اولین کنفرانس بین المللی
مطالعات تطبیقی دانش و نوآوری
در روانشناسی، علوم تربیتی، مدیریت، حقوق و آموزش و پرورش
با رویکرد علوم انسانی

MDOI-01-2026.0064
MNR--1-28463C

بررسی اثر بخشی رویکرد راه حل محور فشرده(SFBT)بر خودآزاری و اختلالات خلقی نوجوانان

زهرا شجاعی کاریزکی[۱]، دکتر آزیتا کشاورز[۲]

چکیده:

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی تأثیر اثربخشی رویکرد راه حل محور فشرده (SFBT) بر خودآزاری و اختلالات خلقی نوجوانان می‌باشد. روش تحقیق در این پژوهش به شیوه ی نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه‌ی آماری شامل نوجوانان دختر ۱۷ تا ۲۰سال شهر تربت حیدریه بود که در مقطع متوسطه دوم در سال تحصیلی ۱۴۰۲ – ۱۴۰۳ در این شهر مشغول به تحصیل می‌باشند و برای نمونه‌گیری از روش هدفمند استفاده گردید؛ و از میان دانش‌آموزان ۳۰ دانش‌آموز به عنوان نمونه اماری انتخاب و در گروه ۱۵ نفره آزمایش و یک گروه ۱۵ نفره‌ی کنترل قرار گرفتند. برای گروه آزمایش رویکرد راه حل محور فشرده در ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه اجرا شد . در این پژوهش پرسشنامه خودآزاری (مازوخیسم) و پرسشنامه اختلالات خلقی(MDQ) مورد استفاده قرار گرفت داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم افزار spss مورد تجزیه و تحلیل شد. ابتدا با شاخص‌های آمار توصیفی از قبیل میانگین و انحراف استاندارد، توصیف شدند و سپس از آزمون های آمار استنباطی از قبیل آزمون های تحلیل کواریانس تک متغیری((ANCOVA) و چند متغیری(MANCOVA) جهت تفسیر داده‌ها استفاده گردید. یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که آموزش رویکرد راه حل محور فشرده بر کاهش خودآزاری و کاهش اختلالات خلقی نوجوانان تاثیر دارد.

کلید واژه: رویکرد راه حل محور فشرده، خودآزاری،اختلالات خلقی ، نوجوانان

۱-کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی-دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام-ایران
۲-دکتری دانشگاه شیراز-استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام پایه ۱۶-ایران

مقدمه:

در انسانها گرایشی زیستی برای حفظ خویشتن و اجتناب از آسیب،درد، زخم و ضرر وجود دارد .بیشترافرادحاضر نیستند در حالت طبیعی درد، زخم و جراحت را روی بدن تحمل کنند؛ ولی شکل‌های مختلف آسیب به خود همیشه همراه انسان بوده است .خود آسیب‌رسانی شامل انواع مختلفی از رفتارهایی است که با هدف‌های مختلف روانشناختی و بین فردی به شکل‌های مستقیم(آسیب عمدی به بافت های بدن مانند خودزنی، کوبیدن‌سر به دیوار)و غیر مستقیم(مانند رفتارهای خطرجویانه، سوء مصرف مواد و الکل،عادت های ناسازگارخوردن)انجام می‌شوند و این رفتارها ممکن است یا بدون نیت خودکشی باشند و به لحاظ اجتماعی وفرهنگی موردقبول اکثریت نیستند(والش، ۲۰۰۸ ؛ کلونسکی، ۲۰۰۴ ، ناک و همکاران،۲۰۰۷). در حوزه آسیب شناسی مرضی این رفتارها از قدیم الایام به عنوان نشان‌های از برخی از اختلالات روانی به ویژه اختلالات شخصیت مرزی، اختلالات فراگیر رشد و اختلال کنترل تکانه در نظر گرفته می‌شدند؛ اما در سالهای اخیر هم به دلیل افزایش شیوع این رفتار و هم افزایش حجم پژوهش‌هایی که به این مساله اختصاص یافته است، پیشنهاد طبقه تشخیصی با عنوان نشانگان خودجرحی بدون خودکشی) (NSSI داده شده است .فراگیرشدن این اختلال در کشورهای اروپایی و آمریکا به قدری است که برخی متخصصین(برای مثال ناک، ۲۰۰۷). برای اشاره به این اختلال، آن را هم عرض اختلال هایی مانند هیستری و اختلال های خوردن که در دوران های گذشته تغییراتی اساسی در تصور انسان درباره خود و جامعه به وجودآوردند، میدانند.رفتار کاملاً فردی و با انگیزه رهایی از تنش‌های درونی و تنظیم هیجانی میدانند، دیدگاه‌هایی وجود دارد که روی کنش‌های اجتماعی و بین فردی این رفتار تاکید بیشتری دارند و ماهیت اجتماعی آن را پررنگ‌تر از ماهیت فردی آن به حساب می‌آورند .علاوه بر این با توجه به این که عوامل فرهنگی ممکن است روی انگیزه رفتاراثرگذار باشند این سوال وجود دارد که آیا انگیزه های خودآسیب رسانی مستقیم نمونه های خارجی قابل تعمیم به نوجوانان ایرانی است یا خیر .و شاید مهمترین مساله ای که درارتباط با خودآسیب رسانی وجود دارد رابطه آن با مرگ و خودکشی است .با شناسایی احتمال خودکشی در نوجوانان خودآسیب‌رسان میتوان از وقوع مرگ نوجوانان بر اثر این رفتار را کم کرد. در دو

دهه اخیر حجم پژوهش‌هایی که در سطح بین المللی در این حوزه انجام شده است، رشد بسیار قابل توجهی داشته است و اطلاعات بسیاری درباره شیوع، انگیزه‌ها و علت‌شناسی این رفتارها به دست آمده است؛ اما هنوز درباره مسائلی مانند تعریف خودآسیب رسانی، ارتباط خودجرحی با اقدام خودکشی و رفتارهای خطر جویانه در دوره نوجوانی اختلاف نظرهایی وجود دارد .همچنین اطلاعات درباره نوجوانان ایرانی که به شکل های مختلف خود آسیب رسانی انجام می دهند، بسیار محدود است .این مطالعه با هدف تاثیر رویکرد راه حل محور فشرده((SFBTدر کاهش خودآزاری و اختلالات خلقی نوجوانان انجام شد.

