

تأثیر آموزش مهارت های اجتماعی بر اختلالات رفتاری کودکان دبستانی

مرید کریمی*^۱، ستار کیخاونی^۲، محمد باقر محمدی^۳

(۱) گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، واحد سرابله

(۲) مرکز تحقیقات و پیشگیری از آسیب های اجتماعی روانی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

(۳) گروه مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی لرستان

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۰/۲۹

تاریخ دریافت: ۸۸/۳/۱۲

چکیده

مقدمه: روانشناسان در دهه های اخیر، در بررسی اختلالات رفتاری و انحرافات اجتماعی به این نتیجه رسیده اند که بسیاری از اختلالات و آسیب ها در ناتوانی در تحلیل صحیح و مناسب از خود و موقعیت خود، عدم احساس کفایت و کنترل شخصی جهت رویارویی با موقعیت های دشوار و عدم آگاهی برای حل مشکلات و مسائل زندگی واقعی به شیوه مناسب ریشه دارد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر آموزش مهارت های اجتماعی بر اختلالات رفتاری کودکان دبستانی بوده است.

مواد و روش ها: این پژوهش بر روی ۹۰ دانش آموز (۴۵ دختر و ۴۵ پسر) پایه های سوم، چهارم و پنجم دبستان که بر اساس پرسشنامه علائم مرضی کودکان SCI-4، مبتلا به اختلالات رفتاری تشخیص داده شدند، انجام گرفت. آموزش ها شامل آموزش مهارت های اجتماعی برای کلاس درس استفنز و فهرست مهارت های اجتماعی واکر بود که از طریق بحث گروهی، ایفای نقش و الگو سازی ارائه شدند.

یافته های پژوهش: تحلیل نتایج با استفاده از تحلیل واریانس آزمون و t در دو گروه مستقل نشان داد که آموزش مهارت های اجتماعی باعث کاهش نشانگان اختلالات رفتاری شد ($F=2,526/188$). این کاهش هم در گروه پسران و هم در گروه دختران در سطح $0/001$ معنی دار است ($F=840/117$ برای پسران و $F=2,149/150$ برای دختران).

بحث و نتیجه گیری: تجزیه و تحلیل یافته ها نشان داد مشکلات دانش آموزان دارای اختلالات رفتاری تحت آموزش مهارت های اجتماعی کاهش یافته است. این نتایج نشان می دهد که دست اندرکاران امور بهداشت و سلامت کودکان بایستی در خصوص آموزش مهارت های اجتماعی از دوره دبستان اهتمام جدی ورزند. به طور کلی، می توان گفت که آموزش مهارت های اجتماعی به افزایش سلامت روان منجر می شود و در پیشگیری از بیماری های روانی و مشکلات رفتاری نقشی موثر دارد.

واژه های کلیدی: مهارت های اجتماعی، اختلالات رفتاری، کودکان دبستانی

* نویسنده مسئول: گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، واحد سرابله

