

October-November 2024, Volume 12, Issue 4

[10.22034/IJPN.12.4.65](https://doi.org/10.22034/IJPN.12.4.65)

Comparing the Effect of Solution-oriented Therapy and Intervention based on Parent-child Interaction on Behavioral Disorders of Secondary School Students

Mahnaz Mortzavi Mahrizi ^{1*}, Fateme Maazallahi ², Mohaddese Fallah Zade³,
Zahra Safari⁴

1- Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran.

2- MA in Child and Adolescent Clinical Psychology, University of Science Art, Yazd, Iran.

3- MA in Child and Adolescent Clinical Psychology, University of Science Art, Yazd, Iran.

4- PhD student in Psychology, University of Science and Art, Yazd, Iran.

Corresponding Author: Mahnaz Mortzavi Mahrizi, Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran.

Email: Mortazavi@uk.ac.ir

Received: 17 May 2024

Accepted: 9 Sep 2024

Abstract

Introduction: Adolescence is associated with many challenges, including behavioral problems. The purpose of this research was to compare the effect of solution-oriented therapy and intervention based on parent-child interaction on behavioral disorders of middle school students.

Methods: The current study was a semi-experimental type with a pre-test-post-test design with a control group and a follow-up period. The statistical population of the research included all first and second high school students with behavioral problems in the second education district of Kerman in the academic year of 1402-1403. 45 students from the mentioned 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) randomly. The data collection tool included the Achenbach Child Behavior Problems Inventory (CBCL). To analyze the data, the method of mixed analysis of variance with repeated measurement and Bonferroni's post hoc test was used with SPSS-26 software.

Results: The results showed that solution-oriented therapy and parent-cook interaction training were effective on internalized (anxiety, depression, withdrawal, and physical complaints) and externalized (law-breaking behavior and aggressive behavior) problems and caused These problems have been reduced. Also, the results showed that solution-oriented therapy was more effective in reducing internalized problems and externalized problems compared to parent-cook interaction training ($P < 0.05$).

Conclusions: 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.

Keywords: Solution-oriented therapy, Parent/child interaction training, Behavioral problems, adolescents.



بررسی مقایسه تأثیر درمان راه حل مدار و مداخله مبتنی بر تعامل والد-کودک بر اختلالات رفتاری دانش آموزان دوره متوسطه

مهناز مرتضوی مهریزی^{۱*}، فاطمه معاذاللهی^۲، محدثه فلاح زاده^۳، زهرا صفری^۴

۱ - استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران

۲ - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران

۳ - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران.

۴ - دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران.

نویسنده مسئول: مهناز مرتضوی مهریزی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران.
ایمیل: Mortazavi@uk.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۶/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۲۸

چکیده

مقدمه: دوره نوجوانی همراه با چالش های متعددی است که از جمله آنها به مشکلات رفتاری اشاره شده است. هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه تأثیر درمان راه حل مدار و مداخله مبتنی بر تعامل والد-کودک بر اختلالات رفتاری دانش آموزان دوره متوسطه بود.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دوره متوسطه اول و دوم دارای مشکلات رفتاری ناحیه دو آموزش و پرورش کرمان در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بودند. ۴۵ دانش آموز از جامعه مذکور غربال و به عنوان نمونه نهایی انتخاب و به شیوه 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 جمع آوری داده شامل فهرست مشکلات رفتار کودک آنباخ (CBCL) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بُنفرونی با نرم افزار SPSS-26 استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که درمان راه حل مدار و آموزش تعامل والد-کوک بر مشکلات درون سازی شده (اضطراب، افسردگی، گوشه گیری و شکایت جسمانی) و برون سازی شده (رفتار قانون شکنانه و رفتار پرخاشگرانه) اثربخش بوده و موجب کاهش این مشکلات شده است. همچنین نتایج نشان داد که درمان راه حل مدار در مقایسه با آموزش تعامل والد-کوک اثربخشی بیشتری در کاهش مشکلات درونی سازه شده و مشکلات برون سازی شده داشته است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: نتیجه گیری مطالعه حاضر نشان داد که درمان راه حل مدار و آموزش تعامل والد-کوک بر مشکلات رفتاری نوجوانان تأثیر داشته و می توان از این رویکردها در بهبود مشکلات رفتاری آنها استفاده نمود.

کلیدواژه ها: درمان راه حل مدار، مداخله مبتنی بر تعامل والد/کودک، اختلالات رفتاری، نوجوانان.

دوره نوجوانی قرار گرفته در بین کودکی و بزرگسالی (۱) است جمعیت بالایی را در سطح بین المللی به خود اختصاص داده است؛ به نحوی که در خیلی از کشورها بیش از نیمی از افراد و جمعیت در زیر ۱۸ سال قرار داشته و این مساله لزوم بررسی و مطالعه سلامت روانی و رفتاری نوجوانان را مطرح می سازد (۲). این دوره با افزایش عوامل تنش زا در حوزه های مختلف زندگی مشخص می شود؛ به نحوی که آینده از تعارض و نوسان بین وابستگی و استقلال است (۳)، در طول تغییرات مختص این دوره، نوجوانان ممکن است مشکلات رفتاری خاصی از خود نشان دهند که می تواند 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 می گردد (۴).

بنابراین مشکلات هیجانی رفتاری می تواند به طور همزمان یا مجزا در دوره سنی نوجوانی ظاهر شوند (۵). مشکلات رفتاری به رفتارهای افراطی مزمن و انحرافی گفته می شود که شامل اعمال تهاجمی و یا برانگیختگی ناگهانی تا اعمال افسرده گونه و گوشه گیرانه هستند که مشکلات رفتاری درونی سازی شده و برونی سازی از گسترده ترین و پرکاربردترین طبقه بندی این مشکلات هستند (۶). گسترده مشکلات رفتاری بر اساس دیدگاه آخنباخ (۷) شامل دو دسته ی مشکلات برونی سازی شده مانند؛ فزون کنشی، تضادورزی و پرخاشگری و نیز مشکلات درونی سازی شده مانند گوشه گیری، انزوا و افسردگی است (۸). تحقیقات نشان داد که دوره نوجوانی در ارتباط با پردازش اطلاعات اجتماعی منجر به مشکلات رفتاری زیادی نظیر پرخاشگری، انزوای اجتماعی و غیره می گردد (۹).

در واقع مشکلات رفتاری درونی سازی شده شامل نشانگان افسردگی / اضطراب، کناره گیری / افسردگی و شکایت جسمانی است که معمولاً خود فرد را آزار می دهد و مشکلات رفتاری برون سازی شده الگوهای رفتاری ناسازگاری هستند که در تعارض با دیگر افراد (مانند پرخاشگری، مشکلات انضباطی، تضادورزی، بزهکاری، رفتارهای غیرقابل مهار و ...) قرار می گیرند (۱۰). این مشکلات رفتاری در نوجوانان نمود پیدا می کنند 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 (۱۱). لذا نظر به اهمیت فزاینده این نوع مشکلات رفتاری ضرورت

مداخله و آموزش های مختص این مساله دارای اهمیت می باشد. مطالعات مختلف بیانگر آن است که یکی از راه های مدیریت، آموزش و نیز رویارویی با مشکلات رفتاری همراه در نوجوانان مداخله مبتنی بر تعامل والد-کودک (PCIT) است. آموزش تعامل والد/کودک از جمله روش های درمانی است که در بین انواع روش های توان بخشی به لحاظ تربیتی، درمانی، آموزشی در کاهش مشکلات رفتاری و کسب مهارت های اجتماعی تأثیر فزاینده ای دارد (۱۲). 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، هماهنگی 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 می باشد (۱۳). این رویکرد شامل چهار بعد ساختار، رقابت، اشتغال و پرورش است که در آن کودک به همراه درمانگر و والد خود درگیر فعالیت های جذاب و سرگرم کننده می شود که توسط جرنبرگ (۱۹۷۶) پایه ریزی شده است و به عنوان شیوه ای که میان کودک، خانواده و درمانگر تعامل برقرار می کند با هیجانات مرتبط است (۱۴). یافته های پژوهشی نیز تأثیر مداخله مبتنی بر تعامل والد-کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان را گزارش نموده اند (۱۵-۱۶).

