱/۳۰	۶۰	۶۴	۱/۶۹
جمع	۶۱/۷۵	۱۶	۱/۰۶	۶۰/۵	۶۲/۵	۱/۱۳
پس آزمون گروه آزمایش کودکان	۵۳/۵	۸	۳/۱۱	۵۰	۵۸	۹/۷۱
پس آزمون گروه کنترل کودکان	۶۰/۷۵	۸	۱/۳۰	۶۰	۶۴	۱/۶۹
جمع	۵۷/۴۳	۱۶	۴/۶۷	۵۵	۶۱	۲۱/۸۶

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین پرخاشگری در پیش آزمون گروه آزمایش ۶۱/۷۵ و

پیش‌آزمون گروه کنترل نوجوان ۶۱/۲۵ است که این مقدار در پس‌آزمون گروه آزمایش ۵۲/۵ و پس‌آزمون کنترل ۶۰/۷۵ را نشان می‌دهد که بیان‌کننده تفاوت‌های جالب‌توجه است.

جدول ۲: شاخص توصیفی متغیرهای پژوهش گروه آزمایش و کنترل نوجوانان (پیش‌آزمون - پس‌آزمون)

گروه‌ها	میانگین	تعداد	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	واریانس
پیش‌آزمون گروه آزمایش نوجوانان	۶۱/۷۵	۸	۱/۴۸	۶۰	۶۴	۲/۲۱
پیش‌آزمون گروه کنترل نوجوانان	۶۱/۲۵	۸	۱/۰۳	۶۰	۶۳	۱/۰۷
جمع	۶۱/۵	۱۶	۱/۲۶	۶۰	۶۳/۵	۱/۶
پس‌آزمون گروه آزمایش نوجوانان	۵۲/۲۵	۸	۲/۷۶	۴۹	۵۶	۷/۶۴
پس‌آزمون گروه کنترل نوجوانان	۶۰/۷۵	۸	۱/۲۸	۵۹	۶۲	۱/۶۴
جمع	۵۶/۵	۱۶	۲/۰۲	۵۴	۵۹	۴/۶۴

با توجه به نتایج جدول ۳ ($F_{(1,14)} = 44/94$, $P < 0/01$) می‌توان گفت بین میانگین اختلاف نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل کودک تفاوت معناداری وجود دارد، در نتیجه فرض صفر رد می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت شیوه درمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان مؤثر است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون پرخاشگری کودکان

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بین گروهی	۲۸۰/۵۵	۱	۲۸۰/۵۵	۴۴/۹۴	۰/۰۱	۰/۶۵
خطا	۸۷/۳۷	۱۴	۶/۲۳	-	-	-
کل	۳۶۷/۹۳	۱۵	-	-	-	-

با توجه به نتایج جدول ۴ ($F_{(1,14)} = 78/20$, $P < 0/01$) می‌توان گفت که بین میانگین اختلاف نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل کودک تفاوت معناداری وجود دارد، در نتیجه فرض صفر رد می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت شیوه درمانی بر کاهش پرخاشگری نوجوانان مؤثر است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون پرخاشگری نوجوانان

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بین گروهی	۳۲۳	۱	۳۲۳	۷۸/۲۰	۰/۰۱	۰/۷۳
خطا	۵۷	۱۴	۴/۱۳	-	-	-
کل	۳۸۱	۱۵	-	-	-	-

با توجه به نتایج جدول ۵ ($F_{(1,14)} = 0/34$; $P > 0/05$) می‌توان گفت که بین میانگین اختلاف نمرات پس‌آزمون در گروه آزمایش کودک و نوجوان تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین، تفاوتی در تأثیر شیوه درمانی راه حل محور بر کاهش پرخاشگری کودکان و نوجوانان وجود ندارد و با توجه به اینکه بین میانگین اختلاف نمرات پیش‌آزمون پس‌آزمون گروه آزمایش کودک (۸/۶۲) با انحراف معیار (۳/۲۰) و میانگین اختلاف نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش نوجوان (۹/۵) با انحراف معیار (۲/۷۲) تفاوت محسوسی وجود ندارد، فرض صفر پذیرفته می‌شود؛ بنابراین، در تأثیر شیوه درمانی راه حل محور بر پرخاشگری کودک و نوجوان تفاوتی وجود ندارد.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس نمرات پرخاشگری گروه آزمایش کودک و نوجوان

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بین گروهی	۳/۰۵	۱	۳/۰۵	۰/۳۴	۰/۵۶	۰/۲۳
خطا	۱۲۳/۸۷	۱۴	۸/۸۴	-	-	-
کل	۱۲۶/۹۳	۱۵	-	-	-	-

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان کوتاه مدت راه حل محور بر پرخاشگری کودکان و نوجوانان انجام شد. با توجه به نتایج آزمون می‌توان نتیجه گرفت، مداخلات درمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان و نوجوانان مؤثر بوده است.

