

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال دوم شماره ۸ زمستان ۱۳۸۶

تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش شدت علائم اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی (ODD) دانش‌آموزان پسر هشت تا ۱۰ ساله

دکتر منصور بیرامی - استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

الناز پوراحمدی - دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی

محسن جلالی - دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی میزان اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش شدت علائم اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی دانش‌آموزان پسر هشت تا ده ساله شهرستان نهاوند بوده است. نمونه‌گیری در دو مرحله تصادفی و مبتنی بر هدف صورت گرفت و در نهایت ۳۰ دانش‌آموز که براساس فهرست رفتاری کودک (CBCL) و فرم گزارش معلم (TRF)، ODD تشخیص داده شده بودند انتخاب شده و به شکل تصادفی به دو گروه آزمایش (n=15) و گواه (n=15) تقسیم شدند. سپس آموزش مهارت‌های زندگی به مدت ۲/۵ ماه در ۱۰ جلسه آموزشی ۱۲۰ دقیقه‌ای برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد. در پایان دوره آموزش و دو ماه پس از آن، همه آزمودنی‌ها دوباره به کمک ابزارهای یاد شده ارزیابی شدند. در مرحله بعد داده‌های قبل و بعد از آموزش و پیگیری با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها نشان داد که گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه، پس از پایان جلسات آموزش مهارت‌های زندگی، براساس ارزیابی جداگانه والد و معلم، کاهش معناداری در نمرات شدت علائم اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی پیدا کرده است ($P < 0/001$). بررسی پیگیری نیز نشان داد که بهبودهای به دست آمده از آموزش دو ماه پس از پایان آموزش نیز همچنان حفظ شده است ($P < 0/001$). این نتایج نشان می‌دهند که آموزش مهارت‌های زندگی روش سودمندی جهت کاهش شدت علائم اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی در کودکان مبتلا می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: مهارت‌های زندگی، اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی (ODD)، دانش‌آموز، CBCL، TRF

تجارب نخستین سال‌های زندگی، بنیاد سلامتی یا بیماری روانی افراد را در بزرگسالی پی‌ریزی می‌نماید (ماش و بارکلی^۱، ۲۰۰۲). در بررسی تاریخچه زندگی بزرگسالانی که دچار مشکلات روانی هستند غالباً دیده شده که این افراد دوران کودکی نابسامانی داشته و یا در دوره‌ای از رشد خود، برخی آشفتگی‌های هیجانی و رفتاری را تجربه کرده‌اند (لویسون^۲، ۱۹۹۷). از آنجایی که گرایش به تداوم اختلالات دوران کودکی تا سنین بزرگسالی وجود دارد، توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان آنها معطوف شده است (کارت رایت - هاتون^۳، ۲۰۰۵).

تعداد کودکانی که وخامت مشکلات آنها در حدی است که نیاز به درمانگری را مطرح می‌کند، در حدود ۱۵ تا ۲۲ درصد تخمین زده شده است (کاستلو^۴ و همکاران، ۱۹۹۳)، با این حال آنها در ۷۰ تا ۸۰ درصد موارد، مداخلات مناسب را دریافت نمی‌کنند (ایوانز، مولت، ویست و فرانتز^۵، ۲۰۰۵). از جمله اختلالاتی که به شدت نیازمند خدمات درمانی هستند اختلالات رفتاری می‌باشند (وو^۶ و همکاران، ۱۹۹۹). اختلالات رفتاری به نقص عملکرد در مدرسه، تحصیل و خانواده منجر می‌شوند و در نهایت ممکن است به افت تحصیلی و اخراج از مدرسه و بروز رفتارهای بزهکارانه بینجامند و منشأ پیامدهای طولانی ناگواری شوند (ایوانز و همکاران، ۲۰۰۵).

یکی از شایع‌ترین اختلالات رفتاری که در سن دبستان بروز می‌کند اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی^۷ است (انسیتو ملی سلامت روان^۸، ۲۰۰۱، به نقل از فلاناگان) و این اختلاف اغلب تا قبل از هشت سالگی و حداکثر تا اوایل نوجوانی ظاهر می‌شود (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲).

اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی (ODD) یکی از اختلال‌های طبقه‌بندی شده در طبقه اختلال‌های ایدایی است که مهم‌ترین مشخصه آن الگوی پایدار رفتار تکراری

1- Mash & Barkley

3- Cartwright-Hatton

5- Evans, Mullet, Weist & Franz

7- oppositional defiant disorder

2- Lewisohn

4- Castello

6- wu, P

8- National Institute of Mental Health

منفی‌گرایی، لجبازی، نافرمانی و خصومت در برابر مظاهر قدرت است که حداقل شش ماه دوام داشته است، متناسب با سن تحولی کودک نیست و باعث اختلال قابل ملاحظه بالینی در کنش وری تحصیلی، اجتماعی و شغلی فرد می‌شود (DSM-IV-TR، ۱۳۸۱). رفتارهای خاص این اختلال عبارتند از، سرپیچی از قوانین روزمره، قهر کردن و قشقرق راه انداختن، بحث و جدل با قدرت‌های مافوق، آزار دیگران، مقصر دانستن دیگران در بروز مشکلات، ناسزاگویی و ... (بلوم کویست^۱، ۱۳۸۳)

اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی، اختلالی تدریجی و مزمن است که تقریباً همیشه در روابط بین فردی و عملکرد تحصیلی کودک تداخل می‌کند. این کودکان اغلب دوست و رفیقی ندارند و روابط انسانی برای آنها رضایت‌بخش نیست (بلوم کویست، ۱۳۸۳). کودکان مبتلا به این اختلال علیرغم هوش کافی، بدلیل عدم مشارکت و مقاومت در برابر توقعات خارجی و اصرار بر حل مشکلات بدون کمک دیگران، در مدرسه پیشرفتی ندارند و ممکن است رد شوند. این مشکلات موجب کاهش اعتماد به نفس، تحمل کم برای ناکامی، خلق افسرده و حملات کج خلقی می‌شود (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲). پیش‌آگهی اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال‌های آینده در خطر رشد مشکلات بعدی از جمله شکست تحصیلی و ناسازگاری هیجانی هستند (هادزایک^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). گذشته از تأثیری که این اختلال بر مسائل اجتماعی و تحصیلی و ارتباط با اعضای خانواده می‌گذارد، چنانچه بدون درمان رها شود در بیش از ۷۵ درصد موارد به اختلال سلوک و اختلال ضداجتماعی و دیگر آسیب‌های روانی بزرگسالی که مرتبط با پرخاشگری و خشونت هستند، تبدیل می‌شود (مایلن و همکاران، ۲۰۰۱؛ لوبر^۳ و همکاران، ۱۹۹۵، به نقل از هاردا^۴ و همکاران، ۲۰۰۴).

در باب علت‌شناسی اختلال عوامل زیادی مطرح شده است که از مهم‌ترین آنها

1- Bloom Quist
3- Loeber

2- Hudziak
4- Harda

می‌توان به ناتوانی والدین در اداره صحیح مشروط کودک، نقص در کنترل خشم بوسیله کودکان و مهم‌تر از همه، نقص در مهارت‌های زندگی آنان اشاره کرد (شاپارت و واشموت^۱، ۱۹۹۰، به نقل از بالیس و دیویس^۲، ۱۹۹۷). بسیاری از محققین (گلدستین و کراشر^۳ ۱۹۸۷؛ سام^۴ و همکاران، ۱۹۹۰، لاگریکا و سانتوگروسی^۵، ۱۹۹۱، به نقل از لاول و باربارا^۶ ۱۹۹۰)، نداشتن مهارت‌های لازم در شرایط بحرانی را از اساسی‌ترین مشکلات کودکان نافرمان می‌دانند. فراوانی این مسأله در کودکان مبتلا به اختلال ODD، ۷۲٪ گزارش شده است (بالیس و دیویس، ۱۹۹۷)؛ لذا اهمیت این نارسایی در کودکان مبتلا مشخص می‌شود.

برخی پژوهشگران چگونگی تأثیر نارسایی در مهارت‌های زندگی بر بروز اختلال را اینگونه تبیین می‌کنند: نشانه‌های بالینی اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی را می‌توان در سه سطح رفتاری، اجتماعی و شناختی متمایز کرد (کازدین^۷، ۱۹۸۷).

