



مقایسه اثربخشی مداخله راه‌حل‌محور و آموزش تعامل والد/کودک بر مشکلات رفتاری (درونی‌سازی و بیرونی‌سازی) نوجوانان

پریا افشارپور: کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، واحد زرنده، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران. (* نویسنده مسئول) Afsharpourparia94@gmail.com
فاطمه منصوری: کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران.

چکیده

کلیدواژه‌ها

درمان راه‌حل‌محور،
آموزش تعامل والد/کودک،
مشکلات رفتاری،
نوجوانان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۳۰

تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۰۱/۰۸

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل‌محور و آموزش تعامل والد/کودک بر مشکلات رفتاری (درونی‌سازی و بیرونی‌سازی) نوجوانان بود.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر دانش‌آموز دوره متوسطه اول و دوم شهرستان عنبرآباد شهر کرمان در نیمه اول سال ۱۴۰۲ بودند. ۴۵ دانش‌آموز از جامعه مذکور غربال و به عنوان نمونه نهایی انتخاب و به شیوه کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش (مداخله مبتنی بر تعامل والد-کودک و درمان راه حل مدار) ۱۵ نفر و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزار جمع‌آوری داده شامل فهرست مشکلات رفتار کودک آختباخ (CBCL) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بُنفرونی با نرم افزار SPSS-26 استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که درمان راه‌حل‌مدار و آموزش تعامل والد-کودک بر مشکلات درون‌سازی شده (اضطراب، افسردگی، گوشه‌گیری و شکایت جسمانی) و برون‌سازی شده (رفتار قانون‌شکنانه و رفتار پرخاشگرانه) اثربخش بوده و موجب کاهش این مشکلات شده است. همچنین نتایج نشان داد که درمان راه‌حل‌مدار در مقایسه با آموزش تعامل والد-کودک اثربخشی بیشتری در کاهش مشکلات درونی‌ساز شده و مشکلات برون‌سازی شده داشته است.

نتیجه‌گیری: نتیجه‌گیری مطالعه حاضر نشان داد که درمان راه‌حل‌مدار و آموزش تعامل والد-کودک بر مشکلات رفتاری نوجوانان تاثیر داشته و می‌توان از این رویکردها در بهبود مشکلات رفتاری آنها استفاده نمود.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Afsharpour P, Mansouri F. Comparing the Effectiveness of Solution-Oriented Intervention and Parent/Child Interaction Training on Behavioral Problems (Internalization and Externalization) of Adolescents. Razi J Med Sci. 2022;29(1): 208-221.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.



Original Article

Comparing the Effectiveness of Solution-Oriented Intervention and Parent/Child Interaction Training on Behavioral Problems (Internalization and Externalization) of Adolescents

Paria Afsharpour: Master of Family Counseling, Counseling Department, Zarand Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran. (*Corresponding author) Afsharpourparia94@gmail.com
Fatemeh Mansouri: Master of Family Counseling, Counseling Department, Kerman Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran.

Abstract

Background & Aims: Adolescence is a period between childhood and adulthood that make up a large part of the world's population, in many countries, about 40 to 50 percent of people are under 18 years of age, and this is the important of paying attention to It shows the mental and behavioral health of teenagers. This period is characterized by the increase of stress factors in different areas of life in a way that is full of conflict and fluctuation between dependence and independence. During the changes specific to this period, teenagers may show certain behavioral problems that can have a great impact on their future and if these behavioral problems are not taken seriously, they will lead to adverse consequences in adulthood. Therefore, emotional and behavioral problems can appear simultaneously or separately during adolescence. Behavioral problems are chronic extreme and deviant behaviors that include aggressive actions or sudden excitement to depressive and withdrawn actions, which internalized and externalizing behavioral problems are the most widely and widely used classification of these problems. The wide range of behavioral problems based on Achenbach's perspective includes two categories of externalized problems such as; Exaggeration, conflict and aggression, as well as internalized problems such as withdrawal, isolation and depression. The research showed that the period of adolescence in relation to the processing of social information leads to many behavioral problems such as aggression, social isolation, etc. Internalized behavioral problems include symptoms of depression/anxiety, withdrawal/depression, and physical complaints that usually bother the individual, and externalized behavioral problems are incompatible behavior patterns that conflict with other people (such as aggression, disciplinary problems, conflict, excitement, delinquency, uncontrollable behaviors, etc.) are placed. In fact, these behavioral problems appear in teenagers and represent the negative effect of these children on the internal and external environment; therefore, while they affect the person himself; they will cause problems for others. Therefore, due to the increasing importance of this type of behavioral problems, the necessity of intervention and training specific to this problem is important. Considering the increasing prevalence of behavioral problems among adolescents in today's Iranian society, and a significant percentage of them are suffering from behavioral problems that can lead to costs for themselves and their families on the one hand, and for society on the other hand; Therefore, it is important to pay attention to the behavioral problems of this group of children, and on the other hand, due to the influence of different approaches, the present study prompted the researcher to use the intervention based on parent-child interaction as a relatively new approach in Iran and compare its effect with the therapy. Solving the gap of previous studies regarding the comparison of the effectiveness of these two approaches on the component of adolescent behavioral problems. Therefore, the main goal of the present study was to compare the effectiveness of solution-oriented therapy and parent/child interaction training on behavioral problems (internalization and externalization) of adolescents.

Methods: The current study was a semi-experimental type with a pre-test-post-test design along with a control group and a follow-up period. The statistical population of the research

Keywords

Solution-Oriented Therapy,
Parent/Child Interaction Training,
Behavioral Problems,
Teenagers

Received: 21/12/2021

Published: 28/03/2022

included all male and female students of the first and second secondary schools in Anbarabad city, Kerman city in the first year of 1402. 45 students from the said community were screened and selected as the final sample and were replaced in two experimental groups (intervention based on parent-child interaction and solution-oriented therapy), 15 people and a control group (15 people) in a completely random way. The data collection tool included the Achenbach Child Behavior Problems Inventory (CBCL). To analyze the data, mixed analysis of variance with repeated measures and Bonferroni's post hoc test with SPSS-26 software were used.

Results: The findings showed that solution-oriented therapy and parent-child interaction training on internalized (anxiety, depression, isolation, and physical complaints) and externalized (law-breaking behavior) problems has been effective and has reduced these problems. Also, the results showed that solution-oriented therapy was more effective in reducing internalized problems and externalized problems compared to Wald-Cook interaction training.

