

بررسی اثر درمانی آموزش توانش اجتماعی بر اختلال رفتار هنجاری در نوجوانان

دکتر نوراله محمدی*، دکتر محمود منصور**

دکتر جواد اژه‌ای**، دکتر کاظم رسولزاده طباطبائی*

چکیده

هدف عمده این پژوهش، بررسی تأثیر درمانی آموزش توانش اجتماعی بر اختلال رفتار هنجاری در نوجوانان بوده است. بدین منظور ابتدا با واسطهٔ بکارگیری پرسشنامه نشانه‌شناسی اختلال رفتار هنجاری حدود جامعه آماری، مشخص گردید. سپس برحسب تصادف یک گروه ۷۵ نفری از این جامعه آماری انتخاب و در گروه‌های آزمایشی آموزش حل مسألهٔ اجتماعی، آموزش ظرفیت ابراز وجود و گروه کنترل هر گروه ۲۵ نفر جایگزین شدند. آزمودنی‌ها همزمان در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون به سیاههٔ سازش یافتگی اجتماعی پاسخ دادند. آنها در خلال ۷ هفته در ۷ جلسهٔ ۵۰ دقیقه‌ای در برنامهٔ درمانی شرکت کردند. ایفای نقش، پسخوراند، و تقویت. از جملهٔ روش‌هایی بود که در برنامهٔ آموزش توانش اجتماعی بکارگرفته شدند. نهایتاً این تحقیق به نتایج جالبی منتهی گردید: ۱- سطوح متفاوت مداخله، سازش یافتگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری را در پی داشته‌اند. با این وجود، فقط تأثیر آموزش ظرفیت ابراز وجود در مقایسه با گروه کنترل معنادار گردیده است ($p < 0/05$). ۲- پس از مداخله، سطح وخامت نشانه‌های اختلال رفتار هنجاری هیچ یک از گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل

بطور معناداری تقلیل نیافته است.

کلید واژه‌ها: حل مسأله اجتماعی، ظرفیت ابراز وجود، سازش یافتگی اجتماعی، اختلال رفتار هنجاری.



مقدمه

در بطن جوامع بشری، همواره پاره‌ای از کودکان و نوجوانان از قوانین و هنجارهای اجتماعی تخلف کرده و زندگی اجتماعی خود و دیگران را با مخاطراتی مواجه ساخته‌اند. بی‌گمان، در هر عصری برای مهار این گونه رفتارها تدابیری اندیشیده شده‌اند که زیر تأثیر روی آورده‌های اجتماعی، فلسفی و علمی بوده که در هر دوره زمانی غلبه داشته‌اند.

الکیند^۱ (۱۹۹۸) به خوبی نشان داده است که در عصر تجددگرایی^۲ روانشناسان بر این اعتقاد بوده‌اند که رفتارها محصول عوامل تصادفی نیستند. که بر مبنای قوانین رفتار شکل می‌گیرند. این قوانین نیز جهان شمول بوده و عدم تأمین آنها سبب استقرار اختلالات رفتاری^۳ در کودکان و نوجوانان می‌گردد. در عصر پساتجددگرایی^۴ تمرکز روی تمایز یافتگی است. به عبارت دیگر وجود و تنوع عوامل متعدد فرهنگی و اجتماعی، اخلاقی و ...، شکل‌های متکثر و ناهمگونی از یک نوع اختلال رفتار در افراد مختلف را سبب می‌گردند.

با این همه، آنچه مهم است وجود یک ردیف رفتارهای بزهکارانه^۵ در پاره‌ای از کودکان و نوجوانان است که سخت با قوانین و هنجارهای جامعه برخورد دارند. این گونه رفتارهای بزهکارانه به زعم لئوبر (۱۹۹۰) زیرمجموعه‌ای از رفتارهای ضداجتماعی^۶ بوده که با توجه به سن خاصی ناقض قوانین کیفری هستند.

از دیدگاه پاره‌ای از مؤلفان، اختلال رفتار هنجاری^۷ متمایزکننده مجموعه‌ای از رفتارهای پرخاشگرانه؛ مانند تهدید دیگران، سرقت، خرابکاری، حریق عمدی، دروغ‌گویی و فرار از مدرسه است که شکستن سنت‌ها و قوانین اجتماعی از ویژگی‌های مهم این اختلال به حساب می‌آید. رفتارهایی که کنش‌وری اجتماعی و روانی فرد را در منزل، مدرسه و گروه‌های اجتماعی با مشکل مواجه می‌سازد (هوگزر، ۱۹۸۸ و کازدین و زیگل و باس، ۱۹۹۲).

با استناد به مجموعه پژوهش‌هایی که در خصوص اختلال رفتار هنجاری انجام گرفته‌اند، می‌توان گفت که مشکلات این افراد بیش از آنکه در حد مرزهای فیزیولوژیک متوقف باشد به

ضعف آنها در توانش اجتماعی^۸ و روابط بین فردی وابسته است (والکر و استیبر، ۱۹۹۸؛ استرای هورن، استراین و والکر، ۱۹۹۳؛ مک ماهان و همکاران، ۱۹۹۴؛ مائر و همکاران، ۱۹۹۸، بالیس و دیویس، ۱۹۹۷).

در این خصوص، نتایج تحقیق هادسن و وارد (۲۰۰۰) نشان داده‌اند که سطح توانش اجتماعی افراد مبتلا به اختلال رفتار هنجاری مطلوب نیست. ضعفی که به زعم وی می‌تواند علت بنیادی رفتارهای پرخاشگرانه باشد.