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 (۱۷). همانطور که ذکر شد روش های متعددی از قبیل ذهن آگاهی و بازی درمانی و نیز مداخله مبتنی بر تعامل والد-کودک (PCIT) جهت ارتقاء مهارت های تنظیم هیجان بین فردی و خودمهارگری مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان کاربرد داشته است. اما در این راستا یکی از روش های کوتاه و کم هزینه، درمان راه حل مدار است (۱۸).

درمان راه حل مدار یک رویکرد قوی و سازنده است که به واسطه آن افراد از این توانایی برای توسعه راه حل های خلاق به منظور ارتقاء زندگی خود و توسعه یک خود جدید، تغییر جهانی و پیاده سازی تغییرات رفتاری استفاده می کنند (۱۹). این رویکرد افراد را در گفتگویی درگیر می کند که به ساختار شکنی و آشکار سازی منجر می شود و تکنیک هایی همچون سوالات معجزه آسا و درجه بندی

شده برای هدایت افراد به سمت تغییرات مطلوب استفاده می کند. در واقع دیدگاهی غیربیماری شناختی به افراد داشته و به آنها کمک می کند برای مشکلات کنونی خود راهکار بیابند؛ به نحوی که به جای تمرکز بر مشکلات بر راه حل آنها تاکید می شود (۲۰).

مطالعات متعدد نیز در بررسی خود تایید نمودند که درمان راه حل مدار بر کاهش مشکلات رفتاری درونی شده (افسردگی، اضطراب و گوشه گیری) نوجوانان تاثیر دارد (۱۲-۲۰). 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 می توانند از یکسو برای خود و خانواده و از سوی دیگر برای جامعه هزینه هایی 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 به عنوان رویکرد نسبتاً جدید در ایران و مقایسه تاثیر آن با درمان راه حل مدار خلاء مطالعات پیشین در خصوص مقایسه اثربخشی این دو رویکرد بر مولفه مشکلات رفتاری نوجوانان بپردازد. از این رو هدف اصلی مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان درمان راه حل مدار و آموزش تعامل والد/کودک بر اختلالات رفتاری نوجوانان بود.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دوره متوسطه اول و دوم دارای مشکلات رفتاری ناحیه دو آموزش و پرورش کرمان در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بودند که از این میان با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۴۵ دانش آموز انتخاب و به شیوه تصادفی در گروه های آزمایش و گواه جایگزین شدند.

روش اجرا به این صورت بود که در گام نخست مدارس مورد نظر شناسایی و نامه نگاری ها و دریافت مجوز های لازم از سوی اداره آموزش و پرورش انجام شد و سپس با مدیران مدارس جهت همکاری هماهنگی صورت گرفت، در گام دوم مقیاس مشکلات رفتاری آخنباخ (CBCL) در بین همه دانش آموزان اجرا و افرادی که نمره آنها بالاتر از خط برش بود شناسایی شد، و در نهایت در گام سوم از بین دانش

آموزان دارای مشکل رفتاری، نمونه مورد نظر از بین افرادی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (مداخله مبتنی بر تعامل والد-کودک و درمان راه حل مدار هر کدام ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل: رضایت کتبی و آگاهانه والدین و کودکان، دامنه سنی ۱۸-۱۲ سال، نمره بالاتر از خط برش در مقیاس مشکلات رفتاری، عدم ابتلا به اختلالات همایند همچون نافرمانی مقابله ای، سلوک، ADHD و غیره (که از طریق مصاحبه تشخیصی بررسی شد)، عدم شرکت در دوره ها و جلسات آموزشی مشابه. ملاک های خروج نیز شامل: عدم تکمیل و مخدوش بودن پرسشنامه ها، غیبت بیش از دو جلسه در کلاس ها بود.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه نیز عبارت بود از:

فهرست مشکلات رفتار کودک آخنباخ (CBCL): در این پژوهش برای اندازه گیری مشکلات هیجانی-رفتاری کودکان از سیاهه رفتاری کودکان آخنباخ و رسکورلا (۷) فرم والد استفاده شد که از مجموعه فرم های موازی آخنباخ است و مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل اضطراب/افسردگی، شکایت های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می کند. دو عامل نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه عامل مرتبه دوم مشکلات برون سازی شده را تشکیل می دهند. این پرسشنامه دارای ۱۱۳ سوال در رابطه با انواع حالات رفتاری است. نمره دهی بر اساس یک طیف لیکرت سه درجه (از ۰=هرگز، ۱=گاهی اوقات و ۲=همیشه) است. ضریب آلفای کرونباخ ابزار ۰/۹۷ و با اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شد (۷). یزدخواستی و عریضی (۲۱) آلفای کرونباخ را در سه فرم والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ گزارش نمود و در مورد اعتبار سازه همبستگی خردهمقیاس های بخش مشکلات رفتاری-هیجانی با نمره کلی این بخش در سه نسخه به ترتیب ۰/۸۸-۰/۶۲، ۰/۹۱-۰/۴۴ و ۰/۸۵-۰/۵۱ گزارش گردید.

گروه آزمایش مداخله مبتنی بر تعامل والد-کودک تحت آموزش به مدت ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه ای و گروه راه حل محور ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای قرار گرفتند. گروه کنترل نیز هیچگونه آموزشی را دریافت ننمود. بعد از اتمام جلسات آموزشی، از هر سه گروه پس آزمون اخذ گردید. یک ماه پس از اخذ پس آزمون، دوره پیگیری نیز ارزیابی و اجرا شد.

مهناز مرتضوی مهریزی و همکاران

عمیق هنگام مواجهه با بحران های هیجانی، گفتگوی افراد گروه در مورد یک راه حل برای مهار هیجانات، ارائه تکالیف و بازخورد.

جلسه پنجم: بررسی تکالیف، استفاده از سؤالات راه حل مدار و گفتگو با افراد برای تنظیم عواطف و هیجانات، استفاده از تکنیک نوشتن هیجانات مثبت و منفی و بازخوردها، ارائه تکالیف.

جلسه ششم: بررسی تکالیف، استفاده از فنون درمان کوتاه مدت راه حل مدار مانند مرور مشکلات هیجانی در ذهن و یا سکوت در هنگام بحران هیجانی، ارائه تکالیف و بازخورد. **جلسه هفتم:** بررسی تکالیف و خلاصه جلسات قبل، بحث و گفتگو در مورد تکالیف، تهیه یک چک لیست از رفتارهای مبتنی بر خودمهارگری و تنظیم عواطف و هیجانات در محیط های مختلف.

جلسه هشتم: گفتگو با دانش آموز در مورد میزان دستیابی به اهداف، تعریف از مراجعان به خاطر دستیابی به اهداف درمان. دریافت پس آزمون.

در پژوهش حاضر جهت تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر و آزمون تصحیح بنفرونی با نرم افزار spss-26 استفاده شد.

خلاصه جلسات آموزشی درمان راه حل مدار:

جلسه اول: معارفه، برقراری ارتباط با شرکت کنندگان، تشریح اهداف پژوهش، دریافت پیش آزمون.

جلسه دوم: ارزیابی ماهیت مشکل و میزان تعارض، گرفتن شکایت اصلی، تعریف مشکل بر اساس رفتار مشخص، چهارچوب دهی مجدد به مشکل، بحث درباره مشکل، درجه بندی مشکلات مرتبط با مدیریت هیجان، ارائه تکالیف و بازخورد.