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های (گینجریش و پترسون، ۲۰۱۲؛ ایلبای، ۲۰۱۴) مبنی بر اثربخشی درمان راه حل مدار در کاهش رفتارهای چالش برانگیز در محیط مدرسه

همسو بوده است. همچنین می‌توان گفت یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات بروکمن و همکاران (۲۰۱۵)، اشمیت و همکاران (۲۰۱۶) آتش، (۲۰۱۶) و گیتی پسند (۱۳۹۱) نیز همسو بوده است که اثرگذاری درمان راه‌حل مدار بر کاهش پرخاشگری، خشونت و رفتارهای ضد اجتماعی و کاهش پرخاشگری فیزیکی را تأیید می‌کند.

چنین یافته‌هایی همسو با فرض‌های زیربنایی درمان راه‌حل مدار است. براساس نظرات دشازر (۱۹۹۱)، برای تغییر مشکل، ابتدا باید واقعیت از طریق تغییر زبان، تغییر کند. براساس یافته این پژوهش، تغییر جهت از صحبت درباره مشکل به صحبت در خصوص راه‌حل در کاهش تعارضات نقش مهمی دارد. صحبت از راه‌حل با هدف هدایت مراجعان انجام می‌شود و از طریق توسعه و ایجاد لحظات استثنا اجراء می‌شود. دشازر (۱۹۹۱) اظهار می‌دارد راه حل‌هایی که مردم به کار می‌برند، مشکل‌آفرین هستند، نه خود مشکل. از طریق شرکت در جلسات مشاوره با رویکرد حاضر، اعضای گروه انگیزه یافتند راه‌حل‌هایی را به کار ببندند، متفاوت از آن چیزی باشد که تاکنون به کار می‌گرفتند.

با پرسیدن موارد استثنا (موارد استثنا شروعی برای پیدا کردن راه حل‌هاست) سؤالات مربوط به معجزه، وانمودسازی (پرسش‌های تخیل به خوبی با نیازهای تکاملی کودکان برای به نمایش درآوردن دنیای اجتماعی آن‌ها از طریق بازی و وانمودسازی تناسب دارند) و واژه به جای، زمینه ایجاد راه‌حل را بیشتر فراهم می‌کند. بنابراین، موارد بیان شده به مراجع کمک می‌کند راه حل‌ها را ایجاد کند (نه اینکه پیدا کند)، چنانچه دیویس و آزبورن درباره کلمه به جای، معتقد هستند، واژه‌ای وجود دارد که بیشتر کودکان و نوجوانان می‌توانند معنای آن را به سادگی درک کنند، این واژه می‌تواند فهمیدن مسائل را برای شخص آسان‌تر کند. استفاده از این واژه به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا به جای آنچه الان فکر می‌کنند، راه‌های دیگری برای تفکر، احساس و رفتارشان پیدا کنند (دیویس و آزبورن، ۱۳۸۶).

مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان با شیوه درمانی کوتاه مدت راه‌حل محور، بهتر نتیجه می‌دهد، زیرا در این شیوه درمانی با نگاه غیرآسیب‌شناختی به مسائل توجه می‌شود و از عامل ارتباط به‌عنوان زیربنای شیوه درمان استفاده می‌شود. اثربخشی این رویکرد مداخله‌ای بر دانش‌آموزان به این دلیل اهمیت دارد که کوتاه مدت است و بر توانایی‌ها تأکید می‌کند و به تغییرات جزئی به‌عنوان عامل اصلی برای تغییرات بزرگ‌تر تکیه دارد.