توانش اجتماعی مبین دستیابی به گستره وسیعی از رفتارهای مهار یافته کلامی و غیر کلامی است که بکارگیری آنها در تعامل اجتماعی روزمره، سازش یافتگی اجتماعی فرد را با محیط امکانپذیر می‌سازد (ناپزیک و رودس، ۱۹۹۶)

با توجه به مشکلاتی که افراد مبتلا به اختلال رفتار هنجاری در زمینه توانش اجتماعی دارند، نتایج تحقیقات دیگری نیز نشان داده‌اند که این گونه نوجوانان در حل مسایل اجتماعی ناتوان هستند. این گروه از بیماران از یکسو در تفسیر و دریافت رفتارهای عاطفی دیگران ضعف دارند و از سوی دیگر از فرآیندهای شناختی مورد نیاز برای حل موقعیت‌های مسئله‌دار^۹ به خوبی استفاده نمی‌کنند. چه کودکان اغتشاش‌گر^{۱۰} رفتارهای کلامی و غیر کلامی دیگران را نامناسب تفسیر کرده و یا بطور انتخابی به آنها توجه می‌کنند. بنابراین، آنها در جنبه‌های پردازش، اطلاعات اجتماعی^{۱۱}، استدلال اجتماعی^{۱۲} و بکارگیری راهبردهای حل مسئله با مشکلاتی مواجه هستند (تگلاسی و روتمن، ۲۰۰۱؛ هاروی، فلچر و فرنچ، ۲۰۰۱؛ پاکاسلاتی، ۲۰۰۰ و پرایس و لندزورک، ۱۹۹۸).

دزوربلیا و گلدفرید (۱۹۷۱) نشان داده‌اند که حل مسئله اجتماعی^{۱۳} یک فرآیند رفتاری است که از یکسو سبب تولید پاسخ‌های تناوبی^{۱۴} متنوع برای برخورد با موقعیت‌های مسئله‌دار می‌گردد و از سوی دیگر، افزایش احتمال انتخاب مؤثرترین پاسخ از بین پاسخ‌های تناوبی را در پی دارد. با این همه، می‌توان گفت که توانش اجتماعی که به گستره وسیعی از رفتارها، خواسته‌ها و انتظارات اجتماعی پوشش می‌دهد، می‌تواند در دو سطح عمده؛ یعنی، مهارت‌های ظرفیت ابراز وجود^{۱۵} و حل مسئله اجتماعی بررسی گردند. هرچند این گونه از توانش‌های اجتماعی با مهارت‌های زندگی در ارتباط بوده، ممکن است در یک برنامه درمانی روی والدین، معلمان،

همسالان و مدیران متمرکز گردند، با این وجود، شواهد نشانگر این است که آموزش ابراز وجود و حل مسئله اجتماعی در حوزه درمانی اختلال رفتار هنجاری واجد آثار درمانی قابل ملاحظه‌ای بوده است.

گلدشتاین (۱۹۸۱) معتقد است که آموزش توانش اجتماعی از رهگذر انجام چند فن عمده به دست می‌آید که بهسازی و ترمیم رفتارهای اجتماعی نامطلوب از عمده‌ترین آثار درمانی آنها محسوب می‌گردند. این عناصر درمانی عبارتند از: ۱- الگوگیری^{۱۶} - ۲- ایفای نقش^{۱۷} - ۳- پس‌خوراند^{۱۸} و ۴- تقویت‌کننده‌های اجتماعی که امکان تعمیم و انتقال عملکرد را به موقعیت‌های واقعی زندگی فراهم می‌آورد.

بی‌گمان این عناصر درمانی در دو روش آموزش حل مسئله اجتماعی و آموزش ظرفیت ابراز وجود بکار گرفته می‌شوند. در این خصوص نتایج تحقیقات متعددی (ویسبرگ و همکاران، ۱۹۸۱؛ وبستر - استراتن، ۱۹۹۴؛ و میلر و کول، ۱۹۹۸) نشان داده‌اند که با واسطه بکارگیری این عناصر درمانی در برنامه‌های ساختارمند آموزشی می‌توان سطح مناسبی از سازش‌یافتگی اجتماعی^{۱۹}، رفتارهای اجتماعی‌گرا^{۲۰} و استدلال اجتماعی دست پیدا کرد.

در این پژوهش آموزش توانش اجتماعی متغیر مستقلی است که بطور غیرمستقیم در دو سطح متمایز مورد دستکاری قرار گرفته است. این سطوح عبارتند از: ۱- آموزش ظرفیت ابراز وجود ۲- آموزش حل مسئله اجتماعی. در این پژوهش سازش‌یافتگی اجتماعی و وخامت^{۲۱} نشانه‌ها نیز به عنوان متغیرهای وابسته تعریف شده‌اند. همچنین برای به حداکثر رساندن واریانس واقعی و به حداقل رسیدن واریانس خطا، ویژگی‌های جنس، سن و پایه تحصیلی از جمله متغیرهایی بوده‌اند که با ثابت نگه داشتن آنها، مهار شده‌اند.

فرضیه‌ها

- ۱- هریک از سطوح متفاوت مداخله، (حل مسئله اجتماعی و ظرفیت ابراز وجود) به سازش‌یافتگی اجتماعی معناداری در نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری منتهی می‌شود.
- ۲- آموزش مهارت‌های ظرفیت ابراز وجود در مقایسه با روش درمانگری حل مسئله اجتماعی، درجه و وخامت نشانه‌های اختلال رفتار هنجاری را بیشتر کاهش می‌دهد.