Email: Mkarimi_75@yahoo.com

مقدمه

هنجارهای اجتماعی مرحله سنی کودک باشد. خشونت یا تخریب عمدی اموال دیگران تقریباً ویژگی مشترک این اختلال است. تقلب و سرقت نیز در این اختلال شایع است، (۱۰). ملاک اصلی اختلال نافرمانی مقابله ای، حرف نشنوی است. کودکان دچار اختلال نافرمانی تقابلی، در برابر مظاهر اقتدار، رفتار خصمانه و منفی بروز می دهند و نافرمانی می کنند، (۱۰). سازه مقابله، خصوصیت مرکزی این اختلال است، (۱۶). آدپو (۱۹۹۹) طی تحقیقی نتیجه می گیرد دانش آموزان مقطع ابتدایی که دارای رفتارهای نابهنجارند، می توانند به طور موفقیت آمیزی مهارت های اجتماعی را یاد بگیرند. مطالعه آدپو، مطالعات پیشین مشابه (چایلد و دونلپ، ۱۹۹۶؛ میدلتون، ۱۹۴۴؛ میدلتون و کارتلج، ۱۹۹۵؛ مور کارتلج و هگن، ۱۹۹۵؛ واکر، ۱۹۹۸ را تأیید کرد، (۱۷). نتایج پژوهش بابرچ (۲۰۰۱) با عنوان اثرات برنامه آموزش مهارت های اجتماعی، نشان دهنده افزایش عملکرد آزمودنی های گروه مورد در مولفه های مقیاس رفتارهای پسندیده اجتماعی و خودکنترلی است، (۱۱). شورت (۲۰۰۶) نشان داد که آموزش مهارت های اجتماعی باعث افزایش شبکه اجتماعی (همسالان و معلمان)، رفتار پسندیده اجتماعی، تعامل مثبت اجتماعی، رفتارهای قاعده مند و آغازگری گفتگو در زمان مناسب در کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی گردید، (۲۲). هرناندز (۲۰۰۶) نشان داد که اختلالات بیرونی و درونی (به ویژه اختلالات بیرونی) بر اثر آموزش مهارت های اجتماعی کاهش چشمگیری داشت، (۱۷). ماهان و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که هم آموزش مهارت های اجتماعی و هم برنامه مداخله شناختی-اجتماعی در کاهش نرخ رفتار اغتشاشی در کوتاه مدت و دراز مدت مؤثر بوده است، (۱۷). فروع الدین عدل (۱۳۷۲)، اثر بخشی آموزش مهارت های اجتماعی را در بهبود رفتارهای اختلال گرانه کودکان مورد مطالعه قرار داد. تحلیل نتایج نشان داد که در گروه آزمایش کاهش معناداری در رفتارهای اختلال گرانه مشاهده شده است، (۲). نتایج پژوهش سخندان توماج (۱۳۸۰) نشان داد که آموزش مهارت های اجتماعی در کاهش مشکلات رفتاری-عاطفی کودکان دبستانی به طور معناداری مؤثر

رشد شخصیت کودکان، شهروند خوب شدن، اجتناب از خشونت، یادگیری شیوه های مناسب برخورد با دیگران، برقراری ارتباط با سایر افراد و به طور کلی، داشتن مهارت درارتباطات بین فردی برای زندگی دردنیای کنونی امری ضروری است، (۲۳). در این راستا، سازمان بهداشت جهانی و یونیسف سالهاست که رویکرد مهارت های زندگی را مطرح کرده اند. این مهارت ها در سه طبقه اصلی با عناوین مهارت های اجتماعی، شناختی و مقابله ای-هیجانی قرار می گیرند، (۱۸). مهارت های اجتماعی مهارتهایی هستند که موانع روابط اجتماعی مثبت و عملکرد اجتماعی آموخته شده را برطرف می کنند و می توانند به عملکرد مؤثر و مفید کمک کنند، (۱۹). کمبود مهارت های اجتماعی کودکان را با مشکلاتی متعدد مواجه می سازد و باعث عدم مصالحه و سازش در روابط بین فردی، مشکلات و اختلالات رفتاری می گردد و بر رشد شخصیت کودک و سازگاری وی با محیط تأثیر منفی می گذارد. که این کاستی در مهارت های اجتماعی بیانگر پیش آینده های بالقوه برای اختلالات روانشناختی است، (۲۱). پژوهش ها نشان داده اند که گونه های خاصی از اختلالات رفتاری، مانند اختلال رفتار سلوک (CD)، اختلال نافرمانی مقابله ای (ODD)، و اختلال نقص توجه/فزون کنشی (ADHD) در میان دیگر اختلالات روانی دوران مدرسه از بیشترین فراوانی برخوردار بوده اند، (۱۶). این اختلالات امروزه «اختلالات کمبود توجه و رفتار مخل» نامیده می شوند، (۹). اختلال کمبود توجه شامل محدودیت در مهار رفتاری است که سه خصوصیت اساسی دارد: میزان توجه نامتناسب با مرحله رشد، تکانشوری و بیش فعالی با شروع قبل از ۷ سالگی، (۱۰). نشر چهارم راهنمای آماری تشخیص اختلالات روانی (DSM-IV) ملاک انواع مختلف ADHD را مشخص کرده است. خصوصیات اصلی اختلال سلوک ADHD نوع غالب بی توجه، ADHD نوع غالب بیش فعال و ADHD نوع مرکب مطابق DSM-IV عبارتند از الگوی تکراری و رفتار پایدار که شامل نقض حقوق اساسی دیگران شود و نامتناسب با

