

مقایسه اثربخشی دو روش رفتار درمانی " تقویت و پاداش " و روش شناخت درمانی " ایس " بر میزان پرخاشگری کودکان بی سرپرست حبیب اله خزایی^۱؛ ماندانا اسدی^۲؛ هیوا محمدی^{۱*}

چکیده

زمینه: کنترل و اداره خشم به روشی مثبت و بی ضرر بسیار مهم است. این پژوهش به منظور مقایسه تأثیر دو روش رفتار درمانی " تقویت و پاداش " و شناخت درمانی " ایس " بر میزان پرخاشگری کودکان بی سرپرست ۱۸-۱۰ ساله سازمان بهزیستی شهر کرمانشاه انجام پذیرفت.

روش‌ها: از بین ۸۹ نفر از کودکان ۱۸-۱۰ ساله ساکن در ۶ مرکز شبانه‌روزی نگهداری از کودکان بی سرپرست سازمان بهزیستی، ۵۷ نفر (۳۱ پسر و ۲۶ دختر) بعد از تکمیل پرسشنامه پرخاشگری (AGQ) به‌عنوان افراد پرخاشگر تشخیص داده شده و وارد مطالعه شدند. سپس هرکدام از مراکز نگهداری به روش تصادفی در یکی از گروه‌های " تقویت و پاداش "، " ایس " و کنترل قرار گرفتند. پس از آن بر روی هر کدام از گروه‌ها روش موردنظر به مدت ۱۰ جلسه ۲ ساعته اجرا شد. گروه کنترل در این مدت هیچ تقویت یا روشی را دریافت نکردند. سپس پرسشنامه پرخاشگری (AGQ) دوباره اجرا و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های تی و آنالیز واریانس یک‌طرفه تحلیل شد.

یافته‌ها: نمره پرخاشگری گروه تقویت و پاداش در پس‌آزمون به‌طور معنادار کم‌تر از پیش‌آزمون بود ($P=0/011$). تفاوت معنادار آماری بین میانگین نمره پرخاشگری گروه " ایس " قبل و بعد از اعمال روش مشاهده نشد ($P=0/258$). نتایج آنالیز واریانس، تفاوت معناداری بین سه گروه مورد مطالعه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان نداد ($P=0/691$).

نتیجه‌گیری: دو روش رفتار درمانی تقویت و پاداش و شناخت درمانی ایس در مقایسه با گروه کنترل، تأثیر معناداری بر کاهش پرخاشگری کودکان بی سرپرست ساکن در مراکز نگهداری شبانه‌روزی ندارد. احتمالاً شرایط خاص زندگی این کودکان باعث می‌شود که برنامه‌های کوتاه‌مدت درمانی مؤثر واقع نشود.

کلیدواژه‌ها: پرخاشگری، روش تقویت، روش ایس

«دریافت: ۱۳۸۹/۱۱/۱۱ پذیرش: ۱۳۹۰/۴/۱۴»

۱. مرکز تحقیقات اختلالات خواب، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۲. اداره آموزش و پرورش، کرمانشاه

* عهده‌دار مکاتبات: بلوار شهید بهشتی، ساختمان شماره ۲ دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، معاونت تحقیقات و فناوری

Email: hiwa.mohamadi@gmail.com

مقدمه

(۲). گزارش شده است که پرخاشگری دوران کودکی عامل پیش‌بینی‌کننده بزهکاری، افسردگی، افت تحصیلی و سوء مصرف مواد در سنین بالاتر است (۳). پژوهش‌ها نشان داده است که کودکان پرخاشگر در مدیریت خشم و درک دیدگاه‌های طرف مقابل ضعیف هستند (۴). این کودکان در مقایسه با همسالان غیرپرخاشگر خود، پاسخ‌های نامناسب‌تر و پرخاشگرانه‌تری نسبت به مسایل