○ روش جامعه آماری و نمونه

در این پژوهش، جامعه آماری به کلیه دانش آموزان پسر سنین ۱۱؛ ۱۲ - ۱۳، پایه سوم انیمایی اطلاق می‌گردد که در مدارس راهنمایی دولتی نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شیراز در سال تحصیلی ۸۱-۸۰ مشغول به تحصیل بوده، و براساس ضوابط و ملاک‌های چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا^{۲۱} (DSM-IV) در چارچوب اختلال رفتار هنجاری قرار گرفته‌اند. از این جامعه آماری یک گروه نمونه ۷۵ نفری به تصادف انتخاب شده، و براساس فرآیند جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایشی آموزش ظرفیت ابراز وجود ($n = ۲۵$) و گروه آموزش حل مسئله اجتماعی ($n = ۲۵$) و یک گروه کنترل ($n = ۲۵$)، که هیچگونه آموزشی دریافت نکرده، قرار گرفتند.

ابزارهای اندازه‌گیری

سیاهه سازش یافتگی اجتماعی

این آزمون یکی از فرم‌های خاص آزمون شخصیتی کالیفرنیا^{۲۳} است که سطح سازش یافتگی اجتماعی افراد ۱۶-۹ ساله را در موقعیت‌های اجتماعی مورد سنجش قرار می‌دهد. این مجموعه ۷۵ سوالی که با گزینه‌های «بلی» و «خیر» پاسخ داده می‌شوند، نمره سازش یافتگی اجتماعی به دست می‌دهند.

نتایج پژوهش بوروس (۱۹۸۰) در خصوص ویژگی‌های روانسنجی این ابزار نشان داده است که اعتبار^{۲۴} به دست آمده از طریق شاخص اسپیرمن- براون^{۲۵} در حدود ۰/۸۶ تا ۰/۹۶ بوده است. اعتبار مقیاس سازش یافتگی اجتماعی که از طریق آلفای کرونباخ^{۲۶} بدست آمده، ۰/۶۱ برآورد شده است. رواسازی این تست نیز براساس نوعی روایی^{۲۷} سازه، یعنی روایی همگرا، انجام گردیده است که در آن، همبستگی‌های قوی بین اندازه‌های مربوط به سنجش یک سازه نشان داده شده‌اند.

پرسشنامه نشانه‌شناسی اختلال رفتار هنجاری

این پرسشنامه ۱۵ سوالی درجه و خامت نشانه‌های اختلال رفتار هنجاری؛ مانند، دعوا و کتک‌کاری فرار از مدرسه، تهدید و زورگویی، پرخاشگری و ... را براساس قضاوت معلمان

نشان می‌دهد و دارای ارزش تشخیصی معتبری است. وخامت هریک از نشانه‌ها در یک مقیاس سه نقطه‌ای؛ یعنی، ضعیف، متوسط و شدید درجه‌بندی شده است. این ابزار که براساس ضوابط تشخیصی چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۹۹۴) تدوین شده است، به مجموعه نشانه‌هایی پوشش می‌دهد که در کنار یک مصاحبه تشخیصی مناسب به منظور بررسی شکل پدیدآیی نشانه‌ها و زمان وقوع اولین آنها، می‌تواند به تشخیص معتبر اختلال رفتار هنجاری و تعیین درجه وخامت آن منتهی گردد. در این پژوهش، ملاک درجه وخامت اختلال رفتار هنجاری، حدی است که کنش‌وری‌های روانی و اجتماعی نوجوان بطور معناداری به سطح نارسایی رسیده باشد. این ابزار براساس سیاهه سی.اس.آی-۴^۸، تنظیم گردیده است. ابزاری که به منظور جداسازی اختلالات دوره کودکی و نوجوانی ساخته شده است. فرمی از این ابزار در سال ۱۹۹۴ براساس چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی تنظیم گردیده، که از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. گادو و اسپرافکین (۱۹۹۴) حساسیت این ابزار را ۰/۶۲ گزارش کرده‌اند. تجزیه و تحلیل‌های روانسنجی روی این سیاهه، ضریب بازآزمایی آن را ۰/۸۷ برآورد کرده‌اند.

سطوح مداخله

در این پژوهش، توانش اجتماعی به عنوان متغیر مستقل در دو سطح رفتاری (ظرفیت ابراز وجود) و شناختی (حل مسئله اجتماعی) در چارچوب یک برنامه سازمان یافته و براساس قوانین پویش گروهی آموزش داده شده است. پس از متمایز ساختن نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری براساس پرسشنامه نشانه‌شناسی و مصاحبه تشخیصی و جایگزینی آنها در گروه‌های آزمایشی و کنترل، مرحله دوم تحقیق که انجام پیش آزمون از افراد گروه‌های نمونه بود، آغاز گردید و سپس آنها برحسب اهداف آموزشی گروه خود وارد فرآیند درمان؛ یعنی، مرحله سوم پژوهش شدند. دو روش مداخله (ظرفیت ابراز وجود و حل مسئله اجتماعی) به صورت گروهی (گروه‌های ۶-۷ نفری) انجام شده‌اند. اعضای هریک از این گروه‌های کوچک در ۷ جلسه درمانگری به مدت یک ساعت در هفته شرکت کرده، و از راهبردهای ایفای نقش، پسخوراند و تقویت‌های اجتماعی و مادی بهره برده‌اند.

برنامه آموزش ظرفیت ابراز وجود، با استناد به برنامه‌های آموزشی ظرفیت ابراز وجود آدلر

(۱۹۷۷، ص ۲۶۸-۲۵۱) و گلدشتاین (۱۹۸۱، ص ۱۸۸-۱۵۲) تنظیم گردیده است. در این پژوهش، اهداف عینی برنامه آموزشی ظرفیت ابراز وجود در چارچوب جلسات مختلف و براساس توالی خاصی از موقعیت‌های اجتماعی ساده تا پیچیده تنظیم گردیده‌اند. آموزش حل مسأله اجتماعی براساس برنامه درمانی دزوریلیا و گلدفرید (۱۹۷۱)؛ گاث و می‌نورث - والیس، (۱۹۹۷، ص ۴۲۹-۴۲۵) تدوین گردیده است.