بوده است، (۶). سلیمانی (۱۳۸۵) نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی اثری معنی‌دار بر سازگاری اجتماعی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دیرآموز داشته است. (۷)

فرضیه اصلی پژوهش حاضر نیز این است که آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث بهبود اختلالات رفتاری کودکان دبستانی مبتلا به چنین اختلالاتی می‌شود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، تحقیقی مداخله‌ای (تجربی) مورد-شاهدی از نوع پیش-آزمون، پس-آزمون با گروه شاهد می‌باشد. در این پژوهش، جامعه مورد کل دانش‌آموزان پایه‌های سوم، چهارم و پنجم دبستانی سال تحصیلی ۱۳۸۷-۱۳۸۶ در مناطق چندگانه مدارس ابتدایی شهر تهران مشغول به تحصیل بوده است که ۹۰ دانش‌آموز (۴۵ پسر و ۴۵ دختر) مبتلا به اختلالات رفتاری به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفتند.

ابزار پژوهش: در این پژوهش از پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان CSI-4 که توسط گادو و اسپرافکین (۱۹۹۴) و بر اساس DSM-IV ساخته شده، استفاده گردید. از پرسش‌نامه مذکور سوالات مربوط به اختلال سلوک با نقطه برش (تشخیص) برابر یا بالاتر از ۳، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی نوع بی‌توجهی با نقطه برش (تشخیص) برابر یا بالاتر از ۶، اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه نوع بیش‌فعالی با نقطه برش (تشخیص) برابر یا بالاتر از ۶، اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه نوع ترکیبی با نقطه برش (تشخیص) برابر یا بالاتر از ۱۲، اختلال نافرمانی مقابله‌ای با نقطه برش (تشخیص) برابر یا بالاتر از ۴ فرم معلمان مورد استفاده قرار گرفت، (۱۳). نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها و همبستگی‌های به دست آمده از دو بار اجرای پرسشنامه CSI-4 در مورد نمره‌های غربال‌کننده برای نوع عدم توجه،

نوع تکانشی-بیش‌فعالی $r=0/67$ ، نوع مرکب $r=0/78$ اختلال نافرمانی مقابله‌ای $r=0/75$ و اختلال سلوک $r=0/67$ گزارش شد، (۱۵). علاوه بر اعتبار، در بررسی‌هایی که در مورد روایی همگرایی فرم معلم-SCI-4 انجام گرفت، دامنه همبستگی‌ها بین خرده‌مقیاس پرخاشگری مقیاس درجه بندی کانرز و نمره شدت نشانه‌های مرضی اختلال-نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک از $0/32$ تا $0/39$ گزارش شد. (۱۴)

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: در این پژوهش در خصوص آمار توصیفی از توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شده است و در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس و آزمون t دو گروه مستقل استفاده شد.

روش انجام کار: برنامه آموزشی انتخاب شده ترکیبی از فهرست برنامه‌های آموزش مهارت‌های اجتماعی برای کلاس درس استنفز (۱۹۷۸) و فهرست مهارت‌های اجتماعی واکر (۱۹۸۳) بود، (۳). روش کار این بود که ابتدا هر مهارت برای دانش‌آموز توضیح داده می‌شد. سپس با توضیح شفاهی، یا از طریق تابلو کلاس درس گام‌های رفتاری هر مهارت به‌طور جداگانه، با کمک چند عضو گروه، در قالب یک موقعیت اجتماعی، ایفای نقش می‌گردید. پس از آن، به روش الگوسازی طریقه صحیح مهارت توسط پژوهشگر و دانش‌آموزان اجرا می‌شد. دو هفته پس از آخرین جلسه، هر دو گروه مجدداً مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. این برنامه روی آزمودنی‌های گروه مورد به مدت ۱۰ جلسه ۱ ساعته در ۵ هفته متوالی اجرا شد.