این پژوهش در میان دانش‌آموزان دختر شهر ساری اجرا شد و تعمیم‌پذیری نتایج آن محدود به جامعه آماری مربوطه است. کم بودن تعداد نمونه، نداشتن مرحله پیگیری درباره نتایج درمانی به دلیل محدودیت‌های زمانی، از جمله محدودیت‌های عمده پژوهش حاضر محسوب می‌شوند. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی مرحله پیگیری گنجانده شده و مطالعه در میان نمونه‌های بیشتر انجام شود و نتایج آن با نتایج این پژوهش مقایسه شود. همچنین پیشنهاد می‌شود مشاوران از درمان راه‌حل مدار برای کمک به حل سایر مشکلات مراجعان استفاده کنند و طرح در جامعه دانش‌آموزان پسر نیز اجرا شود.

منابع

- اعتمادی، احمد، گیتی پسند، زهرا و مرادی، میترا (۱۳۹۱). اثر بخشی درمان گروهی راه حل مدار بر کاهش تعارضات مادر- دختر در مادران، فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۳(۴): ۵۶۵-۵۹۰.
- پیوسته گر، مهرانگیز، یزدی، سید منور و مختاری، لیلا (۱۳۸۸). رابطه خودشیفتگی و عزت نفس با پرخاشگری و مقایسه تحولی آن در دختران نوجوانان، مطالعات روان شناختی، ۷(۱): ۱۲۷-۱۴۴.
- داوودی، زهرا، اعتمادی، عذرا و بهرامی، فاطمه (۱۳۹۰). رویکرد کوتاه مدت راه حل محور برای کاهش گرایش به طلاق در زنان و مردان مستعد طلاق. فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۱(۴۳): ۱۲۱-۱۳۴.
- دیویس، توماس، آذربورن، سینتا جی (۱۳۸۶). مشاوره مدرسه با رویکرد راه حل محور، ترجمه نسترن ادیب‌راد و علی محمد نظری، تهران: علم.
- صحت، فاطمه، صحت، نرگس، خانجانی، سحر، محبی، سیامک و شاه سیاه، مرضیه (۱۳۹۳). تأثیر رویکرد کوتاه مدت راه حل- محور بر کاهش تعارضات زناشویی شهر قم. مجله علمی پژوهشی تحقیقات نظام سلامت، ۱۰(۲): ۲۶۸-۲۸۵.
- عراقی، یحیی (۱۳۸۶). بررسی کیفیت رابطه والد- فرزندی در دو گروه از دانش آموزان پسر پرخاشگر و غیر پرخاشگر. مطالعات روان‌شناختی، ۴(۴): ۱۱۳-۱۲۹.
- محمدی، نورالله (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه پرخاشگری باس - پری. مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، ۲۵(۴): ۱۳۵-۱۵۱.
- مینایی، اصغر (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخبناخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۶(۱): ۵۲۹-۵۵۸.
- یعقوبی، کژال، سهرابی، فرامرز و مفیدی، فرخنده (۱۳۸۸). بررسی و مقایسه میزان پرخاشگری کودکان طلاق و عادی. مطالعات روان‌شناختی، ۷(۱): ۹۷-۱۰۹.
- Araghi, Y. (2007). The quality of parent-child relationship between aggressive and non-aggressive male students. *Psychological Studies*, 4(4): 114-129 (Text in Persian).