جلسه سوم: بررسی تکالیف، تبیین اهداف، بررسی راه حل های قدیمی و همیشگی، فرمول بندی حلقه های مدیریت خودمهارگری، دست برداشتن از راه حل قدیمی، بررسی رفتارهای به کار گرفته شده نوجوانان برای مهار هیجانات، ارائه تکالیف و بازخورد.

جلسه چهارم: بررسی تکالیف، استفاده از تکنیک های تنفس

جدول ۱. خلاصه جلسات بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک (برگرفته از مدل بوث و جرنبرگ (۲۰۰۹))

جلسه	شرح جلسات
۱	پژوهشگر به شیوه قابل درک 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 می کند
۲	آشنا کردن آنها با رفتارهای اجتماعی مناسب و رفتار غیراجتماعی و ... توضیح هریک از رفتار مناسب و نامناسب اجتماعی و پیامدی که در پی دارد.
۳	در این جلسه کودک از طریق ایفای نقش با موقعیت های اجتماعی آشنا و بر بیان و ابراز هیجانات تأکید می شود. در پایان نیز اصول به کار گرفته شده در
۴	جلسه برای والد تشریح می شود و پژوهشگر او را برای اجرای جلسه پنجم آماده می کند. از جمله فعالیت های مورد نظر این جلسه می تواند 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 ارسال شد. پژوهشگر نیز قوت و ضعف احتمالی را در اجرا به والدین نشان می دهد. 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 دانش آموز
۱۰	این جلسه با حضور پژوهشگر و والد برگزار می شود. کلیه مهارت های آموخته شده مرور شده، پژوهشگر به سؤالات احتمالی والد پاسخ داده و والد را تشویق می کند که این جلسات را در خانه ادامه دهد.

بود که اطلاعات دموگرافیک آنها در جدول ۲ ارائه شده:

یافته ها

نمونه ی کلی تحقیق شامل ۴۵ دانش آموزان دوره متوسطه

جدول ۲. اطلاعات دموگرافیک نمونه پژوهش

شاخص/گروه	تعامل والد-کودک (n=۱۵)		راه حل مدار (n=۱۵)		گروه گواه (n=۱۵)		کل (n=۴۵)	
	فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد
دامنه سنی (۱۲-۱۸)	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
	دیپلم و کاردانی	۶	۴۰	۷	۴۶/۶۷	۶	۴۰	۱۹
تحصیلات والدین	کارشناسی	۶	۴۰	۶	۴۰	۶	۴۰	۱۸
	ارشد و بالاتر	۳	۲۰	۲	۱۳/۳۳	۳	۲۰	۸

(n=۴۵)

در ادامه شاخص های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای وابسته پژوهش (مشکلات رفتاری درون سازی شده و بیرونی سازی شده) در نوجوانان به تفکیک سه گروه پژوهشی (آموزش تعامل والد-کودک، درمان راه حل مدار و گواه) و سه نوبت اجرای آزمون (پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری) ارائه شده است.

جدول ۳. اطلاعات توصیفی مشکلات رفتاری درونی سازی شده در سه گروه

متغیر/شاخص	گروه ها	آزمون	دامنه نمرات				شاخص های توصیفی		
			حداقل	حداکثر	M	SD	کجی	کشیدگی	
مشکلات رفتاری درونی سازی شده	اضطراب	آموزش تعامل	پیش آزمون	۱۵	۲۰	۱۶/۹۳	۱/۶۶	-۰/۴۴۱	-۰/۹۱۹
			پس آزمون	۶	۱۱	۸/۷۳	۱/۶۴	-۰/۲۹۶	-۱/۳۲۴
			پیگیری	۷	۱۱	۸/۵۶	۱/۵۶	-۱/۳۵۴	-۱/۵۷۷
	اضطراب	درمان راه حل مدار	پیش آزمون	۱۳	۱۸	۱۵/۹۳	۱/۹۹	-۰/۶۶۸	-۰/۶۷۸
			پس آزمون	۵	۱۰	۶/۱۲	۲/۳۳	-۰/۲۹۶	-۱/۳۲۴
			پیگیری	۵	۱۰	۶/۵۶	۲/۴۵	-۱/۸۸۹	-۱/۴۵۳
	اضطراب	گواه	پیش آزمون	۱۴	۱۹	۱۶/۱۳	۱/۴۵	-۰/۳۷۵	-۰/۳۷۵
			پس آزمون	۱۳	۱۸	۱۵/۲۰	۱/۵۲	-۰/۳۱۵	-۰/۷۶۴
			پیگیری	۱۳	۱۷	۱۵/۳۴	۱/۷۶	-۰/۴۵۴	-۰/۹۸۰
	افسردگی	آموزش تعامل	پیش آزمون	۱۵	۲۱	۱۸/۰۷	۱/۶۲	-۰/۳۵۷	-۰/۳۵۷
			پس آزمون	۷	۱۳	۹/۵۳	۱/۸۸	-۰/۱۲۵	-۰/۸۹۳
			پیگیری	۷	۱۲	۹/۴۵	۱/۵۴	-۰/۴۳۵	-۱/۴۵۶
		درمان راه حل مدار	پیش آزمون	۱۴	۱۹	۱۷/۰۷	۱/۸۹	-۰/۳۵۷	-۰/۳۵۷
			پس آزمون	۷	۱۳	۹/۵۳	۱/۸۸	-۰/۱۲۵	-۰/۸۹۳
			پیگیری	۶	۱۲	۹/۴۵	۱/۵۴	-۰/۴۳۵	-۱/۴۵۶
	افسردگی	گواه	پیش آزمون	۱۷	۲۲	۱۹/۰۷	۱/۷۱	-۱/۲۸۶	-۱/۲۸۶
			پس آزمون	۱۶	۲۱	۱۸/۲۷	۱/۶۲	-۱/۱۹۶	-۱/۳۱۷
			پیگیری	۱۵	۲۱	۱۸/۴۵	۱/۵۶	-۱/۷۶۸	-۰/۹۸۰

مهنار مرتضوی مهریزی و همکاران

مشکلات رفتاری درونی سازی شده	گوشه گیری	درمان راه حل مدار	پیش آزمون	۱۱	۱۷	۱۴/۸۰	۱/۶۱	-۰/۵۷۱	۰/۹۹۴
			پس آزمون	۵	۸	۶/۷۳	۱/۰۶	-۰/۸۰۹	-۰/۴۰۴
			پیگیری	۵	۹	۶/۴۵	۱/۵۶	-۰/۷۷۸	-۱/۴۵
	شکایت جسمانی	درمان راه حل مدار	پیش آزمون	۱۲	۱۸	۱۵/۳۴	۱/۶۱	-۰/۵۷۱	۰/۹۹۴
			پس آزمون	۶	۸	۶/۷۳	۱/۰۶	-۰/۳۹۶	-۱/۳۳۴
			پیگیری	۶	۹	۶/۴۵	۱/۵۶	-۱/۳۵۴	-۰/۵۷۷
	گواه	گواه	پیش آزمون	۱۱	۱۷	۱۴/۴۷	۱/۴۵	-۰/۶۶۸	-۰/۶۷۸
			پس آزمون	۱۱	۱۶	۱۳/۷۳	۱/۴۳	-۰/۲۹۳	-۰/۸۲۶
			پیگیری	۱۰	۱۵	۱۳/۲۳	۱/۷۸	-۰/۵۶۷	-۰/۹۸۰
	آموزش تعامل	آموزش تعامل	پیش آزمون	۱۸	۲۷	۲۲/۶۰	۲/۹۴	-۰/۰۰۹	-۱/۳۵۸
			پس آزمون	۸	۱۶	۱۲/۸۷	۲/۵۸	-۰/۴۰۲	-۱/۰۲۶
			پیگیری	۷	۱۵	۱۲/۴۵	۰/۶۵	-۰/۶۵۰	-۰/۵۶۸

شده است. در این مولفه نیز در دو گروه آزمایش و مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون تغییرات معنادارتری در میانگین وجود دارد. در حالی که معناداری تغییرات میانگین در گروه گواه مشهود نبود. مقدار کجی و کشیدگی رفتار برون سازی شده و دو خرده مقیاس آن و نیز مولفه مشکلات رفتاری کلی در هر دو گروه بین ۲- و ۲+ است، بنابراین توزیع نمرات متغیر در هر دو گروه نرمال است.