یافته‌های پژوهش

نتایج پژوهش و اطلاعات ارائه شده در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که درپیش‌آزمون بین نمرات دو گروه تفاوتی معنی‌دار مشاهده نمی‌شود، اما در پس‌آزمون (بعد از اجرای برنامه آموزشی) نمرات گروه آزمایش تغییرپذیری بیشتری را نشان می‌دهند.

جدول شماره ۱. پیش آزمون-پس آزمون به تفکیک گروه های آزمایش و گواه در هر یک از اختلالات رفتاری

اختلالات		گروه مورد				گروه شاهد			
		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
		SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}
نافرمانی مقابله ای	۴۸	۳/۳۹۲	۹/۲۴	۲/۹۵۸	۳/۴۲	۳/۱۹۴	۹/۱۸	۲/۹۵۷	۸/۹۵
ADHD نوع بیش فعالی	۴۸	۳/۹۹۶	۱۹/۶۲	۳/۸۰۴	۱۰/۳۸	۴/۰۹۳	۱۹/۶۱	۳/۷۴۴	۱۸/۵۹
ADHD نوع بی توجهی	۴۸	۳/۷۳۹	۱۶/۸	۳/۸۵۷	۶/۶۲	۳/۷۹۹	۱۶/۳۹	۳/۹۰۳	۱۶/۷۰
ADHD نوع ترکیبی	۴۸	۷/۱۴۳	۳۶/۴۲	۷/۰۶۱	۱۷/۰۰	۷/۱۲۷	۳۶/۰۰	۶/۷۲۲	۳۵/۳۰
سلوک	۴۸	۴/۰۸۷	۱۵/۴۰	۳/۸۶۶	۷/۳۱	۴/۰۴۲	۱۵/۱۸	۴/۲۶۶	۱۵/۸۲

نتایج آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه اختلاف گروه های مورد و شاهد در اختلالات رفتاری (جدول شماره ۲) نشان می دهد که مقیدار $F=2,526/185$ است که در سطح $P \leq 0/001$ معنی دار شده است.

است. برای مقایسه گروه های شاهد و مورد در هر یک از اختلالات رفتاری از آزمون t دو گروه مستقل استفاده شد. نتایج در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه اختلاف گروه های مورد و شاهد در اختلالات رفتاری

منابع	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
بین گروهی	۱۱,۹۱۸/۴۳۲	۱	۱۱,۹۱۸/۴۳۲	۲,۵۲۶/۱۸۵	۰/۰۰۱
درون گروهی	۴۱۰/۴۶۲	۸۷	۴/۷۱۸		

جدول ۳. نتایج آزمون t برای مقایسه گروه های شاهد و مورد در هر یک از اختلالات رفتاری

شاخص آماری	اختلالات	نافرمانی مقابله ای	ADHD نوع بیش فعالی	ADHD نوع کمبود توجه	ADHD نوع ترکیبی	سلوک
t		-۱۶/۲۹۱	-۲۶/۴۳۰	-۳۷/۱۹۵	-۴۰/۸۶۱	-۲۶/۸۸۷
درجه آزادی		۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷
سطح معنی داری		۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

نتایج حاصل از جدول شماره ۳ نشان می دهد که برای همه اختلالات رفتاری، مقادیر t محاسبه شده در سطح $P \leq 0/001$ معنی دار است. به عبارت دیگر بین گروه های مورد و شاهد اختلاف معنی داری وجود دارد، به نحوی که اختلالات رفتاری گروه مورد پس از برگزاری آموزش مهارت های اجتماعی کاهش یافته است. بنابراین فرضیه های پژوهش تایید می شوند.

نتایج حاصل از جدول شماره ۳ نشان می دهد که برای همه اختلالات رفتاری، مقادیر t محاسبه شده در سطح $P \leq 0/001$ معنی دار است. به عبارت دیگر بین گروه های مورد و شاهد اختلاف معنی داری وجود دارد، به نحوی که اختلالات رفتاری گروه مورد پس از برگزاری آموزش مهارت های اجتماعی کاهش یافته است. بنابراین فرضیه های پژوهش تایید می شوند.