پرخاشگری به هرگونه رفتاری اطلاق می‌شود که به قصد آسیب رساندن به دیگران از یک فرد سر می‌زند (۱). پرخاشگری ممکن است به شیوه‌های متفاوتی خود را نشان دهد. خصومت، معرف جنبه شناختی پرخاشگری و خشم، نشان‌دهنده جنبه هیجانی آن است. جنبه رفتاری پرخاشگری نیز به شکل کلامی و جسمانی بروز می‌کند

را کاهش می‌دهد (۱۵). همان‌گونه که مشاهده می‌شود به‌طور کلی تأثیر عمده روش‌های درمانی رفتاری و شناختی بر میزان پرخاشگری کودکان و نوجوانان، مثبت گزارش شده است. با این وجود مطالعه‌ای یافت نشد که تأثیر روش شناخت درمانی الیس را بر میزان پرخاشگری کودکان بررسی کرده باشد. همچنین در مطالعات مختلف، تأثیر دو روش رفتار درمانی و شناخت درمانی الیس مقایسه نشده است. از طرفی با توجه به شیوع بالاتر پرخاشگری در کودکان ساکن در مراکز نگهداری سازمان بهزیستی، لزوم توجه ویژه به این گروه از کودکان و اختلال پرخاشگری در این محیط خاص بیش از پیش روشن می‌شود. لذا بر آن شدیم که در این مطالعه تأثیر دو روش شناخت درمانی الیس و رفتاردرمانی تقویت و پاداش را بر میزان پرخاشگری کودکان پرخاشگر ۱۸-۱۰ ساله ساکن در مراکز نگهداری از کودکان بی‌سرپرست سازمان بهزیستی شهر کرمانشاه مقایسه کنیم.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر روش شناخت درمانی الیس و روش رفتاردرمانی تقویت و پاداش بر کاهش پرخاشگری در کودکان ۱۸-۱۰ ساله ساکن در مراکز نگهداری شبانه‌روزی وابسته به بهزیستی کرمانشاه در سال ۱۳۸۶ انجام شد. مطالعه به‌صورت نیمه‌آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل طراحی شد. بر اساس آمار دریافت‌شده از سازمان بهزیستی استان کرمانشاه، جامعه آماری مورد مطالعه پژوهش ۸۹ نفر بودند. از این تعداد ۵۰ نفر پسر و ۳۹ نفر دختر بودند. همه ۸۹ نفر در شش مرکز نگهداری از کودکان بی‌سرپرست در سطح شهر کرمانشاه زندگی می‌کردند. بعد از دریافت آمار جامعه و اخذ مجوزهای لازم از سازمان بهزیستی، به این مراکز مراجعه شد. قبل از اجرای پیش‌آزمون، محقق طی یک جلسه گفتگو و آشنایی با مربیان و مسئولین هر مرکز به آن‌ها آگاهی‌ها و آموزش‌های لازم را در مورد اهداف پژوهش، نوع

اجتماعی بروز می‌دهند و برای حل مسایل، راه‌حل‌های بسیار پرخاشگرانه‌تری را انتخاب می‌کنند (۵).

نتایج مطالعات مختلف داخلی و خارجی، شیوع پرخاشگری در کودکان را متفاوت و از ۲۰-۸ درصد گزارش کرده‌اند (۶ و ۷). مطالعه‌ای در کرمانشاه نشان داده است که شیوع پرخاشگری در بین کودکان پسر ۷-۱۱ سال ساکن در مراکز نگهداری بهزیستی به‌طور معنادار بیشتر از گروه همسالان ساکن در خانواده است (۸).