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی در متغیر مشکلات رفتاری درونی سازی شده ملاحظه می‌شود؛ همان‌طور که گزارش گردیده در گروه آزمایش و مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون تغییرات قابل ملاحظه‌ای در میانگین وجود دارد. در حالی که تفاوت تغییرات میانگین در گروه گواه مشهود نمی‌باشد. همچنین نظر به میزان کجی و کشیدگی مقیاس‌ها در دو گروه که بین ۲- و ۲+ بود، لذا پراکندگی داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار است. در ادامه شاخص‌های توصیفی مشکلات رفتاری برون سازی شده گزارش

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی مشکلات رفتاری برون سازی شده در سه گروه

مولفه/شاخص	متغیر	گروه‌ها	آزمون	دامنه نمرات			شاخص‌های توصیفی		
				حداقل	حداکثر	M	SD	کجی	کشیدگی
مشکلات رفتاری برون سازی شده	رفتار قانون شکن	آموزش تعامل	پیش آزمون	۱۷	۳۱	۲۵/۰۷	۴/۹۲	۰/۳۳۳	-۱/۴۷۲
			پس آزمون	۹	۲۰	۱۴/۰۰	۳/۵۸	۰/۱۶۱	-۱/۱۶۹
			پیگیری	۸	۱۹	۱۳/۲۵	۳/۷۶	۰/۲۴۵	-۱/۶۵۴
	گواه	درمان راه حل مدار	پیش آزمون	۱۸	۳۰	۲۸/۴۵	۵/۵۶	-۰/۱۲۷	۱/۴۱۹
			پس آزمون	۷	۱۹	۱۲/۱۲	۲/۵۶	۰/۴۱۹	-۱/۵۹۹
			پیگیری	۶	۱۸	۱۲/۳۴	۲/۵۰	۰/۸۷۹	-۱/۴۵۷
	رفتار پرخاشگری	آموزش تعامل	پیش آزمون	۱۹	۳۰	۲۶/۵۳	۳/۴۲	-۱/۰۸۴	۰/۳۳۳
			پس آزمون	۱۹	۲۹	۲۵/۹۳	۳/۳۲	-۱/۱۹۵	۰/۲۸۷
			پیگیری	۱۸	۲۹	۲۵/۴۵	۳/۴۵	۰/۲۳۴	-۱/۲۱۳
	گواه	درمان راه حل مدار	پیش آزمون	۲۳	۳۵	۲۸/۹۳	۲/۸۴	-۰/۱۶۰	۱/۲۴۰
			پس آزمون	۱۴	۲۰	۱۶/۸۰	۲/۰۰	-۰/۲۹۶	۱/۰۳۲
			پیگیری	۱۵	۱۹	۱۶/۷۶	۲/۵۴	۰/۳۴۵	-۱/۳۳۱

در ادامه با استفاده از آزمون آماری شاپیرو-ویلک و کالموگروف-اسمیرنوف بهنجار بودن توزیع داده های حاصل از اندازه گیری متغیر پژوهش مورد بررسی قرار گرفته که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵. آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی بهنجار بودن داده ها پژوهش

متغیر	مؤلفه	مرحله	آموزش تعامل والد-کودک (n=۱۵)			درمان راه حل مدار (n=۱۵)			گواه (n=۱۵)		
			W (P)	SD	M	W (P)	SD	M	W (P)	SD	M
مشکلات رفتاری درون سازی شده	اضطراب	پیش آزمون	۰/۸۹۹ (۰/۰۹۲)	۱/۶۶	۱۶/۹۳	۰/۸۹۵ (۰/۰۷۹)	۱/۹۹	۱۵/۹۳	۰/۹۴۷ (۰/۴۸۳)	۱۶/۱۳	۱/۴۵
		پس آزمون	۰/۸۸۲ (۰/۰۵۰)	۱/۶۴	۸/۷۳	۰/۹۳۲ (۰/۲۹۷)	۲/۳۳	۶/۱۲	۰/۹۴۵ (۰/۴۴۸)	۱۵/۲۰	۱/۵۲
		پیگیری	۰/۹۰۰ (۰/۰۹۵)	۱/۵۶	۸/۵۶	۰/۹۳۷ (۰/۰۸۱)	۲/۴۵	۶/۵۶	۰/۹۶۱ (۰/۷۱۰)	۱۵/۳۴	۱/۷۶
مشکلات رفتاری بیرونی سازی شده	افسردگی	پیش آزمون	۰/۸۸۱ (۰/۰۴۹)	۱/۶۲	۱۸/۰۷	۰/۹۶۳ (۰/۷۴۶)	۱/۸۹	۱۷/۰۷	۰/۹۱۵ (۰/۱۶۴)	۱۹/۰۷	۱/۷۱
		پس آزمون	۰/۹۱۹ (۰/۱۸۹)	۱/۸۸	۹/۵۳	۰/۸۹۲ (۰/۰۷۲)	۱/۸۸	۹/۵۳	۰/۹۰۳ (۰/۱۰۷)	۱۸/۲۷	۱/۶۲
		پیگیری	۰/۸۹۵ (۰/۰۷۹)	۱/۵۴	۹/۴۵	۰/۸۸۳ (۰/۰۵۲)	۱/۵۴	۹/۴۵	۰/۹۳۳ (۰/۳۰۶)	۱۸/۴۵	۱/۵۶
مشکلات رفتاری بیرونی سازی شده	گوشته گیری	پیش آزمون	۰/۹۳۲ (۰/۲۹۷)	۱/۶۱	۱۴/۸۰	۰/۸۹۸ (۰/۰۸۸)	۱/۶۱	۱۵/۳۴	۰/۹۵۲ (۰/۵۵۲)	۱۴/۴۷	۱/۴۵
		پس آزمون	۰/۸۹۹ (۰/۰۹۲)	۱/۰۶	۶/۷۳	۰/۸۹۵ (۰/۰۷۹)	۱/۰۶	۶/۷۳	۰/۹۴۶ (۰/۴۷۰)	۱۳/۷۳	۱/۴۳
		پیگیری	۰/۸۸۲ (۰/۰۵۰)	۱/۵۶	۶/۴۵	۰/۹۳۲ (۰/۲۹۷)	۱/۵۶	۶/۴۵	۰/۹۳۵ (۰/۳۲۹)	۱۳/۷۳	۱/۷۸
مشکلات رفتاری بیرونی سازی شده	شکایت جسمانی	پیش آزمون	۰/۹۴۵ (۰/۴۴۸)	۲/۹۴	۲۲/۶۰	۰/۹۱۵ (۰/۱۶۴)	۲/۰۹	۲۱/۶۰	۰/۹۰۰ (۰/۰۹۵)	۲۳/۶۰	۲/۹۲
		پس آزمون	۰/۹۶۱ (۰/۷۱۰)	۲/۵۸	۱۲/۸۷	۰/۹۰۳ (۰/۱۰۷)	۲/۸۷	۱۲/۸۷	۰/۸۸۱ (۰/۰۴۹)	۲۱/۷۳	۲/۳۱
		پیگیری	۰/۹۱۵ (۰/۱۶۴)	۰/۶۵	۱۲/۴۵	۰/۹۳۳ (۰/۳۰۶)	۰/۶۵	۱۲/۴۵	۰/۹۱۹ (۰/۱۸۹)	۲۱/۵۶	۲/۴۵
مشکلات رفتاری بیرونی سازی شده	رفتار قانون شکن	پیش آزمون	۰/۹۶۰ (۰/۶۸۹)	۲۵/۰۷	۴/۹۲	۰/۸۹۷ (۰/۰۸۵)	۲۸/۴۵	۵/۵۶	۰/۹۵۱ (۰/۵۳۸)	۲۶/۵۳	۳/۴۲
		پس آزمون	۰/۹۶۴ (۰/۷۶۸)	۱۴/۰۰	۳/۵۸	۰/۹۲۸ (۰/۲۵۰)	۱۲/۱۲	۲/۵۶	۰/۹۶۰ (۰/۶۸۹)	۲۵/۹۳	۳/۳۲
		پیگیری	۰/۹۱۹ (۰/۱۸۷)	۱۳/۲۵	۳/۷۶	۰/۹۴۸ (۰/۴۸۹)	۱۲/۳۴	۲/۵۰	۰/۹۶۴ (۰/۷۶۸)	۲۵/۴۵	۳/۴۵
مشکلات رفتاری بیرونی سازی شده	رفتار پر خاشگری	پیش آزمون	۰/۹۰۶ (۰/۱۱۷)	۲۸/۹۳	۲/۸۴	۰/۹۴۱ (۰/۴۰۱)	۲۷/۴۵	۲/۴۸	۰/۹۱۹ (۰/۱۸۷)	۲۸/۲۷	۲/۶۰
		پس آزمون	۰/۸۹۰ (۰/۰۶۷)	۱۶/۸۰	۲/۰۰	۰/۸۹۷ (۰/۰۸۵)	۱۵/۱۹	۳/۷۰	۰/۹۰۶ (۰/۱۱۷)	۲۷/۳۳	۲/۶۳
		پیگیری	۰/۹۵۴ (۰/۵۹۷)	۱۶/۷۶	۲/۵۴	۰/۹۲۸ (۰/۲۵۰)	۱۵/۴۷	۳/۶۷	۰/۹۵۱ (۰/۵۳۸)	۲۸/۵۶	۲/۴۵

