


اسدی حسن وند، اسد؛ سودانی، منصور؛ عباسپور، ذبیح اله (۱۳۹۶). اثربخشی درمان راه حل - محور به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری مادران آسیب رسان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۷(۲)، ۱۰۴-۹۰. DOI: 10.22067/ijap.v7i2.61207



اثربخشی درمان راه حل - محور به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری مادران آسیب رسان

اسد اسدی حسن وند^۱، منصور سودانی^۲، ذبیح اله عباسپور^۳
تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۲ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۶

چکیده

هدف: تعیین اثربخشی درمان راه حل - محور به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری مادران آسیب رسان
روش: طرح پژوهش آزمایشی و از نوع پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری با گروه آزمایش و گواه بود. نمونه پژوهش، ۳۰ مادر پرخاشگر آسیب رسان بودند که فرزندان پسر آنها در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ در مدارس متوسطه اول شهر اهواز تحصیل می کردند و با استفاده از روش نمونه گیری چند مرحله ای به طور تصادف در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۷ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت یک جلسه در هفته، تحت مداخله درمان راه حل - محور به شیوه گروهی قرار گرفتند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری استفاده شد. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان راه حل - محور به شیوه گروهی موجب کاهش پرخاشگری و مولفه های آن در مادران گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده و این اثر (به غیر از مولفه ی پرخاشگری کلامی) تا مرحله پیگیری ادامه داشته است.

واژه های کلیدی: درمان راه حل - محور، پرخاشگری، آسیب رسان

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه شهید چمران اهواز، asadiasad454@gmail.com

۲. دانشیار گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)، sodani_m@scu.ac.ir

۳. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

امروزه خشونت و پرخاشگری^۱ به عنوان یک معضل بزرگ جهانی در نظر گرفته شده و آثار مخرب روانی و جسمانی آن در سطوح فردی و اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است. در دیدگاه اسلام نیز از خشونت و پرخاشگری به عنوان عامل انحطاط اخلاقی و سقوط معنوی بسیاری از جوامع، گروه ها و افراد یاد شده است. (Abvalmaly & Musazadeh, 2011).

بررسی آمار و اطلاعات نشان می دهد که در چند دهه اخیر خشم و پرخاشگری افزایش یافته است و شواهد تجربی زیادی آثار مخرب خشم را در روابط انسانی نشان داده اند (Wheatley & et all, 2009; taken from Zanganeh, Malakpour & Abedi, 2010). عدم مهار رفتار پرخاشگرانه علاوه بر اینکه می تواند باعث ایجاد مشکلات بین فردی، جرم، بزه و تجاوز به حقوق دیگران شود، می تواند درون ریزی شده و باعث انواع مشکلات جسمی و روانی، مثل زخم معده، سردردهای میگرنی و افسردگی گردد (Ellis, 1998; taken from Zanganeh & et all, 2010). تحقیقات نشان داده است افراد خشمگینی که از اعمال شفاهی و فیزیکی دیگران صدمه دیده اند، گرایش نیرومندی دارند که انتقام بگیرند. پرخاشگری اغلب با تحریک کلامی شروع می شود، اما ممکن است که به سرعت منجر به خشونت فیزیکی شود (Baron & Byrne, 1977). در بسیاری از موارد رفتار والدین به صورت پرخاشگری با همدیگر یا با فرزندان می باشد و این نحوه رفتار می تواند عواقب ناخواسته زیادی مانند اختلال توجه و اضطراب در فرزندان را ایجاد کند (Jouriles, Barling & Leary, 1987; Vitolo, Elitlich & Goodman, 2005; taken from Mousavi, 1999). این ادبیات بدرفتاری به وضوح نشان می دهد که نرخ بالاتر از هر دو پرخاشگری فیزیکی شدید و پرخاشگری کلامی تاثیر منفی بر توسعه روانی اجتماعی فرزندان در بزرگسالی دارد (Petrenko, Friend, Garrido, Taussig & Culhane, 2012; taken from Leroy, 2013). (Mahoney, Boxer & Gullan, 2013). لروی و همکاران (Leroy & et all, 2013)، در مطالعه ای که بر روی ۲۳۹ نوجوان ۱۱ تا ۱۸ ساله و پدر و مادر مراجعه کننده به مرکز سلامت روان خصوصی در آمریکا انجام دادند یک الگو از اثرات متقابل پرخاشگری شدید بدنی و کلامی مادران در مشکلات رفتاری نوجوانان به دست آوردند. در این تحقیق نشان داده شد موقعی پرخاشگری بدنی شدید ارائه می شود که پرخاشگری کلامی مادران مسلما با بیشترین مشکلات رفتاری نوجوانان همراه بوده است. در مواقعی که پرخاشگری بدنی شدید وجود نداشت رابطه بین پرخاشگری کلامی و مشکلات رفتاری، زیاد معنی دار نبود. شواهد تجربی

1. Aggression

نشان می‌دهد که فرزندان پرخاشگر بیش از سایر فرزندان، قصد خصومت آمیز خود را به رفتار مادران نسبت می‌دهند (Weiss, 1992; taken from Lewis, Lidsey & Frabutt, 2014). فرآیند فرزند پروری یکی از برجسته‌ترین پیشینی‌ها برای مقدمات پرخاشگری است (Mc Dowell, Parke & Spitzer, 2002; taken from Ozdemir, Vazsonyi & Cok, 2013).

