

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر پرخاشگری و خود کنترلی کودکان ۶ تا ۱۲ ساله
تحت سرپرستی سازمان بهزیستی مشهد

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on aggression and self-control of children aged 6 to 12 years under the supervision of Mashhad Welfare Organization

Mohammad Sadeqh Shafaei Golmakani

Master student of Clinical Child and Adolescent Psychology, Faculty of Psychology, Tabriz, Iran.

Email: Mohammad.sadeqh.shafaie@gmail.com

Tahereh Shafaei Golmakani

Master of Educational Psychology, Kavian Institute of Higher Education, Mashhad, Iran.

Zahra Ekrampour

Master students of Clinical Child and Adolescent Psychology, Faculty of Psychology, Tabriz, Iran.

Fatemeh Haji Arbabi

Assistant Professor of Psychology, Kavian Institute of Higher Education, Mashhad, Iran.

Noushin Saboor Esmaili

Assistant Professor of Psychology, Kavian Institute of Higher Education, Mashhad, Iran.

محمدصادق شفایی گلمکانی*

دانشجوی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده روانشناسی، تبریز، ایران.

طاهره شفایی گلمکانی

کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، موسسه آموزش عالی کاویان، مشهد، ایران.

زهرا اکرام پور

دانشجوی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده روانشناسی، تبریز، ایران.

فاطمه حاجی اربابی

استادیار روانشناسی، موسسه آموزش عالی کاویان، مشهد، ایران.

نوشین صبور اسماعیلی

استادیار روانشناسی، موسسه آموزش عالی کاویان، مشهد، ایران.

Abstract

Background: Aggression in children living in welfare centers is a common problem that requires attention and effective interventions for treatment and prevention. Researches have been done on interventions to reduce aggression and increase children's self-control, but the aim that examines the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on aggression and self-control has been neglected.

Objective: The intention of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on aggression and self-control of children 6 to 12 under the supervision of the Welfare Organization.

چکیده

زمینه: بروز پرخاشگری در کودکانی که مراکز بهزیستی زندگی می کنند، یک مشکل شایع است که نیاز به مداخلات موثر جهت درمان و پیشگیری دارد. پیرامون مداخلات جهت کاهش پرخاشگری و افزایش خودکنترلی کودکان پژوهش هایی انجام شده است، اما پژوهشی که به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر پرخاشگری و خودکنترلی پرداخته باشد، مغفول مانده است. هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر پرخاشگری و خود کنترلی کودکان ۶ تا ۱۲ تحت سرپرستی سازمان بهزیستی بود. روش: پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کودکان ۶-۱۲ سال تحت سرپرستی بهزیستی شهر مشهد در سال ۱۴۰۰

Method: This study was a quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included children aged 6-12 years under the supervision of the Welfare of Mashhad in year 2021. The subjects consisted of 30 children (that were convenient and accessible for study) and they were randomly assigned to the experimental and control groups (15 people in each group). For the children in the experimental group, cognitive-behavioral therapy was performed in 10 sessions (60 minutes per session). Moreover, data analysis was performed by multivariate analysis of covariance using SPSS software.

Results: The results showed that cognitive-behavioral therapy significantly reduced aggression and increased self-control in the experimental group ($P < 0.01$).

Conclusion: By considering the findings, it can be concluded that cognitive-behavioral therapy can be used as an effective intervention and is recommended to be Used as a proper tool to reduce aggression and promote children's self-control.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, aggression, self-control, and children under welfare supervision.

بود. نمونه ۳۰ نفر از کودکانی بودند که به شیوه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر) ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه پرخاشگری رابطه ای و آشکار شهیم (۱۳۸۵) و پرسشنامه خودکنترلی ویلکاکسون (۱۹۷۹) بود. برای کودکان گروه آزمایش، درمان شناختی رفتاری در ۱۰ جلسه به مدت ۶۰ دقیقه انجام شد. تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری و با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد. یافته ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی داری موجب کاهش پرخاشگری و افزایش خود کنترلی در گروه آزمایش شده است ($P < 0.01$) نتیجه گیری: براساس یافته های پژوهش حاضر می توان چنین نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری می تواند به عنوان یک مداخله مؤثر جهت کاهش پرخاشگری و افزایش خودکنترلی کودکان بهزیستی مورد استفاده قرارگیرد.

واژه های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، پرخاشگری، خودکنترلی، کودکان تحت سرپرستی بهزیستی.

نوع مقاله : پژوهشی	دریافت : آذر ۱۴۰۰	پذیرش: بهمن ۱۴۰۰
--------------------	-------------------	------------------

مقدمه

امروزه در نقش اصلی خانواده و اثرات مثبت و منفی آن بر کودکان هیچ تردیدی وجود ندارد. اما برخی کودکان از این کانون اولیه محروم اند. فقر، فوت والدین، اعتیاد به مواد، الکلیسم، ابتلای والدین به بیماری لاعلاج جسمانی یا اختلال روانی، زندانی شدن، غیبت یکی از والدین (به خصوص پدر) و مادران خیابانی از عوامل مؤثر بی سرپرستی و بد سرپرستی کودکان در جهان است که هر کدام از این عوامل آثار روانی و فیزیکی بسیاری بر روان و جسم کودکان گذاشته است (نجمه حمید، ۱۳۹۶). کودکان اغلب در برابر انبوهی از مشکلات روانشناختی و اختلالات روانی آسیب پذیر می شوند (کاور، ویناکوتا، پانیگراهی و ماناسا^۱، ۲۰۱۸). نتایج مطالعات در زمینه کودکان و نوجوانان بی سرپرست نشان می دهد که این گروه مشکلات شناختی، روانی و اجتماعی بیشتری دارند. یکی از مشکلات رفتاری این کودکان که در پژوهش های مختلف به بررسی آن پرداخته شده است، پرخاشگری می باشد (حصارسرخ، اصغری نکاح، لعل زاده کند کلی، پروانه، ۱۳۹۵؛ خدادادی، ۱۳۹۲؛ صباغ زاده، ۱۳۹۰؛ سروری، ۱۳۹۴؛ پیکه زارع، ۱۳۹۶؛ احمدیان حسینی، ۱۳۹۷). نتایج مطالعات مختلف داخلی و خارجی، شیوع پرخاشگری در