آزمون کلموگروف-اسمیرنوف بررسی گردید، بیانگر آن بود که توزیع نمرات نرمال است و فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون و دو گروه تایید گردید. ($p>0/05$). همچنین برای بررسی همگن بودن سه گروه پژوهشی در نمره های پیش آزمون، از تحلیل واریانس

با توجه به اینکه سطح معناداری شاخص W شاپیرو ویلک در متغیرهای مورد بررسی در هر سه نوبت اندازه گیری و در هر سه گروه پژوهش بزرگتر از ۰/۰۵ است بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد توزیع متغیرهای مورد بررسی بهنجار می باشد. همچنین مفروضه نرمال بودن توزیع که با

مهناز مرتضوی مهریزی و همکاران

مورد بررسی، در پیش آزمون، همگن هستند). جهت بررسی مقایسه ای اثربخشی روش آموزش تعامل والد-کودک از تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه گیری های مکرر روی یک عامل (تحلیل واریانس آمیخته) استفاده گردید که خلاصه نتایج به تفکیک مولفه های مشکلات رفتاری درون سازی شده در جدول ۶ ارائه شد.

یک راهه استفاده شد که با توجه به اینکه شاخص F مشاهده شده (برای هر سه متغیر) کوچکتر از شاخص بحرانی با درجه آزادی های ۴۲ و ۲ (۳/۲۲) است؛ بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت میانگین نمره های پیش آزمون در سه گروه پژوهشی تأیید می شود (سه گروه پژوهش از لحاظ متغیرهای

جدول ۶. تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه گیری های مکرر روی یک عامل [مشکلات درونی سازی شده]

مولفه	بین آزمودنی ها						درون آزمودنی ها					
	درجه آزادی			اندازه اثر			درجه آزادی			F		
	R	S/R (خطا ۱)	F	متجزر اتا جزئی	C	C*R	C	متجزر اتا جزئی	C	C*R	C	متجزر اتا جزئی
اضطراب	۲	۴۲	۱/۴۸۰	-----	۱/۰۷	۲/۱۵	۴۵/۱۳	۳/۹۹۴	۰/۲۵۱	۰/۲۲۸	۰/۲۵۱	۰/۲۲۸
افسردگی	۲	۴۲	۱/۸۱۰	-----	۱/۰۷	۲/۱۵	۴۵/۰۹	۴/۴۶۵	۰/۲۳۸	۰/۲۳۲	۰/۲۳۸	۰/۲۳۲
گوشه گیری	۲	۴۲	۱/۹۴۵	-----	۱/۰۷	۲/۱۵	۴۵/۰۳	۵/۳۱۲	۰/۲۳۱	۰/۳۷۸	۰/۲۳۱	۰/۳۷۸
شکایت جسمانی	۲	۴۲	۱/۸۷۸	-----	۱/۰۷	۲/۱۵	۴۵/۰۳	۲/۲۱۳	۰/۲۰۱	۰/۲۷۷	۰/۲۰۱	۰/۲۷۷
مشکلات درونی سازی شده کلی	۲	۴۲	۱/۲۷	-----	۱/۳۶	۲/۷۲	۴۵/۱۹	۸/۴۵۵	۰/۲۶۸	۰/۳۷۸	۰/۲۶۸	۰/۳۷۸

* $P < 0.05$

کارگیری مداخله آموزش تعامل والد-کودک و درمان راه حل مدار موجب کاهش مشکلات رفتاری درونی سازی شده و مولفه های آن در نوجوانان شده است. میزان این تاثیر ۰/۲۶، ۰/۲۵، ۰/۲۳، ۰/۲۱ و ۰/۲۰ به ترتیب برای مشکلات درونی سازی شده کلی، اضطراب، افسردگی، گوشه گیری و شکایت جسمانی نوجوانان بود. در ادامه برای بررسی مقایسه اثربخشی آنها میانگین تفاوت زوج نمره های نوبت پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش با استفاده از آزمون تعقیبی بُنفرونی با یکدیگر مقایسه شده است.

نتایج جدول ۶ بیانگر آن بود که با توجه به اینکه شاخص F محاسبه شده مشکلات درونی سازی شده (۸/۴۵۴) کوچکتر از $F_{0.05}$ با درجات آزادی ۴۵/۱۹ و ۲/۱۵ بود. بنابراین فرض پژوهش مبنی بر اثربخشی اجرای مداخله با اطمینان ۹۵ درصد تأیید می شود. بر اساس داده های پژوهش می توان گفت موجب کاهش و بهبود این مولفه ها شده است. در واقع میانگین متغیر مشکلات درونی سازی شده (اضطراب، افسردگی، گوشه گیری و شکایت جسمانی) در مرحله پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش معنادار است، اما در گروه گواه معنادار نبود. لذا می توان گفت به

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی جهت تعیین اثر مداخله بر مشکلات درونی سازی شده

مولفه	گروه	میانگین نمره های افتراقی	تعامل والد-کودک	درمان راه حل مدار	گواه	زیر گروه 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
	گواه	۰/۸۰	۲/۲۷	۲/۴۰	-	گواه	۰/۸۰
افسردگی	تعامل والد-کودک	۲/۲۰	-	-۱/۶۰	۸/۰۷	تعامل والد-کودک	۲/۲۰
	درمان راه حل مدار	۳/۸۰	۱/۶۰	-	۶/۶۷	درمان راه حل مدار	۳/۸۰
	گواه	۰/۶۷۶	۸/۰۷	۶/۶۷	-	گواه	۰/۸۷

گوشه گیری	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	-
	گواه	۰/۸۷	*۸/۰۷	*۹/۶۷	-	گواه	۰/۸۷	-
شکایت جسمانی	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	-
	گواه	۰/۱۳	*۶/۲۷	*۶/۹۳	-	گواه	۰/۱۳	-
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

با اطمینان ۹۵ درصد تأیید می شود. همچنین در خصوص پایداری اثربخشی درمان راه حل مدار در دو مرحله پس آزمون و پیگیری؛ با توجه به اینکه قدرمطلق شاخص t محاسبه شده در مولفه اضطراب (۰/۱۵۸)، افسردگی (۱/۴۵۳)، گوشه گیری (۱/۰۹۱) و شکایت جسمانی (۰/۶۷۸)، مشکلات درونی سازی شده (۰/۸۸۸) بزرگتر از t_{B} با درجه آزادی ۱۴ در آزمون های دو دامنه (۲/۱۴۵) است؛ بنابراین می توان گفت میانگین نمرات در مرحله پس آزمون و پیگیری، برابر بوده و تفاوت معناداری ندارند.