از دید روان‌شناختی، پرخاشگری به عنوان رفتاری با هدف صدمه زدن، اذیت کردن و یا آسیب رساندن به فرد دیگر تعریف شده است (Dodge, Coie & Lynam, 2006; taken from Hart & Ostro, 2013). روشن است که طبق این تعریف، رفتارهای خشونت آمیز (جنسی یا غیر جنسی) که گاهی به صورت توافقی بین گروه‌هایی از افراد دیگر آزار و خود آزاری روی می‌دهند، مستثنی می‌گردند و رفتارهای خود تخریب‌گرانه نیز حذف می‌شوند. بنابراین به قصد و تعمد فرد پرخاشگر از صدمه زدن یا آسیب رساندن به دیگری نیز توجه می‌شود. همچنین رفتارهای آسیب رسان آشفته و بی‌هدف که در بعضی از وضعیت‌های عضوی دیده می‌شود، در این تعریف جای نمی‌گیرد. بدیهی است که میزان تعمد پرخاشگر را از مقدمات یا نتایج رفتار می‌توان سنجید (Rajai, 2011). بندورا^۱ اعمالی را که باعث آسیب فردی یا بدنی یا تخریب مالی می‌شود در چارچوب پرخاشگری قرار داده است. آدلر^۲ پرخاشگری را تجلی میل به قدرت^۳ و فریود^۴ بیان‌گر مرگ^۵ در رفتار هشیارانه می‌دانند (English & English, 1985; taken from Saghafi, 2009). با توجه به این که ریشه بسیاری از جرایم، نابسامانی‌ها، انحرافات و حتی جنگ‌ها را باید در پرخاشگری و خشونت جست و جو کرد، متخصصان بر ضرورت مطالعه علمی پرخاشگری و خشونت به منظور شناسایی عوامل ایجاد کننده و برانگیزاننده آن و همچنین ارائه راهکارهای پیش‌گیرانه تاکید کرده‌اند (Abvalmaly & Musazadeh, 2011). در اوایل ۱۹۹۰ زمانی که قیمت خدمات زیاد و منابع خدمات رسانی ضعیف شده بودند، گرایش به درمان‌های کوتاه مدت زیاد شد و درمان راه حل - محور (SFT)^۶ یکی از این درمانها بود (Molnar & De Shazer, 1987). دی شازر^۷، برگ^۸ و دی جانگ^۹ درمان راه حل - محور را توسعه دادند و ایده خود را اریکسون^{۱۰} و کار انجام شده در موسسه تحقیقات روان

1. Bandura
2. Adler
3. Will to Power
4. Freud
5. Death Instinct
6. Solution – Focused Therapy
7. De Shazer
8. Berg
9. De Jong
10. Erickson

گرفتند. ایده های آن ها بر خلاف بحث محبوب درمان بود که بر مشاوره مبتنی بر مشکل تاکید می کرد. به جای تمرکز بر مشکلات، دی شازر و برگک لحظاتی را جستجو کردند که مشکل بر روی مراجع تاثیری نداشت یا موقعی که مشکل مانعی برای مراجع نبود (Meyer & Cottone, 2013).

درمان راه حل - محور یک رویکرد نظری مطلع است که توسط دست اندرکاران بهداشت روانی مورد استفاده قرار گرفت تا به مراجعان کمک کند که از نقاط قوت خود در تمرکز بر اهداف آینده گرا و وظایف شان بهره گیرند (De Shazer & et al, 2007; taken from Archuleta & et al, 2015). بنابر این هر مراجع مسیر خود را در جهت راه حلی که بر اساس تعریف هدف، راهبرد ها، منابع قوت و منابع مختص خودش است، پیدا می کند (Trepper & et al, 2010).

تاکید راه حل - محور بر یادگیری این که چه چیزی برای هر فرد موثر است، باعث شده این رویکرد گزینه ای جذاب برای افرادی باشد که به گونه ای در کشمکش برقراری یک رابطه کارآمد با درمانگر هستند (Bliss & Bray, 2009). پس به طور کلی با توجه به این که مشکلات رفتاری والدین می تواند صدمات جدی و جبران ناپذیری به خودشان و اطرافیان شان وارد کند، لذا ضرورت دارد که برای خانواده های دارای مشکلات رفتاری به خصوص خانواده ها، با مادران پرخاشگر و آسیب رسان که توانایی کافی در مدیریت رفتار کودکان خود ندارند راهکار های درمانی اندیشیده شود.

بنابراین پژوهش حاضر بر آن است تا میزان اثربخشی درمان راه حل - محور به شیوه گروهی را بر کاهش پرخاشگری مادران آسیب رسان مورد آزمون قرار دهد. سوال اساسی در این پژوهش این است که آیا درمان راه حل - محور به شیوه گروهی پرخاشگری مادران آسیب رسان را کاهش می دهد؟ بنابراین فرضیه های پژوهش عبارتند از:

- ۱- درمان راه حل - محور به شیوه گروهی موجب کاهش پرخاشگری مادران آسیب رسان می شود.
- ۱-۱- درمان راه حل - محور به شیوه گروهی موجب کاهش پرخاشگری جسمانی مادران آسیب رسان می شود.
- ۲-۱- درمان راه حل - محور به شیوه گروهی موجب کاهش پرخاشگری کلامی مادران آسیب رسان می شود.
- ۳-۱- درمان راه حل - محور به شیوه گروهی موجب کاهش خشم مادران آسیب رسان می شود.
- ۴-۱- درمان راه حل - محور به شیوه گروهی موجب کاهش خصومت مادران آسیب رسان می شود.