Conclusion: The conclusion of the present study showed that solution-oriented therapy and parent-child interaction training have an effect on the behavioral problems of adolescents and these approaches can be used to improve their behavioral problems. Therefore, it is suggested to hold training classes for parents of teenagers with behavioral problems in order to reduce them and improve the mother-child relationship in teenagers to make them resistant to behavioral problems and life challenges. In explaining the results obtained from the present research regarding the effectiveness of parent-child interaction training on behavioral problems, it can be said that this type of intervention and training is a therapeutic method that emphasizes training parents to improve relationships with children and solve their behavioral problems. On the one hand, a harsh, dry, and bigoted family atmosphere makes possible the emergence of behavioral disorders, and on the other hand, many behavioral problems of children and adolescents are rooted in negative parent-child interactions. Parents' negative behaviors such as shouting and threatening strengthen children's negative behaviors such as irresponsibility, which worsens parents' behaviors and this cycle continues. Since parent-child interaction group training aims to break the cycle of parent-child negative behaviors by encouraging positive parent-child interactions, parents' behavioral stability, and parents' use of non-violent discipline techniques, this therapy can have an effective role in reducing children's behavioral problems. It can also be said that in this treatment model, people have the skills to solve their problems, but they are unable to use their strengths and abilities. Considering that solution-oriented therapy emphasizes cognitive processes such as repetition of skills, organization of thoughts, and expansion of daily activities, therefore, it is not far from expected that solution-oriented therapy is more than education. Parent-child interaction can cause a stable reduction of internalized and externalized behavior problems in adolescents.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Afsharpour P, Mansouri F. Comparing the Effectiveness of Solution-Oriented Intervention and Parent/Child Interaction Training on Behavioral Problems (Internalization and Externalization) of Adolescents. *Razi J Med Sci.* 2022;29(1): 208-221.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای است بین کودکی و بزرگسالی که بخش بزرگی از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند، به طوری که در بسیاری از کشورها حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد از افراد، زیر ۱۸ سال بوده و این امر اهمیت توجه به سلامت روانی و رفتاری نوجوانان را نشان می‌دهد (۱). این دوره با افزایش عوامل تنش‌زا در حوزه‌های مختلف زندگی مشخص می‌شود به نحوی که آکنده از تعارض و نوسان بین وابستگی و استقلال است (۲). در طول تغییرات مختص این دوره، نوجوانان ممکن است مشکلات رفتاری خاصی از خود نشان دهند که می‌تواند تأثیر بسیار بزرگی بر آینده آنان داشته و در صورتی که این مشکلات رفتاری مورد توجه جدی قرار نگیرند، منجر به پیامدهای نامطلوب در بزرگسالی می‌گردد (۳). بنابراین مشکلات هیجانی رفتاری می‌تواند به‌طور هم‌زمان یا مجزا در دوره سنی نوجوانی ظاهر شوند. مشکلات رفتاری به رفتارهای افراطی مزمن و انحرافی گفته می‌شود که شامل اعمال تهاجمی و یا برانگیختگی ناگهانی تا اعمال افسرده‌گونه و گوشه‌گیرانه هستند (۴) که مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و برونی‌سازی از گسترده‌ترین و پرکاربردترین طبقه‌بندی این مشکلات هستند. گسترده مشکلات رفتاری بر اساس دیدگاه آخنباخ شامل دو دسته‌ی مشکلات برونی‌سازی شده مانند؛ فزون‌کنشی، تضادورزی و پرخاشگری و نیز مشکلات درونی‌سازی شده مانند گوشه‌گیری، انزوا و افسردگی است (۵). تحقیقات نشان داد که دوره نوجوانی در ارتباط با پردازش اطلاعات اجتماعی منجر به مشکلات رفتاری زیادی نظیر پرخاشگری، انزوای اجتماعی و غیره می‌گردد. در واقع مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده شامل نشانگان افسردگی/ اضطراب، کناره‌گیری/ افسردگی و شکایت جسمانی است که معمولاً خود فرد را آزار می‌دهد و مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده الگوهای رفتاری ناسازگاری هستند که در تعارض با دیگر افراد (مانند پرخاشگری، مشکلات انضباطی، تضادورزی، برانگیختگی، بزهکاری، رفتارهای غیرقابل مهار و...) قرار می‌گیرند (۶). در واقع این مشکلات رفتاری در نوجوانان نمود پیدا می‌کنند و نمایانگر عمل منفی این کودکان بر محیط درونی و بیرونی هستند؛ از اینرو ضمن آنکه بر خود فرد اثر

گذارند؛ موجب مشکل برای دیگران خواهند شد (۷). لذا نظر به اهمیت فزاینده این نوع مشکلات رفتاری ضرورت مداخله و آموزش‌های مختص این مساله دارای اهمیت می‌باشد.

مطالعات مختلف بیانگر آن است که یکی از راه‌های مدیریت، آموزش و نیز رویارویی با مشکلات رفتاری همراه در نوجوانان مداخله مبتنی بر تعامل والد-کودک (PCIT) است (۸). آموزش تعامل والد/کودک از جمله روش‌های درمانی است که در بین انواع روش‌های توان‌بخشی به لحاظ تربیتی، درمانی، آموزشی در کاهش مشکلات رفتاری و کسب مهارت‌های اجتماعی تأثیر فزاینده‌ای دارد. PCIT در دهه ۱۹۷۰ ظهور کرد و یک مداخله کوتاه مدت مبتنی بر دلبستگی است که اصول آن مبتنی بر نظریه دلبستگی و تعامل واکنشی، هماهنگ و همدلانه بین مراقب و کودک است و هدف آن بهبود دلبستگی، افزایش خودتنظیمی، تقویت اعتماد، مشارکت همراه با شادی و توانمندسازی والدین برای ایجاد و حفظ تعامل مطلوب با فرزندان خود در طی جلسات درمان می‌باشد (۹). این رویکرد شامل چهار بعد ساختار، رقابت، اشتغال و پرورش است که در آن کودک به همراه درمانگر و والد خود درگیر فعالیت‌های جذاب و سرگرم‌کننده می‌شود و به‌عنوان شیوه‌ای که میان کودک، خانواده و درمانگر تعامل برقرار می‌کند با هیجانات مرتبط است (۱۰). یافته‌های پژوهشی نیز تأثیر مداخله مبتنی بر تعامل والد-کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان را گزارش نموده‌اند (۱۱).

از سویی دیگر گرایش به تداوم مشکلات رفتاری دوره کودکی تا سنین بزرگسالی، موجب توجه به پیشگیری و درمان این علائم در کودکی و نوجوانی شده است. همانطور که ذکر شد روش‌های متعددی از قبیل ذهن‌آگاهی و بازی درمانی و نیز مداخله مبتنی بر تعامل والد-کودک (PCIT) جهت ارتقاء مهارت‌های تنظیم هیجان بین فردی و خودمهارگری مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان کاربرد داشته است. اما در این راستا یکی از روش‌های کوتاه و کم هزینه، درمان راه‌حل محور است (۱۲). درمان راه‌حل محور یک رویکرد قوی و سازنده است که به واسطه آن افراد از این توانایی برای توسعه راه‌حل‌های خلاق به منظور ارتقاء زندگی خود و

آزمایش (مداخله مبتنی بر تعامل والد-کودک و درمان راه حل مدار) ۱۵ نفر و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورودیه پژوهش شامل: رضایت کتبی و آگاهانه والدین و کودکان، دامنه سنی ۱۲-۱۸ سال، نمره بالاتر از خط برش در مقیاس مشکلات رفتاری، عدم ابتلا به اختلالات همایند همچون نافرمانی مقابله‌ای، سلوک، ADHD و غیره، عدم شرکت در دوره‌ها و جلسات آموزشی مشابه. ملاک‌های خروج نیز شامل: عدم تکمیل و مخدوش بودن پرسشنامه‌ها، غیبت بیش از دو جلسه در کلاس‌ها بود. گروه آزمایش مداخله مبتنی بر تعامل والد-کودک تحت آموزش به مدت ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و گروه راه حل محور ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. گروه کنترل نیز هیچگونه آموزشی را دریافت ننمود. بعد از اتمام جلسات آموزشی، از هر سه گروه پس از آزمون اخذ گردید. یک ماه پس از اخذ پس آزمون، دوره پیگیری نیز مورد ارزیابی و اجرا قرار گرفت.

در این پژوهش برای اندازه‌گیری مشکلات هیجانی-رفتاری کودکان از سیاهه رفتاری کودکان فرم والد استفاده شد که از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ است و مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل اضطراب / افسردگی، انزوا/ افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. دو عامل نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه عامل مرتبه دوم مشکلات برون‌سازی شده را تشکیل می‌دهند. این پرسشنامه دارای ۱۱۳ سوال در رابطه با انواع حالات رفتاری است. نمره‌دهی بر اساس یک طیف لیکرت سه درجه (از ۰ = هرگز، ۱ = گاهی اوقات و ۲ = همیشه) است. ضریب آلفای کرونباخ ابرار ۰/۹۷ و با اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شد.

پروتکل آموزش تعامل والد-کودک، مداخله ای در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای ساختار بندی شده است که خلاصه جلسات بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک در جدول شماره ۱ ارائه گردید. پروتکل آموزشی درمان راه حل مدار مورد استفاده در پژوهش حاضر برگرفته از الگوی دی شازر در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ساختار بندی

توسعه یک خود جدید، تغییر جهان بینی و پیاده‌سازی تغییرات رفتاری استفاده می‌کنند (۱۳). این رویکرد افراد را در گفتگویی درگیر می‌کند که به ساختار شکنی و آشکارسازی منجر می‌شود و تکنیک‌هایی همچون سوالات معجزه‌آسا و درجه بندی شده برای هدایت افراد به سمت تغییرات مطلوب استفاده می‌کند. در واقع دیدگاهی غیربیماری شناختی به افراد داشته و به آنها کمک می‌کند برای مشکلات کنونی خود راهکار بیابند؛ به نحوی که به جای تمرکز بر مشکلات بر راه حل آنها تاکید می‌شود (۱۴). بنابراین با توجه به شیوع فزاینده مشکلات رفتاری نوجوانان در جامعه امروزی ایران و نیز درصد قابل توجهی از آنها مبتلا به مشکلات رفتاری هستند که می‌توانند از یکسو برای خود و خانواده و از سوی دیگر برای جامعه هزینه‌هایی را به دنبال داشته باشد؛ لذا توجه به مشکلات رفتاری این گروه از کودکان حائز اهمیت بوده و از طرفی بدلیل تأثیرگذاری رویکردهای مختلف، پژوهش حاضر محقق را بر آن داشت تا با مداخله مبتنی بر تعامل والد-کودک به‌عنوان رویکرد نسبتاً جدید در ایران و مقایسه تاثیر آن با درمان راه حل محور خلاء مطالعات پیشین در خصوص مقایسه اثربخشی این دو رویکرد بر مولفه مشکلات رفتاری نوجوانان بپردازد. از اینرو هدف اصلی مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان راه حل محور و آموزش تعامل والد/کودک بر مشکلات رفتاری (درونی‌سازی و بیرونی‌سازی) نوجوانان بود.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر دانش‌آموز دوره متوسطه اول و دوم شهرستان عنبرآباد شهر کرمان در نیمه اول سال ۱۴۰۲ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و دریافت نمره بالاتر از خط برش در مقیاس مشکلات رفتاری آخنباخ (CBCL) و معیارهای ورود به مطالعه ۴۵ دانش‌آموز از جامعه مذکور غربال و به عنوان نمونه نهایی انتخاب و به شیوه کاملاً تصادفی در دو گروه