جدول شماره ۴. پیش آزمون-پس آزمون در هریک از اختلالات رفتاری به تفکیک گروه (مورد- شاهد) و جنسیت (پسر-دختر)

گروه شاهد				گروه مورد				اختلالات رفتاری	جنسیت		
دختران		پسران		دختران		پسران					
SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}				
۳/۱۰۶	۸/۵۸	۳/۲۲۷	۹/۹۰	۲۴	۳/۳۸۷	۸/۵۸	۳/۳۱۷	۱۰/۰۰	۲۴	نافرمانی مقابله ای	پیش آزمون
۳/۸۷۸	۱۹/۹۲	۴/۴۱۱	۱۹/۲۵	۲۴	۳/۹۷۵	۲۰/۱۷	۴/۰۲۵	۱۹/۰۰	۲۴	ADHD نوع بیش فعالی	
۳/۸۰۹	۱۶/۶۳	۳/۸۶۵	۱۶/۱۰	۲۴	۳/۹۱۲	۱۷/۲۱	۳/۵۶۸	۱۶/۳۳	۲۴	ADHD نوع کمبود توجه	
۷/۱۹۳	۳۶/۵۴	۷/۱۷۷	۳۵/۳۵	۲۴	۷/۱۶۲	۳۷/۳۸	۷/۱۳۷	۳۵/۳۳	۲۴	ADHD نوع ترکیبی	
۴/۲۳۶	۱۴/۸۸	۳/۸۷۳	۱۵/۵۵	۲۴	۴/۰۵۳	۱۴/۵۸	۴/۰۱۷	۱۶/۳۳	۲۴	سلوک	پس آزمون
۲/۸۱۲	۸/۵۸	۳/۱۳۶	۹/۴۰	۲۴	۱/۶۹۳	۲/۵۴	۳/۷۳۶	۴/۴۳	۲۴	نافرمانی مقابله ای	
۳/۶۵۵	۱۹/۳۳	۳/۷۴۳	۱۷/۷۰	۲۴	۳/۵۹۹	۱۰/۷۹	۴/۰۶۱	۹/۹۰	۲۴	ADHD نوع بیش فعالی	
۴/۰۶۴	۱۷/۰۸	۳/۷۵۴	۱۶/۲۵	۲۴	۴/۰۴۶	۷/۲۵	۳/۵۹۰	۵/۹۰	۲۴	ADHD نوع کمبود توجه	
۶/۹۴۰	۳۶/۴۲	۶/۳۶۲	۳۳/۹۵	۲۴	۶/۸۸۷	۱۸/۰۴	۷/۲۳۶	۱۵/۸۱	۲۴	ADHD نوع ترکیبی	سلوک
۴/۶۸۳	۱۵/۷۵	۳/۸۲۴	۱۵/۹۰	۲۴	۳/۸۳۳	۶/۵۸	۳/۸۲۵	۸/۱۴	۲۴		

تغییرات در گروه های مورد نسبت به شاهد مشهود تر است. برای بررسی معنی داری آماری این تفاوت ها، آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و t گروه های مستقل اجرا شد.

جدول شماره ۴ اطلاعات توصیفی گروه مورد و شاهد را نشان می دهد. همان طور که ملاحظه می گردد میانگین نمرات هر دو جنس در پیش آزمون ها تفاوت چندانی ندارند، اما در پس آزمون ها

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه اختلافها به تفکیک جنسیت

سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	منابع	جنسیت
۰/۰۰۱	۲,۱۴۹/۱۵۰	۶,۸۲۶/۶۶۷	۱	۶,۸۲۶/۶۶۷	گروه	دختر
		۱۷۶/۳	۴۶	۱۱۷/۱۴۶	خطا	
۰/۰۰۱	۱۱۷/۸۴۰	۵,۰۹۳/۲۱۱	۱	۵,۰۹۳/۲۱۱	گروه	پسر
		۰,۶۳/۶	۳۹	۲۳۶/۴۳۸	خطا	

نتایج نشان می دهد که مقدار $F=۲,۱۴۹/۱۵۰$ و برای دختران و $F=۸۴۰/۱۱۷$ برای پسران در سطح $P<0/001$ هر دو معنی دار است.