روش

طرح پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی با گروه آزمایش و گواه با استفاده از روش پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری است. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه مادران دانش آموزان پسری بود که

در دبیرستان‌های متوسطه اول شهر اهواز در سال ۹۴-۹۳ مشغول تحصیل بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ مادر می باشد که به صورت تصادفی انتخاب شدند. جهت نمونه گیری از روش نمونه گیری چند مرحله ای استفاده شده است به این صورت که از بین نواحی چهارگانه آموزش و پرورش اهواز به صورت تصادفی ناحیه ۲ اهواز انتخاب، سپس از میان مدارس متوسطه اول پسرانه آن ناحیه اهواز، دو مدرسه به صورت تصادفی برگزیده شدند. بین مادران، آزمون پرخاشگری (AQ) اجرا شد و آنهایی که در آزمون یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین کسب کردند و گواهی مدیران و معاونین مدارس و مصاحبه انجام شده تاییدی بر آسیب رسانی مادران به فرزندان بود به طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش درمان راه حل - محور را طی ۷ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت یک جلسه در هفته دریافت نمود و یک هفته پس از اجرای آخرین جلسه از هر دو گروه آزمایش و گواه پس آزمون به عمل آمد و آزمون پیگیری نیز پس از گذشت یک ماه از اجرای پس آزمون، انجام شد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها در سطح توصیفی از شاخص های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. میانگین سن مادران شرکت کننده در این طرح پژوهشی ۳۸ سال با انحراف معیار ۷ بود و همگی آن ها خانه دار بودند. از ملاک های ورود افراد به مطالعه حاضر تحصیلات به میزان حداقل دیپلم و رضایت به شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد.

ابزار

پرسشنامه پرخاشگری (AQ): این آزمون به وسیله باس^۱ و پری^۲ در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است. فرم انگلیسی این پرسشنامه که دارای ۲۹ پرسش است چهار عامل پرخاشگری کلامی (۵ پرسش)، پرخاشگری جسمانی (۹ پرسش)، خشم (۷ پرسش)، خصومت (۸ پرسش) را مورد سنجش قرار می دهد در این پرسش نامه گزینه ها به شیوه ای تنظیم شده اند که جایگاه فرد را هر پرسش، روی یک مقیاس پنج نقطه ای، از ۱ (کاملاً من را توصیف نمی کند) تا ۵ (کاملاً من را توصیف می کند)، مشخص می کند.

نتایج تحلیل روان سنجی باس و پری نشان داده است که این پرسش نامه از همسانی درونی بالایی (۰/۸۹) برخوردار است. همچنین، همبستگی زیر مقیاس های این پرسشنامه با یکدیگر و با کل مقیاس، که میان ۰/۲۵ تا ۰/۴۵ متغیر است، بیانگر روایی مناسب این ابزار بوده است (Felsten & Hill, 1998; taken from Mohammadi, 2006). در بیشتر پژوهش هایی (Harris, 1995; Nakano, 2001; Bryant & Smith, 2001;)

1. Buss
2. Perry

شده است. نتایج، شاخص های آماری مناسبی برای هر دو جنس ارائه کرده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای کل مقیاس برابر ۰/۸۴ و برای مولفه های خصومت، پرخاشگری جسمانی، پرخاشگری کلامی و خشم به ترتیب برابر ۰/۷۹، ۰/۷۲، ۰/۷۳، ۰/۷۰ محاسبه شد که نشان از پایایی قابل قبول این مقیاس است.

شیوه ی ادا زه جلسات درمان راه حل - محور:

- ۱) جلسه اول: آشنایی مراجعان و مشاور با همدیگر، اخذ شرح کوتاهی از تاریخچه زندگی مراجعان و بیان اصول و دیدگاه درمان راه حل - محور.
- ۲) جلسه دوم: کمک به مراجعان برای تدوین اهداف خود بر اساس رویکرد راه حل - محور و ارائه راه حل های خود در جلسه درمان.
- ۳) جلسه سوم: کمک به مراجعان برای پی بردن به توانمندی های خود، آموزش مراجعان جهت درک دیدگاه متفاوت همدیگر.
- ۴) جلسه چهارم: کمک به مراجعان برای شناسایی و بیان استثنائات مثبت در روابط خود، تحسین و تمجید مراجعان از رفتارهای مثبت یکدیگر و چشم پوشی از رفتارهای منفی.
- ۵) جلسه پنجم: استفاده از پرسش معجزه آسا توسط مشاور، آموزش به مراجعان که دریابند لحظات خوب و بد زاییده افکار و رفتار فرد هستند.
- ۶) جلسه ششم: آموزش استفاده از واژه مهم «بجای» برای تجربه احساسات جدید، برجسته سازی پاسخ های نهفته.
- ۷) جلسه هفتم: جمع بندی مطالب با همکاری مراجعان و نتیجه گیری