نتایج

جدولهای ۱ و ۲ یافته‌های توصیفی متغیرها را در گروه‌های مختلف نشان می‌دهند.

جدول ۱- نمونه، مقادیر میانگین و انحراف معیار متغیر سازش یافتگی اجتماعی برحسب موقعیت‌های پیش آزمون و پس آزمون

گروهها	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایشی ۱*	۳۷/۲۰	۷/۷۲	۵۱/۸۰	۷/۷۵
آزمایشی ۲**	۲۹/۷۲	۵/۹۱	۵۵/۳۶	۵/۶۲
کنترل	۵۰/۱۶	۷/۸۲	۵۲/۲۸	۷/۶۸
کل	۴۹/۰۳	۷/۲۳	۵۳/۱۵	۷/۱۷

** ظرفیت ابراز وجود

* حل مسأله اجتماعی

جدول ۲- حجم نمونه، مقادیر میانگین و انحراف معیار متغیر وخامت نشانه‌ها برحسب موقعیت‌های پیش آزمون و پس آزمون

گروهها	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایشی ۱*	۱۱/۶۸	۳/۰۶	۱۱/۵۶	۲/۱۸
آزمایشی ۲**	۱۲/۲۸	۲/۴۸	۱۱/۷۲	۱/۹۰
کنترل	۱۱/۲۸	۲/۶۵	۱۱/۷۶	۱/۹۸
کل	۱۱/۷۵	۲/۷۴	۱۱/۶۸	۲

** ظرفیت ابراز وجود

* حل مسأله اجتماعی

آزمون فرضیه‌ها

□ فرضیه اول: هر یک از سطوح متفاوت مداخله، (حل مسأله اجتماعی و ظرفیت ابراز وجود) به

سازش یافتگی اجتماعی معناداری در نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری منتهی می‌گردد.

جدول ۳- خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک طرفه پیش آزمون متغیر سازش یافتگی اجتماعی

منابع تغییرات	شاخصها	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	df	F
بین گروهها		۱۲۷/۵۴۷	۶۳/۷۷۳	۲	
درون گروهها		۳۷۳۶/۴۰۰	۵۱/۸۹۴	۷۲	۱/۲۲۹
کل		۳۸۶۳/۹۴۷		۷۴	

خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک طرفه متغیر سازش یافتگی اجتماعی در جدول ۳ به خوبی نشان می‌دهد که بین گروههای آزمایشی و کنترل از لحاظ هم متغیر (سازش یافتگی اجتماعی) پیش از دستکاری متغیر مستقل، تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین، گروههای مورد مطالعه متعلق به یک جامعه آماری می‌باشند. نتیجه‌ای که یکی از مفروضه‌های استفاده از تحلیل کوواریانس را تأمین می‌کند.

جدول ۴- خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک طرفه پس تست متغیر سازش یافتگی اجتماعی

منابع تغییرات	شاخصها	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	df	F
بین گروهها		۱۸۶/۵۸۷	۹۳/۲۹۳	۲	۱/۸۵۶
درون گروهها		۳۶۱۶/۸۰۰	۵۰/۲۳۳	۷۲	
کل		۳۸۰۳/۳۸۷		۷۴	

جدول ۴ به خوبی نشان می‌دهد که بین گروههای آزمایشی و کنترل از لحاظ متغیر ملاک (سازش یافتگی اجتماعی) در موقعیت پس آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد. این نتیجه نیز نشان می‌دهد که هر سه گروه در متغیر ملاک تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. افزون بر این، تأثیر تعاملی متغیر ملاک و هم متغیر با میزان ۴ مشاهده شده ۱/۵۵۳ معنادار نبوده است. نتیجه‌ای که نشان می‌دهد، در گروههای مورد مطالعه شیب خطوط رگرسیون همسان است. این نیز یکی دیگر از مفروضه‌های استفاده از تحلیل کوواریانس را تأمین می‌نماید.

جدول ۵- خلاصه نتایج کواریانس یک طرفه متغیر سازش یافتگی اجتماعی

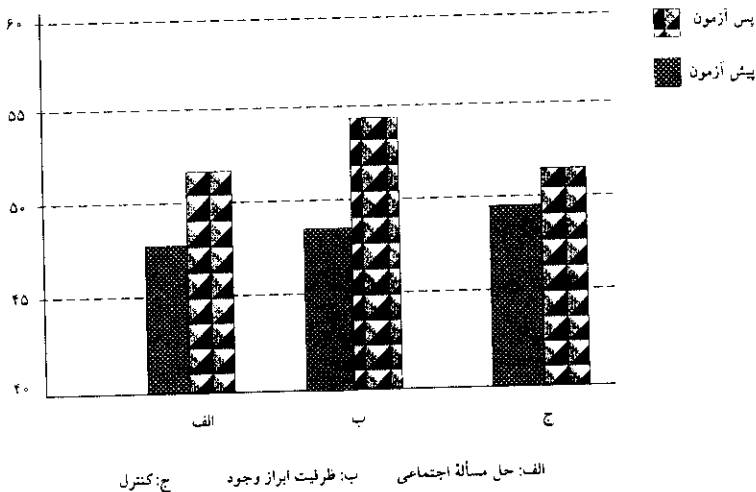
منابع تغییرات	شاخصها	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	df	F
بین گروهها		۱۴۶/۰۴۶	۷۳/۰۲۳	۲	۰/۶۸۱
درون گروهها		۱۴۰۸/۶۱۰	۱۹/۸۴۰	۷۲	
کل		۱۵۵۴/۶۵۶		۷۴	

خلاصه نتایج تحلیل کوراریانس یک طرفه در جدول ۵ نشان می‌دهد که بین میانگین‌های تعدیل شده که در جدول ارائه شده‌اند، تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، حداقل بین دو میانگین از میانگین‌های تعدیل شده تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$).