با توجه به شیوع پرخاشگری دوران کودکی و آثار سوء آن بر جنبه‌های مختلف زندگی، توجه ویژه‌ای به درمان آن می‌شود و مطالعات گوناگونی روی جنبه‌های مختلف درمان این اختلال انجام شده است. این مطالعات طیفی از روش‌های دارودرمانی (۹)، رفتاردرمانی و شناخت درمانی یا ترکیبی از روش‌های مختلف را در بر می‌گیرد. نتایج پژوهشی در اصفهان نشان داد که آموزش گروهی مهارت‌های شیوه عقلانی- رفتاری- عاطفی، پرخاشگری دانش‌آموزان پسر دبیرستان شهر اصفهان را به‌طور معنادار کاهش داده است (۱۰). نتایج پژوهش دیگری نشان می‌دهد که آموزش راهبرد خودگردانی به‌طور معناداری در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه مؤثر بوده است (۱۱). مطالعه دیگری نشان داده است که آموزش مهارت‌های حل مسأله در کاهش پرخاشگری دختران دانش‌آموز مؤثر است (۱۲). نتایج مطالعه دیگری نشان داد که درمان گروهی ابراز وجود در کاهش پرخاشگری و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان مؤثر است (۱۳). پژوهشی میزان تأثیر گروه درمانی به دو روش "شناختی-رفتاری" در کنترل پرخاشگری پسران دارای پدر رزمنده مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را مقایسه کرد. نتایج این مطالعه نشان داد که هر دو روش «عقلانی-هیجانی-رفتاری» و «آرام‌سازی» در کاستن شدت پرخاشگری این کودکان مؤثر است (۱۴). مطالعه دیگری نشان می‌دهد که آموزش هوش هیجانی به‌طور معنادار، میزان پرخاشگری دانش‌آموزان سال اول دبیرستان

جهت راحت‌تر شدن کار و پرهیز از تأثیرپذیری نمونه‌ها از همدیگر، تمام نمونه‌های هر مرکز تنها در یک گروه قرار گرفتند. بر این اساس روش گروه‌بندی نمونه‌ها به این ترتیب بود که ۶ مرکز مورد مطالعه بر اساس دخترانه یا پسرانه بودن و به‌طور تصادفی در یکی از ۳ گروه رفتاردرمانی تقویت و پاداش، شناخت درمانی الیس و گروه کنترل قرار گرفتند و به این ترتیب در هر گروه، ۲ مرکز قرار گرفت. به این ترتیب در گروه رفتاردرمانی ۲۱ نفر (۱۶ پسر و ۵ دختر)، در گروه شناخت درمانی الیس ۱۹ نفر (۱۱ پسر و ۸ دختر) و در گروه کنترل ۱۷ نفر (۴ پسر و ۱۳ دختر) شرکت کردند.

بر اساس مشورت با کادر اجرایی مراکز، گروه تحقیق تصمیم گرفت که از پول به‌عنوان پاداش در گروه رفتاردرمانی تقویت و پاداش استفاده شود. بر این اساس به افراد گروه اول طی یک جلسه توضیح داده شد که در قبال هر بار انجام رفتار غیرپرخاشگرانه مبلغی پول به‌عنوان پاداش دریافت خواهند کرد. به این ترتیب از شروع برنامه مداخله به‌مدت ۱۰ هفته در قبال رفتار غیرپرخاشگرانه به کودکان گروه اول پول پرداخت می‌شد. پس از مشورت با کادر مراکز، هفته‌ای یک‌بار مبلغ ۲۰۰۰ تومان به هر آزمودنی که شرایط دریافت تقویت را پیدا می‌کرد پاداش داده می‌شد. شیوه کار به این صورت بود که به ۴-۳ مربی که به‌صورت شیفت در هر مرکز کار می‌کردند آموزش‌های لازم داده شد. این مربیان بر اساس آموزش‌های دریافتی، جدول هفتگی ثبت رفتارهای پرخاشگری را برای آزمودنی فراهم می‌کردند. در این جدول، روزهای هفته در ستون افقی بالای جدول و اسامی افراد در ستون عمودی قرار می‌گرفت. رفتار پرخاشگرانه بچه‌ها در این جدول توسط مربیان، روزانه یادداشت می‌شد. سپس در پایان هفته رفتارهای پرخاشگرانه با تأیید محقق شمرده می‌شد. با توجه به سیر نزولی رفتارهای پرخاشگرانه هر هفته نسبت به هفته گذشته و با تأیید محقق و روانشناس، آزمودنی‌ها مشمول دریافت پول می‌شدند. این رفتارها از طیف رفتارهای