یافته ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت کنندگان را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه نشان می دهد. همانگونه که ملاحظه می گردد پرخاشگری گروه آزمایش بعد از اجرای آموزش کاهش یافته است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار پرخاشگری مادران در گروه‌های آزمایش و گواه، به تفکیک در مراحل

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پرخاشگری بدنی	آزمایش	۳۱/۵۳	۵/۵۷	۲۷/۲	۴/۸۴	۲۷/۱۳	۵/۳۳
	گواه	۳۳/۴۶	۵/۳۳	۳۳/۴۶	۵/۲	۳۳/۸۶	۵/۱۸
پرخاشگری کلامی	آزمایش	۲۰/۱۳	۳/۰۴	۱۷/۴۶	۲/۹۲	۱۷/۶	۳/۲۴
	گواه	۲۰/۶	۲/۰۲	۲۰/۳۳	۲/۱۹	۲۰/۴۶	۲/۱۳
خشم	آزمایش	۲۸/۲	۳/۳۴	۲۴/۸	۲/۸۸	۲۵	۲/۵۳
	گواه	۲۹/۶۶	۲/۴۱	۲۹/۹۳	۲/۷۱	۲۹/۸۶	۲/۴۶
خصومت	آزمایش	۳۰/۰۶	۵/۴۱	۲۴/۷۳	۴/۶۵	۲۵/۴	۵/۳۵
	گواه	۳۰/۵۳	۳/۶۸	۳۰/۴	۳/۹	۳۰/۶	۳/۵۸
کل پرخاشگری	آزمایش	۱۰۹/۳	۹/۷۵	۹۴/۲	۱۲/۱۱	۹۵/۱۳	۱۳/۵۴
	گواه	۱۱۴/۲۶	۷/۷۹	۱۱۴/۱۳	۷/۶۱	۱۱۴/۸	۸/۰۳

در پژوهش حاضر به منظور آزمون فرضیه‌ها و تعیین معنی داری تفاوت بین نمره‌های گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر وابسته‌ی پرخاشگری مادران (و مولفه‌های آن) از روش تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. به این منظور قبل از تحلیل داده‌ها برای بررسی همگنی واریانس متغیرها، از آزمون لوین و برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد.

جدول ۲. آزمون لوین برای اطمینان از همگنی واریانس‌ها

متغیر وابسته	F	df1	df2	سطح معنی داری
پرخاشگری بدنی	۱/۴۳	۱	۲۸	۰/۲۴
پرخاشگری کلامی	۰/۰۵	۱	۲۸	۰/۸۲
خشم	۱/۷۹	۱	۲۸	۰/۱۹
خصومت	۱/۶۳	۱	۲۸	۰/۲۱
کل پرخاشگری	۳/۲۳	۱	۲۸	۰/۰۸

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، آزمون لوین در هیچ یک از زیر مقیاس‌ها معنادار نشده است که نشان دهنده همگنی واریانس‌ها است.

جدول ۳. نتایج کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

سطح معنی داری	Z کولموگروف اسمیرنوف	پس آزمون ها
۰/۲	۰/۱۰	پرخاشگری بدنی
۰/۲	۰/۰۷	پرخاشگری کلامی
۰/۲	۰/۰۶	خشم
۰/۲	۰/۱۰	خصومت
۰/۲	۰/۰۹	کل پرخاشگری

و همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود سطح معنی داری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف از مقدار ۰/۰۵ بیشتر است، لذا پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شده است. بنابراین با توجه به یافته های جدول ۲ و ۳ آزمون تحلیل کوواریانس قابل اجرا است.

در جدول ۴ نتایج به دست آمده از مقایسه پس آزمون نمرات در دو گروه آزمایش و گواه، پس از شرکت در جلسات راه حل - محور گروهی ارائه شده است. نتایج نشان می دهد مقدار F برای متغیر پرخاشگری مادران، ۳۳/۸۸ به دست آمد که در سطح $P < 0/001$ معنی دار است. و نیز نمرات زیر مقیاس های پرخاشگری بدنی ($F = 15/76$)، پرخاشگری کلامی ($F = 7/04$)، خشم ($F = 20/12$) و خصومت ($F = 17/17$) در سطح $P < 0/001$ معنی دار بوده اند. بنابراین می توان نتیجه گرفت که درمان راه حل - محور به شیوه گروهی موجب کاهش پرخاشگری (و مولفه های آن) در مادران آسیب رسان شده است.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره های پس آزمون پرخاشگری مادران

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
پرخاشگری جسمانی	۱۱۳/۴۶	۱	۱۱۳/۴۶	۱۵/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۶
پرخاشگری کلامی	۲۶/۵۴	۱	۲۶/۵۴	۷/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۷۰
خشم	۶۳/۷۹	۱	۶۳/۷۹	۲۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۸
خصومت	۱۴۷/۰۸	۱	۱۴۷/۰۸	۱۷/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۷
نمره کل پرخاشگری	۱۹۲۷/۰۹	۱	۱۹۲۷/۰۹	۳۳/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۵۶۶	۱/۰۰