روش پژوهش :

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان رویکرد راه حل محور فشرده بر خودآزاری و اختلالات خلقی نوجوانان انجام شده است در نتیجه پژوهش حاظر باتوجه به هدفی که دنبال می‌کند از نوع کاربردی می‌باشد و از لحاظ گرداوری داده ها و از لحاظ اجرا در زمره‌ی تحقیقات نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد(خوی نژاد، ۱۳۹۳).

ابزار پژوهش:

پرسشنامه خودآزاری (مازوخیسم)

شیوه نمره گذاری

این پرسشنامه دارای ۱۷ سوال بوده و هدف آن بررسی نشانه های مازوخیسم (خودآزاری) در افراد می باشد. شیوه نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه ای بوده که در جدول زیر گزینه ها و نیز امتیاز مربوط به هر گزینه ارائه گردیده است:

گزینه	خیلی کم	کم	گاهگاهی	زیاد	خیلی زیاد
امتیاز	۱	۲	۳	۴	۵

برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات تک تک سوالات را با هم محاسبه نمائید. این نمره دامنه ای از ۱۷ ۸۵ را خواهد داشت. لازم به ذکر است که نمرات بالاتر نشان دهنده شدت اختلال مازوخیسم بالاتر در فرد پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس.

برای تفسیر نمره بدست امده می توان بر اساس جدول زیر عمل کرد:

امتیاز	تفسیر
۴۰-۱۷	فاقد اختلال خودآزاری یا ختلال خفیف
۶۲-۴۱	اختلال خودآزاری متوسط
۸۵-۶۳	اختلال خودآزاری شدید.

روایی و پایایی

این پرسشنامه به صورت محقق ساخته طراحی گردیده است. به منظور بدست آوردن روایی می توان از نظر کارشناسان و اساتید مربوطه (سه تن از اساتید) استفاده نمود. برای محاسبه پایایی پرسشنامه می توان قبل از اجرای پژوهش آن را بر روی یک گروه ۲۰ تا ۳۰ نفری اجرا نمود و با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ آن را محاسبه نمود.

پرسشنامه اختلالات خلقی(MDQ)

اختلالات خلقی، گروه بزرگی از بیماریهای روانپزشکی را شامل میشوند که بر اساس معیارهای تشخیصی اختلالات افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی ۱ و ۲ و سیکلوتایمی در این گروه قابل تشخیص میباشند. شیوع اختلالات بای پولار نوع یک در طول عمر در حدود ۱۱ درصد ولی شیوع اختلالات طیف بای پولار در کل به میزان قابل توجهی بیشتر میباشد (هرشفیلد، ۲۰۰۱). شیوع

این۰ درصد است (عقیلی، ۱۳۸۳). بیشتر بیماران مبتلا در /۳ – ۱/ ۶ درصد میباشد و در سطح جهان شیوع آن ۵ /۱- اختلالات در آمریکا ۱اپیزود افسردگی برای درمان مراجعه میکنند و به همین دلیل، اغلب تشخیص صحیح این بیماری حدود ۱۰ سال به تعویق میافتد ومشخص شد که میانگین زمانی دریافت اولین درمان، متناسب با اختلالات بای پولار حدود ۱۰ سال میباشد (هرشفیلد، ۲۰۰۱). این تأخیر در تشخیص اغلب نتایج نامطلوبی به همراه دارد، بیماران درمان مناسبی برای تسکین علائم دریافت نمیکنند و حتی ممکن است درمانهایی شوند که سبب تشدید علائم آنها شود و به این ترتیب بیماران رفتارهای نامناسبی را که برای خود و نزدیکانشان مخرب است،ادامه دهند (هرشفیلد، ۲۰۰۱). یکی از روشهای بازشناسی این طیف از اختلالات انجام غربالگری میباشد. ابزار مناسب و مختصری که به تازگی جهت این منظور طراحی شده است، پرسشنامه اختلالات خلقی میباشد که با پرسیدن ۱۳ سؤال بلی خیر استخراج شده ازو با استفاده از تجارب بالینی، غربالگری مینماید (هرشفیلد، ۲۰۰۱). در سال ۱۳۸۴ برحسب نیاز شدید به استفاده DSM-IV معیارهای از این ابزار در شهر اصفهان، ابزار مورد بررسیهای اولیه قرار گرفت و با حجم نمونه کم تنها عوامل، حساسیت و ویژگی آن به ترتیب

۹۴ درصد و ۳۶ درصد اعلام شد (عقیلی، ۱۳۸۳). ازآنجاییکه تعداد زیادی از بیماران دچار اختلالات طیف بای پولار به دلیل عدم تشخیص مناسب، دچار عوارض و عواقب مهمی میشوند، جهت تشخیص دقیق این اختلالات علاوه بر مصاحبه بالینی روانپزشک،نیاز به یک ابزار مناسب میباشد که ویژگیهای روانسنجی آن به صورت همه جانبه موردبررسی قرارگرفته است تا بعدازاین متخصصان راحتتر و با اطمینان بتوانند از این ابزار جهت غربالگری این گروه از بیماران استفاده نمایند.

زیرمقیاسها

این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس است. خرده مقیاسها صرفا برحسب ۱۳ سوالی محاسبه شد که در بخش سؤال اول مطرح شدند. همچنین، همانوز که در جدول زیر مشخص شده است، سؤال ۵ پرسشنامه حاضر که درباره پرحرفی بود در هیچ یک از زیرمقیاسهاتعریف نگردید اما در کل پرسشنامه باقی ماند.

خرده مقیاس	سؤالات
رفتارهای معطوف به هدف	۱ ، ۴، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳
بیش فعالی	۲ ، ۳، ۹، ۸
شناختی	۶،۷

نمره گذاری پرسشنامه

غربالگری با استفاده از این ابزار و با توجه به نتایج پژوهش مسائلی و همکاران (۱۳۹۱) در صورتی مثبت تلقی میشود که سه موردزیر توأماً وجود داشته باشد:

-۱ بیمار به ۹ مورد و یا بیشتر، از پرسشهای قسمت اول (سؤال اول) پاسخ بلی بدهد.