جدول ۶- میانگین‌های تعدیل شده متغیر ملاک سازش یافته اجتماعی

میانگین تعدیل شده	گروهها
۵۳/۲۰۴	حل مسأله اجتماعی
۵۴/۸۲۷	ظرفیت ابراز وجود
۵۱/۴۰۹	کنترل

جدول ۶ میانگین‌های تعدیل شده متغیر ملاک سازش یافتگی اجتماعی را نشان می‌دهد. به عبارت دیگر، گروههای ظرفیت ابراز وجود، حل مسأله اجتماعی و کنترل به ترتیب واجد بیشترین و کمترین میانگین هستند. تفاوت این میانگین‌ها از طریق آزمون تعقیبی که در جدول ۷ آمده، مورد بررسی قرار گرفته است.



نمودار ۱- مقایسه میانگین نمرات سازش یافتگی اجتماعی در گروههای آزمایشی و کنترل

در دو موقعیت پیش آزمون و پس آزمون

جدول ۷- نتایج مقایسه میانگین‌های تعدیل شده پس از آزمون تحلیل کواریانس

تفاوت میانگین‌ها	گروه‌ها	گروه‌ها
۱/۷۹۶	۲	۱
۳/۴۱۸ *	۳	
۱/۷۹۶	۱	۲
۱/۶۲۳	۳	

* $p < 0/05$

نتایج مقایسه میانگین‌ها که در جدول ۷ ارائه شده‌اند به خوبی نشان می‌دهد که میانگین سازش یافتگی اجتماعی گروه‌های آزمایشی ظرفیت ابراز وجود (گروه ۳) و حل مسأله اجتماعی (گروه ۲) در مقایسه با میانگین همان متغیر در گروه کنترل (گروه ۱) متفاوت هستند. با این وجود، فقط گروه آزمایشی ابراز وجود، سازش یافتگی را بطور معناداری افزایش داده است ($p < 0/05$).

□ فرضیه دوم: آموزش مهارت‌های ظرفیت ابراز وجود، در مقایسه با روش درمانی حل مسأله اجتماعی، درجه وخامت نشانه‌های اختلال رفتار هنجاری را بیشتر کاهش می‌دهد.

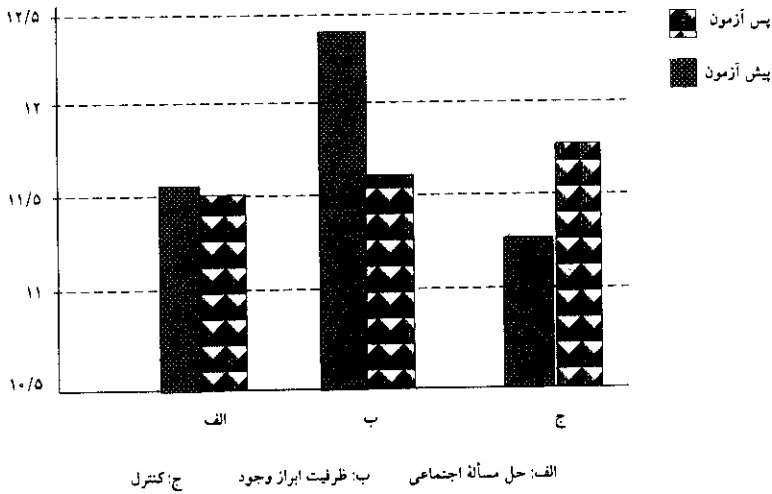
جدول ۸- خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک طرفه پیش آزمون متغیر وخامت نشانه‌ها

شاخص‌ها	مجموع مجدورات	میانگین مجدورات	df	F
میانگین تغییرات				
بین گروه‌ها	۱۲/۶۶۷	۶/۳۳۳	۲	۰/۸۴۲
درون گروه‌ها	۵۴۱/۵۲۰	۷/۵۲۱	۷۲	
کل	۵۵۵/۱۸۷		۷۴	

جدول ۸ به خوبی نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایشی و کنترل از لحاظ متغیر (مهارت‌های مقابله‌ای) در موقعیت پیش آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین، گروه‌های مورد مطالعه متعلق به یک جامعه آماری می‌باشند.

جدول ۹- خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک طرفه پس آزمون متغیر وخامت نشانه‌ها

شاخص‌ها	مجموع مجدورات	میانگین مجدورات	df	F
میانگین تغییرات				
بین گروه‌ها	۰/۵۶۰	۰/۲۸۰	۲	۰/۰۶۸
درون گروه‌ها	۲۹۵/۷۶۰	۴/۱۰۸	۷۲	
کل	۲۹۶/۳۲۰		۷۴	



نمودار ۲- مقایسه میانگین نمرات وخامت نشانه‌ها در گروه‌های آزمایشی کنترل در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون

با توجه به نتایج جدول ۹ می‌توان گفت که بین گروه‌های آزمایشی و کنترل از لحاظ متغیر ملاک (مهارت‌های مقابله‌ای) در موقعیت پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد. این نتیجه نیز نشان می‌دهد که هر سه گروه از لحاظ متغیر ملاک تفاوت معناداری با یکدیگر ندارد. افزون بر این، تأثیر تعاملی متغیر ملاک و هم‌متغیر با میزان f مشاهده شده 0.205 معنادار نبوده است. این نتیجه نشانگر این است که در گروه‌های مورد مطالعه شیب خطوط رگرسیون همسان است.