همچنین اثرات این مداخله با توجه به جدول ۵ بعد از گذشت یک ماه به این شرح می باشد: مقدار F برای متغیر پرخاشگری مادران، ۲۲/۲۷ به دست آمد که در سطح $P < 0/001$ معنی دار است. و نیز در

نمرات زیر مقیاس های پر خاشگری بدنی ($F=12/16$ و $P<0/003$)، خشم ($F=16/42$ و $P<0/001$) و خصومت ($F=8/57$ و $P<0/001$) افراد دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ولی نمره ی زیر مقیاس پر خاشگری کلامی ($F=2/99$ و $P<0/1$) افراد دو گروه تفاوت معناداری نداشته است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که این اثر موجب کاهش پر خاشگری مادران آسیب رسان (و مولفه های پر خاشگری به جز پر خاشگری کلامی) تا مرحله پیگیری یک ماهه شده است.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره های پیگیری مؤلفه های پر خاشگری مادران گروه های آزمایش و گواه

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه مجذورات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
پر خاشگری جسمانی	۱۴۱/۸۶	۱	۱۴۱/۸۶	۱۲/۱۶	۰/۰۰۳	۰/۴۳	۰/۹۰
پر خاشگری کلامی	۲۲/۶۷	۱	۲۲/۶۷	۲/۹۹	۰/۱	۰/۱۶	۰/۳۷
خشم	۶۰/۳۲	۱	۶۰/۳۲	۱۶/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۶
خصومت	۱۰۹/۲۵	۱	۱۰۹/۲۵	۸/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۷۸
نمره کل پر خاشگری	۱۹۳۳/۳	۱	۱۹۳۳/۳	۲۲/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۹

نتیجه

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان راه حل - محور به شیوه گروهی بر کاهش پر خاشگری مادران آسیب رسان است. بر اساس نتایج به دست آمده می توان گفت مادرانی که در گروه آزمایش شرکت داشته اند، بیشتر توانستند پر خاشگری خود را کاهش داده و تعاملات سازنده ای با افراد برقرار کنند. این یافته با فرضیات زیربنایی رویکرد راه حل - محور در زمینه ی استفاده از قابلیت ها و برجسته کردن استثنائات همخوانی دارد. در جریان هر گفتگویی، درمانگر قصد دارد مراجع را نسبت به یادآوری خودانگیخته ی مواقعی که مشکل، به هر دلیلی، رخ نداده و یا کمتر مسئله ساز بوده، هشیار کند (Quiek, 2008). این شیوه به ما امکان می دهد تا در حداقل زمان ممکن، به هدفی که در نظر داریم دست بیابیم. گویی مسیر سریعی برای برطرف کردن مشکلات و دستیابی به راه حل های مناسب است (Davis & Osborn, 2000; translation Adibrad & Nazari, 2007). نتایج این پژوهش با یافته های زنگنه و همکاران (Zanganeh & et all, 2010)، نظری و بیرامی (Nazari & Beirami, 2008)، فرج زاده، پورشریفی، رضاییان و آهنگر آنزابی (Farajzadeh, Pour Shahriari, Rezaeian & Ahanger Anzabi, 2010)، رحیمی

احمدآبادی، آقامحمدیان شعرفاف، مدرس قروی و کارشکی (Rahimi Ahmadabadi, Aghamohamadian) (Milner & Singleton, 2008)، کونولی و همکاران (Conoley & et all, 2003) و گینگریچ و پترسون (Gingerich & Peterson, 2013) در موثر بودن فرآیند درمان بر کاهش پرخاشگری همخوانی دارد. همچنین پژوهش حاضر با پژوهش های ذیل در موثر بودن درمان راه حل - محور همسو می باشد: سودانی (Sodani, 2006)، ایزدی (Izadi, 2011)، اکبری (Akbari, 2014)، امیری، کارشکی و اصغری (Amiri, Kareshki & Asghari, 2014)، دستباز و ابراهیمی (Dastbaz, 2014)، سفرپور، فرحبخش، شفیع آبادی و پاشاشریفی (Unesi & Ebrahimi, 2014)، زیمرن، جاکوبسن، ماسیتیر و واتسون (Shafiabadi & Pashasharifi, 2011)، کوک بورن، توماس و کوک بورن (Macintyre & Watson, 1996)، اسپوکین و سپوکین و پاکروسن (Spilsbury, 2011)، (1997)، (Cepukiene & Pakrosnis, 2011). آنها در مطالعه خود نشان دادند که درمان راه حل - محور، یک روش موثر برای طیف گسترده ای از پیامدهای رفتاری و روانی است.