همکاری با محقق و ثبت رفتار پرخاشگرانه آزمودنی‌ها رایج کرد. جهت تعیین پرخاشگر بودن یا نبودن افراد، همه ۸۹ نفر به پرسشنامه AGQ پاسخ دادند. در این پژوهش برای اندازه‌گیری میزان پرخاشگری شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از پرسشنامه پرخاشگری AGQ استفاده شده است. این پرسشنامه توسط نجاریان و همکاران (۱۳۷۵) برای کودکان (۱۰) و توسط اللهیاری برای دوره نوجوانی (۱۶) در ایران هنجاریابی شده است. اعتبار این پرسشنامه توسط نجاریان در سال ۱۳۷۵ محاسبه و ۸۵ درصد گزارش شده است. پرسشنامه پرخاشگری دارای ۳۰ سؤال است. از این تعداد چهارده سؤال معیارخشم، هشت سؤال تهاجم و هشت سؤال عامل کینه‌توزی را می‌سنجد. هر سؤال پرسشنامه دارای گزینه «هرگز»، «به‌ندرت»، «گاهی اوقات» و «همیشه» است و به‌ترتیب وزن ۰، ۱، ۲ و ۳ برای آن‌ها در نظر گرفته شده است. سؤال ۱۸ پرسشنامه دارای بار منفی است و به‌صورت برعکس نمره‌گذاری می‌شود. هرچه نمره فرد در این آزمون بیشتر باشد میزان پرخاشگری او بیشتر است.

قبل از پاسخ‌گویی به پرسشنامه، توضیحاتی در مورد اهداف پژوهش به افراد داده شد. جهت محفوظ ماندن هویت افراد، پرسشنامه‌ها کدگذاری شدند و داده‌ها برای دیگران تنها با کد مربوطه قابل شناسایی بود. همچنین اگر در حین تکمیل پرسشنامه‌ها برای افراد، ابهام یا سؤالی پیش می‌آمد توسط پژوهشگر رفع می‌شد. بر اساس پرسشنامه AGQ اگر نمره پرخاشگری فرد در این پرسشنامه، ۴۵ به بالا باشد جزء افراد پرخاشگر محسوب می‌شود. بر همین اساس از میان کل ۸۹ نفر جامعه مورد پژوهش، تعداد ۶۶ نفر در پرسشنامه AGQ نمره بالای ۴۵ کسب کرده و جزء افراد پرخاشگر تشخیص داده شدند. از این تعداد ۳۹ نفر پسر و ۲۷ نفر دختر بودند. از تعداد ۶۶ نفر نیز، ۹ نفر از ۴ مرکز به‌دلایلی چون سربازی، اشتغال و ازدواج در طول اجرای برنامه درمان از مطالعه خارج شدند و در نهایت، مطالعه روی ۵۷ نفر انجام شد.

جلسه آینده به‌طور کاملاً روشن تعیین می‌شد. طی این ۱۰ هفته به آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی ارائه نشد ولی جهت جلوگیری از مسایل اخلاقی، برنامه مداخله بر اساس نتایج پژوهش برای بعد از پایان مطالعه طراحی شد. پس از پایان مراحل اجرای مداخله، مجدداً پرسشنامه AGQ به روی آزمودنی‌های سه گروه اجرا شد. داده‌ها بعد از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS15 تحلیل شد. برای مقایسه نتایج قبل و بعد از اعمال روش‌ها در هر گروه از آزمون t زوجی و در صورت لزوم از آزمون ناپارامتریک ویلکاکسون استفاده شد. برای مقایسه‌های دو گروه از آزمون t مستقل و برای مقایسه متغیرهای کمی در سه گروه از آزمون ANOVA استفاده شد.