شد که خلاصه جلسات در جدول شماره ۲ ارائه گردید. **یافته‌ها** جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی با نرم افزار SPSS-26 استفاده شد. نمونه‌ی کلی تحقیق شامل ۴۵ دانش‌آموزان دوره متوسطه بود که اطلاعات دموگرافیک آنها در جدول ۳ ارائه شد.

جدول ۱- خلاصه جلسات بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک

| جلسه | محتوا |
|------|---|
| ۱ | پژوهشگر به شیوه قابل‌درک اهداف پژوهشی را برای والدین و کودک شرح داده و فضایی سرشار از اعتماد و دوستی فراهم کرده و مقررات حاکم بر جلسات آتی را بیان می‌کند |
| ۲ | آشنا کردن آنها با رفتارهای اجتماعی مناسب و رفتار غیراجتماعی و ... توضیح هریک از عناصر رفتار مناسب و نامناسب اجتماعی و پیامدی که در پی دارد |
| ۳ | تمرین عناصر توسط دانش آموز با کمک و هدایت مربی، پرسش شفاهی و مرور درس گذشته |
| ۴ | در این جلسه کودک از طریق ایفای نقش با موقعیت‌های اجتماعی آشنا و بر بیان و ابراز هیجانات تأکید می‌شود. در پایان نیز اصول به کار گرفته شده در جلسه برای والد تشریح می‌شود و پژوهشگر او را برای اجرای جلسه پنجم آماده می‌کند. از جمله فعالیت‌های مورد نظر این جلسه می‌تواند بازی ایفای نقش دکتر - بیمار، فروشنده - خریدار که در شامل بعد اشتغال هستند. |
| ۵ | ارائه نمودار عناصر کنترل هیجان و مؤلفه های مهارت‌های اجتماعی ایفای نقش یک رفتار پسندیده اجتماعی با همه عناصر آن به دانش آموزان توسط مربی |
| ۶ | تمرین و به یادسپاری عناصر و مؤلفه های رفتار اجتماعی پسندیده توسط دانش آموزان با کمک مادر و مربی. پرسش کلاسی از عناصر برنامه ریزی و عناصر رفتار صحیح و مرور درس گذشته |
| ۷ | این جلسه در خانه و با مشارکت والد و کودک اجرا و گزارش آن برای پژوهشگر ارسال خواهد شد. پژوهشگر نیز قوت و ضعف احتمالی را در اجرا به والدین نشان می‌دهد. یادآوری تمرین ایفای نقش جلسه گذشته و مرور مطالب گفته شده برای بررسی سطح کنونی عملکرد آنها |
| ۸ | در این مرحله مربی در مورد عناصر رفتار نادرست و چگونگی جایگزینی آنها با رفتار درست با دانش آموزان بحث میکند |
| ۹ | مرور عنصر برنامه ریزی و عناصر رفتار، الگوسازی چگونگی استفاده از راهبردهای موردنظر در جلسات ایفای نقش توسط مربی معرفی و ارائه لیستی از رفتارهای اجتماعی مناسب به مادر دانش‌آموز |
| ۱۰ | این جلسه با حضور پژوهشگر و والد برگزار می‌شود. کلیه مهارت‌های آموخته شده مرور شده، پژوهشگر به سوالات احتمالی والد پاسخ داده و والد را تشویق می‌کند که این جلسات را در خانه ادامه دهد. |

جدول ۲- خلاصه جلسات بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک

| جلسه | محتوا |
|------|---|
| ۱ | معارفه، برقراری ارتباط با شرکت کنندگان، تشریح اهداف پژوهش، دریافت پیش‌آزمون |
| ۲ | ارزیابی ماهیت مشکل و میزان تعارض، گرفتن شکایت اصلی، تعریف مشکل بر اساس رفتار مشخص، چهارچوب‌دهی مجدد به مشکل، بحث درباره مشکل درجه‌بندی مشکلات مرتبط با مدیریت هیجان، ارائه تکلیف و بازخورد |
| ۳ | بررسی تکالیف، تبیین اهداف، بررسی راه‌حل های قدیمی و همیشگی، فرمول‌بندی حلقه‌های مدیریت خودمهارگری، دست برداشتن از راه‌حل قدیمی، بررسی رفتارهای به کار گرفته شده نوجوانان برای مهار هیجانات و عواطف، ارائه تکلیف و بازخورد |
| ۴ | بررسی تکالیف، استفاده از تکنیک‌های تنفس عمیق هنگام مواجهه با بحران‌های هیجانی، گفتگوی افراد گروه در مورد یک راه‌حل برای مهار هیجانات مثبت و منفی، ارائه تکالیف و بازخورد |
| ۵ | بررسی تکالیف، استفاده از سؤالات راه‌حل مدار و گفتگو با افراد برای تنظیم عواطف و هیجانات، استفاده از تکنیک نوشتن هیجانات مثبت و منفی و بازخورده ارائه تکلیف |
| ۶ | بررسی تکالیف، استفاده از فنون درمان کوتاه مدت راه‌حل مدار مانند مرور مشکلات هیجانی در ذهن و یا سکوت در هنگام بحران هیجانی، ارائه تکلیف و بازخورد |
| ۷ | بررسی تکالیف و خلاصه جلسات قبل، بحث‌وگفتگو در مورد تکالیف، تهیه یک چک لیست از رفتارهای مبتنی بر خودمهارگری و تنظیم عواطف و هیجانات در محیط های مختلف |
| ۸ | گفتگو با دانش‌آموز در مورد میزان دستیابی به اهداف، تعریف از مراجعان به خاطر دستیابی به اهداف درمان، دریافت پس‌آزمون |

شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای وابسته پژوهش در نوجوانان به تفکیک سه گروه پژوهشی (آموزش تعامل والد-کودک، درمان راه‌حل مدار و گواه) و سه نوبت اجرای آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری) در جدول شماره ۴ ارائه شد.

جدول ۳- اطلاعات دموگرافیک نمونه پژوهش (n= ۴۵)

| اطلاعات دموگرافیک/ شاخص/ گروه | آموزش تعامل والد-کودک | | درمان راه حل مدار | | گروه گواه | | کل | |
|-------------------------------|-----------------------|------------|-------------------|------------|-------------------|------------|-------------------|------------|
| | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | | |
| ۱۲-۱۳ سال | ۷ | ۵۰/۶۷ | ۷ | ۵۰/۶۷ | ۸ | ۵۶/۳۳ | ۲۲ | |
| ۱۴-۱۵ سال | ۴ | ۲۴/۶۷ | ۴ | ۲۴/۶۷ | ۳ | ۲۰ | ۱۱ | |
| ۱۶-۱۸ سال | ۴ | ۲۴/۶۷ | ۴ | ۲۴/۶۷ | ۴ | ۲۴/۶۷ | ۱۲ | |
| | میانگین(M): ۱۳/۹۳ | (SD): ۵/۲۲ | میانگین(M): ۱۳/۲۳ | (SD): ۵/۷۷ | میانگین(M): ۱۳/۶۶ | (SD): ۵/۵۶ | میانگین(M): ۱۳/۴۵ | (SD): ۵/۳۳ |
| جنسیت | پسر | ۸ | ۵۳/۳۳ | ۷ | ۴۶/۶۷ | ۸ | ۵۳/۳۳ | ۲۳ |
| | دختر | ۷ | ۴۶/۶۷ | ۸ | ۵۳/۳۳ | ۷ | ۴۶/۶۷ | ۲۲ |
| دوره تحصیلی | متوسطه اول | ۹ | ۲۴/۶۷ | ۱۰ | ۴۰ | ۱۱ | ۳۳/۳۳ | ۳۰ |
| | متوسطه دوم | ۶ | ۴۰ | ۵ | ۳۳/۳۳ | ۴ | ۲۴/۶۷ | ۱۵ |
| تحصیلات والدین | دیپلم و کاردانی | ۶ | ۴۰ | ۷ | ۴۶/۶۷ | ۶ | ۴۰ | ۱۹ |
| | کارشناسی | ۶ | ۴۰ | ۶ | ۴۰ | ۶ | ۴۰ | ۱۸ |
| وضعیت اقتصادی | ارشد و بالاتر | ۳ | ۲۰ | ۲ | ۱۳/۳۳ | ۳ | ۲۰ | ۸ |
| | ضعیف | ۶ | ۴۰ | ۵ | ۳۳/۳۳ | ۴ | ۲۴/۶۷ | ۱۵ |
| | متوسط | ۵ | ۳۳/۳۳ | ۶ | ۴۰ | ۶ | ۴۰ | ۱۷ |
| | خوب | ۴ | ۲۴/۶۷ | ۴ | ۲۴/۶۷ | ۵ | ۳۳/۳۳ | ۱۳ |