برای بررسی مقایسه اثر بخشی آموزش تعامل والد-کودک و درمان راه حل مدار بر مشکلات رفتاری برون سازی شده (رفتار قانون شکن و رفتار پرخاشگرانه) از تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه گیری های مکرر روی یک عامل (تحلیل واریانس آمیخته) استفاده گردید که خلاصه نتایج به تفکیک مولفه های مشکلات رفتاری برون سازی شده در جدول ۸ گزارش شده است.

نتایج جدول ۷ بیانگر آن بود که بین اثربخشی آموزش تعامل والد-کودک و راه حل مدار بر مشکلات درونی سازی شده (اضطراب، افسردگی، گوشه گیری و شکایت جسمانی) نوجوانان تفاوت وجود دارد. همچنین درمان راه حل مدار در مقایسه با آموزش تعامل والد-کودک اثربخشی بیشتری در کاهش مشکلات درونی سازی شده (اضطراب، افسردگی، گوشه گیری و شکایت جسمانی) داشته است. همچنین بررسی پایداری اثربخشی آموزش تعامل والد-کودک و درمان راه حل مدار بر مشکلات رفتاری درون سازی شده و مولفه های آن در دوره پیگیری بیانگر آن بود که در پایداری اثربخشی آموزش تعامل والد-کودک در دو مرحله پس آزمون و پیگیری؛ با توجه به اینکه قدرمطلق شاخص t محاسبه شده در مولفه اضطراب (۰/۱۴۱)، افسردگی (۱/۶۳)، گوشه گیری (۰/۸۷۶) و شکایت جسمانی (۱/۱۷۹)، مشکلات درونی سازی شده (۵۶۴/۰) بزرگتر از t_{B} با درجه آزادی ۱۴ در آزمون های دو دامنه (۲/۱۴۵) است؛ بنابراین برابری میانگین نمره های متغیرها در مرحله پس آزمون و پیگیری،

جدول ۸. تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه گیری های مکرر روی یک عامل [مشکلات بیرونی سازی شده]

مولفه	بین آزمودنی ها							درون آزمودنی ها						
	درجه آزادی			اندازه اثر				درجه آزادی			اندازه اثر			
	F			مجدور				F			مجدور			
	S/R	R		خطا (۱)	سطرها			S/R	R		خطا (۱)	سطرها		
رفتار قانون شکن	۴۲	۲						۴۲	۲					
رفتار پرخاشگرانه	۴۲	۲						۴۲	۲					
برون سازی کلی	۴۲	۲						۴۲	۲					

*P<۰/۰۵

مهناز مرتضوی مهریزی و همکاران

کارگیری مداخله آموزش تعامل والد-کودک و درمان راه حل مدار موجب کاهش مشکلات رفتاری برونی سازی شده و مولفه های آن در نوجوانان شده است. میزان این تاثیر ۰/۲۹، ۰/۲۱ و ۰/۲۰ به ترتیب برای مشکلات درونی برونی شده کلی، رفتار قانون شکنانه و رفتار پرخاشگرانه نوجوانان بود. در ادامه برای بررسی مقایسه اثربخشی آنها میانگین تفاوت زوج نمره های نوبت پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش با استفاده از آزمون تعقیبی بُنفرونی با یکدیگر مقایسه شده است.

نتایج جدول ۸ بیانگر آن بود که با توجه به اینکه شاخص F محاسبه شده مشکلات درونی سازی شده (۱۰/۵۹۶) کوچکتر از ۰/۰۵ F با درجات آزادی ۲/۷۲ و ۴۵/۱۹ (۳/۲۰) بود. بنابراین فرض پژوهش مبنی بر اثربخشی اجرای مداخله با اطمینان ۹۵ درصد تأیید می شود. بر اساس داده های پژوهش می توان گفت موجب کاهش و بهبود این مولفه ها شده است. در واقع میانگین متغیر مشکلات برونی سازی شده (رفتار قانون شکنانه و رفتار پرخاشگرانه) در مرحله پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش معنادار است، اما در گروه گواه معنادار نبود. لذا می توان گفت به

جدول ۹. نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی جهت تعیین اثر مداخله بر [مشکلات بیرونی سازی شده]

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

* $P < ۰/۰۵$, ** $P < ۰/۰۱$

های رفتار قانون شکنانه (۱/۰۲۸)، رفتار پرخاشگرانه (۰/۶۵۳) و مشکلات برون سازی شده کلی (۱/۰۷) بزرگتر از ۰/۰۵ t با درجه آزادی ۱۴ در آزمون های دو دامنه (۲/۱۴۵) بود؛ لذا میانگین نمرات در مرحله پس آزمون 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 (درون سازی شده و برونی سازی شده) دارد؛ به نحوی که منجر به کاهش مشکلات رفتاری درونی سازی و مولفه های آن یعنی اضطراب، افسردگی، گوشه گیری و شکایت جسمانی و مشکلات برون سازی شده و مولفه های آن (رفتار قانون شکنانه و رفتار پرخاشگرانه) شده است. این نتایج همسو با یافته های لیونتی و همکاران (۱۵)، سالو و همکاران (۲۲)، آقویی و همکاران (۱۲)، هسل و همکاران

نتایج جدول ۹ بیانگر آن بود که بین اثربخشی آموزش تعامل والد-کودک و راه حل مدار بر مشکلات برونی سازی شده (رفتار قانون شکنانه و رفتار پرخاشگرانه) نوجوانان تفاوت وجود دارد. همچنین درمان راه حل مدار در مقایسه با آموزش تعامل والد-کودک اثربخشی بیشتری در کاهش مشکلات برون سازی شده (رفتار قانون شکنانه و رفتار پرخاشگرانه) دارد. همچنین بررسی پایداری اثربخشی آموزش تعامل والد-کودک در دو مرحله پس آزمون و پیگیری؛ با توجه به قدرمطلق شاخص t محاسبه شده در مولفه های رفتار قانون شکنانه (۱/۱۷۹)، رفتار پرخاشگرانه (۰/۵۶۴) و مشکلات برونی سازی شده (۱/۲۹۳) بزرگتر از ۰/۰۵ t با درجه آزادی ۱۴ در آزمون های دو دامنه (۲/۱۴۵) بود؛ لذا برابری میانگین ها در مرحله پس آزمون و پیگیری، با اطمینان ۹۵ درصد تأیید می شود. همچنین در خصوص پایداری اثربخشی درمان راه حل مدار در دو مرحله پس آزمون و پیگیری؛ با توجه به اینکه قدرمطلق شاخص t محاسبه شده در مولفه

(۲۰) و سنکاک (۱۶) بود.