همانطور که یافته های پژوهش نشان می دهد کاربرد درمان راه حل - محور به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری جسمانی مادران موثر است. براساس یافته های پژوهش حاضر فرضیه ۱-۱ تایید می شود. در تبیین نتایج به دست آمده می توان گفت، درمان راه حل - محور از اندوخته ها و توانایی های خود مراجعان در فرآیند تغییر استفاده می کند و این کار تصویری از امید را در مراجعان ایجاد می کند. درمانگران راه حل - محور حس خود کفایی و خودمختاری را در مراجعان تقویت می کنند. آن ها این کار را از طریق تواناسازی مراجعان در خلق راه حل ها و ساختار دادن به این راه حل ها انجام می دهند (Corcoran & Pillaiy, 2009). درمان به جای کاهش مشکلات، بر راه حل متمرکز است، سوال این است: چه کاری بجای آن می خواهید انجام دهید؟ (Bannink, 2007). و به این ترتیب مادران و ادار می شوند در جستجوی توانایی هایی باشند که اخیرا از آنها استفاده نمی کنند. و در نتیجه متوجه می شوند که می توانند بجای روش های ناکارآمد گذشته، راه حل های متفاوتی را به کار بندند. نتایج این یافته پژوهشی با پژوهش های ذیل همخوانی دارد: زنگنه و همکاران (Zanganeh & et all, 2010)، نظری و بیرامی (Nazari & Beirami, 2008)، فرج زاده و همکاران (Farajzadeh & et all, 2010)، رحیمی احمدآبادی و همکاران (Rahimi Ahmadabadi & et all, 2013)، میلنر و سینگلتن (Milner & Singleton, 2008) و کونولی و همکاران (Conoley & et all, 2003).

نتایج پژوهش نشان داد کاربرد درمان راه حل - محور به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری کلامی مادران موثر است. بنابراین فرضیه ۲-۲ تایید می‌شود. در رویکرد راه حل - محور، راه حل‌ها از گفتگو حاصل می‌شوند. خواه گفتگو با خود باشد یا گفتگو در درمان. اگر درمان ما را ترغیب کند تا درباره‌ی همان مشکلات صحبت کنیم که کاملاً با آنها آشنا هستیم، در این صورت احتمالاً همان خود قدیمی را نگه می‌داریم. تغییر با گفتگو کردن درباره‌ی راه حل‌ها آغاز می‌شود (De Shazer, 1994; taken from Prochaska & Norcross, 2007). به این ترتیب درمان راه حل - محور این امکان را برای مراجعان فراهم می‌کند تا با بهره‌گیری از کلام، پرخاشگری کلامی خود را کاهش دهند. و در تبیین اینکه این اثر تا مرحله پیگیری ادامه نداشته است، شاید بتوان به عدم پاسخ دهی دقیق آزمودنی‌ها، دور شدن از فضای آموزش و یا عوامل زیستی و محیطی اشاره کرد. این یافته موافق با فرض‌های زیربنایی درمان راه حل - محور است. نتایج این یافته پژوهشی با پژوهش‌های ذیل همخوانی دارد: زنگنه و همکاران (Zanganeh & et all, 2010)، نظری و بیرامی (Nazari & Beirami, 2008)، فرج زاده و همکاران (Farajzadeh & et all, 2010)، رحیمی احمدآبادی و همکاران (Rahimi Ahmadabadi & et all, 2013)، میلنر و سینگلتون (Milner & Singleton, 2008) و کونولی و همکاران (Conoley & et all, 2003).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد درمان راه حل - محور به شیوه گروهی بر کاهش خشم مادران موثر است. بنابراین فرضیه ۳-۱ تایید می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که در مشاوره راه حل - محور اعتقاد بر آن است که مشکلات ممکن است به دلیل بعضی رفتارهای نگهدارنده مشکل، در دنیای بین فردی مراجع ادامه پیدا کنند. اگر رفتار نگه دارنده تغییر کند، رفتار تغییر خواهد کرد (Nazari, 2011). درمانگر راه حل - محور از مراجع می‌پرسد اگر امروز یک معجزه اتفاق بیفتد و مشکل تو حل شود چه کار متفاوتی انجام خواهی داد؟ چطور تشخیص می‌دهی که مشکل حل شده است؟ استفاده از این گونه سوالات به مراجعان برای یافتن راهی متفاوت برای نگاه کردن به مسائلشان کمک می‌کند و می‌تواند گام مهمی در فرآیند تغییر باشد (De Castro & Guterman, 2008). نتایج این یافته پژوهشی نیز، با پژوهش‌های ذیل همخوانی دارد: زنگنه و همکاران (Zanganeh & et all, 2010)، نظری و بیرامی (Nazari & Beirami, 2008)، فرج زاده و همکاران (Farajzadeh & et all, 2010)، رحیمی احمدآبادی (Rahimi Ahmadabadi & et all, 2013)، میلنر و سینگلتون (Milner & Singleton, 2008) و کونولی و همکاران (Conoley & et all, 2003).

همچنین نتایج نشان داد کاربرد درمان راه حل - محور به شیوه گروهی، بر کاهش خصومت مادران آسیب رسان موثر است. بر اساس یافته های پژوهش حاضر فرضیه ۴-۱ تایید گردید در تبیین یافته فوق می توان گفت با توجه به اینکه خصومت یک نگرش دشمنانه نسبت به چیزی و یا کسی است که با تعدادی از پدیده ها مانند پرخاشگری در رابطه است (Masoudnia, 2010; taken from Khanjani & Azimzadeh, 2010). در رویکرد راه حل - محور، آزمودنی ها می توانند با توجه کردن به استثنائات، نگرش های خود را درباره ی مسائل زندگی تغییر دهند (Nazari & Beirami, 2008). و درمانگران راه حل - محور نیز معتقدند افرادی که برای درمان مراجعه می کنند از توانایی رفتار کردن به صورت ثمربخش برخوردارند، حتی اگر شناخت های منفی موقتا از این ثمربخش بودن جلوگیری کرده باشند (Walter & Peller, 2000; taken from Corey, 2005). نتایج این یافته پژوهشی با پژوهش های ذیل همسو است: زنگنه و همکاران (Zanganeh & et all, 2010)، نظری و بیرامی (Nazari & Beirami, 2008)، فرج زاده و همکاران (Farajzadeh & et all, 2010)، رحیمی احمدآبادی و همکاران (Rahimi Ahmadabadi & et all, 2013)، میلنر و سینگلتون (Milner & Singleton, 2008) و کونولی و همکاران (Conoley & et all, 2003).