¹ Kaur, Vinnakota, Panigrahi & Manasa

کودکان را متفاوت و از ۸-۲۰ درصد گزارش کرده اند. مطالعه ای در کرمانشاه نشان داده است که شیوع پرخاشگری در بین کودکان پسر ۷-۱۱ سال ساکن در مراکز نگهداری بهزیستی به طور معنادار بیشتر از گروه همسالان ساکن در خانواده است (خزایی، اسدی، محمدی، ۱۳۹۰). پرخاشگری در حال تبدیل شدن به یک مشکل پیچیده بین کودکان است؛ خصوصاً کودکانی که تجربه اتفاقات سخت زندگی مثل بد رفتاری را دارند (هولمز، یون، ویت، کوبولسکی و استیجروالد^۲، ۲۰۱۵). پرخاشگری یک رفتار است که موجب تهدید و آسیب رساندن می شود و به طور کلامی و فیزیکی مانند ضربه زدن، گاز گرفتن و پرتاب کردن اشیاء باشد. مشکلات رفتاری و رفتارهای پرخاشگرانه به طور خاص با ضعف در مهارت ها کلامی، مهارت های غیر کلامی، عملکرد شناختی و مهارت های انطباقی همبستگی دارد (فیتزپاتریک، سریوراکیات، وینک، پداپاتی، اریکسون^۳، ۲۰۱۶). نتایج نشان می دهد که کودکان خشمگین با احساس گناه اخلاقی قوی نسبت به کودکان خشمگینی که گناه اخلاقی کمتری را گزارش می کنند، کمتر درگیر اعمال پرخاشگرانه و عمدی ناشی از خشم می شوند. چنین کودکانی ممکن است در عوض خشم را به عنوان رفتارهای مخرب غیر پرخاشگرانه از بین ببرند و در نتیجه از عمل بر خلاف قطب نماهای اخلاقی خود اجتناب کنند (گالارنو، کولاسانته و مالتی^۴، ۲۰۲۲). پرخاشگری نوعی مشکل رفتاری است و چنانچه شدت باید باعث بروز مشکلات ارتباطی و اختلال شخصیت می شود که علاوه بر مشکلاتی که برای فرد پرخاشگر دارد، در قربانیان خود نیز آسیب هایی از جمله افسردگی، اضطراب، احساس تنهایی و اعتماد به نفس پایین برجای می گذارد (کیتلی، الوم، مولان^۵، ۲۰۱۷). پرخاشگری دوران کودکی و خردسالی پیش بینی کننده رفتارهای پر خطر بعدی است زیرا این رفتارها می تواند رفتارهای بزهکاری، سوء مصرف مواد، افسردگی و افت تحصیلی را در آینده پیش بینی کند (رجبی، نجفی، رضایی، ۱۳۹۲).

خود کنترلی عبارت است از: تعارض بین عقل و هوس و بین شناخت و انگیزه و بین برنامه ریزی درونی و عمل کننده ی درونی (راچلین^۶، ۱۹۹۰). نتایج حاکی است که بین مشکلات روانی و خودکنترلی رابطه منفی وجود دارد. در واقع افرادی که دارای مشکل روانی هستند سطح خودکنترلی پایین تری دارند و بیشتر در معرض رفتار های پرخطر قرار میگیرند (آدابرادوتیر و رافنسون^۷، ۲۰۰۲). خودکنترلی یعنی فرد کنترل رفتار ها، احساسات و غرایز خود را با وجود برانگیختن برای عمل داشته باشد. یک کودک یا نوجوان با خودکنترلی زمانی را صرف فکر کردن به انتخاب ها و نتایج احتمالی میکند و سپس بهترین انتخاب را میکند (فرایز و هوفمن^۸، ۲۰۰۹). خودکنترلی را مایر و سالووی^۹ (۲۰۰۳) تحت عنوان کاربرد صحیح هیجان ها معرفی می نمایند و اعتقاد دارند که قدرت تنظیم احساسات موجب افزایش ظرفیت شخصی برای تسکین دادن خود، درک کردن اضطراب ها، افسردگی ها یا بی حوصلگی های متداول می شود. افرادی که به لحاظ خود کنترلی ضعیف هستند، دائماً با احساس ناامیدی، افسردگی، بی علاقه به فعالیت دست به گریبانند، درحالی که افراد با مهارت زیاد در این زمینه با سرعت بیشتر می توانند ناملایمات را پشت سر گذاشته و میزان مشخصی از احساسات را با تفکر همراه نموده و مسیر درست اندیشه را بپیمایند (صفری دهخوارقانی، ۱۳۸۷). خودکنترلی به معنی سرکوب کردن هیجانات و احساسات نیست. برعکس، خودکنترلی یعنی اینکه ما یک انتخاب برای چگونگی ابراز احساساتمان داریم و چیزی که مورد تاکید است، روش ابراز احساسات است به طوری که جریان تفکر را تسهیل کند (گلن^{۱۰}، ۱۹۹۵، ترجمه پارسا، ۱۳۹۷). ازجمله فواید کنترل و تنظیم هیجانات کنترل سطوح برانگیختگی برای به حداقل رساندن عملکرد، پشتکار داشتن، به رغم دلسردی و وسوسه، جلوگیری از واکنش مخرب درمقابل تحریک و