در تبیین نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی مداخله مبتنی بر تعامل والد-کودک بر مشکلات رفتاری می توان 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 می کند. از یکسو جو خانوادگی خشن، خشک و متعصبانه زمینه ظهور اختلالات رفتاری را ممکن می سازد و از سوی دیگر بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان تعاملات منفی والد-کودک ریشه دارد. رفتارهای منفی والدین مثل فریاد زدن و تهدید کردن باعث تقویت رفتارهای منفی کودکان مثل بی مسئولیتی می گردد که این مساله رفتارهای والدین را بدتر کرده و این چرخه ادامه می یابد (۲۰). از آنجایی که مداخله گروهی تعامل والد-کودک از طریق تشویق تعاملات مثبت والد-کودک، ثبات رفتاری والدین و استفاده والدین از تکنیک های انضباطی غیرخسونت آمیز به دنبال شکستن چرخه رفتارهای منفی والد-کودک است (۲۳)، لذا این شیوه درمانی می تواند نقش مؤثری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان داشته باشد.

این روش آموزشی با تسهیل دلبستگی، تغییرات مثبت در مدل های درونی سازی و برونی سازی مشکلات رفتاری و نیز تعاملات و انتظارات خود از والدین ایجاد نموده و در نهایت منجر به نیرومندی و سلامت خانواده می گردد. در واقع این رویکرد فرصتی برای والدین ایجاد می نماید تا جهت ارتباط بهتر والد-کودک فعالانه در جلسات حضور داشته و رفتارهای مشکل ساز را بهبود بخشند (۲۴). بر این اساس می توان 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 به فعال سازی الگوهای اولیه دلبستگی در گروه نمونه بر اساس پروتکل بهبود رابطه والد-کودک به اصلاح الگوی دلبستگی به تغییر نگرش به خود و دیگری و دنیای پیرامون به کاهش رفتار مشکل (۲۴). از سویی در تبیین نتایج به دست آمده مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان راه حل مدار بر مشکلات رفتاری (درون سازی شده و برون سازی شده) می توان گفت که تکنیک های مورد استفاده در این دیدگاه به علت پرهیز از دیدگاه صرفاً آسیب شناختی به نوجوانان و توجه به نقاط مثبت و توانمندی های آنان می تواند نتایج درمانی مؤثری داشته و

انعطاف پذیری درمان را تا حد قابل توجهی افزایش دهد. در این رویکرد به خانواده کمک می شد تا از طریق صحبت به این باور برسد که واقعیت در ذهن آنهاست تا بتوانند راه حل های منطبق بر ادراکات خود را خلق کنند. راه حل های قابل کاربرد از همکاری اعضای خانواده منتج می شود و در اثر آن، خانواده ادراکات جدید و نیرو بخشی درباره ی خود بدست می آورد. اگر مراجعان بتوانند با موفقیت به یک تغییر شناختی و احساسی برسند توانایی آنها برای حل و کنترل مشکل نشان داده می شود (۲۵).

در واقع در این نوع درمان به جای علت یابی و بحث در سر مشکلات و تبیین اینکه مشکلات رفتاری از کجا ناشی می شود به اهداف آینده و راه های رسیدن به اهداف توجه شده است. افراد با مشکلات رفتاری برون سازی شده همچون خشم معمولاً نوعی نقش و کمبود در خود و خانواده خود دارند و شیوه ارتباطی صحیح کنار آمدن با مشکل را یاد نگرفته اند. کودکان و نوجوانان دارای مشکلات رفتاری همچون خشم ویژگی و شرایط خاصی دارند که با درمان راه حل محور بهتر درمان می شوند؛ زیرا آنها مقاصد دیگران را به غلط برداشت نموده و احساس می کنند با آنها به خصومت رفتار شده و لذا منجر به خسونت و رفتارهای ضد اجتماعی بیشتری می گردد. درمان راه حل محور با تأکید بر بهره گیری از کلام به عنوان راهی جهت کاهش تعارضات و پرخاشگری های کلامی مؤثر است. نظر بر آنکه تأکید رویکرد راه حل 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 (۲۵)، با توجه به ویژگی های برجسته ای که درمان راه حل مدار دارد به نظر می رسد تسهیل کننده و کاهش دهنده اضطراب و افسردگی و مشکلات رفتاری درون سازی دیگر نیز در نوجوانان باشد. بنابراین، دور از انتظار نیست که اگر نوجوانان دارای این مشکلات در حوزه درمان راه حل مدار، حمایت های آموزشی و درمانی ویژه ای را دریافت کنند اضطراب، افسردگی و ... آنها کاهش یابد و اثر چنین درمانی ماندگار باشد؛ چرا که در این رویکرد بر توانایی ها و کفایت های فردی تأکید می شود (۲۱).

همچنین نتایج حاصل از یافته های پژوهش حاضر بیانگر آن بود که درمان راه حل مدار تأثیر بیشتری نسبت به آموزش تعامل والد-کودک بر مشکلات رفتاری درون سازی شده و برون سازی شده نشان داده است. در تبیین این مساله می

استفاده نمود.

هر پژوهشی در هنگام اجرا با محدودیت هایی مواجه است و از مهمترین محدودیت های پژوهش حاضر می توان به عدم استفاده از مرحله پیگیری بلندمدت تر از یک ماه؛ چرا که همکاری گروه نمونه در بلندمدت ضعیف بود. همچنین استفاده از روش نمونه گیری غیرتصادفی و در دسترس، محدود بودن حجم نمونه ها و محدود به دانش آموزان دوره متوسطه و استفاده از ابزارهای خودگزارش ده برای جمع آوری داده ها اشاره کرد. با توجه به محدودیت های ذکر شده باید در استفاده از نتایج و تعمیم نتایج به سایر گروه های سنی احتیاط شود. با توجه به محدودیت ها توصیه می شود که در پژوهش های بعدی اثربخشی نتایج در بلند مدت (حداقل ۳ ماه) بررسی گردد، حجم نمونه بزرگتری لحاظ گردد و اثربخشی آموزش گروهی تعامل والد-کودک و درمان راه حل مدار با سایر روش های آموزشی همچون فیلیال تراپی، بازی درمانی شناختی رفتاری و غیره مقایسه شود. پیشنهاد کاربردی دیگر برگزاری کلاس های آموزشی برای والدین نوجوان دارای مشکلات رفتاری در جهت کاهش آنها و بهبود رابط مادر-کودک در نوجوانان است تا آنان را از این طریق در برابر مشکلات رفتاری و چالش های زندگی مقاوم ساخت. همچنین آموزش تعامل والد-کودک و انتقال مهارت های آن به مادران و مربیان دارای دانش آموز با مشکلات رفتاری می تواند به کاهش مشکلات و ارتقای سلامت و کیفیت زندگی آنان کمک شایانی کند.

سیاسگذاری

نویسندگان بر خود لازم می دانند که از مسئولین آموزش و پرورش و مدارس ناحیه دو آموزش و پرورش شهر کرمان، دانش آموزان و والدین شرکت کننده در پژوهش که با اعتماد و اطمینان کامل با پژوهشگر همکاری کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

تضاد منافع

در نویسندگان مقاله حاضر هیچ گونه تعارض منافع در مقاله ندارند.

توان گفت که درمان راه حل مدار بر منابع و توانایی افراد برای انطباق و خلق راه حل تأکید می کند. درمان راه حل مدار شامل فرض های نیروبخشی است و عنوان می کند افراد با کفایت هستند، آنها از توانایی ایجاد کردن راه حل هایی که می تواند زندگی آنها را بهتر کند، برخوردارند که این می تواند از لحاظ روانشناختی تأثیر مثبتی بر روان و انگیزه آنها داشته باشد. از سویی دیگر رویکرد راه حل مدار، حل گلابه هایی را دنبال می کند؛ به نحوی که این کار را با کمک به نوجوانان برای تفکر درباره فعالیت متفاوتی که موجب خشنودی بیشتر او در زندگی اش می شود و یا انجام چنین فعالیتی، محقق می سازند (۱۷). می توان اینگونه نیز مطرح نمود که در این مدل درمانی، انسان ها دارای مهارت حل مشکلات خود هستند، ولی از قوت و توانایی های خود عاجز مانده اند. با توجه به این که درمان راه حل مدار بر فرآیندهای شناختی از جمله تکرار مهارت ها، سازماندهی افکار و بسط و گسترش حوزه فعالیت های روزمره تأکید دارد بنابراین، دور از انتظار نیست که درمان راه حل مدار بیشتر از آموزش تعامل والد-کودک سبب کاهش پایدار مشکلات رفتاری درون سازی شده و برون سازی شده عملکرد در نوجوانان شود.