یافته‌ها

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه تأثیر روش شناخت درمانی الیس و روش رفتاردرمانی تقویت و پاداش بر کاهش پرخاشگری کودکان ۱۸-۱۰ ساله ساکن در مراکز نگهداری شبانه‌روزی وابسته به بهزیستی کرمانشاه بود. براساس پرسشنامه پرخاشگری AGQ از میان ۸۹ نفر جامعه مورد پژوهش، ۶۶ نفر پرخاشگر تشخیص داده شده و وارد مطالعه شدند. این تعداد بیانگر شیوع ۷۴ درصدی پرخاشگری در بین این کودکان است. از این تعداد، ۹ نفر بنا به دلایل مختلف از مطالعه خارج و در نهایت، پژوهش با ۵۷ نمونه به سرانجام رسید. از این تعداد نیز بر اساس روش تصادفی گروه‌بندی، ۲۱ نفر (۱۶ پسر و ۵ دختر) در گروه رفتار درمانی، ۱۹ نفر (۱۱ پسر و ۸ دختر) در گروه شناخت درمانی الیس و ۱۷ نفر (۴ پسر و ۱۳ دختر) در گروه کنترل قرار گرفتند.

نتایج حاصل از مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه نشان می‌دهد که میزان پرخاشگری در پس‌آزمون تنها در گروه تقویت و پاداش نسبت به پیش‌آزمون به‌طور معنادار کاهش یافته است ($P=0/011$) (جدول ۱). در گروه شناخت درمانی الیس، میزان

قابل مشاهده مثل بد و بیراه گفتن و داد و فریاد و قشقرق تا درگیری فیزیکی با افراد و اشیاء را شامل می‌شد. معیار انتخاب رفتار غیرپرخاشگرانه در واقع رفتار مغایر با رفتار پرخاشگرانه و کاهش رفتار پرخاشگری بود. اگر مجموع رفتارهای پرخاشگرانه آن‌ها در طول ۴ هفته اول حداکثر ۳ بار می‌شد مورد تقویت قرار می‌گرفتند. در طول ۳ هفته دوم اگر حداکثر ۱ بار رفتار پرخاشگرانه داشتند مورد تقویت قرار می‌گرفتند. در طول ۳ هفته آخر می‌بایست آزمودنی‌ها هیچ‌گونه رفتار پرخاشگرانه‌ای بروز نمی‌دادند تا تقویت شوند.

در گروه دوم، آموزش گام‌به‌گام برنامه «چگونه با خشم و بدون آن از زندگی لذت ببریم» تألیف آلبرت الیس (۱۷ و ۱۸) توسط دو روانشناس آموزش‌دیده طی ده هفته و هر هفته یک جلسه ۲ ساعته انجام شد. آموزش‌ها به‌صورت گروهی و برای هر مرکز به‌طور جداگانه اجرا شد. روش الیس طی مراحل پنج‌گانه اجرا شد. در مرحله اول، آموزش‌دهنده از راه ترغیب کلامی سعی در متقاعد کردن مددجو نسبت به اصول فلسفی درمان منطقی-عاطفی می‌کرد. در مرحله دوم، شناسایی اندیشه‌ها و الگوهای غیرمنطقی مددجو با کمک بازخورد فراهم‌شده از سوی درمانگر اجرا می‌شد. در مرحله سوم، مددجو اندیشه‌ها و الگوهای غیرمنطقی مبارزه و یک تفسیر منطقی از رویدادهای ناراحت‌کننده ارائه می‌داد. در مرحله بعد مرور شناختی مسایل با هدف جانشین کردن تفسیرهای غیرمنطقی با به خودگفتن‌های منطقی انجام می‌شد. در مرحله آخر نیز آموزش‌دهنده برای ایجاد واکنش‌های منطقی و قرار دادن آن‌ها به جای فرض‌های غیرمنطقی و دردسرزای قبلی، تکالیف رفتاری به مددجو می‌داد. روند کار جلسات آموزشی الیس به این صورت بود که در هر جلسه ابتدا خلاصه‌ای از بحث جلسات قبل به کمک اعضای گروه بیان می‌شد. سپس مباحث جدید توسط روانشناسان آموزش‌دیده ارائه می‌گردید. در آخر جلسه، آزمودنی‌ها خلاصه آن جلسه و آنچه را که آموخته بودند را یک‌به‌یک بیان کرده و در آخر تکلیف