جدول ۴- شاخص‌های توصیفی مشکلات رفتاری درون‌سازی شده در سه گروه

| مولفه/شاخص | متغیر | گروه‌ها | آزمون | دامنه نمرات | | شاخص‌های توصیفی | | | |
|-----------------------------|-----------------|-------------------|-----------|-------------|--------|-----------------|--------|--------|--------|
| | | | | حداقل | حداکثر | SD | M | کجی | کشیدگی |
| مشکلات رفتاری درون‌سازی شده | رفتار قانون شکن | آموزش تعامل | پیش‌آزمون | ۱۷ | ۳۱ | ۴/۹۲ | ۲۵/۰۷ | ۰/۳۳۳ | -۱/۴۷۲ |
| | | | پس‌آزمون | ۹ | ۲۰ | ۳/۵۸ | ۱۴/۰۰ | ۰/۱۶۱ | -۱/۱۶۹ |
| | | | پیگیری | ۸ | ۱۹ | ۳/۷۶ | ۱۳/۲۵ | ۰/۲۴۵ | -۱/۶۵۴ |
| | | درمان راه حل مدار | پیش‌آزمون | ۱۸ | ۳۰ | ۵/۵۶ | ۲۸/۴۵ | -۰/۱۲۷ | ۱/۴۱۹ |
| | | | پس‌آزمون | ۷ | ۱۹ | ۲/۵۶ | ۱۲/۱۲ | ۰/۴۱۹ | -۱/۵۹۹ |
| | | | پیگیری | ۶ | ۱۸ | ۲/۵۰ | ۱۲/۳۴ | ۰/۸۷۹ | -۱/۴۵۷ |
| | رفتار برخاستگی | گواه | پیش‌آزمون | ۱۹ | ۳۰ | ۳/۴۲ | ۲۶/۵۳ | -۱/۰۸۴ | ۰/۳۳۳ |
| | | | پس‌آزمون | ۱۹ | ۲۹ | ۳/۳۲ | ۲۵/۹۳ | -۱/۱۹۵ | ۰/۲۸۷ |
| | | | پیگیری | ۱۸ | ۲۹ | ۳/۴۵ | ۲۵/۴۵ | ۰/۲۳۴ | -۱/۲۱۳ |
| | | آموزش تعامل | پیش‌آزمون | ۲۳ | ۳۵ | ۲/۸۴ | ۲۸/۹۳ | -۰/۱۶۰ | ۱/۲۴۰ |
| | | | پس‌آزمون | ۱۴ | ۲۰ | ۲/۰۰ | ۱۶/۸۰ | -۰/۲۹۶ | ۱/۰۳۲ |
| | | | پیگیری | ۱۵ | ۱۹ | ۲/۵۴ | ۱۶/۷۶ | ۰/۳۴۵ | -۱/۲۳۱ |
| درمان راه حل مدار | پیش‌آزمون | ۲۲ | ۳۷ | ۲/۴۸ | ۲۷/۴۵ | ۰/۳۱۶ | -۱/۰۵۶ | | |
| | پس‌آزمون | ۱۶ | ۱۸ | ۳/۷۰ | ۱۵/۱۹ | ۰/۳۰۴ | -۱/۲۳۰ | | |
| | پیگیری | ۱۵ | ۱۹ | ۳/۶۷ | ۱۵/۴۷ | ۰/۵۴۸ | -۰/۹۸۰ | | |
| گواه | پیش‌آزمون | ۲۳ | ۳۴ | ۲/۶۰ | ۲۸/۲۷ | ۰/۱۱۱ | -۱/۱۷۸ | | |
| | پس‌آزمون | ۲۲ | ۳۳ | ۲/۶۳ | ۲۷/۳۳ | ۰/۰۴۱ | -۱/۰۵۴ | | |
| | پیگیری | ۲۱ | ۳۳ | ۲/۴۵ | ۲۸/۵۶ | -۰/۵۴۶ | ۰/۹۸۷ | | |

در ادامه با استفاده از آزمون آماری شاپیرو-ویلک و کالموگروف-اسمیرنوف بهنجار بودن توزیع داده‌های حاصل از اندازه‌گیری متغیر پژوهش مورد بررسی قرار گرفته که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است. با توجه به اینکه سطح معناداری شاخص W شاپیرو ویلک در متغیرهای مورد بررسی در هر سه نوبت

جدول ۵- آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی بهنجار بودن داده‌ها پژوهش در مشکلات رفتاری برون‌سازی شده