جدول شماره ۵ بیانگر نتایج آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه اختلافها در هر یک از اختلالات رفتاری به تفکیک جنسیت است.

جدول شماره ۶. نتایج آزمون t برای مقایسه هر یک از اختلالات رفتاری به تفکیک جنسیت

جنسیت	اختلال	t	درجه آزادی	سطح معنی داری
پسر	سلوک	-۱۰/۳۰	۴۶	۰/۰۰۱
	ADHD نوع بیش فعالی	-۱۶/۰۰۸	۴۶	۰/۰۰۱
	ADHD نوع کمبود توجه	-۱۹/۴۹۰	۴۶	۰/۰۰۱
	ADHD نوع ترکیبی	-۲۱/۸۸۳	۴۶	۰/۰۰۱
	نافرمانی مقابله ای	-۱۳/۹۴۸	۴۶	۰/۰۰۱
	سلوک	-۱۲/۹۰۶	۴۶	۰/۰۰۱
دختر	ADHD نوع بیش فعالی	-۲۲/۰۸۷	۴۶	۰/۰۰۱
	ADHD نوع کمبود توجه	-۴۲/۶۵۷	۴۶	۰/۰۰۱
	ADHD نوع ترکیبی	-۴۲/۲۷۵	۴۶	۰/۰۰۱
	نافرمانی مقابله ای	-۲۹/۳۰۶	۴۶	۰/۰۰۱

مشکلات افراد مبتلا به اختلال رفتار سلوک و نافرمانی مقابله‌ای تحت تأثیر مداخلات مبتنی بر آموزش مهارت‌های اجتماعی تقلیل یافته و وخامت پاره‌ای نشانه‌ها تحت تأثیر این مداخلات کاهش می‌یابد. یافته‌های این پژوهش نیز با نتایج فوق همسو می‌باشد. یافته این پژوهش همچنین با نتایج پژوهش‌های دیوسین ونیل، ۱۹۹۴؛ آنشل و رمر، ۲۰۰۳؛ هرماندز، ۲۰۰۶؛ اُکانر و کرسول، ۲۰۰۵؛ دبو و پرنیز، ۲۰۰۷؛ چرنویس، جونز و راگی، ۲۰۰۴؛ و شورت، ۲۰۰۶ همگام است، (۲۲). هرماندز (۲۰۰۶) نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی برای هر سه نوع بیش‌فعالی/نقص توجه باعث کاهش گزارشات معلمان در خصوص انزوای اجتماعی، حواس‌پرتی، بی‌ثباتی هیجانی، بی‌نظمی‌های کودکان مبتلا به این اختلال شده و باعث افزایش عملکرد اجتماعی آنان می‌گردد، (۱۷). آموزش مهارت‌های اجتماعی هم‌چنین باعث کاهش مشکلات رفتاری نظیر بی‌توجهی، بیش‌فعالی، ناتوانی در تمرکز بر تکالیف و انجام آن‌ها، کاهش یا تعدیل فعالیت حرکتی مفرط و رفتارهای تخریبی در کودکان مبتلا به اختلال ADHD می‌گردد، (۲۰). این نتایج نشان می‌دهد برای پیشگیری و درمان اختلالات رفتاری در کودکان می‌توان روش‌های درمانی غیر آسیب‌رسان را جایگزین روش‌های خشن و آسیب‌رسان از جمله تنبیه‌های بدنی و خشونت‌های کلامی، که هنوز هم در برخی مدارس دیده می‌شود، نمود. بنابراین، آموزش