-۲ بیمار به پرسششماره ۲ پاسخ بلی بدهد.

-۳ بیمار به پرسش شماره ۳ پاسخ مشکل پیش آمده و یا مشکل جدی پیش آمده پاسخ بلی دهد.

روایی و پایایی

پژوهشی که توسط هاردوی و همکاران (۲۰۰۵) جهت بررسی اعتبار پرسشنامهMDQ انجام گرفت. همبستگی درونی این ابزار بر اساس آلفای کرنباخ۰/۸۹ و پایایی آن بر اساس آزمون و باز آزمون ۰/۷۹ گزارش شد. مطالعه ای توسط تویس و همکاران(۲۰۰۸) انجام شد که نشان داد حساسیت و ویژگی این ابزار به ترتیب۰/۹۰ و ۰/۸۸ نشان داده شده است. همچنین با حداکثر نقطه برش یعنی بیشتر از ۹ حساسیت و ویژگی، این ابزار به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۸ نشان داد. در ایران مسائلی و همکاران(۱۳۹۱) این پرسشنامه را موردبررسی مجدد قراردادند. آنها پایایی کلی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرنباخ۰/۸۱ گزارش کردند. همچنین ضرایب همبستگی درونی هر سؤال با نمره کل بین ۰/۱۸ تا ۰/۶۴ محاسبه شد. نقطه برش، حساسیت و ویژگی به ترتیب۸/۵ ، ۶۹ درصد و ۷۶ درصد محاسبه گردید. با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و با استفاده از چرخش واریماکس، ابزار نهایی از ۳ عامل اساسی برخوردار شد.)

رویکرد راه حل محور فشرده((SFBT

تعداد ۸جلسه که هرجلسه ۱/۵ ساعته بر اساس کتاب مشاوره مدرسه با رویکرد راه حل محوردیویس وآزبورن ترجمه ادیب راد، نظری (۱۳۸۶)می‌باشد و که هفته ی یک بار اجرا می‌شود.

جدول ۳:مراحل اجرای پروتکل درمان رویکرد راه حل محور فشرده((SFBT

مرحله	آموزش
اول:	معرفی اعضاء، سرگرمیها و علایق و تا نقاط قوت خودرا توجه کنند یادداشت کنند.
دوم:	آشنایی بات مهارتها و روش های تصمیم گیری
سوم:	مشخص نمودن اهداف و راههای رسیدن به آنها و استخراج موارد استثنایی زندگی
چهارم:	به کار بردن فنون سوالات معجزه آسایی زندگی فنون تمرکز بر آینده
پنجم:	آشنایی با مهارت حل مساله برهم زدن الگویهای کنونی زندگی
ششم:	حرکت به سمت تغییرات
هفتم:	حفظ روند تغییر ات
هشتم:	جشن تغییر

روش اجرای پژوهش :

پس از انتخاب نمونه از از نوجوانان و با توجه به معیار های ورود به مطالعه، ۳۰ نوجوان با توجه انتخاب شدند و به تصادف داخل دو گروه قرار گرفتند یک گروه برای رویکرد راه حل محور فشرده و یک گروه به عنوان گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفت روش اجرا از این قرار بود که ابتدا پژوهشگر از سه پرسشنامه (پرسشنامه خودکشی،خودآزاری و اختلالات خلقی) به عنوان پیش آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد. . پس تعداد ۸ جلسه که هفته ای یک جلسه، در هر جلسه ۹۰ دقیقه برای افراد گروه آزمایش اجرا شد و در نهایت دوبار پرسشنامه خودآزاری و اختلالات خلقی برای هر دو گروه به عنوان پس آزمون گرفته شد.

یافته ها:

الف -یافته های توصیفی مربوط به متغیرها

در این پژوهش ، که تاثیر آموزش رویکرد راه حل محور فشرده بر خودآزاری و اختلالات خلقی نوجوانان مورد بررسی قرار می‌گیرد، گروه نمونه شامل تعداد ۳۰ نفر از نوجوانان می باشند،که از این میان ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر به گروه گواه‌گمارش شدند. در جدول ۱-۴ به بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها پرداخته شد.

جدول ۱-۴: توزیع آزمودنی ها در دو گروه آزمایش و گواه

گروه	فراوانی	فراوانی درصدی
آزمایشی	۱۵	۵۰
گواه	۱۵	۵۰
مجموع	۳۰	۱۰۰

همان طور که در جدول ۱-۴ ملاحظه می‌شود تعداد آزمودنی‌ها در دو گروه ها آزمایشی و گواه برابر می‌باشد.

نمودار ۱-۴ توزیع آزمودنی ها را در گروه ها آزمایش و گواه نشان می دهد.



نمودار ۱-۴: توزیع آزمودنی ها در دو گروه آزمایشی و گواه

در جدول ۲-۴:.میانگین و انحراف معیار نمره های پیش آزمون و پس آزمون خودآزاری و اختلالات خلقی در گروه آزمایش و گواه ارائه شده است.

جدول۴-۲- میانگین وانحراف معیار متغیر خودآزاری در گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

مقیاس	آزمون	آزمایش		گواه	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودآزاری	پیش آزمون	53/27	5/68	52/40	7/08
	پس آزمون	46/87	5/33	51/33	8/53

همانطور که در جدول ۴-۲ ملاحظه می شود میانگین نمره های پیش آ زمون و پس آزمون خودآزاری گروه آزمایشی، به ترتیب، ۵۳/۲۷و۴۶/۸۷ در گروه گوا ، به ترتیب، ۵۲/۴۰ و ۵۱/۳۳ می باشد.

جدول۴-۴- میانگین وانحراف معیار متغیر اختلالات خلقی در گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

مقیاس	آزمون	آزمایش		گواه	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اختلالات خلقی	پیش آزمون	5/13	2/03	5/47	1/41

	پس آزمون	3/20	1/01	5/15	1/51

همانطور که در جدول ۴-۴ ملاحظه می شود میانگین نمره های پیش آ زمون و پس آزمون اختلالات خلقی گروه آزمایشی، به ترتیب، ۵/۱۳و۳/۲۰ در گروه گوا ، به ترتیب، ۵/۴۷ و ۵/۱۵ می باشد.