| متغیر | مولفه | مرحله | آموزش تعامل والد-کودک | | | درمان راه حل مدار | | | گواه |
|-----------------|-------|-----------|-----------------------|-------|-------|-------------------|-------|-------|------------------|
| | | | W (P) | SD | M | W (P) | SD | M | |
| اضطراب | | پیش آزمون | ۰/۸۹۹ (۰/۰۹۲) | ۱/۶۶ | ۱۶/۹۳ | ۰/۸۹۵ (۰/۰۷۹) | ۱/۹۹ | ۱۵/۹۳ | ۱۶/۱۳ (۰/۴۸۳) |
| | | پس آزمون | ۰/۸۸۲ (۰/۰۵۰) | ۱/۶۴ | ۸/۷۳ | ۰/۹۳۲ (۰/۲۹۷) | ۲/۳۳ | ۶/۱۲ | ۱۵/۲۰ (۰/۴۴۸) |
| | | پیگیری | ۰/۹۰۰ (۰/۰۹۵) | ۱/۵۶ | ۸/۵۶ | ۰/۹۳۷ (۰/۰۸۱) | ۲/۴۵ | ۶/۵۶ | ۱۵/۳۴ (۰/۷۱۰) |
| افسردگی | | پیش آزمون | ۰/۸۸۱ (۰/۰۴۹) | ۱/۶۲ | ۱۸/۰۷ | ۰/۹۶۳ (۰/۷۴۶) | ۱/۸۹ | ۱۷/۰۷ | ۱۹/۰۷ (۰/۱۶۴) |
| | | پس آزمون | ۰/۹۱۹ (۰/۱۸۹) | ۱/۸۸ | ۹/۵۳ | ۰/۸۹۲ (۰/۰۷۲) | ۱/۸۸ | ۹/۵۳ | ۱۸/۲۷ (۰/۱۰۷) |
| | | پیگیری | ۰/۸۹۵ (۰/۰۷۹) | ۱/۵۴ | ۹/۴۵ | ۰/۸۸۳ (۰/۰۵۲) | ۱/۵۴ | ۹/۴۵ | ۱۸/۴۵ (۰/۳۰۶) |
| گوشه گیری | | پیش آزمون | ۰/۹۳۲ (۰/۲۹۷) | ۱/۶۱ | ۱۴/۸۰ | ۰/۸۹۸ (۰/۰۸۸) | ۱/۶۱ | ۱۵/۳۴ | ۱۴/۴۷ (۰/۵۵۲) |
| | | پس آزمون | ۰/۸۹۹ (۰/۰۹۲) | ۱/۰۶ | ۶/۷۳ | ۰/۸۹۵ (۰/۰۷۹) | ۱/۰۶ | ۶/۷۳ | ۱۳/۷۳ (۰/۴۷۰) |
| | | پیگیری | ۰/۸۸۲ (۰/۰۵۰) | ۱/۵۶ | ۶/۴۵ | ۰/۹۳۲ (۰/۲۹۷) | ۱/۵۶ | ۶/۴۵ | ۱۳/۲۳ (۰/۳۲۹) |
| شکایت جسمانی | | پیش آزمون | ۰/۹۴۵ (۰/۴۴۸) | ۲/۹۴ | ۲۲/۶۰ | ۰/۹۱۵ (۰/۱۶۴) | ۲/۰۹ | ۲۱/۶۰ | ۲۳/۶۰ (۰/۰۹۵) |
| | | پس آزمون | ۰/۹۶۱ (۰/۷۱۰) | ۲/۵۸ | ۱۲/۸۷ | ۰/۹۰۳ (۰/۱۰۷) | ۲/۸۷ | ۱۲/۸۷ | ۲۱/۷۳ (۰/۰۴۹) |
| | | پیگیری | ۰/۹۱۵ (۰/۱۶۴) | ۰/۶۵ | ۱۲/۴۵ | ۰/۹۳۳ (۰/۳۰۶) | ۰/۶۵ | ۱۲/۴۵ | ۲۱/۵۶ (۰/۱۸۹) |
| رفتار قانون شکن | | پیش آزمون | ۰/۹۶۰ (۰/۶۸۹) | ۲۵/۰۷ | ۴/۹۲ | ۰/۸۹۷ (۰/۰۸۵) | ۲۸/۴۵ | ۵/۵۶ | ۲۶/۵۳ (۰/۵۳۸) |
| | | پس آزمون | ۰/۹۶۴ (۰/۷۶۸) | ۱۴/۰۰ | ۳/۵۸ | ۰/۹۲۸ (۰/۲۵۰) | ۱۲/۱۲ | ۲/۵۶ | ۲۵/۹۳ (۰/۶۸۹) |
| | | پیگیری | ۰/۹۱۹ (۰/۱۸۷) | ۱۳/۲۵ | ۳/۷۶ | ۰/۹۴۸ (۰/۴۸۹) | ۱۲/۳۴ | ۲/۵۰ | ۲۵/۴۵ (۰/۷۶۸) |
| رفتار پرخاشگری | | پیش آزمون | ۰/۹۰۶ (۰/۱۱۷) | ۲۸/۹۳ | ۲/۸۴ | ۰/۹۴۱ (۰/۴۰۱) | ۲۷/۴۵ | ۲/۴۸ | ۲۸/۲۷ (۰/۱۸۷) |
| | | پس آزمون | ۰/۸۹۰ (۰/۰۶۷) | ۱۶/۸۰ | ۲/۰۰ | ۰/۸۹۷ (۰/۰۸۵) | ۱۵/۱۹ | ۳/۷۰ | ۲۷/۳۳ (۰/۱۱۷) |
| | | پیگیری | ۰/۹۵۴ (۰/۵۹۷) | ۱۶/۷۶ | ۲/۵۴ | ۰/۹۲۸ (۰/۲۵۰) | ۱۵/۴۷ | ۳/۶۷ | ۲۸/۵۶ (۰/۵۳۸) |

مشکلات رفتاری درون‌سازی شده

مشکلات رفتاری بیرونی‌سازی شده

۴۵/۱۹ (۳/۲۰) بود. بنابر این فرض پژوهش مبنی بر اثربخشی اجرای مداخله با اطمینان ۹۵ درصد تأیید می‌شود. بر اساس داده‌های پژوهش می‌توان گفت موجب کاهش و بهبود این مولفه‌ها شده است. در واقع میانگین متغیر مشکلات درونی‌سازی شده (اضطراب، افسردگی، گوشه‌گیری و شکایت جسمانی) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش معنادار است، اما در گروه گواه معنادار نبود. لذا می‌توان گفت به کارگیری مداخله آموزش تعامل ولد-کودک و درمان راه حل مدار موجب کاهش مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و مولفه‌های آن در نوجوانان شده است. میزان این تاثیر ۰/۲۶، ۰/۲۵، ۰/۲۳، ۰/۲۱ و ۰/۲۰ به ترتیب برای مشکلات درونی‌سازی شده کلی، اضطراب، افسردگی، گوشه‌گیری و شکایت جسمانی نوجوانان بود.

در ادامه برای بررسی مقایسه اثربخشی آنها میانگین تفاوت زوج نمره‌های نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش با استفاده از آزمون تعقیبی بنفرونی با یکدیگر مقایسه شده است. نتایج جدول ۷ بیانگر آن بود که بین اثربخشی آموزش تعامل ولد-کودک و راه حل مدار بر مشکلات درونی‌سازی شده (اضطراب، افسردگی، گوشه‌گیری و شکایت جسمانی) نوجوانان تفاوت وجود دارد. همچنین درمان راه حل مدار در مقایسه با آموزش تعامل والد-کودک اثربخشی بیشتری در کاهش مشکلات درونی‌سازی شده (اضطراب، افسردگی،

لندازه‌گیری و در هر سه گروه پژوهش بزرگتر از ۰/۰۵ است بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد توزیع داده‌های متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر در مولفه‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و برون‌سازی شده بهنجار می‌باشد. همچنین مفروضه نرمال بودن توزیع که با آزمون کلموگروف-اسمیرنف بررسی گردید، بیانگر آن بود که توزیع نمرات نرمال است. همچنین برای بررسی همگن بودن سه گروه پژوهشی در نمره‌های پیش‌آزمون، از تحلیل واریانس یک راه استفاده شد که با توجه به اینکه شاخص F مشاهده شده (برای هر سه متغیر) کوچکتر از شاخص $F_{0.05}$ بحرانی با درجه آزادی‌های ۴۲ و ۲ (۳/۲۲) است؛ بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون در سه گروه پژوهشی تأیید می‌شود (سه گروه پژوهش از لحاظ متغیرهای مورد بررسی، در پیش‌آزمون، همگن هستند).

جهت بررسی مقایسه‌ای اثربخشی روش آموزش تعامل والد-کودک از تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل (تحلیل واریانس آمیخته) استفاده گردید که خلاصه نتایج به تفکیک مولفه‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده در جدول ۶ ارائه شد. نتایج جدول ۶ بیانگر آن بود که با توجه به اینکه شاخص F محاسبه شده مشکلات درونی‌سازی شده (۸/۴۵۴) کوچکتر از $F_{0.05}$ با درجات آزادی ۲/۱۵ و

جدول ۶- تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل [مشکلات درونی‌سازی شده]

| درون آزمودنی‌ها | | | | بین آزمودنی‌ها | | | | مولفه | | | | |
|---------------------------|-----------|----------------|-----------|----------------|----------------|------------|----------------|------------|----|---|---------------------------|---------|
| اندازه اثر مجذور اتا جزئی | | F | | درجه آزادی | | اندازه اثر | | درجه آزادی | | F | S/R (خطا ۱) | R سطرها |
| C*R کنش متقابل | C ستون‌ها | C*R کنش متقابل | C ستون‌ها | C*S/R (خطا ۲) | C*R کنش متقابل | C ستون‌ها | مجذور اتا جزئی | | | | | |
| ۰/۲۲۸ | ۰/۲۵۱ | *۴/۹۹۴ | *۱۳/۶۷ | ۴۵/۱۳ | ۲/۱۵ | ۱/۰۷ | ----- | ۱/۴۸۰ | ۴۲ | ۲ | اضطراب | |
| ۰/۲۳۲ | ۰/۲۳۸ | *۴/۴۶۵ | *۱۴/۲۶۰ | ۴۵/۰۹ | ۲/۱۵ | ۱/۰۷ | ----- | ۱/۸۱۰ | ۴۲ | ۲ | افسردگی | |
| ۰/۳۷۸ | ۰/۲۳۱ | *۵/۳۱۲ | *۱۲/۲۶۰ | ۴۵/۰۳ | ۲/۱۵ | ۱/۰۷ | ----- | ۱/۹۴۵ | ۴۲ | ۲ | گوشه‌گیری | |
| ۰/۲۷۷ | ۰/۲۰۱ | *۲/۲۱۳ | *۱۱/۳۳۰ | ۴۵/۰۳ | ۲/۱۵ | ۱/۰۷ | ----- | ۱/۸۷۸ | ۴۲ | ۲ | شکایت جسمانی | |
| ۰/۳۷۸ | ۰/۲۶۸ | *۸/۴۵۵ | *۱۱/۷۳ | ۴۵/۱۹ | ۲/۷۲ | ۱/۳۶ | ----- | ۱/۲۷ | ۴۲ | ۲ | مشکلات درونی‌سازی شده کلی | |

* $P < 0.05$

بنابراین می‌توان گفت میلنگین نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، برابر بوده و تفاوت معناداری ندارند.