جدول شماره ۶ نتایجی را نشان می‌دهد که از اجرای آزمون t دو گروه مستقل برای هر یک از اختلالات رفتاری به صورت جداگانه و به تفکیک جنسیت اجرا شد. براساس یافته‌های مندرج در جدول فوق‌الذکر مقادیر t محاسبه‌شده در سطح $P \leq 0/001$ برای هر یک از اختلالات رفتاری هم برای دختران و هم برای پسران معنی‌دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

بی‌گمان کودکان دارای اختلالات رفتاری نه تنها نمی‌توانند ظرفیت‌های خود را در بستر جامعه به سطح مهارت و خود شکوفایی برسانند، بلکه با بروز رفتارهای ناپخته و سازمان نیافته، پیش‌بینی رفتارهای ضد اجتماعی در دوره جوانی را امکان‌پذیر خواهند کرد. در حالی که، اکتساب مهارت‌هایی که بیان افکار و احساسات را امکان‌پذیر می‌سازند، سبب غنای روابط بین فردی با دیگران در موقعیت‌های خانواده، مدرسه و اجتماع خواهد شد. یافته‌ها فرضیه‌های این پژوهش یعنی تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان ابتدایی را تأیید نمود. تحلیل‌های آماری انجام شده نشان داد که بین میزان اختلالات رفتاری کودکان دبستانی گروه‌های مورد و شاهد بعد از آموزش‌ها در هر دو جنس تفاوتی معنی‌دار وجود دارد. بنابراین، می‌توان ادعا نمود که آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث این تفاوت بوده است ($F = 2526/185$ و $P \leq 0/001$). نتایج پژوهش‌ها، (۲۰، ۲۳، ۱۹، ۲۰). نشان داده است که

با دانش آموزان می تواند راه حلی برای این مشکل باشد.

صحیح و مداوم مهارت های اجتماعی همراه با برقراری ارتباط مناسب و دوستانه

References

- 1-Dehghan N. [A study of relation between social skills and mental health with educational achievement of first grade students of high school in Yazd province]. MA Thesis in Psychology. Tehran Alzahra University 2007.(Persian)
- 2-Froaealdinadl A. [Effectivness of social skills training on improvement of children's trouble-marking behavior]. MA Thesis in Clinical Psychology. Tehran Psychiatry Institute 1994.(Persian)
- 3-Gwendolyn K, Milbern JF. Teaching social skills to children. Mohammad Hossein Nazarinezhad, editor. Astan Razavy Ghods Pubel, Mashhad 2007. p.27-30.
- 4-Matson J, Ollendick T. Enhancing children's social skills: assessment and training. Ahmad Beh-Pagoh, editor. Etelaat Publ Tehran 2006 .p.14-16.
- 5-Sabety F, Shanie YM. [Effectivness of social skills training on deareas of social maladjustment of boy pupils in Ahvaz city]. J of Psychology And Education, Shahid Chamran University of Ahvaz 1990; 5: 3-4.(Persian)
- 6-Sokhandan T R. [A study on the effectiveness of social skills group training on behavioral problems of elementary school students in Gonbadkavvos]. MA Thesis in Consulting. Esfahan University 2002.(Persian)
- 7-Solaimani R. [A study of effectiveness of social skills training on social adjustment and educational performance of duller boy students of second grade exceptional children]. MA Thesis. Tehran University 2005. (Persian)
- 8-Tavakolizadeh J. [Epidemiology of attention-deficit /hyperactivity disorder at primary school pupils in Gonabad]. Andisheh Va Raftar Quarterly 1989 ;3(1,2):18-25.(Persian)
- 9-American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text rev. Washington DC: Author 2000.
- 10-Biederman J. Attention deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. Biological Psychiatry 2005; 57(11): 1215-20.
- 11-Boberg M J. The effects of a social skills training program on preadolescent prosocial behavior and self control. Research in developmental disabilities 2007; 28(40):109-11.
- 12-Chan E, Hopkins M R, Pen-inj M, Herrerias C, Homer C J. Diagnostic practices for attention deficit hyperactivity disorder: a national survey of primary care physicians. Ambulatory Pediatrics 2005; 5(4): 201-8.
- 13-Gadow KD, Sprafkin J. Child symptom inventories manual. Stony Brook, Ny: Checkmate Plus 1994; 63:110-12.
- 14-Gadow KD, Sprafkin J, Piierr CA. Test-retest reliability study of the child symptom- inventory- 4 parent checklist. Unpublished Data. Reported in Gadow and Sprafkin (1997), Child symptom inventory-4 norms manual. Sony brook, Ny: Checkmate plus.
- 15-Gresham FM. Best practices in social skills training. In: Thomas A & Grimes J, editors. Best practices in school psychology, Bethesda, MD: National Association of Social Psychologists 2002; 1029-40.
- 16-Harrington R. Behavioural disorders in children and adolescents. Medicine 2004; 32 (8):55-7.
- 17-Hernandez H. Social skills training: a comparison of a 12- week training program to a 24- week training program. European Neuropsychopharmacology 2006; 152: 152-5.
- 18-Ladd G W, Troop GW. The role of chonec peer difficulties in the development of children's psychological adjustment problems. Child Development 2005; 74:1344-76.
- 19-Matson JL. Matson evaluation of social skills with youngsters. Manual, Worthington, OH, International Diagnostic System 1990; 115-20.
- 20-O'Connor T G, Creswell C. Cognitive-behavioural therapy for children and adolescents. Psychiatry 2005; 4(9):123-5.