در اشاره به محدودیت های پژوهش حاضر باید گفت: نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر مربوط به مادران می باشد. لذا تعمیم نتایج آن به سایر افراد باید با احتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت های این پژوهش، دوره کوتاه پیگیری بوده است. در صورت طولانی تر شدن دوره می توان یافته های دقیق تری به دست آورد. بر اساس یافته های حاصل از پژوهش حاضر پیشنهاد می شود که از سایر روش های درمانی و مشاوره ای در جهت کاهش پرخاشگری مادران استفاده شود. مادران از مهم ترین ارکان خانواده و جامعه می باشند و سهم بزرگی در رشد و پرورش فرزندان دارند. بنابراین با کاهش پرخاشگری در مادران، کیفیت زندگی نیز بهبود می یابد و فضای خانواده گرم و صمیمی می شود و در نتیجه جامعه ای پویا و بالنده خواهیم داشت. از این رو لازم است که تیم های درمان جهت ارزیابی و کاهش پرخاشگری مادران اقدام نمایند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران اهواز می باشد. گروه پژوهشی بر خود لازم می داند که از اساتید، شرکت کنندگان در پژوهش و اداره آموزش و پرورش ناحیه ۲ اهواز کمال تشکر و قدردانی را داشته باشد.

References

- Abvalmaly, K., & Musazadeh, Z. (2011). Aggression: nature, causes and prevention of Annex nature and prevention of aggression from an Islamic perspective. Tehran: Argmand, (In Persian).
- Akbari, S (2014). The Effectiveness of solution – focused group therapy to Happiness and Quality of Life in Women with Multiple Sclerosis. Master's Degree, Shahid Chamran University of Ahvaz.
- Amiri, A, Karashki, H & Asghari, M (2014). The effectiveness of group counseling is a solution-centered on the general health of single-level male secondary school students. *Quarterly Journal of Psychological Methods and Models*, 4(15): 37-58. (In Persian).
- Archuleta, K. L., Burr, E. A., Carlson, M. B., Ingram, J., Kruger, L. I., Grable, J., & Ford, M. (2015). Solution – focused financial therapy: A brief report of a pilot study. *Journal of financial Therapy*, 6 (1), 1-16.
- Bannink, F. P. (2007). Solution – focused brief therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(2), 87-94.
- Baron, R. A., & Byrne, D. (1977). *Social psychology: Understanding Human Interaction*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bliss, E. V., & Bray. D. (2009). The smallest solution focused particles: Towards a minimalist definition of when therapy is solution focused. *Journal of Systemic Therapies*, 28(2), 62-74.
- Cepukiene, V., & Pakrošnis, R. (2011). The outcome of solution – focused brief therapy among foster care adolescents: the changes of behavior and perceived somatic and cognitive difficulties. *Children and Youth Services Review*, 33, 791-797.
- Conoley, C. W., Graham, J. M., New, T., Graig, M. C., Opry, A., Cardin, S.A., Brossart, D. F., & Parker, R. L. (2003). Solution focused family therapy with three aggressive and oppositional acting children: An N=1 empirical study. *Family Process*, 24(3), 361-374.
- Cookburn, J. T., Thomas, F. N., & Cookburn, O. J. (1997). Solution – focused therapy and psychotherapy adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 7(2), 97-106.
- Corcoran, T., & Pillai, V. (2009). A review of the research on solution – focused therapy. *British Journal of Social Work*, 39(2), 42-234.
- Corey, G. (2005). *Theory and practice of counseling & psychotherapy*. Translated: Syedmohammadi, Y. (2011). Tehran: Arasbaran. (In Persian).
- Dastbaz, A., Yonsei, J., Moradi, O., & Abrahami, M. (2014). Effectiveness of solution – focused therapy group practices on compatibility and efficacy high school male student in the first year. *Knowledge and Research in Applied Psychology*: 15(55), 88-98. (In Persian).
- Davis, T. E., & Osborn, C. J. (2007). *School counseling with solution – focused approach*. Translated: Adibrad, N., & Nazari, A. Tehran: Science. (In Persian).
- De Castro, S., & Guterman, J. T. (2008). Solution – focused therapy for families coping with suicide. *Journal family therapy*, 34(1), 93-106.
- Farajzadeh, R., Pourshahriari, M., Rezaeian, H., & Anzabi, A. V. (2010). Anger control group training to way behavioral – cognitive and amount review the effect of a aggression change and social competence in unsupervised adolescents living in