برای بررسی مقایسه اثر بخشی آموزش تعامل والد-کودک و درمان راه‌حل‌مدار بر مشکلات رفتاری برون‌سازی شده (رفتار قانون شکن و رفتار پرخاشگرانه) از تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل (تحلیل واریانس آمیخته) استفاده گردید که خلاصه نتایج به تفکیک مولفه‌های مشکلات رفتاری برون‌سازی شده در جدول ۸ گزارش شده است. نتایج جدول ۸ بیانگر آن بود که با توجه به اینکه شاخص F محاسبه شده مشکلات درونی‌سازی شده (۱۰/۵۹۶) کوچکتر از $F_{.۰۵}$ با درجات آزادی ۲/۷۲ و ۴۵/۱۹ (۳/۲۰) بود. بنابراین فرض پژوهش مبنی بر اثربخشی اجرای مداخله با اطمینان ۹۵ درصد تأیید می‌شود. بر اساس داده‌های پژوهش می‌توان گفت موجب کاهش و بهبود این مولفه‌ها شده است. در واقع میانگین متغیر مشکلات برون‌سازی شده (رفتار قانون‌شکنانه و رفتار پرخاشگرانه) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه

گوشه‌گیری و شکایت جسمانی) داشته است. همچنین بررسی پایداری اثربخشی آموزش تعامل والد-کودک و درمان راه‌حل‌مدار بر مشکلات رفتاری درون‌سازی شده و مولفه‌های آن در دوره پیگیری بیانگر آن بود که در پایداری اثربخشی آموزش تعامل والد-کودک در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری؛ با توجه به اینکه قدرمطلق شاخص t محاسبه شده در مولفه اضطراب (۰/۱۴۱)، افسردگی (۱/۶۳)، گوشه‌گیری (۰/۸۷۶) و شکایت جسمانی (۱/۱۷۹)، مشکلات درونی‌سازی شده (۵/۶۴) بزرگتر از $t_{.۰۵}$ با درجه آزادی ۱۴ در آزمون‌های دو دامنه (۲/۱۴۵) است؛ بنابراین برابری میانگین نمره‌های متغیرها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، با اطمینان ۹۵ درصد تأیید می‌شود. همچنین در خصوص پایداری اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری؛ با توجه به اینکه قدرمطلق شاخص t محاسبه شده در مولفه اضطراب (۰/۱۵۸)، افسردگی (۱/۴۵۳)، گوشه‌گیری (۱/۰۹۱) و شکایت جسمانی (۰/۶۷۸)، مشکلات درونی‌سازی شده (۰/۸۸۸) بزرگتر از $t_{.۰۵}$ با درجه آزادی ۱۴ در آزمون‌های دو دامنه (۲/۱۴۵) است؛

جدول ۷- نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی جهت تعیین اثر مداخله بر مشکلات درونی‌سازی شده

| مولفه | گروه | میانگین نمره های افتراقی | تعامل والد-کودک | درمان راه حل مدار | گواه | زیرگروه های همگن | |
|---------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------|-------------------|--------|-------------------|-------|
| | | | | | | ۱ | ۲ |
| اضطراب | تعامل والد-کودک | ۱/۴۷ | - | ۴/۶۷ | ۲/۲۷ | تعامل والد-کودک | ۱/۴۷ |
| | درمان راه حل مدار | ۳/۲۰ | ۴/۶۷ | - | ۲/۴۰ | درمان راه حل مدار | ۳/۲۰ |
| افسردگی | گواه | ۰/۸۰ | ۲/۲۷ | ۲/۴۰ | - | گواه | - |
| | تعامل والد-کودک | ۲/۲۰ | - | -۱/۶۰ | *۸/۰۷ | تعامل والد-کودک | ۲/۲۰ |
| گوشه گیری | درمان راه حل مدار | ۳/۸۰ | ۱/۶۰ | - | *۶/۶۷ | درمان راه حل مدار | ۳/۸۰ |
| | گواه | ۰/۶۷۶ | * ۸/۰۷ | * ۶/۶۷ | - | گواه | - |
| شکایت جسمانی | تعامل والد-کودک | ۷/۲۰ | - | -۱/۶۰ | * ۸/۰۷ | تعامل والد-کودک | ۷/۲۰ |
| | درمان راه حل مدار | ۸/۸۰ | ۱/۶۰ | - | * ۹/۶۷ | درمان راه حل مدار | ۸/۸۰ |
| مشکلات درونی سازی شده کلی | گواه | ۰/۸۷ | * ۸/۰۷ | * ۹/۶۷ | - | گواه | - |
| | تعامل والد-کودک | ۶/۴۰ | - | ۰/۶۷ | *-۶/۲۷ | تعامل والد-کودک | ۶/۴۰ |
| مشکلات درونی سازی شده کلی | درمان راه حل مدار | ۷/۰۷ | -۰/۶۷ | - | *-۶/۹۳ | درمان راه حل مدار | ۷/۰۷ |
| | گواه | ۰/۱۳ | *۶/۲۷ | *۶/۹۳ | - | گواه | - |
| مشکلات درونی سازی شده کلی | تعامل والد-کودک | -۳/۸۷ | - | -۱/۸۷ | **۶/۷۳ | تعامل والد-کودک | -۳/۸۷ |
| | درمان راه حل مدار | -۵/۷۳ | ۱/۸۷ | - | **۸/۶۰ | درمان راه حل مدار | -۵/۷۳ |
| | گواه | -۲/۸۷ | *-۶/۷۳ | *-۸/۶۰ | - | گواه | -۲/۸۷ |

$P < ۰/۰۵$

والد-کودک اثربخشی بیشتری در کاهش مشکلات برون‌سازی شده (رفتار قانون‌شکنانه و رفتار پرخاشگرانه) دارد. همچنین بررسی پایداری اثربخشی آموزش تعامل والد-کودک در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری؛ با توجه به قدرمطلق شاخص t محاسبه شده در مولفه‌های رفتار قانون‌شکنانه (۱/۱۷۹)، رفتار پرخاشگرانه (۰/۵۶۴) و مشکلات برون‌سازی شده (۱/۲۹۳) بزرگتر از $t_{.05}$ با درجه آزادی ۱۴ در آزمون‌های دو دامنه (۲/۱۴۵) بود؛ لذا برابری میانگین‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، با اطمینان ۹۵ درصد تأیید می‌شود. همچنین در خصوص پایداری اثربخشی درمان راه‌حل مدار در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری؛ با توجه به اینکه قدرمطلق شاخص t محاسبه شده در مولفه‌های رفتار قانون‌شکنانه (۱/۰۲۸)، رفتار پرخاشگرانه (۰/۶۵۳) و مشکلات برون‌سازی شده کلی (۱/۰۷) بزرگتر از $t_{.05}$ با درجه

آزمایش معنادار است، اما در گروه گواه معنادار نبود. لذا می‌توان گفت به کارگیری مداخله آموزش تعامل والد-کودک و درمان راه حل مدار موجب کاهش مشکلات رفتاری برون‌سازی شده و مولفه‌های آن در نوجوانان شده است. میزان این تاثیر ۰/۲۹، ۰/۲۱ و ۰/۲۰ به ترتیب برای مشکلات درونی برون‌سازی شده کلی، رفتار قانون‌شکنانه و رفتار پرخاشگرانه نوجوانان بود. در ادامه برای بررسی مقایسه اثربخشی آنها میانگین تفاوت زوج نمره‌های نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش با استفاده از آزمون تعقیبی بنفرونی با یکدیگر مقایسه شده است. نتایج جدول ۹ بیانگر آن بود که بین اثربخشی آموزش تعامل والد-کودک و راه‌حل مدار بر مشکلات برون‌سازی شده (رفتار قانون‌شکنانه و رفتار پرخاشگرانه) نوجوانان تفاوت وجود دارد. همچنین درمان راه‌حل مدار در مقایسه با آموزش تعامل