جدول ۱۰- خلاصه نتایج تحلیل کواریانس یک طرفه متغیر وخامت نشانه‌ها

F	df	میانگین جدولی	مجموع مجادرات	میانگین مجادرات
۰/۷۶۷	۲	۱/۸۲۵	۳/۶۴۹	بین گروه‌ها
	۷۲	۲/۳۷۹	۱۶۸/۸۸۲	درون گروه‌ها
	۷۴		۱۷۲/۵۳۱	کل

خلاصه نتایج تحلیل کواریانس یک طرفه در جدول ۱۰ نشان می‌دهد که بین میانگین‌های تعدیل شده که در جدول ۱۱ ارایه شده‌اند، تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۱۱ - میانگین‌های تعدیل شده و خامت نشانه‌ها (متغیر ملاک)

میانگین تعدیل شده	گروه‌ها
۱۱/۶۸۶	حل مسأله اجتماعی
۱۱/۵۹۲	ظرفیت ابراز وجود
۱۱/۴۶۲	کنترل

جدول ۱۱ و نمودار ۲ میانگین‌های تعدیل شده متغیر ملاک و خامت نشانه‌ها را نشان می‌دهد که بین گروه‌های حل مسأله اجتماعی، ظرفیت ابراز وجود و کنترل تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

- از یافته‌های این پژوهش این است که سطوح متفاوت مداخله، یعنی آموزش حل مسأله اجتماعی و آموزش ظرفیت ابراز وجود به سازش یافتگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری منتهی گردیده‌اند. اما فقط آموزش ظرفیت ابراز وجود در مقایسه با گروه کنترل سبب افزایش معنادار سازش یافتگی اجتماعی این گروه از نوجوانان شده است. ($p < / 05$).
- نتایج پژوهش‌های متعددی (پارک و همکاران، ۱۹۹۷؛ میجر و همکاران، ۱۹۹۸)، نشان داده‌اند که سازش یافتگی اجتماعی زیر تأثیر تفکر مبتنی بر حل مسأله و سطح توانش اجتماعی است. به عبارت دیگر غنی‌سازی محیط اجتماعی از لحاظ مهارت‌های حل مسأله و گونه‌های مختلف مهارت‌های ظرفیت ابراز وجود سبب شکل‌گیری سطح معقول سازش یافتگی می‌گردد. این نتایج همگام با نتایج تحقیقات دیگری (نگلاسی و ژنمن، ۲۰۰۱، هاروی و همکاران، ۲۰۰۱؛ پاکاسلاتی، ۲۰۰۰ و پرایس و لندزورک، ۱۹۹۸) با یافته این پژوهش همسو هستند. به عبارت دیگر، آنها معتقدند که الگوهای نادرست پردازش اطلاعات اجتماعی، راهبردهای حل مسأله اجتماعی و استدلال اجتماعی در شکل‌گیری رفتارهای پرخاشگرانه، اغتشاش‌گر و سازش‌نا یافتگی اجتماعی نقش عمده‌ای را ایفا می‌کنند. بر این اساس، اغلب آنها سعی کرده‌اند با استفاده از انواع مداخله‌های مبتنی بر توانش اجتماعی (حل مسأله اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی؛ به ویژه، آموزش ظرفیت ابراز وجود) این گونه مشکلات را مرتفع ساخته، که به نتایج قابل توجه و همسویی نیز دست یافتند.
- با توجه به نتایج تحقیقات متعددی که نشان داده‌اند که کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال

رفتار هنجاری از لحاظ گونه‌های مختلف توانش اجتماعی دچار مشکل هستند (هادسن و وارد، ۲۰۰۰؛ والکر و استیبر، ۱۹۹۸؛ استرای هورن و همکاران، ۱۹۹۳؛ مک ماهان و همکاران، ۱۹۹۴ و کازدین و همکاران، ۱۹۹۲) و با توجه به نتایج تحقیقاتی که تأثیر درمانگری‌های متمرکز بر اختلال؛ مانند، آموزش مهارت‌های ظرفیت ابراز وجود و حل مسأله اجتماعی در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری مسلم ساخته‌اند، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر علت که طرح‌های درمانی این پژوهش بر آن مبتنی بوده است، نتایج مطلوبی از لحاظ ترمیم و بهسازی مشکلات و افزایش توانش و سازش یافتگی اجتماعی در پی داشته‌اند.

● آنچه درخصوص این یافته باید مورد توجه قرارگیرد این است که فقط آموزش ظرفیت ابراز وجود در مقایسه با گروه کنترل، سازش یافتگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری را بطور معنادار افزایش داده است. این در حالی است که آموزش حل مسأله اجتماعی، علیرغم تأثیر افزایشی که بر سازش یافتگی اجتماعی داشته، با هیچکدام از گروههای آموزش ظرفیت ابراز وجود و کنترل تفاوت معنادار نداشته است. علت تبیینی اساسی که در توجیه این یافته می‌توان ذکر کرد، این است که ترمیم و اکتساب مؤلفه‌هایی مانند پردازش اطلاعات اجتماعی، استدلال اجتماعی، تولید پاسخ‌های تناوبی بیشتر و نهایتاً حل مسایلی که این افراد در زندگی واقعی با آنها مواجهند، به تمرین و ایفای نقش بیشتری نیاز دارند. چه، در این صورت است که تعمیم و انتقال مهارت‌های اکتساب شده تسهیل می‌گردد. دومین علت، محتوای برنامه حل مسأله اجتماعی در مقایسه با برنامه ظرفیت ابراز وجود است. محتوای برنامه حل مسأله اجتماعی، در مقایسه با محتوای برنامه ظرفیت ابراز وجود، بار شناختی بیشتری دارد. بنابراین، برای نوجوانانی که دارای رفتارهای اغتشاش‌گر و مهار نیافته هستند، به تمرکز و سرمایه‌گذاری بیشتری برای درونی سازی نیاز دارد. این دلایل به خوبی نشان می‌دهند که اکتساب محتوای هر یک از برنامه‌های آموزشی (حل مسأله اجتماعی و ظرفیت ابراز وجود) به طول دوره درمان متفاوتی نیاز دارند.