- dormitories in the city of Tabriz welfare. *Journal New Thoughts on Education*, 8(3), 51-66. [In Persian].
- Gingerich, W. J., & Peterson, L. T. (2013). Effectiveness of solution – focused brief therapy: A systematic quality review of controlled outcome studies research on social work practice. *Children and Youth Services Review*, 23, 266-283.
- Hart, E., & Ostrov, J. (2013). Functions of aggressive behavior and future functional impairment. *Early Childhood Research Quarterly*, 28, 683-691.
- Izadi, M. (2011). Evaluating the effectiveness of a solution – focused group approach to reducing marital heart rate. Master thesis, Khuzestan University of Research Sciences. (In Persian).
- Khanjani, Z., & Azimzadeh, S. (2010). Compare the type and level of aggression among teens exposed to violent films meshkinshar teenagers. *Journal of Women and Family Studies*, 3(9), 81-96. (In Persian).
- Leroy, M., Mahoney, A., Boxer, P., Gullan, R. L., & Fang, Q. (2013). Parents who hit and scream: Interactive effects of verbal and severe physical aggression on clinic – referred adolescents adjustment. *Child Abused & Neglect*, 38(5), 893-901.
- Lewis, C. M., Linsey, E. W., Farabutt, J. M., & Chambers, J. C. (2014). Mother – adolescent conflict in African American and European families: The role of corporal punishment, adolescents hostile attributions of mothers intent. *Journal of Adolescent*, 37, 851-861.
- Meyer, D., & Cottone, R. (2013). Solution – focused therapy as a culturally acknowledging approach with American indians. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 41, 47-55.
- Milner, J., & Singleton, T. (2008). Domestic violence: Solution – focuse practice with men and women who are violent. *Journal of Family Therapy*, 30, 29-53.
- Mohmmadi, N. (2006). A preliminary review of psychometric properties of the questionnaire bass – perry aggression. *Journal of Humanities and Social Sciences*: 25, 135-151. (In Persian).
- Molnar, A., & de Shazer, S. (1987). Solution – focused therapy: Toward the identification of therapeutic tasks. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 349-358.
- Mousavi, S., Abrahimi, A., Samui, R., & Afshar, H. (2008). Relationship between parental aggressions with an average grade of elementary school students in the last academic year. *Hakim Research Journal*, 4, 33-37. (In Persian).
- Nazari, A. (2011). Foundation couple therapy and family therapy. Tehran: Science. (Persian).
- Nazari, A. M., & Beirami, M. (2008). To determine the effects of solution – focused counseling on marital satisfaction in terms of aggression, togetherness, agreement on financial issues and sexual satisfaction in couples both working. *Journal of Modern Psychology*, 3(9), 97-120. (In Persian).
- Ozdemir, Y., Vazsonyi, A. T., & Cok, F. (2013). Parenting processes and aggression: The role of self – control among Turkish adolescents. *Journal of Adolescence*, 36, 65-77.
- Prochaska, J., & Norcross, G. (2007). Systems of psychotherapy (A Transtheoretical Analysis). Translated: Syedmohammadi, Y. (2013). Tehran: Ravan. (In Persian).
- Quiek, E. (2008). Doing what work in brief theory: a strategic solution focused. Translated: Shahmoradi, S., Fatehizadeh, M., Myrnam, L., & Sadeghi, M. (2013). Tehran: savalan. (In Persian).

- Rahimi Ahmadabadi, S., Aghamohamadian Sherbaf, H., Modares Qaravi, M., & Kareshki, H. (2013). Review the effectiveness of cognitive – behavioral therapy in reducing aggression in patients with head trauma. *Journal Health Psychology*, 2(1), 23-33. (In Persian).
- Rajai, H. (2011). Aggression, clinical phenomenon – social. Tehran: Ghatreh. [In Persian].
- Safarpour, S., Frahbakhsh, K., Shafiabadi, A., & Pashasharifi, H. (2011). The effectiveness of solution – focused brief therapy on increasing social adjustment of Female students residing tehran university dormitories. *Journal of Psychology and Counseling*, 3(2), 24-28. (In Persian).
- Saghafi, T., Shafiabadi, A., & sodani, M. (2009). The effectiveness of transactional analysis based group on reduction of aggressive behavior in Rasht high school first grade girl. *Journal of New Thoughts on Education*, 1, 23-29. [In Persian].
- Sodani, M. (2006). Comparison of the effectiveness of ellis cognitive therapy by solution – focused therapy individually and coupled on marital satisfaction. Phd thesis, allameh tabatabai university of Tehran.
- Spilsbury, G. (2011). Solution – focused brief therapy for depression and alcohol dependence: A case study. *Clinical Case Studies*, 11(4), 263-275.
- Trepper, T. S., Mc Collum, E. E., De Jong, P., Korman, H., Gingerich, W., & Franklin, C. (2010). Solution – focused therapy treatment manual for working with individuals. Research committee of the solution – focused brief therapy association. Available from: <http://www.sfbta.org/PDFs/fileDownloader.asp>. Accessed September 6, 2014.
- Zanganeh, S., Malakpour, M., & Abedi, M. (2010). Impact on the control of aggression and anger management skills training mothers of elementary school deaf student. *New Findings in the Journal of Psychology*, 5, 81-94. [In Persian].
- Zimmerman, T., Jacobsen, R. B., Macintyre, M., & Watson, C. (1996). Solution – focused parenting groups: An empirical study. *Journal of Systemic Therapies*, 15(4), 12-25.