² Holmes, Yoon, Voith, Kobulsky & Steigerwald

³ Fitzpatrick, Serivraciat, Wink, Pedapati & Erickson

⁴ Galarneau, Colasante & Malti

⁵ Keatley, Allom & Mullan

⁶ Rachlin

⁷ Adabradotir and Rafenson

⁸ Fries & Hoffman

⁹ Mayer & Salovi

¹⁰ Golman

عملکرد صحیح به رغم فشارهای وارده می باشد. ناتوانی در تنظیم هیجان حاصل از مخالفت های اجتماعی و ترس از اینگونه مخالفت ها گاهی آنقدر شدید است که بر تلاش های فرد برای انجام عمل صحیح چیره می شود (شیپز، کاترین و میرن ۲۰۰۹).^{۱۱}

در سال های اخیر با توجه به شیوع پرخاشگری دوران کودکی و آثار سوء آن بر جنبه های مختلف زندگی (اکبری، رحمتی، ۱۳۹۴)، در سالهای اخیر پژوهشگران برای کاهش پرخاشگری کودکان بی سرپرست و بدسرپرست رویکردهای درمانی متفاوتی را اجرا کرده اند که برای مثال می توان به درمان شناختی رفتاری (استرومنی، لوچمن، کاسینگ و رومرو^{۱۲}، ۲۰۲۰)، بازی درمانی کودک محور (هال^{۱۳}، ۲۰۱۹)، آموزش شایستگی هیجانی (حصارسرخ، طبیبی، اصغری نکاح، باقری، ۱۳۹۰)، درمانی منطقی هیجانی (پورگنابادی، آقامحمدیان شعرباف، اصغری نکاح، ۱۳۹۵)، رفتار درمانی و شناخت درمانی (خزایی، اسدی، محمدی، ۱۳۹۰) اشاره کرد. درمان شناختی رفتاری یکی از پرکاربردترین برای اختلال های روانی است. درمان شناختی- رفتاری است که به مجموعه فنونی گفته می شود که برای درمان طیف وسیعی از حالات روان شناختی مانند افسردگی یا اضطراب و پرخاشگری استفاده می گردد. این درمان مبتنی بر چارچوبی است که فرض می کند افکار، عواطف و رفتارها همه با هم مرتبط هستند و به طور خاص تر، افکار، احساسات و رفتارها را پیش می برد. بنابراین، یک فرض اساسی در درمان شناختی- رفتاری این است که پس از شناسایی و تغییر افکار ناکارآمد فرد، احساسات و رفتارهای ناسازگار فرد نیز تغییر خواهند کرد. فنون رایج در درمان شناختی- رفتاری برای کودکان شامل آموزش روان شناختی، نظارت بر خود، شناسایی احساسات، حل مسئله، مهارت های مقابله ای و برنامه های پاداش است (کرو و مک کی^{۱۴}، ۲۰۱۷). درمان شناختی رفتاری نشان داده است که در آموزش دانش آموزان به منظور مدیریت خشم موثر است. بسیاری از منابع درمان شناختی رفتاری کودکان اغلب متمرکز بر مداخلات و رواندرمانی های فردی است، با این حال بسیاری از متخصصان این رشته با محدودیت های زمانی و نیز تعداد زیاد مراجعین مواجه می باشند. به خاطر همین موضوع، درمانگران در جستجوی روش های درمانی جایگزین و از لحاظ زمانی مقرون به صرفه می باشند تا در مورد کودکان و نوجوانان اعمال نمایند (کریستمر و همکاران^{۱۵}، ۲۰۰۷). فریمن، پرتزر، فلمینگ و سیمون^{۱۶} (۲۰۰۴) پیشنهاد می کنند که درمان شناختی رفتاری گروهی می تواند یک جایگزین طبیعی، و در برخی موارد، یک مداخله تکمیلی بر درمان فردی باشد. شواهد بسیار و فزاینده ای در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی وجود دارد و نتایج مثبتی نیز برای شماری از مشکلات نوجوانان از جمله خشم و پرخاشگری (لارسن و لاچمن^{۱۷}، ۲۰۰۲) وجود دارد.

تحقیقات نشان داده شده درمان شناختی- رفتاری بر کنترل خشم و پرخاشگری موثر بوده است (صداقت، احمدی و مرادیان، ۱۳۹۳) نتایج پژوهشی دیگر نشان داد که درمان شناختی رفتاری گروهی توانسته است باعث کاهش پرخاشگری واکنشی کلامی و رابطه ای در کودکان شود (رجبی، نجفی، رضایی، ۱۳۹۲). تعدادی از مطالعات نشان داده اند که درمان شناختی رفتاری بر کاهش پرخاشگری و افزایش کیفیت زندگی موثر است. دریر، الیوت، فلچر و سوانسون^{۱۸} (۲۰۰۵) در تحقیقات خود نشان داده درمان شناختی رفتاری از جمله مهارت حل مسئله باعث کاهش رفتارهای ضد اجتماعی و پرخاشگری، افزایش کنترل خود، افزایش سطح سلامت روانی و رضایت از زندگی می شود. نتایج پژوهشی حاکی از اثربخشی مداخلات شناختی- رفتاری بر بهبودی این اختلال بوده است (آقایی، عابدی و جمالی پاقعه، ۱۳۹۱). همچنین نتایج پژوهشی نشان می دهد که مداخله های