ب- بررسی مفروضه های تحلیل کوواریانس

قبل از اجرای تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری لازم است مفروضه های زیر مورد بررسی قرار گیرد.

۱)بررسی نرمال بودن داده‌ها

پیش‌نیاز انجام تمامی آزمون‌های پارامتری، نرمال بودن توزیع آماری متغیرهاست. به طور کلی می‌توان گفت که آزمون‌های پارامتری، عموماً بر میانگین و انحراف معیار استوارند. حال اگر توزیع جامعه نرمال نباشد، نمی‌توان استنباط درست از نتایج داشتدر این قسمت ابتدا به بررسی نرمال بودن متغیرها می‌پردازیم

فرض صفر آزمون عبارت است از (H_0) : نرمال بودن توزیع متغیر ها

فرض مقابل عبارت است از (H_1) : عدم نرمال بودن توزیع متغیر مورد بررسی

در صورتی که سطح معنی داری آزمون کمتر از ۰/۰۵ باشد فرض صفر را رد کرده و با اطمینان ۹۵٪ می‌توان گفت توزیع داده‌ها نرمال نیست. در صورتی که سطح معنی داری آزمون بیشتر از ۰/۰۵ باشد فرض صفر را می‌پذیریم و توزیع داده‌ها نرمال است.

جدول۴-۵-آزمون نرمال بودن داده ها (کلموگروف اسمیرونف) برای متغیر مولفه های خودآزاری و اختلالات خلقی

متغیر	آزمون	تعداد	کلموگروف اسمیرونف	سطح معناداری
خودآزاری	پیش آزمون	30	0.63	0.83
	پس آزمون	30	0.62	0.84
اختلالات خلقی	پیش آزمون	30	1.27	0.08

	پس آزمون	30	0.92	0.37

با توجه به جدول ۴-۵ از آن جا که سطح معناداری تمامی متغیرها از ۰/۰۵ بالاتر است، پس داده ها ازتوزیع نرمال برخوردار است و لذا از آمارهای پارامتریک استفاده می شود.

۲)آزمون T مستقل برای بررسی همتا بودن گروه ها در خط پایه (پیش آزمون)

برای بررسی خط پایه از آزمونT مستقل استفاده گردیده است.که نتایج آن در جدول ۵-۶ ارائه شده است.

جدول۴-۶- آزمون تی مستقل برای مقایسه ی خط پایه در متغییر مولفه های خودآزاری و اختلالات خلقی

متغیر	T	درجه آزادی	سطح معنا داری
خودآزاری	0.37	28	0.71
اختلالات خلقی	-0.52	28	0.61

نتایج جدول ۴-۶ نشان می دهد نتایج تی مستقل برای هیچ کدام از مولفه های خودآزاری و اختلالات خلقی معنادار نمی باشد. بنابراین دو گروه در خط پایه همتا می باشند.

۳)وجود همگنی واریانس ها با آزمون لوین

تحلیل کوواریانس دارای این مفروضه است که واریانس درون هر خانه از جدول داده‌ها باید یکسان باشد. اندازه نامساوی خانه مسئله جدی ایجاد نمیکند اما نباید مقدار هر خانه چهار برابر کوچکترین خانه باشد. این پژوهش، قبل از تحلیل داده‌ها، برای بررسی همگنی واریانس متغیرها، از آزمون لوین برای مساوی بودن واریانسهای خطا **استفاده شد.**که نتایج آزمون f لوین افکار خودکشی در جدول ۴-۷ ارائه شده است.

جدول ۴-۷-نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس مولفه های خودآزاری و اختلالات خلقی

متغیر وابسته	F	درجه آزادی۱	درجه آزادی۲	سطح معنا داری
خودآزاری	0.01	1	28	0.92
اختلالات خلقی	0.21	1	28	0.65

همانگونه که در جدول ۴-۷ مشاهده می شودنتایج آزمون همگنی واریانس های گروه آزمایش و گواه برای مولفه های خودآزاری و اختلالات خلقی معنی دار نمی باشد بنابر این واریانس های گروه آزمایش و گواه یکسان است.

۴) وجود همگنی شیب رگرسیون

یکی دیگر از مفروضه های آزمون کوواریانس، وجود همگنی شیب های رگرسیون است، بدین معنی که رابطه بین متغیر وابسته و متغیر کمکی باید برای تمام گروهها یکسان باشد، یعنی شیبهای رگرسیون باید موازی باشند. جهت بررسی همگنی شیبه ای رگرسیون تعامل بین عامل گروه و پیش آزمون ها بررسی شد. چنانچه تعامل بین این دو متغیر از نظر آماری معنی دار باشد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب های رگرسیون پشتیبانی نمی کنند. به بیان دیگر، چنانچه تعامل دو متغیر گروه و پیش آزمون معنی دار نباشد، دادهها از فرضیه همگنی شیب های رگرسیون پشتیبانی می کنند. جدول ۴-۸ همگنی شیبهای رگرسیون متغیرهای خودآزاری و اختلالات خلقی را نشان می دهد.

جدول ۴-۸: همگنی شیب‌های رگرسیون افکار خودکشی در گروه‌های آزمایش

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری

گروه &پیش آزمون خودآزاری	21.46	1	21.46	1.73	0.20
گروه &پیش آزمون اختلالات خلقی	54/33	1	54/33	2/27	0/14

نتایج جدول۴-۸ نشان می دهد چون که مقادیر F تعامل بین گروه و پیش آزمون برای خودآزاری و اختلالات خلقی نمی باشد. (p>0/۰۵) بنابراین، شیب‌های رگرسیون خودآزاری و اختلالات خلقی در گروه‌های آزمایش به طور معنی داری متفاوت نیستند و فرض همگنی شیب‌های رگرسیون تأیید می شود.

ج-یافته های مربوط به آزمون فرضیه ها

فرضیه اصلی : آموزش رویکرد راه حل محور فشرده بر خودآزاری و اختلالات خلقی نوجوانان تاثیر دارد.

برای بررسی اثر آموزش رویکرد راه حل محور فشرده بر خودآزاری و اختلالات خلقی از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده می کنیم که متغیر وابسته شامل مولفه‌های(خودآزاری و اختلالات خلقی) و متغیر مستقل (آموزش رویکرد راه حل محور فشرده)می باشد.