جدول ۱- مقایسه میانگین نمره پرخاشگری در سه گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه‌ها	نمره پرخاشگری	تعداد	میانگین	P value
گروه تقویت و پاداش	پیش‌آزمون	۲۱	۵۸/۲۴±۱۰/۳۸	۰/۰۱۱
	پس‌آزمون	۲۱	۵۰/۲۴±۱۲/۶۹	
گروه شناخت درمانی الیس	پیش‌آزمون	۱۹	۵۶/۸۴±۸/۸۵	۰/۲۵۸
	پس‌آزمون	۱۹	۵۲/۶۳±۱۱/۶۶	
گروه کنترل	پیش‌آزمون	۱۷	۵۸/۲۹±۹/۸۹	۰/۱۳
	پس‌آزمون	۱۷	۵۲/۸۸±۱۳/۷۳	

جنس در هیچ کدام از گروه‌ها با هم اختلاف معنادار ندارد (جدول ۲).

با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، نمره پرخاشگری قبل و بعد از مداخله در ۳ گروه با هم مقایسه شد. بر اساس نتایج این آزمون، تفاوت معناداری بین کاهش پرخاشگری ۳ گروه مشاهده نشد ($P=0/69$) (جدول ۳).

جدول ۲- مقایسه نمره پرخاشگری در دو روش درمانی بر حسب جنسیت

روش	پسر		دختر		Pvalue
	تعداد	کاهش نمره پرخاشگری	تعداد	کاهش نمره پرخاشگری	
تقویت	۱۶	۸/۶۳±۱۴/۷۳۳	۵	۶±۴/۸۹۹	۰/۷۰۴
الیس	۱۱	۷/۴۶±۱۶/۲۵	۸	۰/۵±۱۴/۶۲	۰/۲۷۷

جدول ۳- مقایسه میانگین تفاوت نمره پرخاشگری قبل و بعد در سه

گروه (دو گروه درمانی و گروه کنترل)

روش	انحراف معیار±میانگین	Pvalue
تقویت	۸±۱۲/۹۹۶	۰/۶۹۱
الیس	۴/۲۱±۱۵۷۱	
کنترل	۵/۴۱±۱۳/۹۶	

پرخاشگری بعد از مداخله کاهش یافته، اما این کاهش معنادار نیست ($P=0/258$). در گروه کنترل نیز وضعیت مشابهی دیده می‌شود ($P=0/13$).

به منظور بررسی تغییرات پرخاشگری بر حسب سن، گروه دوم (شناخت درمانی آلیس) را به دو زیرگروه سنی ۱۰-۱۴ و ۱۸-۱۴ سال تقسیم کرده و داده‌های آن‌ها را با هم مقایسه نمودیم. به این ترتیب از تعداد کل ۱۹ نفر حاضر در این گروه، ۸ نفر ۱۰-۱۴ سال و ۱۱ نفر ۱۴-۱۸ سال داشتند. نتایج آزمون t نشان داد که کاهش پرخاشگری در دو زیرگروه سنی فوق، تفاوت معنادار آماری ندارد ($P=0/348$). گروه تقویت و پاداش (۲۱ نفر) نیز به دو گروه ۱۰-۱۴ سال (۱۷ نفر) و ۱۴-۱۸ سال (۴ نفر) تقسیم شدند. نتایج حاصل از آزمون t برای مقایسه میزان کاهش پرخاشگری در این دو زیرگروه سنی نیز تفاوت آماری معناداری را بین دو گروه نشان نداد ($P=0/177$). در گروه کنترل نیز از ۱۷ نفر، ۷ نفر در زیرگروه سنی ۱۰-۱۴ سال و ۱۰ نفر در زیرگروه سنی ۱۴-۱۸ سال قرار داشتند. در این گروه نیز تفاوت معنادار بین میانگین نمره پرخاشگری دو زیرگروه سنی مشاهده نشد ($P=0/61$).