¹¹ Ships, Katherine & Mirren

¹² Strome, Luchman, Cassing & Romero

¹³ Hall

¹⁴ Crow & McKay

¹⁵ Christner

¹⁶ Freeman, Partzer, Fleming & Simon

¹⁷ Larsen & Lachman

¹⁸ Dreyer, Elliott, Fletcher & Swanson

شناختی- رفتاری بر باورهای خودکنترلی تأثیر دارد و باعث افزایش آن می شود (نیجمی^{۱۹}، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش های متعدد نشان داده اند که استفاده از رویکرد شناختی رفتاری همراه با آموزش توانش های اجتماعی، پیامد مثبت و موثری در مدیریت خشم و در نهایت کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان را در پی داشته است (کندال^{۲۰}، ۱۹۹۴؛ لینچ و سونک^{۲۱}، ۲۰۰۳؛ تانگ^{۲۲}، ۲۰۰۱؛ کلنر، بری و کولتی^{۲۳}، ۲۰۰۲؛ شری و کاملیوس^{۲۴}، ۲۰۱۴؛ صداقت، مرادی و احمدیان، ۱۳۹۳). فریمن، پرتزر، فلمینگ و سیمون (۲۰۰۴) پیشنهاد می کنند که درمان شناختی رفتاری گروهی می تواند یک جایگزین طبیعی، و در برخی موارد، یک مداخله تکمیلی بر درمان فردی باشد. شواهد بسیار و فزاینده ای در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی وجود دارد و نتایج مثبتی نیز برای شماری از مشکلات نوجوانان از جمله خشم و پرخاشگری وجود دارد.

روش پژوهش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه می باشد. **آزمودنی ها:** جامعه آماری شامل کلیه کودکان بی سرپرست و بدسرپرست پسر ۶ تا ۱۲ سال ساکن در مراکز بهزیستی شهر مشهد بود. از میان جامعه آماری مورد اشاره، ۳۰ کودک (در هر گروه ۱۵ نفر) به روش نمونه گیری در دسترس بر مبنای ملاک ورود و خروج انتخاب و سپس به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش می شوند.

ابزار: پرسشنامه پرخاشگری رابطه ای و آشکار شهیم: این پرسشنامه دارای ۲۱ گویه در زمینه پرخاشگری رابطه ای و آشکار با چهار گزینه بندرت (۱ نمره)، یکبار در ماه (۲ نمره)، یکبار در هفته (۳ نمره)، اغلب روزها (۴ نمره) می باشد این پرسشنامه توسط معلم یا والدین تکمیل می شود و پرسش ها طوری تنظیم شده اند که دربرگیرنده درجات متفاوتی از شدت بروز پرخاشگری است و بر اساس میزان بروز رفتار درجه بندی می شوند. این پرسشنامه دارای سه زیر مقیاس پرخاشگری جسمانی (۷ گویه)، پرخاشگری واکنشی کلامی و بیش فعال (۶ گویه) و پرخاشگری رابطه ای (۸ گویه) می باشد. نقطه برش برای تشخیص کودک پرخاشگر در هر زیرمقیاس، یک انحراف معیار بالاتر از میانگین است ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و بسیار مطلوب است. ضریب آلفای کرونباخ برای پرخاشگری رابطه ای، جسمانی و واکنشی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹ و ۰/۸۳ است (شهیم، ۱۳۸۵). پرسشنامه خودکنترلی ویلکاکسون: این مقیاس توسط کندال و ویلکاکسون در سال ۱۹۷۹ در دانشگاه مینه سوتا ساخته شده است و شامل ۳۳ سؤال می باشد که ۱۰ سؤال آن مربوط به خودکنترلی، ۱۳ سؤال آن مربوط به تکانشگری و ۱۰ سؤال آن نیز مربوط به هر دو (تکانشگری و خودکنترلی) می باشد. در عین حال نمره کلی به دست آمده از این مقیاس بیانگر میزان خود کنترلی است. ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۸ و با استفاده از روش باز آزمایی ۸۴٪ محاسبه گردیده است که قابل قبول است. مقیاس ارزیابی خود کنترلی توسط یک ناظر که رفتار کودک را ارزیابی می کند به کار گرفته می شود. همچنین در ایران توسط همتی، به پژوه، غباری، علیزاده، دهشیری و عادل عظیمی (۱۳۸۳) ویرایش و روایی محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی این آزمون نیز توسط همتی با استفاده از روش آلفا بر روی یک نمونهی صد نفری از دانش آموزان شهر تهران ۹۸٪ محاسبه شده است. در این تحقیق نیز پایایی آزمون توسط پژوهشگر محاسبه شده است. آزمون بر روی ۳۰ کودک انجام شد که ضریب پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۹۴٪ به دست آمده است.