برای بررسی همگنی ماتریس واریانس –کواریانس از آزمونM باکس استفاده شد که نتاییج آن در جدول ۴-۹ ارائه شده است.

جدول ۴-۹ : نتایج آزمون باکس برای همگنی ماتریس واریانس –کواریانس

آزمون باکس	F	درجه آزادی۱	درجه آزادی۲	سطح معناداری
11/20	1/64	6	5/68	0/13

نتایج جدول ۴-۹ آزمون باکس نشان می دهد چون (p>0/05) است،نتیجه می گیریم که شرط همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شده است.

جدول۴-۱۰. نتایج آزمون چند متغیره لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت مولفه های خودآزاری و اختلالات خلقی در گروه آزمایش و گواه

اثر	مقدار	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معناداری
لامبدای ویلکز	0/27	21/07	3	23	0/001

با توجه به جدول (۱۰-۴) و ازآنجاکه مقدار به‌دست‌آمده برای f چند متغیره لامبدای ویلکز در سطح ۰,۰۵ معنادار است نتیجه میگیریم که بین گروه آموزش رویکرد راه حل محور فشرده و گروه گواه، حداقل در یکی از مولفه‌های خودآزاری و اختلالات خلقی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول۴-۱۰: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی پس آزمون میانگین مولفه های خودآزاری و اختلالات

	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانکین مجذورات	F	سطح معنا داری	میزان تاثیر	توان آزمون
گروه	خودآزاری	202.57	1	202.57	16.05	0/00	0/40	0.97
	اختلالات خلقی	26.35	1	26.35	18.77	0/04	0.52	0.99
خطا	خودآزاری	315.55	25	12.62			0.43	
	اختلالات خلقی	35.08	25	1.40				

نتایج۴-۱۰ نشان می دهد تفاوت بین پس آزمون دو گروه در مولفه خودآزاری ($F_{(1,25)}$= 16/05 ,p<0/01) ، اختلالات خلقی ($F_{(1,25)}$= 18/77 ,p<0/01) در سطح معنی ۰/۰۱ دار است. پس می توان نتیجه گرفت که بین نمرات افکار خودکشی، خودآزاری و اختلالات خلقی در گروه آزمایش و گواه در پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. نتیجه می گیریم که آموزش رویکرد راه حل محور فشرده بر کاهش خودآزاری و اختلالات خلقی نوجوانان تأثیر دارد.

فرضیه فرعی: آموزش رویکرد راه حل محور فشرده بر خودآزاری نوجوانان تاثیر دارد.

برای بررسی آموزش رویکرد راه حل محور فشرده بر خودآزاری از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده می کنیم که متغیر وابسته (خودآزاری) و متغیر مستقل (آموزش رویکرد راه حل محور فشرده)می باشد.

جدول۴-۱۱: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیره بروی میانگین نمره های خودآزاری پس آزمون گروه ها آزمایشی و گواه

کاهش متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری	میزان تاثیر	توان آزمون
پیش آزمون	1073.92	1	1073.92	84.50	0.00	0.76	1.00
عضویت گروهی	209.91	1	209.91	16.52	0.00	0.38	0.97
خطا	343.15	27	12.71				
کل	1566.70	29					

نتایج جدول۴-۱۱نشان می دهد اثر پیش آزمون معنادار می باشد ، یعنی اجرای پیش آزمون بر نمرات پس آزمون تاثیر گذاربوده است. (F =۸۴/۵۰، P= ۰/۰۰۱)

اما بین میزان خودآزاری آزمودنی ها دو گروه ها آزمایشی و گواه (F =۱۶/۵۲ ، P= ۰/۰۱) تفاوت معنا داری وجود دارد. با اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر رد و فرض خلاف تائید می شود و نتیجه میگیریم که آموزش رویکرد راه حل محور فشرده در کاهش خودآزاری نوجوانان تاثیر دارد.

جدول۴-۱۲. آماره های توصیفی خودآزاری دو گروه پس از تعدیل پیش آزمون

گروه	میانگین تعدیل شده	خطای انحراف استاندارد
آزمایش	46.45	0.92
کنترل	51.75	0.92

نتایج جدول۴-۱۲ نشان می دهد که میانگین تعدیل شده خودآزاری گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کمتر است در نتیجه آموزش رویکرد راه حل محور فشرده در کاهش خودآزاری نوجوانان تأثیر دارد.

فرضیه فرعی : آموزش رویکرد راه حل محور فشرده بر اختلالات خلقی نوجوانان تاثیر دارد.

برای بررسی آموزش رویکرد راه حل محور فشرده بر اختلالات خلقی از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده می کنیم که متغیر وابسته (اختلالات خلقی) و متغیر مستقل (آموزش رویکرد راه حل محور فشرده)می باشد

جدول۴-۱۵: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیره بروی میانگین نمره های اختلالات خلقی پس آزمون گروه ها آزمایشی و گواه

کاهش متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانکین مجذورات	F	سطح معنا داری	میزان تاثیر	توان آزمون
پیش آزمون	7/12	1	7/12	4/93	0/04	0/15	0/57
عضویت گروهی	25/07	1	25/07	17/35	0/00	0/39	0/98
خطا	39/01	27	1/44				
کل	74/17	29					

نتایج جدول۴-۱۵نشان می دهد اثر پیش آزمون معنادار می باشد ، یعنی اجرای پیش آزمون بر نمرات پس آزمون تاثیر گذاربوده است. (F =۴/۹۳، P= ۰/۰۴)

اما بین میزان اختلالات خلقی آزمودنی ها دو گروه ها آزمایشی و گواه (F =۱۷/۳۵ ، P= ۰/۰۱) تفاوت معنا داری وجود دارد. با اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر رد و فرض خلاف تائید می شود و نتیجه میگیریم که آموزش رویکرد راه حل محور فشرده در کاهش اختلالات خلقی نوجوانان تاثیر دارد.