21-Segrin C, Taylor M. Positive interpersonal relationships mediate of association between social skills and psychological well-being. *Personality And Individual Differences* 2007; 43(4):637-46.

22-Short BA. Social skills training to increase self- concept in children with ADHD. *J of Clinical Child And Adolescent Psychology* 2006; 50:140-53.

23-Stewart T C, West R L, Coplan R. Multi-agent models of social dynamics in children. *Cognitive Systems Research* 2007; 8(1):11-14.

24-Thomas JA. Social skills and naturalistic experience: effectiveness in reducing externalized aggressive behavior among primary school students. Unpublished Manuscript, California State University Fresno 2001.

25-Walker HM, Ramsey E, Gresham FM. Antisocial behavior in school: evidence-based practices. 2nd ed. (Belmont, CA: Wadsworth. 1, 9). *Psychological Bulletin* 2004; 133(1):149-82.

26-Wilkins J, Matson J L. Social skills. *International Review of research in Mental Retardation* 2007; 34:321-63.

◆ Efficacy of Social Skills Training on Behavior Disorders Among Elementry School Children

Karimi M^{*1}, Keikhavani S², Mohammadi MB³

(Received: 2 Jun. 2009 Accepted: 19 Jan. 2010)

Abstract

Introduction: In recent decades, psychologists have concluded, in considering behavioral disorders and social corruptions, that many disorders and harms result from lack of ability in correct analysis of self and self situation, lack of control sensation, and personal competence in order to face difficult conditions as well as lack of intelligence for solving real life problems in an appropriate way. Thus, the purpose of current research was to study the effect of training social skills on behavioral disorders of preliminary children.

Materials & Methods: This research was accomplished on 90 students (45=male, 45=female) in third, forth and fifth grades, based on children symptom inventory (CSI-4) affected with behavioral disorders. Educations included educating social skills for Stephens class and list of social skills of Walker that were presented by group discussion, role playing, and modeling.

Findings: The results showed that training social skills resulted in reducing behavioral disorders indicators ($F=2, 026/785$). This reduction implied a significance level = /001 in male and female groups. ($F= 840/777=$ for male and $F= 2,149/150$ for Female).

Discussion & Conclusion: Analyzing the finds showed that the children's problems, affected with behavioral disorders who were under social skills training, reduced. These results indicated that hygiene and health affair professionals must try to consider trainig social skills from the preliminary course on. As a result, it can be said that training social skills culminates in an increased mental health and plays an effective role in preventing behavioral problems and psychosis.

Keywords: training, social skills, behavioral disorders, children

1. Dep of Psychology, Sarableh Payam Noor University, Ilam, Iran (corresponding author)

2. Psycho-social Harms prevention Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

3. Dep of Educational Manegment, Lorestan Islamic Azad University, Khoramabad, Iran