¹⁹ Najmi

²⁰ Kendall

²¹ Lynch & Sunk

²² Tang

²³ Kellner, Barry & Colt

²⁴ Sherry & Camellius

روند اجرای پژوهش: بدین صورت که بعد از اخذ مجوزهای لازم، لیست مراکزی که دارای کودکان در این رده سنی بودند از بهزیستی شهر مشهد استخراج شده است. سپس کودکانی که دارای ملاک های ورود به پژوهش شامل شرط سنی ۶ تا ۱۲ سال، مدت اقامت در مرکز حداقل تا ۲ ماه بعد، تمایل به شرکت در پژوهش، عدم وجود کم توانی ذهنی با توجه به پرونده روانشناسی، وجود رفتارهای پرخاشگرانه در کودک (بنابر تأیید روانشناس مرکز و پرونده روانشناسی)، موافقت مدیر مرکز به شرکت کودکان و مربیان در طرح پژوهش بودند؛ به عنوان نمونه انتخاب شدند. ملاکهای خروج نیز شامل عدم همکاری و غیبت بیش از ۳ جلسه بود. اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار شرکت کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع رسانی در صورت درخواست شرکت کنندگان از نتایج همراه با آموزش گروه گواه پس از اتمام جلسات آموزشی گروه آزمایشی بود. روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انتخاب نمونه مورد نظر و گمارش تصادفی آنها در گروههای آزمایش و گواه، توضیحات لازم به مربیان مربوطه داده شد و از آنها درخواست شد که پرسشنامه های پرخاشگری و خود کنترلی (پیش از مون) را تکمیل نمایند. لازم به ذکر است، کودکان از طریق مقیاس پرخاشگری و خودکنترلی کودک غربال شدند تا اطمینان حاصل شود که کودکان با پرخاشگری پایین و خودکنترلی بالا در طرح شرکت ندارند و نتایج مداخلات پژوهش از دقت بالاتری برخوردار باشد. در ادامه برای کودکان گروه آزمایش بسته آموزشی کنترل خشم و پرخاشگری مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری (شاپیرو، ۱۳۹۸) مطابق جدول ۱ در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای به صورت هفته ای دو جلسه اجرا شد. پس از اتمام درمان دوباره پس از مون گرفته شد.

جلسه	عنوان جلسه	شرح اختصاری جلسه
اول	معرفی مبانی اساسی درمان	۱. آشنایی درمانگر با هر یک از اعضا و برقراری رابطه درمانی، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان و توصیفی از روش درمانی ۲. آشنایی کودک با انواع مختلف خشم
دوم	مطلع شدن کودک از خشم خود	۱. نشان دادن خشم و ناراحتی خود بر چهره و بدن ۲. آشنایی کودک با مسایلی که خشم او را برمی انگیزد.
سوم	شیوه های ابراز خشم	۱. شیوه های ابراز مثبت خشم ۲. آشنا کردن کودک با سایر احساسات خود ۳. شناسایی فشارهای کودک و کاهش استرس در زندگی
چهارم	مدیریت خشم خود	۱. کودک درباره احساسات خود صحبت کند ۲. روش های آرام سازی در هنگام عصبانیت. ۳. کنترل احساسات ناراحت کننده و مشکل ساز
پنجم	راه حل های کنترل خشم	۱. خلاق بودن در برخورد با مشکلات ۲. مقابله کردن با سرخوردگی و ناامیدی ناشی از خشم ۳. تعیین کردن تشویق و پاداش
ششم	کنار آمدن با افراد	۱. باید به کودکان یاد داد تا نظرات و دیدگاه های دیگران نیز اهمیت دارد ۲. آموزش به کودک برای عدم استفاده از کلمات آزاردهنده ۳. آشنایی با قوانین و قواعد تاثیرگذار بر کودک

هفتم	رفتارهای لازم بعد از پرخاشگری	۱. پذیرفتن اشتباهات و اصلاح کردن آنها ۲. آموزش به کودکان برای کنترل احساسات خود و برخورد مناسب با دیگران
هشتم	رفتار مناسب با دیگران	۱. آموزش به کودک برای مشارکت با دیگران در کارها ۲. توافق کردن برای کنترل عصبانیت
نهم	تقویت روحیه	۱. داشتن خلق شاد و شوخ طبعی ۲. فراموش کردن و بخشیدن
دهم	جمع بندی	۱. نتیجه گیری و صحبت نهایی با مربیان ۲. رایحه پرسشنامه (پس آزمون)

یافته:

به منظور تجزیه تحلیل داده‌ها، از شاخص‌های آمار توصیفی و برای بررسی و تحلیل فرضیه‌های پژوهش از آمار استنباطی استفاده شد و از آنجا که نمونه‌ها به صورت تصادفی در گروه‌ها جایگزین می‌شوند و مقیاس اندازه گیری متغیرها فاصله‌ای می‌باشد، از آزمون‌های پارامتریک بهره گرفته شد. از بین آزمون‌های پارامتریک، از تحلیل کوواریانس چند متغیره^{۲۵} استفاده شد. همچنین جهت سنجش توزیع نرمال ویژگی‌های اعضا در گروه‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف^{۲۶} استفاده شد. تمامی مراحل تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS۲۱ صورت گرفت.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره های پیش آزمون و پس آزمون پرخاشگری و خودکنترلی در گروه آزمایشی و گوا

متغیر	گروه	تعداد	آزمایشی		کنترل	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پرخاشگری	پیش آزمون	۱۵	۷۵/۹۳	۱/۶۷	۵۸/۴۷	۲/۳۳
	پس آزمون	۱۵	۴۱/۹۳	۵/۸۶	۵۵/۷۳	۶۸/۶
خودکنترلی	پیش آزمون	۱۵	۱۳۷	۱۰/۰	۱۶۳/۸۷	۳/۳۶
	پس آزمون	۱۵	۱۶۱/۷۳	۴/۵۶	۱۶۷/۴۰	۱۲/۵۵

با توجه به نمرات بدست آمده در جدول میانگین نمرات کل مقیاس پرخاشگری کاهش یافته است و نمرات کل مقیاس خودکنترلی افزایش یافته است.