جدول۴-۱۶. آماره های توصیفی اختلالات خلقی دو گروه پس از تعدیل پیش آزمون

گروه	میانگین تعدیل شده	خطای انحراف استاندارد
آزمایش	3.25	0.31
کنترل	5.09	0.31

نتایج جدول۴-۱۶ نشان می دهد که میانگین تعدیل شده اختلالات خلقی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کمتر است در نتیجه آموزش رویکرد راه حل محور فشرده در کاهش اختلالات خلقی نوجوانان تأثیر دارد

بحث و نتیجه گیری:

فرضیه اصلی : آموزش رویکرد راه حل محور فشرده برخودآزاری و اختلالات خلقی نوجوانان تاثیر دارد.

همانطور که در جدول ۴-۱۰ مشاهده شد نتایج نشان داد که : آموزش رویکرد راه حل محور فشرده بر خودآزاری و اختلالات خلقی نوجوانان تاثیر دارد. در نتیجه دانش آموزانی که تحت آموزش رویکرد راه حل محور فشرده قرار گرفتند، در مقایسه با دانش آموزانی که تحت این آموزش قرار نگرفتند، در خودآزاری و اختلالات خلقی تفاوت معناداری داشتند. با توجه به این که این دو گروه پیش از اعمال متغییر مستقل از نظر خودآزاری تفاوت معناداری نداشتند از این رو نتایج بدست آمده در پس آزمون نشان گر این واقعیت است که آموزش رویکرد راه حل محور فشرده در گروه آزمایش، توانسته است خودآزاری و اختلالات خلقی دانش آموزان را کاهش دهد.

نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج اسد زاده و همکاران (۱۳۹۹)، پژوهش حسینی و مقتدر(۲۰۰۹)،فرخی و همکاران(۲۰۰۹)، جوانمیری،قنبری و کیمیایی(۲۰۱۱)،نورانی پور،ادیب راد و سالاری فیض آباد(۲۰۰۸)،فرخی،بخشی پور و جویباری(۲۰۰۹)، قادری ، خدادادی(۲۰۱۲)، والاری ،هیکس و گراو (۱۹۹۶) ،همچنین نیوسام (۲۰۰۴)،خجسته مهر و همکاران (۱۳۹۳) عزیزی(۱۳۹۲) همخوانی دارد. در تبیین نتایج مذکور باید اشاره نمود: ادراک سربار بودن، از دست دادن تعلقات اجتماعی و توانایی آسیب به خود دو عامل اول انگیزه فرد برای خودکشی را نشان میدهد و عامل سوم احتمال عملی کردن افکار خودکشی را پیش بینی میکند.بر اساس یک مدل علت شناسی با رویکرد آسیب شناسی تحولی مهمترین مکانیسم روان شناختی دخیل در رابطه خود جرحی با تجارب بدرفتاری دوران کودکی، آسیب به احساس کفایت مندی در حوزه های ارتباطی،هیجانی و شناختی و اتهام زدن به خود مشخص شده است؛ و براساس این مدل خوجرحی روشی جبرانی برای غلبه و جبران احساس ناکارآمدپنداری خویشتن در این حوزه‌ها است براساس این مدل احتمالاً نوجوانان به دلیل تنفر و احساس ناخوشایندی که از خود داردند خود را شایسته آسیب می بینند و انتقاد از خود در جهت تایید خویشتن آسیب دیده است.گاهی مشکلات و مسائل دشواری در زندگی ما رخ میدهد و گمان میکنیم که از رویارویی با آنها ناتوانیم اما حقیقتی وجود دارد و آن اثر بی بدیل تغییر ذهنیت ما است. در رویکرد راه حل محور نگاهی بدیع به مشکلات و چالش‌های زندگی داشته است .ایجاد تغییر در شیوه فکر کردن، اولین گام در تمرکز بر راه حل است.

فرضیه فرعی:آموزش رویکرد راه حل محور فشرده بر خودآزاری نوجوانان تاثیر دارد.

همانطور که در جدول ۴-۱۱ مشاهده شد نتایج نشان داد که : آموزش رویکرد راه حل محور فشرده بر خودآزاری نوجوانان تاثیر دارد. در نتیجه دانش آموزانی که تحت آموزش رویکرد راه حل محور فشرده قرار گرفتند، در مقایسه با دانش آموزانی که تحت این آموزش قرار نگرفتند، در خودآزاری تفاوت معناداری داشتند. با توجه به این که این دو گروه پیش از اعمال متغییر مستقل از نظر خودآزاری تفاوت معناداری نداشتند از این رو نتایج بدست آمده در پس آزمون نشان گر این واقعیت است که آموزش رویکرد راه حل محور فشرده در گروه آزمایش، توانسته است خودآزاری دانش آموزان را کاهش دهد.

نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج قادری ، خدادادی(۲۰۱۲)، والاری ،هیکس و گراو[۵](۱۹۹۶) ،همچنین نیوسام[۹](۲۰۰۴) همخوانی دارد. در تبیین نتایج مذکور باید اشاره نمود: نوجوانانی که رفتارهای خودآسیب رسان داشته یا گرایش به خودکشی دارند، مشکلات روانشناختی متفاوتی را تجربه می کنند.(احمدی مرویلی، میرزاحسینی، و منیرپور،۱۳۹۸). رفتارهای خود آسیب رسانی ، در واقع نوعی رفتار نامتعارف در مواجه شدن با مشکلاتی همچون مشکلات احساسی ، خشم و ناامیدی است .اگرچه هنگامیکه شخص این عمل را انجام می دهد احساس خوبی به آن دست می دهد اما پس از آن با احساس یاس و ناامیدی مواجه شده و از کار خود پشیمان می گردد . ویژگی اصلی جرح خویشتن غیر خودکشی گرا این است که فرد بارها جراحت های سطحی، اما دردناک به سطح بدن خودش وارد می کند. عموماً هدف از این کار کاهش دادن هیجانات منفی مثل تنش،اضطراب، و سرزنش کردن خود، و یا حل کردن یک مشکل میان فردی است. در برخی موارد، این جراحت به صورت تنبیه کردن به سزای خود برداشت می شود. فرد اغلب از احساس فوری تسکین خبر می دهد که اشتیاق همراه باشد، که الگوی رفتاری ناشی از آن، به اعتیاد شباهت دارد. یکی از تکنیک های موجود، به نام حل مسئله برنامه ریزی شده، شامل دنبال کردن یک سری مراحل برای رفع مشکلات به روشی سالم و سازنده است.درمان راه حل محور بر اساس مدلی است که حل مسئله در زندگی واقعی را مهم در نظر می گیرد. به عبارت دیگر، کلید کنترل تأثیر رویدادهای استرس زا در زندگی این است که بدانیم چگونه به مسائلی که به وجود می آیند رسیدگی کنیم. درمان راه حل محور در رویکرد خود بسیار کاربردی است و به جای اینکه به گذشته شما بپردازد، فقط به زمان حال می پردازد.