مقایسه میزان کاهش نمره پرخاشگری پسران و دختران در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون به تفکیک گروه‌های مداخله نشان داد که کاهش پرخاشگری دو

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر دو روش رفتاردرمانی تقویت و پاداش و شناخت درمانی الیس بر کاهش پرخاشگری کودکان بی‌سرپرست ساکن در مراکز نگهداری شبانه‌روزی وابسته به سازمان بهزیستی استان کرمانشاه انجام شد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که روش رفتاردرمانی تقویت و پاداش، مؤثرتر از روش شناخت درمانی الیس است. نتایج به گونه‌ای است که نشان می‌دهد اجرای روش شناخت درمانی الیس حتی به کاهش معنادار پرخاشگری در گروه مورد مطالعه منجر نشده است. نتایج آنالیز واریانس یک‌طرفه نیز نشان می‌دهد که دو روش مذکور در مقایسه با گروه کنترل، تأثیر چندانی بر کاهش پرخاشگری نداشته‌اند.

مطالعات انجام‌شده قبلی تأثیر روش‌های رفتاردرمانی و شناخت درمانی را در کاهش پرخاشگری گزارش کرده‌اند (۱۵-۱۰). مقایسه نتایج پژوهش حاضر با مطالعات مشابه نشان می‌دهد که روش رفتاردرمانی تقویت و پاداش مشابه مطالعات گذشته باعث کاهش معنادار پرخاشگری می‌شود. از طرفی روش شناخت درمانی الیس برخلاف انتظار، میزان پرخاشگری را در گروه مورد مطالعه کاهش نداده و این نتیجه با مطالعات گذشته همسان نیست. نکته جالب این‌که در آنالیز واریانس یک‌طرفه، هیچ‌کدام از دو روش در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنادار باعث کاهش پرخاشگری در گروه مورد مطالعه نشده‌اند. متأسفانه پژوهش مشابهی که روی تأثیر روش‌های رفتاردرمانی یا شناخت درمانی در جامعه مشابه مطالعه حاضر (کودکان بی‌سرپرست ساکن در مراکز نگهداری شبانه‌روزی) انجام شده باشد یافت نشد. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که شیوع پرخاشگری در بین این کودکان بسیار بیشتر از ارقام گزارش شده در مطالعات دیگران است (۶ و ۷). به‌نظر می‌رسد که شرایط خاص زندگی این کودکان، دوری از خانواده و در بسیاری از موارد، نداشتن خانواده و مسایل مربوط به زندگی در مراکز نگهداری باعث ایجاد

رفتارهای پرخاشگری به‌مراتب بیشتر از کودکانی که با خانواده خود زندگی می‌کنند، می‌شود. همچنین عدم تأثیرگذاری دو روش درمانی مورد مطالعه در مقایسه با گروه کنترل را شاید بتوان با شرایط خاص این گروه از کودکان توجیه کرد. به‌نظر می‌رسد آزمودنی‌های منتخب محقق به‌دلیل آسیب‌های اجتماعی و روانی بسیاری که در زندگی خود دیده‌اند همیشه دیگران را مقصر می‌دانند و رفتارهای پرخاشگرانه آن‌ها چه به‌صورت درونی و چه بیرونی یک نوع انتقام از محیط، اجتماع و دیگران است. اظهارنظر بسیاری از افراد نمونه در مصاحبه‌های روانشناسی با محقق، نشانگر یک خلأ عاطفی و عدم احساس پشیمانی و ریش ناکافی شناختی در برخورد پرخاشگرانه و خشونت‌آمیز با دیگران از جمله دوستانشان است به‌طوری‌که این افراد علت بسیاری از رفتارهای ناپه‌نجان خود را دیگران می‌دانستند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش‌های کوتاه‌مدتی چون شناخت درمانی الیس و رفتاردرمانی تقویت و پاداش بر خلاف کودکان ساکن با خانواده نمی‌تواند باعث کاهش مؤثر پرخاشگری در کودکان بی‌سرپرست ساکن در مراکز نگهداری شبانه‌روزی شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر به‌نظر می‌رسد پرخاشگری و دیگر اختلالات رفتاری در این کودکان نیازمند توجه خاص و تحقیقات بیشتر و اساسی‌تر با برنامه‌های درمانی طولانی‌مدت‌تر است. اهمیت این قضیه زمانی روشن‌تر می‌شود که بدانیم این کودکان بعد از ۱۸ سالگی از این مراکز اخراج و در جامعه با دیگران زندگی می‌کنند و بدون شک عدم مهار پرخاشگری در این افراد در درازمدت، آثار سوء و غیرقابل‌جبرانی برای جامعه به بار خواهد آورد.