²⁵ Multivariate

²⁶ Kolmogorov-Smirnov test

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر پرخاشگری و خود کنترلی کودکان ۱۲ تا ۱۶ ساله تحت سرپرستی سازمان بهزیستی مشهد

جدول ۲: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک‌متغیره بروی میانگین نمره های پرخاشگری پس‌آزمون گروه‌ها آزمایشی و گواه

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری	میزان تاثیر	توان آزمون
پیش آزمون	۱۳۸/۰۱	۱	۱۳۸/۰۱	۳/۸۵	۰/۰۶	۰/۱۲	۰/۴۷
عضویت گروهی	۱۲۸۵/۸۳	۱	۱۲۸۵/۸۳	۳۵/۸۷	۰/۰۰	۰/۵۷	۱
خطا	۹۵۷/۸۵	۲۷	۳۵/۸۵				
کل	۲۵۳۴/۱۷	۲۹					

بین میزان پرخاشگری آزمودنی‌ها دو گروه‌ها آزمایشی و گواه ($F=۳۵/۸۷$, $P=۰/۰۰۱$) تفاوت معنا داری وجود دارد. با اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر رد و فرض خلاف تأیید می‌شود و نتیجه می‌گیریم که درمان شناختی رفتاری در کاهش پرخاشگری کودکان ۱۲ تا ۱۶ ساله تحت سرپرستی بهزیستی تأثیر دارد.

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک‌متغیره بروی میانگین نمره‌های خود کنترلی پس‌آزمون گروه‌ها آزمایشی و گواه

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری	میزان تاثیر	توان آزمون
پیش آزمون	۵۷/۹۲	۱	۵۷/۹۲	۰/۴۴	۰/۵۱	۰/۰۲	۰/۱۰
عضویت گروهی	۴۰۷۰/۴۷	۱	۴۰۷۰/۴۷	۳۰/۹۸	۰/۰۰	۰/۵۳	۱
خطا	۳۵۴۷/۶۸	۲۷	۱۳۱/۴۰				
کل	۷۷۱۲/۳۰	۲۹					

بین میزان خود کنترلی آزمودنی‌ها دو گروه‌ها آزمایشی و گواه ($F=۳۰/۹۸$, $P=۰/۰۰۱$) تفاوت معنا داری وجود دارد. با اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر رد و فرض خلاف تأیید می‌شود و نتیجه می‌گیریم که درمان شناختی رفتاری در خود کنترلی کودکان ۱۲ تا ۱۶ ساله تحت سرپرستی بهزیستی تأثیر دارد. نتایج حاصله نشان می‌دهد مداخله شناختی رفتاری بر کاهش پرخاشگری و افزایش خود کنترلی کودکان ۱۲ تا ۱۶ ساله تحت سرپرستی بهزیستی در مرحله پس‌آزمون موثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری:

هدف از انجام پژوهش بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر پرخاشگری و خود کنترلی کودکان ۱۲ تا ۱۶ سال تحت سرپرستی بهزیستی است یافته‌های این بررسی نشان داد که درمان شناختی رفتاری موجب کاهش پرخاشگری و خودکنترلی در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های توردو و همکاران (۲۰۱۸)، چو (۲۰۱۶)، فنگ اویی و همکاران (۲۰۱۴)، کاراتاس (۲۰۰۹)، محمدی (۱۳۹۶)، ابوالقاسمی و نریمانی (۱۳۹۵)، خلج مؤذن (۱۳۹۷)، نجفی و سرپولکی (۱۳۹۵) و آب نیکی و همکاران (۱۳۹۴) که تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش پرخاشگری و افزایش خودکنترلی را گزارش کرده اند، همسو می‌باشد.

در تبیین این پژوهش می توان گفت که در این پژوهش بحث در مورد پرخاشگری و ارائه تکنیک هایی خودکنترلی و آموزش حل مسئله که موجب کاهش پرخاشگری کودکان می شود. آموزش روش آرام سازی، ارایه الگوهای شخصی تجربه خشم و راهبردهایی برای حل مسئله از مجموعه مباحث درمهارت کنترل خشم و پرخاشگری می تواند کودکان را نسبت به کنترل و پیشگیری از موقعیت های پرخاشگرانه، آگاه و در صورت قرار گرفتن در چنین موقعیت هایی آنها را مصون نگه دارد به طوری که کمترین ضرر را برایشان داشته باشد. اغلب کودکانی که در زمینه چگونگی کنترل خشم و همچنین موقعیت هایی که پرخاشگری را در آنها ایجاد و یا تشدید می کند، اطلاع بسیار کمی دارند که آگاه سازی در زمینه ی الگوهای خشم و پرخاشگری، موقعیت های پرخاشگری و علل بوجود آمدن آن، می تواند بسیار مفید باشد که در طی این درمان افراد به این آگاهی رسیدند. از دیدگاه شناختی افراد خشمگین و پرخاشگر در هر یک از مراحل پردازش اطلاعات اجتماعی مشکل دارند. این افراد معمولاً دارای اسناد کینه توزانه بوده و از مهارت های سازگارانه حل مسئله برخوردار نیستند و هنگامی که از نظر فیزیولوژیکی برانگیخته می شوند، به صورت تکانشی عمل میکنند. این دسته از افراد، از طریق شرکت در برنامه های آموزش مدیریت خشم، میتوانند ضمن بازسازی شناختی، مهارت های مورد نیاز را فراگیرند و با گسترش دامنه ی رفتارهای خود (مانند شیوه های برخورد متفاوت با مسئله، حل کردن مشکل بدون توسل به خشم) موقعیت های گوناگون واکنش های سازگارانه نشان دهند.