فرضیه فرعی: آموزش رویکرد راه حل محور فشرده بر اختلالات خلقی نوجوانان تاثیر دارد.

همانطور که در جدول ۴-۱۵ مشاهده شد نتایج نشان داد که : آموزش رویکرد راه حل محور فشرده بر اختلالات خلقی نوجوانان تاثیر دارد در نتیجه دانش آموزانی که تحت آموزش رویکرد راه حل محور فشرده قرار گرفتند، در مقایسه با دانش آموزانی که تحت این آموزش قرار نگرفتند، در اختلالات خلقی تفاوت معناداری داشتند. با توجه به این که این دو گروه پیش از اعمال متغییر مستقل از نظر اختلالات خلقی تفاوت معناداری نداشتند از این رو نتایج بدست آمده در پس آزمون نشان گر این واقعیت است که آموزش رویکرد راه حل محور فشرده در گروه آزمایش، توانسته است اختلالات خلقی دانش آموزان را کاهش دهد.

نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج اسد زاده و همکاران (۱۳۹۹)، پژوهش حسینی و مقتدر(۲۰۰۹)،فرخی و همکاران(۲۰۰۹)، جوانمیری،قنبری و کیمیایی(۲۰۱۱)،نورانی پور،ادیب راد و سالاری فیض آباد(۲۰۰۸) همخوانی دارد. در تبیین نتایج مذکور باید

اشاره نمود: در تبیین نتایج مذکور باید اشاره نمود نوجوانی و جوانی یکی از مهم ترین مراحل زندگی محسوب می گردد و از آنجایی که نوجوانان و جوانان جزو سرمایه های جامعه بوده و سلامت روح و جسم آنها تضمین کننده سلامت جامعه آینده است. وجود مشکلات و سختی ها در زندگی آنان همچون دگرگونی های اجتماعی وخانوادگی، بروز بیماری های خطرناک، رقابت، استرس امتحان و مانند اینها که هر کدام از این عوامل می تواند فشار وتنش روانی را بر آنها وارد سازد وسلامت آنها را به مخاطره افکند و لطمه های جبران ناپذیری به همراه آورد.و از سوی دیگر بسیاری از نوجوانان ، توانایی لازم را در جهت برخورد با مشکلات و چالش ها نداشته و در معرض بسیاری از آسیب ها و نابهنجاری های رفتاری قرار خواهند گرفت. تجربه های ذهنی باعث فکرهای افسرده‌کننده، وسواسی، فکرهای مربوط به تروما، هراس‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی و... می باشند (هیز ، ۲۰۰۴). درمان راه حل محور به شما آموزش می دهد تا با زندگی خود انطباق یابید. به طوری که به جای موانع غیرقابل حل، مشکلات را به عنوان چالش هایی که باید حل شوند، تلقی کنید. همچنین به این معنی است که شما اقداماتی را که برای درگیر شدن در تکنیک های موثر حل مسئله لازم است را تشخیص خواهیدمهارت‌های حل مسئله، رفتارهایی هستند که می‌توانید با تکیه بر آن‌ها تعارض ها را حتی در مواقع استر هدایت کنید. مهارت هایی مانند: دانستن چگونگی شناسایی یک مشکل،تعریف مشکل به روشی مفید ، درک عمیق تر مشکل ، تعیین اهداف مرتبط با مشکل و در نهایت ایجاد راه حل های جایگزین و خلاقانه برای مشکل می باشد. درمان راه حل محور یک الگوی مبتنی بر شایستگی‌های مراجع است و به جای تمرکز بر مشکلات و شکست‌های گذشته او، بر نقاط قوت و موفقیت‌هایش تمرکز دارد. این روش درمان همسو با روان‌شناسی مثبت است که به جای آسیب‌شناسی و علت‌شناسی بر سلامت و عملکرد مطلوب تاکید دارد. درمان راه حل محور به مراجعان نسبت به آینده، امید می‌دهد و در جهت شناسایی و استفاده از نقاط قوت آن‌ها گام بر می‌دارد.

محدودیت‌های پژوهشی

۱)عدم کنترل عوامل مداخه‌گر و مزاحم مانند عوامل خانوادگی، اجتماعی و محیط زندگی بر متغیرهای پژوهش.
۲)این پژوهش بر روی دانش آموزان صورت گرفته است و در تعمیم آن به گروه‌های دیگر باید جانب احتیاط را رعایت کرد.

پیشنهادات پژوهشی

۱)پژوهش حاضر بر روی دانش آموزان صورت گرفته است، پیشنهاد می‌شود با توجه به اهمیت موضوع، پژوهش‌هایی در همین زمینه در مورد کودکان بزهکار صورت پذیرد.

۲)از پژوهش‌های طولی و مطالعاتی ازجنس کیفی است. در حال حاضر اکثر مطالعات انجام شده بر اساس پرسشنامه‌ها و مقیاس های خودگزارش‌دهی است. پیشنهاد میشود در مطالعات طولی عوامل مشترک و مسیرهای تحولی که موجب پدیدار شدن رفتارخودکشی در دوره نوجوانی میشود، بررسی شوند.

۳)بررسی نقش عوامل روان شناختی و عوامل مرتبط با همسالان را در پیش بینی خودکشی.

۴)پژوهش حاضر در زمینه‌ی افکار خودکشی صورت گرفته است، با توجه به این که عوامل روان‌شناختی زیادی در زمینه افکار خودکشی تاثیرگذار هستند، می تواند در زمینه دیگر مانند نقش رسانه، خانواده و آموزش و پروش تحقیقات گسترده به عمل آورد

۵)انجام مرحله پیگیری در تحقیقات آینده به منظور بررسی ماندگاری آموزش رویکرد راه حل محور فشرده بر افکار خودکشی پیشنهاد می‌شود.