نتیجه گیری

همانطور که قبلا اشاره شد نوجوانی دوره ای است که در آن جنبه های مختلف سلامت فرد دستخوش تغییر می گردد، که در آن بخشی از شخصیت فرد پایه ریزی می شود، چنانکه در این گذر دشواری به وجود آید، سلامت رفتاری نوجوان از مسیر اصلی منحرف می شود، مسلما بروز مشکلات رفتاری در این برهه از زندگی تأثیرات بعدی و جبران ناپذیری در دوران بزرگسالی وی خواهد داشت، به طوریکه ریشه بسیاری از رفتارهای ضد اجتماعی در بزرگسالی را تشکیل می دهد، بنابراین لزوم مداخله زود هنگام و پیشگیری از آسیب بیشتر ضروری می نماید؛ نتیجه گیری کلی این پژوهش نشان داد که درمان راه حل مدار و آموزش تعامل والد-کودک بر مشکلات رفتاری نوجوانان تأثیر داشته و می توان از آنها در بهبود مشکلات رفتاری آنها

References

- Deng Y, Zhang J, Chen H, Tian S, Zhang Y, Hu X. Benefiting Individuals High in Both Self-Criticism and Dependency Through an Multi-component Positive Psychology Intervention: Effects and Mechanisms. *Happiness Studies*, 2024: 25(1), 1-22. <https://doi.org/10.1007/s10902-024-00713-2>
- Hoseini BL, Ajilian Abbasi M, Taghizadeh Moghaddam H, Khademi G., Saeidi M. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children:A Short Review and Literature. *International Journal of Pediatrics*, 2014; 2(4.3): 445-452.
- Lisi G, Rossi R, Ribolsi M, Di Lorenzo G, Parisi C, Siracusano M.'Too many BeEPs in our teens!'Behavioral and emotional problems in a large group of Italian adolescents.*Psychological Medicine*, 2022: 52(6), 1040-1049. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002767>
- Evensen M. Adolescent mental health problems, behaviour penalties, and distributional variation in educational achievement. *European Sociological Review*,2019: 35(4), 474-490. <https://doi.org/10.1093/esr/jcz015>
- Operto FF, Smirni D, Scuoppo C, Padovano C, Vivenzio V, Quatrosi G, Pastorino MG. Neuropsychological profile, emotional/behavioral problems, and parental stress in children with neurodevelopmental disorders. *Brain sciences*, 2021: 11(5), 584. <https://doi.org/10.3390/brainsci11050584>
- Eirich R, McArthur BA, Anhorn C, McGuinness C, Christakis DA, Madigan S. Association of screen time with internalizing and externalizing behavior problems in children 12 years or younger: a systematic review and meta-analysis.2022, *JAMA psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0155>
- Achenbach, T. M, & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research center of children.
- Forslund T, Brocki KC, Bohlin G, Granqvist P, Eninger L. The heterogeneity of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and conduct problems: Cognitive inhibition, emotion regulation, emotionality, and disorganized attachment. *British Journal of Developmental Psychology*,2016: 34(3), 371-387. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12136>
- Sevincok D, Ozbay HC, Ozbek M, Tunagur MT, Aksu H. ADHD symptoms in relation to internalizing and externalizing symptoms in children: The mediating role of sluggish cognitive tempo. *Nordic journal of psychiatry*, 2020, 74(4), 265-272. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1697746>
- Kang NR, Kwack YS. Temperament and character profiles associated with internalizing and externalizing problems in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Investigation*,2019: 16(3), 206. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.01.10.1>
- Ding SZ, Du Y, Lu H, Wang W, Cheng H, Chen SY. Chinese consensus report on family-based Helicobacter pylori infection control and management, 2022: 71(2), 238-253. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2021-325630>
- Aguayo L, Rodríguez Bocanegra M, Ferro García R, Ascanio Velasco L. Meta-analysis of the efficacy and effectiveness of parent child interaction therapy (PCIT) for child behaviour problems. *Psicothema*.2021,
- Woodfield M J, Cartwright C. Parent-child interaction therapy from the parents' perspective. *Journal of Child and Family Studies*,2020: 29(3), 632-647. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01611-5>
- Yazdanipour M, Ashori M, Abedi A. The Comparison the Effects of Filial Therapy and Theraplay on Anxiety in Children with Hearing Impairment. *Journal of Family Research*, 2021; 17(1): 117-136. <https://doi.org/10.52547/jfr.17.1.117>
- Lionetti F, Spinelli M, Moscardino U, Ponzetti S, Garito MC. The interplay between parenting and environmental sensitivity in the prediction of children's externalizing and internalizing behaviors during COVID-19. *Development and Psychopathology*,2023: 35(3), 1390-1403. <https://doi.org/10.1017/S0954579421001309>
- Sa nca S. Effects of group theraplay on social skills and problem behaviors of preschoolers in classroom environment. A thesis submitted to the graduate school of social science of Middle East technical university: 2019. <https://hdl.handle.net/11511/28063>
- Saidaei Gol-Sefidi Z, Poorseyed Aghaei Z S. The Effect of Solution-focused Therapy

- on Interpersonal Emotion Regulation and Self-control of Elementary School Students. *J Child Ment Health* 2022; 9 (3): 7. <https://doi.org/10.52547/jcmh.9.3.9>
18. Saidaei Gol-Sefidi Z, Poorseyed Aghaei Z S. The Effect of Solution-focused Therapy on Interpersonal Emotion Regulation and Self-control of Elementary School Students. *J Child Ment Health* 2022; 9(3):7-19. <https://doi.org/10.52547/jcmh.9.3.9>
 19. Sadri E, Ghorbani H. Solution-oriented short-term therapy for teenagers: review article, the first international counseling conference, Ardabil. 2019. <https://civilica.com/doc/1325863/>
 20. Herschell AD, Scudder AB, Schaffner KF, Slagel LA. Feasibility and Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy with Victims of Domestic Violence: A Pilot Study. *J Child Fam Stud*. 2017;26(1):271-8. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0546-y>
 21. Farhadiye A, Yazd khaſti F, Arizi HR. The Effect of Group Theraplay on Children's Interpersonal Interactions, Flexibility, and Emotional Perception. *Social Psychology Research*, 2016; 6(22):231-222. https://www.socialpsychology.ir/article_62978.
 22. Sella, F., Re, A. M., Lucangeli, D., Cornoldi, C., & Lemaire, P. (2019). Strategy selection in ADHD characteristics children: A study in arithmetic. *Journal of attention disorders*, 23(1), 87-98 <https://doi.org/10.5334/joc.157>
 23. Farahbakhsh K, Shariatmadar A, Salimi H, Tahghighi Ahmadi N. The Effectiveness of Parent-Child Interaction Program Training on Aggression in Children with ADHD Individuals, 2021; 11(43): 63-86.
 24. Brabson, L.A., Jackson, C.B., Liebsack, B.K., & Herschell, A.D. (2018). PCIT: Summary of 40 years of research. In C. B. McNeil et al. (Eds.), *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for children on the autism spectrum*, 2018:2(3),51-75. https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5_14
 25. Oh Y, Greenberg MT, Willoughby MT. Examining longitudinal associations between externalizing and internalizing behavior problems at within- and between-child levels. *Journal of abnormal child psychology*, 2020: 48, 467-480. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00614-6>