در درمان شناختی-رفتاری سعی بر این است که افکار ناکارآمد برانگیزاننده پرخاشگری شناسایی می شود، فرد نسبت به نقش این افکار در پرخاشگری خود بینش می یابد و با مشارکت او سعی کند افکار صحیح تری جایگزین آنها شود. با کاهش علائم، پرخاشگری این افراد که از آنها متأثر است بهبود پیدا کرده و شاهد افزایش و بهبود تعاملات اجتماعی، وضعیت خلقی و در کل کاهش پرخاشگی و افزایش خودکنترلی هستیم.

محدودیت ها و مشکلات تحقیق

۱. نتایج پژوهش حاضر قابل تعمیم به کودکان پسر ۶ تا ۱۲ ساله تحت سرپرستی بهزیستی بوده است و برای گروه های دیگر قابل تعمیم نیست.
۲. نگرش مربیان به آزمون های مورد استفاده، میزان همکاری آنها با پژوهشگر و میزان صداقت و علاقه آن ها در به کارگیری شیوه های درمانی و پاسخگویی به سؤالات آزمون ها از مواردی است که تقریباً از اراده و کنترل پژوهشگر خارج است و می تواند نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد

پیشنهادهای پژوهش:

۱. از آنجایی که نتایج نشان داد مهارت های درمان شناختی-رفتاری موجب کاهش پرخاشگری کودکان بهزیستی می شود بنابراین پیشنهاد می شود کارگاه های آموزشی و دوره های ضمن خدمت برای دستاوردکاران تعلیم و تربیت در مراکز بهزیستی به منظور آشنایی با اهمیت این متغیرها و آموزش آنها با استفاده از راهبردها و مدلها مناسب به کودکان برگزار شود.
۲. پیشنهاد میشود که انجام پژوهش با حجم نمونه بزرگتر و محدوده جغرافیایی وسیعتر انجام گیرد تا ادبیات متراکم و منسجمی درخصوص نحوه به کارگیری متغیرهای ذکر شده فراهم آید.
۳. پیشنهاد می گردد که در پژوهش های آینده این پژوهش بر روی هر دو جنس انجام گیرد و تأثیر این مداخله بر روی هر دو جنس به صورت مقایسه ای مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- [۱] آب نیکی، الهام، ابوالقاسمی، عباس، عباسی، معصومه، معزز، رقیه، جلالی، راضیه (۱۳۹۴). اثربخشی مداخله گروهی شناختی رفتاری مدیریت استرس بر افزایش سرسختی و خودکنترلی زنان افسرده. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۱۹(۵)، ۱۰۰-۱۱۷.
- [۲] آقایی، الهام، عابدی، احمد، جمالی پاقله، سمیه (۱۳۹۱). فراتحلیل اثربخشی مداخلات شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب امتحان در ایران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۸(۱)، ۱۲-۳.
- [۳] احمدیان حسینی، نیلوفر (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش نظریه انتخاب به مراقبان خانه های کودک، بر بهبود رابطه مراقب - کودک و پرخاشگری کودکان بی سرپرست و بدسرپرست. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- [۴] اکبری، بهمن، رحمتی، فهیمه (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر پرخاشگری کودکان پیش دبستان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی فصلنامه تحول روانشناختی کودک، ۱(۳)، ۱۰۱-۱۱۰.
- [۵] پورگنابادی، حمیده، آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا، اصغری نکاح، محسن (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه درمانی منطقی هیجانی (RET) در مدیریت خشم کودکان بی سرپرست و بدسرپرست. چهارمین همایش بین المللی روان پزشکی کودک و نوجوان، مشهد: دانشگاه فردوسی مشهد.
- [۶] حصار سرخی، ربابه، اصغری نکاح، سید محسن، لعل زاده کندکلی، انسیه و پروانه، الهام (۱۳۹۵). مقایسه پرخاشگری و دانش هیجانی کودکان پسر بی سرپرست و بدسرپرست با کودکان عادی. فصل نامه سلامت روانی کودک ۳(۲)، ۸۵-۷۷.
- [۷] حصار سرخی، ربابه، طیبی، زهرا، اصغری نکاح، سید محسن، باقری، نادر (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش شایستگی هیجانی بر افزایش دانش هیجانی، تنظیم هیجانی و کاهش پرخاشگری کودکان بی سرپرست و بدسرپرست. روانشناسی بالینی، ۸(۳)، ۴۸-۳۷.
- [۸] حمید، نجمه. (۱۳۹۶). روانشناسی مرضی کودک براساس DSM-5. تهران: انتشارات ارجمند.
- [۹] خدادادی، طلوع (۱۳۹۲). ررسی اثربخشی برنامه آموزش TAME بر کاهش پرخاشگری و بهبود نظم جویی شناختی هیجان در نوجوانان پسر بی سرپرست و بدسرپرست. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- [۱۰] خزایی، حبیب اله؛ اسدی، ماندانا، محمدی، هیوا (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی دو روش رفتار درمانی « تقویت و پاداش » و روش شناخت درمانی «اليس» بر میزان پرخاشگری کودکان بی سرپرست. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۵(۶)، ۴۱۵-۴۰۸.
- [۱۱] خلیج مؤذن، سجاد (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان با نافرمانی مقابله ای. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- [۱۲] رجبی، زهرا، نجفی، محمود، رضایی، علی محمد (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش پرخاشگری. مجله مطالعات روانشناسی بالینی، ۳(۱۰)، ۵۵-۷۱.
- [۱۳] شهیم، سیما (۱۳۸۶). پرخاشگری آشکار و رابطه ای در کودکان دبستانی، پژوهش های روان شناختی، ۹(۱۷)، ۴۴-۲۷.
- [۱۴] صباغ زاده، زینب (۱۳۹۰). بررسی تأثیر آموزش همدلی بر کاهش پرخاشگری در پسران بی سرپرست. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- [۱۵] صداقت، سمیره، مرادی، امید، احمدیان، حمزه (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری کنترل خشم بر پرخاشگری دانش آموزان دختر پرخاشگر. فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۲۴(۴)، ۲۲۰-۲۱۵.
- [۱۶] صفری، دهخوارقانی (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی شیوه کنترل تکانه پرکینسون و آموزش خودکنترلی بر کاهش تکانشوری نوجوانان دختر شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی.