جدول ۸- تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه گیری‌های مکرر روی یک عامل [مشکلات بیرونی‌سازی شده]

| درون آزمودنی‌ها | | بین آزمودنی‌ها | | درون آزمودنی‌ها | | بین آزمودنی‌ها | | درون آزمودنی‌ها | | بین آزمودنی‌ها | | مولفه |
|---------------------------|--------------|-------------------|--------------|------------------|---------------------------|----------------|--------------|---------------------------|------------|----------------|----------------------|-------|
| اندازه اثر مجذور اتا جزئی | F | درجه آزادی | اندازه اثر | درجه آزادی | اندازه اثر مجذور اتا جزئی | F | درجه آزادی | اندازه اثر مجذور اتا جزئی | F | درجه آزادی | | |
| C*R کنش متقابل | C ستون‌ها | C*R کنش متقابل | C ستون‌ها | C*S/R (خطا ۲) | C*R کنش متقابل | C ستون‌ها | C ستون‌ها | S/R (خطا ۱) | R سطرها | | | |
| ۰/۲۷۱ | ۰/۲۱۱ | *۴/۳۴۲ | **۱۹/۱۲ | ۴۵/۴۸ | ۲/۲۶ | ۱/۱۳ | ۰/۲۶۱ | **۷/۴۰ | ۴۲ | ۲ | رفتار قانون‌شکن | |
| ۰/۳۲۸ | ۰/۲۰۱ | **۵/۲۵۰ | **۶/۶۰ | ۴۵/۶۱ | ۲/۳۶ | ۱/۱۸ | ----- | ۲/۴۰ | ۴۲ | ۲ | رفتار پرخاشگرانه | |
| ۰/۳۷۸ | ۰/۲۹۱ | **۱۰/۵۹۶ | **۱۱/۷۳ | ۴۵/۱۹ | ۲/۷۲ | ۱/۳۶ | ----- | ۱/۲۷ | ۴۲ | ۲ | مشکلات برون‌سازی کلی | |

$P < 0.05$

جدول ۹- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت تعیین اثر مداخله بر [مشکلات بیرونی‌سازی شده]

| مولفه | گروه | میانگین نمره های افتراقی | تعامل والد-کودک | درمان راه حل مدار | گواه | زیرگروه های همگن | |
|----------------------|-------------------|--------------------------|-----------------|-------------------|--------|-------------------|-------|
| | | | | | | ۱ | ۲ |
| رفتار قانون-شکن | تعامل والد-کودک | ۶/۴۰ | - | ۰/۶۷ | *۶/۲۷ | تعامل والد-کودک | ۶/۴۰ |
| | درمان راه حل مدار | ۷/۰۷ | -۰/۶۷ | - | *۶/۹۳ | درمان راه حل مدار | ۷/۰۷ |
| رفتار پرخاشگرانه | گواه | ۰/۱۳ | *۶/۲۷ | *۶/۹۳ | - | گواه | ۰/۱۳ |
| | تعامل والد-کودک | -۳/۸۷ | - | -۱/۸۷ | **۶/۷۳ | تعامل والد-کودک | -۳/۸۷ |
| مشکلات برون‌سازی کلی | درمان راه حل مدار | -۵/۷۳ | ۱/۸۷ | - | **۸/۶۰ | درمان راه حل مدار | -۵/۷۳ |
| | گواه | -۲/۸۷ | **۶/۷۳ | **۸/۶۰ | - | گواه | -۲/۸۷ |
| مشکلات برون‌سازی کلی | تعامل والد-کودک | ۱/۰۷ | - | ۰/۸۰ | *۱/۶۰ | تعامل والد-کودک | ۱/۰۷ |
| | درمان راه حل مدار | ۱/۸۷ | ۰/۸۰ | - | **۲/۴۰ | درمان راه حل مدار | ۱/۸۷ |
| مشکلات برون‌سازی کلی | گواه | -۰/۵۳ | *۱/۶۰ | **۲/۴۰ | - | گواه | -۰/۵۳ |

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

آزادی ۱۴ در آزمون‌های دو دامنه (۲/۱۴۵) بود؛ لذا میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، برابر بوده و تفاوت معناداری ندارند.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تعامل والد-کودک و درمان راه حل مدار تأثیر معناداری بر مشکلات رفتاری (درون‌سازی شده و بر دون‌سازی شده) دارد؛ به نحوی که منجر به کاهش مشکلات رفتاری درونی‌سازی و مولفه‌های آن یعنی اضطراب، افسردگی، گوشه‌گیری و شکایت جسمانی) و مشکلات برون‌سازی شده و مولفه‌های آن (رفتار قانون‌شکنانه و رفتار پرخاشگرانه) شده است. این نتیجه همسو با نتایج تحقیقات مونتورو رودریگز (Montoro-Rodriguez) و همکاران (۲۰۲۱) (۳)، وودفیلد (Woodfield) و همکاران (۲۰۲۱) (۶) و ناماسیوایام (Namasivayam) و همکاران (۲۰۱۸) (۱۲) نتایج یکسانی داشته است. در تبیین نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی آموزش تعامل والد-کودک بر مشکلات رفتاری می‌توان گفت که این نوع مداخله و آموزش نوعی روش درمانی است که بر آموزش والدین در جهت بهبود روابط با کودک و حل مشکلات رفتاری آنها تأکید می‌کند. از یکسو جو خانوادگی خشن، خشک و متعصبانه زمینه ظهور اختلالات رفتاری را ممکن می‌سازد و از سوی دیگر بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان تعاملات منفی والد-کودک ریشه دارد. رفتارهای منفی والدین مثل فریادزدن و تهدیدکردن باعث تقویت رفتارهای منفی کودکان مثل بی‌مسئولیتی می‌گردد که این مسئله رفتارهای والدین را بدتر کرده و این چرخه ادامه می‌یابد (۱۴). از آنجایی که آموزش گروهی تعامل والد-کودک از طریق تشویق تعاملات مثبت والد-کودک، ثبات رفتاری والدین و استفاده والدین از تکنیک‌های انضباطی غیرخسونت‌آمیز به دنبال شکستن چرخه رفتارهای منفی والد-کودک است، لذا این شیوه درمانی می‌تواند نقش موثری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان داشته باشد (۱۳). این روش آموزشی با تسهیل دلبستگی، تغییرات

مثبت در مدل‌های درونی‌سازی و برون‌سازی مشکلات رفتاری و نیز تعاملات و انتظارات خود از والدین ایجاد نموده و در نهایت منجر به نیرومندی و سلامت خانواده می‌گردد. در واقع این رویکرد فرصتی برای والدین ایجاد می‌نماید تا جهت ارتباط بهتر والد-کودک فعالانه در جلسات حضور داشته و رفتارهای مشکل‌ساز را بهبود بخشند (۹). بر این اساس می‌توان مکانیزم اثرگذاری مداخله مبتنی بر آموزش تعامل والد-کودک و کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان را در پژوهش حاضر، اینگونه ترسیم نمود:

آموزش تعامل والد-کودک ۶ فعال‌سازی الگوهای اولیه دلبستگی در گروه نمونه بر اساس پروتکل ۶ بهبود رابطه والد-کودک ۶ اصلاح الگوی دلبستگی ۶ تغییر نگرش به خود و دیگری و دنیای پیرامون ۶ کاهش رفتار مشکل. نتایج کلی در این زمینه بیانگر آن است که والدین و کودکان در طول جلسات درمان، مطابق با ارزیابی درمانگر، بهبود یافته و این بهبودی روابط والد-کودک و کاهش مشکلات رفتاری کودکان و ایجاد دلبستگی ایمن در نوجوانان با تحلیل آماری داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های به کار رفته در پژوهش و تأیید فرضیه‌های پژوهش به اثبات رسید (۶). این یافته‌ها نشان می‌دهد که با پیشرفت مداخله، تعامل والد-کودک در جلسات درمانی از بهبود مشکلات رفتاری در بعد بیرونی و درونی بهره‌مند شدند. از سویی در تبیین نتایج به دست آمده مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان راه‌حل مدار بر مشکلات رفتاری (درون‌سازی شده و برون‌سازی شده) می‌توان گفت که تکنیک‌های مورد استفاده در این دیدگاه به علت پرهیز از دیدگاه صرفاً آسیب‌شناختی به نوجوانان و توجه به نقاط مثبت و توانمندی‌های آنان می‌تواند نتایج درمانی مؤثری داشته و انعطاف‌پذیری درمان را تا حد قابل توجهی افزایش دهد (۷). در این رویکرد به خانواده کمک می‌شد تا از طریق صحبت به این باور برسد که واقعیت در ذهن آنهاست تا بتوانند راه‌حل‌های منطبق بر ادراکات خود را خلق کنند. راه‌حل‌های قابل کاربرد از همکاری اعضای خانواده منتج می‌شود و در اثر آن، خانواده ادراکات جدید و نیرو بخشی درباره‌ی خود بدست می‌آورد. اگر مراجعان