● پس از مداخله، سطح وخامت نشانه‌های اختلال رفتار هنجاری هیچ یک از گروههای آزمایشی (حل مسأله اجتماعی و ظرفیت ابراز وجود) در مقایسه با گروه کنترل بطور معناداری تقلیل پیدا نکرده است. نتایج پاره‌ای از تحقیقات (وبستر - استراتن، ۱۹۹۴ و میلر و کول، ۱۹۹۸) نشان داده‌اند که وخامت نشانه‌ها و تظاهرات اختلال رفتار هنجاری زیر تأثیر مداخله‌های مبتنی بر

توانش اجتماعی بطور قابل ملاحظه‌ای تقلیل می‌یابند. افزون بر این، هاروی و همکاران (۲۰۰۱) نشان داده‌اند که الگوی پردازش اطلاعات اجتماعی در شکل‌گیری رفتارهای پرخاشگرانه و اغتشاش‌گر نقش مهمی را بر عهده دارد. این افراد برای تفسیر اطلاعات از اسنادهای علی‌مبتنی بر خصومت استفاده کرده و به احتمال زیاد پیامدهای رفتارهای پرخاشگرانه خود را به عنوان پیامدهای مثبت ارزیابی می‌کنند. افزون بر این، کودکان و نوجوانان پرخاشگر در هنگام مواجه شدن با موقعیت‌های مسأله دار از راه حل‌های پرخاشگرانه و تهدیدآمیز استفاده می‌کند.

● در مقابل این نتایج، نگلاسی و روتمن (۲۰۰۱) در تحقیق خود نشان داده‌اند که تأثیر برنامه‌های درمانگری مبتنی بر حل مسأله اجتماعی فقط برای آزمودنی‌هایی معنادار بوده، که وخامت نشانه‌های اختلال رفتار هنجاری در آنها کم بوده است. به عبارت دیگر، دانش آموزشی که مشکلات رفتاری و عاطفی آنها مزمن بوده، به خوبی نتوانسته‌اند از این برنامه درمانگری استفاده نمایند. یکی از عوامل عمده‌ای که در جهت تبیین علمی این یافته می‌توان روشن ساخت، این است که نشانه‌های اختلال رفتار هنجاری بر حسب زمان ریخت‌های مختلفی پیدا می‌کنند. به عبارت دیگر، در ریخت کودکی اختلال رفتار هنجاری پاره‌ای از نشانه‌ها؛ مانند، رفتارهای پرخاشگرانه بیشتر به چشم می‌خورد، در حالیکه در ریخت نوجوانی که نشانه‌ها بعد از سن ۱۰ سالگی به صورت رفتارهای غیر پرخاشگرانه بروز می‌کنند. پس، در وهله اول، به خوبی می‌توان، میزان وخامت نشانه‌ها را مورد سنجش قرار داد، اما مشخص ساختن انواع ریخت‌هایی که در خلال زمان تحول پیدا می‌کنند، بسیار دشوار است. از این رو، به خوبی می‌توان گفت که، نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری همواره سطح ثابتی از نشانه‌ها را از خود نشان نمی‌دهند.

● علت دیگری که می‌توان در این راستا مطرح کرد، این است که پاره‌ای از نشانه‌ها؛ مانند،

پر خاشگری کلامی و غیرکلامی، تهدید، سوء رفتارهای جنسی، دروغ‌گویی و فرار از مدرسه، بین این افراد، به صورت خرده فرهنگ درآمده‌اند که عدول از آنها به طرد شدگی از سوی گروه بزه‌کار، منتهی خواهد شد. افزون بر این، داده‌های مربوط به این فرضیه، براساس برآورد فاعلی معلمان به دست آمده‌اند. چه، اگر سنجش مستقیم نشانه‌ها امکان‌پذیر باشد، آزمایش تأثیر کاربندی‌ها، به نتیجه بهتری منتهی می‌گردد. این به خوبی نشان می‌دهد که درمانگری‌های متمرکز بر اختلال؛ مانند آموزش حل مسأله اجتماعی و آموزش ظرفیت ابراز وجود، به تنهایی به ترمیم و بهسازی خصایص و نشانه‌های اختلال رفتار هنجاری منتهی نمی‌گردد. چه آموزش این‌گونه مهارت‌های

شناختی و اجتماعی به افراد مهمی که از ارکان اساسی محیط اجتماعی آنها به حساب می‌آیند؛ مانند، گروه‌های همسن، معلمان و والدین، سبب می‌گردد که این دسته از نوجوانان خود را از محیط‌های سالم و مناسب‌تری تجربه کنند.