- [۱۷] طاهر، محبوبه؛ ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد. (۱۳۹۵). اثر بخشی آموزش همدلی و آموزش مدیریت خشم مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر سازگاری دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی ای مقابله‌ی روان شناسی، ۵(۱)، ۴۷-۲۶.
- [۱۸] گلمن، دانیل (۱۹۹۵). : خودآگاهی هیجانی، خویشنداری، همدلی و یاری به دیگران. ترجمه نسرین پارسا (۱۳۹۷). تهران: انتشارات رشد.
- [۱۹] محمدی، مرجان(۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مهارت‌های درمان شناختی-رفتاری بر پرخاشگری و سلامت عمومی دانش آموزان پسر. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی.
- [۲۰] یکه زارع، مریم. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر آموزش مهارت هوش هیجانی بر مهارت های اجتماعی و پرخاشگری دختران بی سرپرست ۱۸-۱۲ ساله مراکز نگهداری شبانه روزی بهزیستی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- [21] Adalabajarnardotir, S. and Rafnsson. F. D.(2002) Adolescent antisocial Addictive Behaviors. behavior and substance use: longitudinal analysis. 27, 227-240.
- [22] Choo, A. (2016). dapting Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents with Complex Symptoms of Neurodevelopmental Disorders and Conduct Disorders. Journal of Psychological Abnormalities. 3:124.
- [23] Christner, W. R., Stewart, J. L., Freeman, A. (2007). Handbook of Cognitive-Behavior Group Therapy with Children and Adolescents, New York, Routledge.Crowe K, McKay D. Efficacy of cognitivebehavioral therapy for childhood anxiety and depression. J Anxiety Disord 2017; 49:76-87.
- [24] Dreer, L.E. Elliott, T.R. Fletcher, D.C. and Swanson, M. (2005). Social problem solving. abilities and psychological adjustment of person in low vision rehabilitation. Journal of Rehabilitation Psychology, 50, 232-238.
- [25] Feindler, E. L., & Ecton, R. B. (1986). Adolescent anger control: Cognitive behavioral techniques. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- [26] Freeman, A., Pretzer, J., Fleming B., & Simon, K. M. (2004). Clinical applications of cognitive therapy. New York: Plenum.
- [27] Frieze, M., Hofmann, W. (2009). Control me or I will control you: Impulses, trait self-control, and the 9. guidance of behavior. Journal of Research in Personality, 43, pp. 795–805.
- [28] Hall, J.G. (2019). Child-centered play therapy as a means of healing children exposed to domestic violence. International Journal of Play Therapy, 28(2), 98–106.
- [29] Holmes, M.R., Yoon, S., Voith, L.A., Kobulsky, J. M & Steigerwald, S. (2015). Resilience in Physically Abused Children: Protective Factors for Aggression. Behavioral Sciences, 5(2), 176-189
- [30] .Karatas, Zeynep; Gokçakan, Zafer. (2009). A Comparative Investigation of the Effects of CognitiveBehavioral Group Practices and Psychodrama on Adolescent Aggression. Kuram ve Uygulamada Egitim Bilimleri, 9(3), 1441-1452.
- [31] Kaur, R., Vinnakota, A., Panigrahi, S & Manasa, R. V. (2018). A Descriptive study on behavioral and emotional problems in orphans and other vulnerable children staying in institutional homes. Indian Journal of Psychological Medicine, 40(2), 161-168.
- [32] Keatley, D. A., Allom, V., & Mullan, B. (2017). The Effects of Implicit and Explicit Self - Control on Self-Reported Aggression. Pers Individ Dif, 107(1), 154-158.
- [33] Larson, J., & Lochman, J. E. (2002). Helping schoolchildren cope with anger: A cognitive behavioral intervention. New York: Guilford.
- [34] Mayer, J. D., Salovey, P. (2003). Measuring emotional with the MSCEIT V.2.0. Emotion, 3, pp. 97-105
- [35] Rachline, H. (1995). Self control: beyond commitment. Behavior and Brain Sciences, 18, 1, 109-159.

- [36] Ooi, Yoon Phaik, Ang, Rebecca, Fung, Daniel, Wong, Geraldine, Cai, Yiming. (2014). Effects of CBT on children with disruptive behaviour disorders: findings from a Singapore study. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 8 (2), 71-81.
- [37] Tudor, M.E. Email Author, Ibrahim, K., Bertschinger, E., Piasecka, J., Sukhodolsky, D.G. (2016). Cognitive-Behavioral Therapy for a 9-Year-Old Girl with Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Clinical Case Studies*, 15(6), 459-475.
- [38] Sheppes, G., Catran, E., & Meiran, N. (2009). Reappraisal (but not distraction) is going to make you sweat: Physiological evidence for self-control effort. *International Journal of Psychophysiology*, 71, pp. 91-96.