پیشنهادات کاربردی

توجه به تایید فرضیه های پژوهش، می توان پیشنهاد داد که:

۱)مهارت‌های حل مسئله، رفتارهایی هستند که می‌توانید با تکیه بر آن‌ها تعارض ها را حتی در مواقع استرس هدایت کنید برگزاری گارگاهی مهارت های حل مسئله در مدارس برگزار شود.

۲)برگزاری کارگاه های با عنوان حل مسئله برنامه ریزی شده، شامل دنبال کردن یک سری مراحل برای رفع مشکلات به روشی سالم و سازنده ابرای دانش آموزان

۳)کاربرد درمان راه حل محور در تعارضات زناشویی و افسردگی .

۴)کاریر درمان راه حل محور در افراد مبتلا به افسردگی .

منابع:

فارسی

-حسینیان،سیمین و نوری پور لیاولی،رقیه و عباسی،ناصر و قنبری،نیکزاد و افروز،غلامعلی وایلانلو، حسین. اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد راهحل محور بر سازگاری و سلامت روان نوجوانان بزهکار،مطالعات روانشناختی۱۴۰۱ ،۱۸(۲)، ۷-۲۰

- دستباز، ا.، یونسی، س.ج.، مرادی، ا. و ابراهیمی، م. اثربخشی مشاوره گروهی راه حل محور بر سازگاری و خودکارآمدی دانش آموزان پسر سال اول دبیرستان شهرستان شهریار. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی۱۳۹۳ ،۱۵(۱)، ۹۰-۹۸.

-شاهی،زهرا و اوجی نژاد،احمدرضا. اثر بخشی آموزش به شیوه ی رویکرد راه حل محور بر افزایش میزان سازگاری اجتماعی و حل بحران هویت نوجوانان دختر،فصلنامه علمی- پژوهشی زن و جامعه ۱۳۹۳ ،۵(۱)، ۴۰-۲۱.

-شهبازی،پریوش و تکلوی،سمیه و نریمانی،محمد. مقایسه اثربخشی رویکرد راه حل محور و مصاحبه انگیزشی بر هیجانات موقعیتی و تعارضات میانفردی دانشجویان مشروطی،رویش روانشناسی۱۳۹۹ ،۹(۱۲)، ۵۶-۶۴.

-مروتی اردکانی، ع. و افلاکی فرد، ح. تاثیر مشاوره راه حل محور بر پیشرفت تحصیلی و تاب آوری دانش آموزان. فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی ۱۳۹۵ ،۲(۷)، ۱۳۴-۱۲۳.

-نظام زاده، بهنام؛ طیبی،صدساله ؛ مالکی رستم آبادی، مرجان؛ اکبری، حمیدرضا و نامجو، فرهاد.پیش بینی گرایش به رفتارهای پرخطر بر اساس درماندگی روانشناختی و تحمل پریشانی در نوجوانان بزهکار. دو فصلنامه مطالعات و تازه های روانشناختی نوجوان وجوان ۱۴۰۰ ،۲(۱)، ۱۲-۲۳.

-واقعی،سعید و سالارحاجی،اعظم و رضایی اردانی،امیر و مظلوم،رضا و واقعی،نسترن و علیزاده،فرزانه. ارتباط خود متمایزسازی با راهبردهای مقابله با استرس و خودکشی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی،مجله طنین سلامت۱۳۹۶ ،۵(۱)، ۲۵-۱۷.

انگلیسی

-Bersonsky, M. D & Kuh, L. S. (2000). Identity status, identity processing and transition university . Journal of Adolescent Research, Vol. 15,N.1,81-98.

-Berzonsky, M.D,(2003). Identity styles and well-being: Does commitment matter? Identiaty: An International. Journal of Theory and Research, 3, 131-142

-Deshazer, S (1994).the death of resistance family process. new york:Norton 23:11-12

-Erikson, E. H.(1968). Identity,Youth and crisis.New York: W.W .Norton & Company INC.

-Faroukhi, N, A.Bakhshipor joybari, B, A.(2009). Effectiveness of solution-focused therapy in reducing behavioral problems in children and adolescents Sari schools. PhD thesis. Tehran: Institute for Information Science and Technology Iran.

-Ghadri, Z .Khodadadi, Z.Gokar,H.(2012). Effectiveness solution-focused group counseling for students on self-perception. Master's thesis. Tehran: Institute for Information Science and Technology Iran

-Hosseini, S. Moghtader, L. (2009). Effectiveness of coping strategies training with stress on social adjustment. Thought and Behavior, 3, 12, 66-73.

-Javanmeer, L., Ghanbari, B. A., Kimiyayi,S. A. (2011). Evaluate the effectiveness group-based consulting solutions focused on reducing depression among girl adolescents. Master's thesis. Tehran: Institute for Information Science and Technology, Iran.

-Kakya, L. (2010).Effects of reality therapy group counseling based on identity crisis in students' academic guidance. Journal of Mental Health, 12, 1-7.

-Kim, J., Jordan, S. S., Franklin, C., & Froerer, A. (2019). Is solution-focused brief therapy evidencebased? An update 10 years later. Families in Society, 100(2), 127-138.

-LaFountain, Rebecca M.; And Others (1996). Solution-Focused Counseling Groups: A Key for School Counselors. School Counselor, v43 n4 p256-67 Mar 1996.

-New some ,ws(2004).the impact of solution focused brief theapy with AT-risk junior high school students.Children and school 87:83-91.

-Noranipoor,R.A.,Adibraad,N.,Salari feyzabadii,H. (2008). Evaluate the effectiveness of solution-focused group counseling and mental stress syndrome in high school female students andishe city 86-85. Master's thesis. Tehran: Institute for Information Science and Technology, Iran.

-Omidian, M. (2009). Identity psychological perspective. Iran, Yazd: Yazd University.

-Quigney, Theresa A.; Studer, Jeannine R (1999).Using Solution-Focused Intervention for Behavioral Problems in an Inclusive Classroom. American Secondary Education, v28 n1 p10-18.

-Sharafi, M. (2010). youth and crisis Identity. Tehran: Soroush.

-Younes, S.J., R. Soltanifar, P.,Barati, R. (2011). the effectiveness training solutions focused parenting group on reducing maternal aggression in mentaliy retarded elementary school students. Master's thesis. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation . Tehran: Institute for Information Science and Technology, Iran.