است و عنوان می‌کند افراد با کفایت هستند، آنها از توانایی ایجادکردن راه‌حل‌هایی که می‌تواند زندگی آنها را بهتر کند، برخوردارند که این می‌تواند از لحاظ روانشناختی تاثیر مثبتی بر روان و انگیزه آنها داشته باشد. از سویی دیگر رویکرد راه‌حل‌مدار، حل‌گلیه‌هایی را دنبال می‌کند؛ به نحوی که این کار را با کمک به نوجوانان برای تفکر درباره فعالیت متفاوتی که موجب خشنودی بیشتر او در زندگی‌اش می‌شود و یا انجام چنین فعالیتی، محقق می‌سازند (۵). می‌توان اینگونه نیز مطرح نمود که در این مدل درمانی، انسان‌ها دارای مهارت حل مشکلات خود هستند، ولی از قوت و توانایی‌های خود عاجز مانده‌اند. با توجه به این که درمان راه‌حل‌مدار بر فرآیندهای شناختی از جمله تکرار مهارت‌ها، سازماندهی افکار و بسط و گسترش حوزه فعالیت‌های روزمره تأکید دارد بنابراین، دور از انتظار نیست که درمان راه‌حل‌مدار بیشتر از آموزش تعامل والد-کودک سبب کاهش پایدار مشکلات رفتاری درون‌سازی شده و برون‌سازی شده عملکرد در نوجوانان شود.

نتیجه‌گیری

نتیجه‌گیری مطالعه حاضر نشان داد که درمان راه‌حل‌مدار و آموزش تعامل والد-کودک بر مشکلات رفتاری نوجوانان تاثیر داشته و می‌توان از این رویکردها در بهبود مشکلات رفتاری آنها استفاده نمود. بنابراین پیشنهاد می‌گردد برگزاری کلاس‌های آموزشی برای والدین نوجوان دارای مشکلات رفتاری در جهت کاهش آنها و بهبود رابط مادر-کودک در نوجوانان صورت گیرد تا آنان را از این طریق در برابر مشکلات رفتاری و چالش‌های زندگی مقاوم ساخت.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از مسئولین آموزش و پرورش و مدارس شهرستان عنبرآباد شهر کرمان، دانش‌آموزان و والدین شرکت‌کننده در پژوهش که با اعتماد و اطمینان کامل با پژوهشگران همکاری کردند، تشکر و قدردانی کنند.

بتوانند با موفقیت به یک تغییر شناختی و احساسی برسند توانایی آنها برای حل و کنترل مشکل نشان داده می‌شود (۹). در واقع در این نوع درمان به جای علت‌یابی و بحث در سر مشکلات و تبیین اینکه مشکلات رفتاری از کجا ناشی می‌شود به اهداف آینده و راه‌های رسیدن به اهداف توجه شده است. افراد با مشکلات رفتاری برون‌سازی شده همچون خشم معمولاً نوعی نقش و کمبود در خود و خانواده خود دارند و شیوه ارتباطی صحیح کنارآمدن با مشکل را یاد نگرفته‌اند. کودکان و نوجوانان دارای مشکلات رفتاری همچون خشم ویژگی و شرایط خاصی دارند که با درمان راه‌حل محور بهتر درمان می‌شوند (۳)؛ زیرا آنها مقاصد دیگران را به غلط برداشت نموده و احساس می‌کنند با آنها به خصومت رفتار شده و لذا منجر به خشونت و رفتارهای ضد اجتماعی بیشتری می‌گردد. درمان راه‌حل محور با تاکید بر بهره‌گیری از کلام به عنوان راهی جهت کاهش تعارضات و پرخاشگری‌های کلامی موثر است. نظر بر آنکه تاکید رویکرد راه‌حل محور بر ارتباط است، از اینرو همدلی، گرمی و پذیرش را در نوجوانان بهبود بخشیده و این نوع سبک رفتاری همدلی و خودمهارگری را در نوجوانان بهبود بخشیده است (۱۵). با توجه به ویژگی‌های برجسته‌ای که درمان راه‌حل‌مدار دارد به نظر می‌رسد تسهیل‌کننده و کاهش‌دهنده اضطراب و افسردگی و مشکلات رفتاری درون‌سازی دیگر نیز در نوجوانان باشد. بنابراین، دور از انتظار نیست که اگر نوجوانان دارای این مشکلات در حوزه درمان راه‌حل‌مدار، حمایت‌های آموزشی و درمانی ویژه‌ای را دریافت کنند اضطراب، افسردگی و غیره آنها کاهش یابد و اثر چنین درمانی ملندگار باشد؛ چرا که در این رویکرد بر توانایی‌ها و کفایت‌های فردی تأکید می‌شود (۱۱).

همچنین نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن بود که درمان راه‌حل‌مدار تاثیر بیشتری نسبت به آموزش تعامل والد-کودک بر مشکلات رفتاری درون‌سازی شده و برون‌سازی شده نشان داده است. در تبیین این مساله می‌توان گفت که درمان راه‌حل‌مدار بر منابع و توانایی افراد برای انطباق و خلق راه‌حل تأکید می‌کند. درمان راه‌حل‌مدار شامل فرض‌های نیروبخشی

Perceptions and Child Emotional and Behavioral Problems in Autism. *J Autism Dev Disord.* 2018;48(1):12-27.

14. Ginn NC, Clionsky LN, Eyberg SM, Warner-Metzger C, Abner JP. Child-Directed Interaction Training for Young Children With Autism Spectrum Disorders: Parent and Child Outcomes. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2017;46(1):101-109.

15. Ayar D, Sabanciogullari S. The effect of a solution-oriented approach in depressive patients on social functioning levels and suicide probability. *Perspect Psychiatr Care.* 2021;57(1):235-245.

References

1. Ubukata S, Ueda K, Murai T. [Social Behavioral Problems after Brain Injury]. *Brain Nerve.* 2019;71(10):1091-1096. Japanese.

2. Rafie Z, Vakilian K, Zamanian M, Eghbali H. The Effect of Solution-Oriented Counseling on Coping Strategies in Mental Health Issues in Women with Gestational Diabetes. *Adm Policy Ment Health.* 2021;48(6):983-991.

3. Montoro-Rodriguez J, Hayslip B Jr, Ramsey J, Jooste JL. The Utility of Solution-Oriented Strategies to Support Grandparents Raising Grandchildren. *J Aging Health.* 2021;33(9):647-660.

4. Kohlhoff J, Morgan S, Briggs N, Egan R, Niec L. Parent-Child Interaction Therapy with Toddlers: A Community-based Randomized Controlled Trial with Children Aged 14-24 Months. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2021;50(3):411-426.

5. Volicer L. Behavioral Problems and Dementia. *Clin Geriatr Med.* 2018;34(4):637-651.

6. Woodfield MJ, Brodd I, Hetrick SE. Time-Out with Young Children: A Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) Practitioner Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;19(1):145.

7. Chammas G, Kayed S, Al Shami A, Kays W, Citton M, Kalot M, Al Marj E, et al. Transdisciplinary interventions for environmental sustainability. *Waste Manag.* 2020 Apr 15;107:159-171.

8. Turin TC, Haque S, Chowdhury N, Ferdous M, Rumana N, Rahman A, Rahman N, Lasker M, Rashid R. Overcoming the Challenges Faced by Immigrant Populations While Accessing Primary Care: Potential Solution-oriented Actions Advocated by the Bangladeshi-Canadian Community. *J Prim Care Community Health.* 2021;12:21501327211010165.

9. Dopp E, Pannekens H, Itzel F, Tuerk J. Effect-based methods in combination with state-of-the-art chemical analysis for assessment of water quality as integrated approach. *Int J Hyg Environ Health.* 2019;222(4):607-614.

10. Thomas R, Abell B, Webb HJ, Avdagic E, Zimmer-Gembeck MJ. Parent-Child Interaction Therapy: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 2017;140(3):e20170352.

11. Levickis P, McKean C, Walls E, Law J. Training community health nurses to measure parent-child interaction: a mixed-methods study. *Eur J Public Health.* 2020;30(3):426-431.

12. Namasivayam AK, Jethava V, Pukonen M, Huynh A, Goshulak D, Kroll R, van Lieshout P. Parent-child interaction in motor speech therapy. *Disabil Rehabil.* 2018;40(1):104-109.

13. Haney JL, Houser L, Cullen JA. Parental