- Atesh, B. (2016). Effect of solution focused group counseling for high school students in order to struggle with school burnout. *Psychiatry*, 54(7): 707-723.
- Brokman, M., Hussain, K., Sanchez, B., & Turns, B. (2015). Managing child behavior problems in children with autism spectrum disorders: Utilizing structural and solution focused therapy with primary caregivers. *The American Journal of Family Therapy*, 44(1): 1-10.
- Corey, G. (2014). Theory and practice of counseling and psychotherapy (9th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Cortes, B., Ballesteros, B., Collantes, A., & Aguilar, M. (2016). What makes for good outcomes in solution-focused brief therapy? *European Psychology*, 33, 232-233.
- Davoodi, Z., Etemadi, A., & Bahrami, F. (2011). Solution-focused approach to reduce the tendency for divorce in men and women prone to divorce. *Journal of Social Welfare*, 11(43): 121-134 (Text in Persian).
- De Shazer, S. (1991). Clues: Investigating solutions in brief therapy. New York: W.W. Norton.
- De Jong, P., & Berg, I. K. (2012). *Interviewing for solutions. 4th ed.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Etemadi, A., Gitipasand, Z., & Moradi, M. (2012). Efficacy of group solution-focused on reducing maternal mother-daughter conflicts. *Journal of Counseling and Psychotherapy*, 3(4): 565-590 (Text in Persian).
- Gingerich, W. J., & Petersen L. T. (2012). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice*, 23(3): 266-283.
- Ilbay, A. B. (2014). solution-oriented short-term effect on the burnout of university students in group counseling. (Unpublished doctoral dissertation). Sakarya University, Turkey.
- Knekt, P., Sares-Jäske, L., & Lindfors, O. (2013). Psychological predictors on the outcome of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of mood and anxiety disorder. *European Psychiatry*, 28 (2): 117-124.
- Krahe, B. (2013). *The Social Psychology of Aggression*. England: Psychology Press.
- Lochman, J. E., Powell, N. P., Boxmeyer, C. L., & Jimenez-Camargo, L. (2011). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. *Child Adolescent Psychiatry*, 20(2): 305-18.
- McKee, L., Colletii, C., Rakow, A., Jones, D. J., & Forehand, R. (2008). Parenting and child externalizing behaviors: Are the associations specific or diffuse? *Aggression and Violent Behavior*, 13(3): 201-215.
- Minaei, A. (2006). Achenbach child behavior checklist adaptation and standardization, YSR and Teacher Report Form. *Research on Exceptional*

Children, 6(1), 135-151 (Text in Persian).

- Mohammadi, N. (2006). A preliminary study of psychometric indices: Aggression Questionnaire – Perry. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 25(4), 135-151 (Text in Persian).
- Moore, S. E., Norman, R. E., Sly, P. D., Whitehouse, A. J., Zubrick, S. R., & Scott, J. (2014). Adolescent peer aggression and its association with mental health and substance use in an Australian cohort. *Journal of Adolescence*, 37(1), 11–21.
- Nicholas, A. (2014). Solution focused brief therapy with children who stutter. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 193, 209-216.
- Pivastegar, M., Yazdi, S. M., & Mokhtari, L. (2009). The relationship between narcissism and self-esteem with aggression and its evolutionary comparison in adolescent girls. *Psychological Studies*, 7(1), 127-144 (Text in Persian).
- Sehat, F., Sehat, N., Khanjani, S., Mohebi, S., & Shamsia, M. (2014). The effect of solution brief focused therapy on reducing marital conflicts in the city of Qom. *Journal of Preventive Medicine*, 10(2), 285-268 (Text in Persian).
- Schmit, E., Schmit, M., & Lenz, S. (2016). Meta-analysis of solution focused brief therapy for treating symptoms of internalizing disorders. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 7 (1), 21-39.
- Van Geel, M., Vedder, P., & Tanilon, J. (2014). Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 165(5): 435-442.
- Yacoby, K., Sohrabi, F., & Mofidi, F. (2009). The Comparative evaluation of the aggression in Divorced children and normal children. *Psychological Studies*, 7 (1): 97-109 (Text in Persian).

**The Effect of Solution-Focused Brief Therapy
on Aggression in Children and Adolescents**

Babolah Bakhshipoor* & Soraya Ramazanzadeh **

Abstract

The purpose of this research was to investigate the effect of solution-focused brief therapy on aggression in children and adolescents. The participants of the study consisted of all the female elementary and high school students of the city of Sari, who enrolled in the academic year 2010-2011. Two schools were randomly chosen from the above-mentioned schools using multistage cluster random sampling method. Achenbach experienced-based measurement system was administered among them. 32 children and adolescents who had the behavioral problems in the clinical boundaries (aggression), namely that their test scores were higher than 60, were selected and randomly divided into two experimental and control groups. The research method was quasi-experimental with pretest-posttest control group design. Buss-Perry aggression questionnaire was used to collect data, which was administered as both the pretest and posttest. The content of solution-focused therapy sessions was provided according to the solution-focused therapy thesis by De Shazer. Data analyses were achieved through the one way ANOVA. The results of the ANOVA indicated that the mean scores on aggression in the experimental groups had significantly decreased in comparison with the mean scores on aggression in the control groups. Thus, it can be concluded that solution-focused brief therapy was effective in reducing aggression in children and adolescents.

Keywords: solution-focused brief therapy; aggression; children; adolescents

*Professor Payam Noor University of of Sari

** Counseling, Tehran University

Reseived:2014/8/9 Accepted:2016/9/21

DOI: 10.22051/psy.2016.2601