● در مجموع این پژوهش، به چارچوب مناسبی برای آموزش مهارت‌های روانشناختی دست یافته است. روشی که از رهگذر آن می‌توان پاره‌ای از ظرفیت‌های نارسای روانشناختی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری به سطح مهارت، ارتقا بخشید. بی‌گمان، این روی آورد درمانگری، اندیشه‌های لازم را برای تدوین یک نظام آموزشی سازمان یافته که در سطح پیشگیری و در نتیجه تأمین بهداشت روانی گام بردارد، آماده می‌سازد.



یادداشت‌ها

- | | |
|--|-----------------------------------|
| ۱- Elkind,D. | ۲- Modernism |
| ۳- Behavioral disorders | ۴- Postmodernism |
| ۵- Delinquent behaviors | ۶- Antisocial |
| ۷- Conduct disorder | ۸- Social competence |
| ۹- Problematic situations | ۱۰- Disruptive |
| ۱۱- Social information processing | ۱۲- Social reasoning |
| ۱۳- Social problem-solving | ۱۴- Alternative |
| ۱۵- Assertiveness | ۱۶- Modeling |
| ۱۷- Role playing | ۱۸- Feedback |
| ۱۹- Social adjustment | ۲۰- Prosocial |
| ۲۱- Severity | |
| ۲۲- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) | |
| ۲۳- California Test of Personality | ۲۴- Reliability |
| ۲۵- Spearman-Brown | ۲۶- Cronbach's coefficient alpha |
| ۲۷- Validity | ۲۸- Child Symptom Inventory (CSI) |

منابع

- Adler, R. B. (1977). *Confidence in communication: A guide to assertive and social skills*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and manual of mental disorders* (4 rd.). Washington DC. Author.

- Bullis, M. & Davis, C. (1997). Further examination of measures of community - based social skills for adolescents and young with emotional and behavioral disorders. *Behavioral Disorders*, 23, 29-39.
- Buros, O. K. (1980). *Third mental measurement yearbook*. NJ: Gryphon. Press hihland Park.
- D'Zurilia, T. J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*. 78, 107-129.
- Elkind, D. (1998). Behavioral disorders: A postmodern perspective. *Behavioral Disorders*. 23, 153-159.
- Gadow, K. D. & Sprafkin, J. (1994). *Child Symptom Inventories Manual*. Stony Brook: Checkmate Plus.
- Gath, D. & Maynors-Wallis, L. (1997). Problem-solving treatment in primary care. In: D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.) *Science and practice of cognitive behavior therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Goldstein, A. P. (1981). *Psychological Skill training* (the structured learning technique). New York: Pressman Press.
- Goldstein, L. (1997). Adolescent stealer's and nonstealer's social problem-solving skills. *Adolescence*. 32, 51-55.
- Harvey, R. J.; Fletcher, J. & French. D. J. (2001). Social reasoning: A source of influence on aggression. *Clinical Psychology Review*. 21, 447-469.
- Hudson, S. M.; & Ward, T. (2000). Interpersonal competency in offenders. *Behavior Modification*. 24, 494-527.
- Hughes, J. N. (1988). *Cognitive behavior therapy with children in schools*. New York: Pergamon Press.
- Kazdin, A. E. ; Siegel, T. C. & Bass, D. (1992) Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60, 733-747.
- Knapczyk, D. R. & Rodes. P. G. (1996). *Teaching social competence*. New York: Brook / Cole.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Adolescence*. 10, 1-41.
- Major, B.; Richards, C.; Cooper, M. L.; Cozzarelli, C. & Zubek, J. (1998) Personal resilience, cognitive appraisals and coping: An integrative model of adjustment to abortion. *Journal of*

Personality and Social Psychology. 74, 735-752.

- Mathur, S. R.; Kavale, k. A.; Quinn, M. M.; Forness, A. R. & Rutherford, R. B. (1998). Social skills interventions with students with emotional and behavioral problems: A quantitative synthesis of single-subject research. *Behavioral Disorders*. 23, 193-201.
- McMahan, C. M.; Wacker, D. P.; Sasso G. M. & Mellroy, K. J. (1994). Evaluation of the multiple effects of social skill intervention. *Behavioral Disorders*. 20, 35-50.
- Miller, D. N. & Cole, C. L. (1998). Effects of social skills training on adolescent with conduct disorder and depression. *Journal of Child and Family Behavior Therapy*. 20. 35-53.
- Pakaslahti, L. (2000). Children's and adolescents' aggressive behavior in context: The development and application of aggressive problem-solving strategies. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 467-490.
- Park C. L.; Moor, P. J.; Turner, R. A. & Adler, N. E. (1997). The roles of constructive thinking and optimism in psychological and behavioral adjustment during pregnancy. *Journal of Personality and Social Psychology*. 73. 584-592.
- Price, J. M. & Landsverk, J. (1998). Social information-processing pattern as predictors of social adaptation and behavior problems among maltreated children in foster care. *Child Abuse & Neglect*. 22, 845-858.
- Strayhorn, J. M.; Strain, P. S. & Walker, H. M. (1993). The case for interaction skills training in the context of tutoring as a preventive mental health intervention in schools. *Behavioral Disorders*. 19, 11-26.
- Teglasi, H. & Rottman, L. (2001). Stories a classroom-based program to reduce aggressive behavior. *Journal of School Psychology*. 39, 71-49.
- Walker, H. M. & Stieber, S. (1998). Teacher ratings of social skills as longitudinal predictors of long-term arrest status in a sample of at-risk males. *Behavior Modification*. 23, 222-230.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 62, 583-593.
- Weissberg, R. P.; Gesten, E. L.; Rapkin, B. D.; Cowen, E. L.; Davidson, E.; Flores de Apodaca, R. & McKim, B. J. (1981) Evaluation of a social problem-solving training program for suburban and inner-city third-grade children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 49, 251-261.