نتیجه‌گیری

روش رفتار درمانی تقویت و پاداش باعث کاهش معنادار میزان پرخاشگری شد اما روش شناخت درمانی الیس تأثیر معناداری بر میزان کاهش پرخاشگری نداشت. در مقایسه با گروه کنترل هیچ‌کدام از روش‌ها تأثیر معناداری بر کاهش پرخاشگری نداشتند.

References

1. Anderson CA, Bushman BJ. Human aggression. *Annu Rev Psychol.* 2002;53:27-51.
2. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol.* 1992;63(3):452-9.
3. Monshi Tosi T. [Children behavioral disorder (Persian)]. Mashhad: Astan Godse Razavi publication 2003.
4. Hudley C, Graham S. An attributional intervention to reduce peer-directed aggression among African-American boys. *Child Dev* 1993;64(1):124-38.
5. Crick NR, Ladd GW. Children's perceptions of the outcomes of social strategies: Do the ends justify being mean. *Developmental Psychology* 1990; 29: 612-20.
6. Sajedi Zh, Zarabian MK, Sadeghian E. [Prevalence of behavioral disorders in 3 to 6 years' children in Hamadan city (Persian)]. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty* 2010; 18(1): 11-7.
7. Nikkho MR. [Guided for diagnosis and statistically mental disorder (Persian)]. Vol.1. Tehran: Sokhan publication, 1996
8. Pooermorad SH. [Analysis of aggression of male infants age 7 to 11 prevented in welfare organization center in comparison to male infants that are living with family in Kermanshah (Persian)]. BA thesis, Kermanshah: Azad University 1998;1.
9. Nevels RM, Dehon EE, Alexander K, Gontkovsky ST. Psychopharmacology of aggression in children and adolescents with primary neuropsychiatric disorders: a review of current and potentially promising treatment options. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2010;18(2):184-201.
10. Sadeghi A. [Analysis of the influence of group learning of aggression control using REBT method on decreasing aggressive(Persian)]. *Psychology journal* 2005; 21:26.
11. Mosavi H, Mohammad Esmael E . [The influence of strategy training of self-orientation on decreasing of children aggression behavior (Persian)]. *Monthly inquiry about exceptional children.* 2001;1(2): 151.
12. Bahrami F. [Training .efficiency skill problem solving on decrease of females Students' aggression (Persian)]. *Education magazine* 2005; (14):18.
13. Ashuri A, Malayeri M, Fadaee Z . [Group therapy importance focused on existing mode in decreasing aggression and high school students educational development in shiraz (Persian)] . *Tehran psychiatry institute and mental health research center* 2008; 14:21.
14. Brectin M, Taghavi T, Salehi M, Hasanzadeh A. [Effectiveness of the group cognitive- behavioural therapy in the Razmandegan childrens aggression that have stress after the incident (Persian)]. *Medical science magazine* 2006; 11:24.
15. Naghdi H, Adibrad N, Nouranipour R. [The effectiveness of the emotional intelligence training on the aggressiveness among adolescent boys (Persian)]. *Behbood Journal* 2010; 14(3): 211-8.
16. Alahyari A. [Identifying teenagers aggression according to the personality component and influence of therapist methods of stress generation on aggression (Persian)] .*psychological magazine* 1998; (4):3.
17. Ellis A, Harper R. *Rational life.* Firozbakht M. (Persian translator). Tehran; Roshd.
18. Ellis A. *Fifty years rational emotional behavioral therapy.* Firozbakht M. (Persian translator). Tehran: DanZhe 2003:33-41.