در سطح رفتاری، رفتارهایی مانند جر و بحث و مشاجره با دیگران و قهر کردن و قشقرق راه انداختن از نشانه‌های نسبتاً فراوان این اختلال محسوب می‌شوند (کازدین، ۱۹۸۷). در سطح شناختی، پاره‌ای از کودکان مبتلا، با مشکلات عمده‌ای به صورت سطح پائین پیشرفت تحصیلی، شکست تحصیلی و بی‌رغبتی به تحصیل مواجهند (هوگنز^۸، ۱۹۸۸). در سطح اجتماعی، گستره مشکلات اجتماعی این افراد را می‌توان در ضعف روابط بین فردی، ناتوانی در استفاده از مهارت‌های زندگی، پائین بودن سطح توانایی ابراز وجود^۹، ناتوانی در بیان احساسات و فقدان رفتارهای مؤدبانه در تعاملات اجتماعی خلاصه کرد. اشکال در رفتارهای اجتماعی و عدم استقرار روابط بین فردی دوستانه، احساس طردشدگی را در پی دارد. وقتی این احساس با رفتارهای

1- Schachar & Washmuth
3- Goldestin krasher
5- Lagreca & Santogrossi
7- Kazdin
9- assertiveness

2- Bullis & Davis
4- Summe
6- Lowell & Barbara
8- Hughes

پرخاشگرانه توأم می‌شود، شکل‌گیری رفتارهای مقابله‌ای و بی‌اعتنائی در کودک حتمی خواهد بود (تگلاسی و راسمن^۱، ۲۰۰۱).

توجه به میزان شیوع بالای اختلال تضادورزی مبارزه‌طلبانه در کودکان در سنین قبل از نوجوانی و پیامدهای نامطلوبی که می‌تواند در سال‌های بعد به دنبال داشته باشد، اهمیت مداخلات زود هنگام این اختلال را روشن می‌کند (رومر و مک اینتاش^۲، ۲۰۰۵).

در بخش بهداشت روان برنامه‌های مختلفی است که تمام دانش‌آموزان را در بر می‌گیرد و یا شامل برنامه‌های عمیق متمرکز بر کودکان مبتلا به مشکلات هیجانی و رفتاری می‌باشد. برخی از این برنامه‌ها بر رفتارهای مخرب دانش‌آموزان مدارس ابتدایی متمرکز است و شامل برنامه‌هایی می‌شود که استفاده از روش‌های رفتاری را برای بهبود رفتار دربرمی‌گیرد. یکی از این برنامه‌ها، آموزش مهارت‌های زندگی است. سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۳ برنامه آموزش مهارت‌های زندگی را در جهت پیشگیری و ارتقای بهداشت روان آماده نمود. در راستای اجرای این طرح، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی در کشورهای مختلف از جمله ایران برنامه‌ریزی شده و در دست اجرا می‌باشد. از جمله تحقیقات خارجی و داخلی که در این زمینه انجام شده می‌توان به این موارد اشاره کرد:

هاپر^۳ (۱۹۹۶) و تافریت^۴ (۱۹۹۸) آموزش برخی از مهارت‌های زندگی از قبیل همکاری در گروه، توضیح دادن، گوش دادن از طریق فنون الگوسازی، مربی‌گری و ایفای نقش را در کاهش یا حذف رفتارهایی مانند پرخاشگری و هیجان‌پذیری در کودکان و نوجوانان با اختلالات رفتاری و اتیسم^۵ مؤثر دانسته‌اند. در مطالعه دیگری

1- Teglasi & Rottman

3- Happer

5- autism

2- Romer & McIntosh

4- Tafarat

گرم^۱ (۲۰۰۲؛ ۲۰۰۵) ثابت کرد که آموزش مهارت‌های زندگی باعث کاهش سوء مصرف مواد و رفتارهای وابسته به آن مانند خشونت، گوشه‌گیری، فرار از خانه و مدرسه و دزدی می‌شود. گینر^۲ (۲۰۰۳) نیز نقش آموزش مهارت‌های زندگی را در کاهش رفتارهای پرخطر و خشونت در دانش‌آموزان ثابت کرده است. در مطالعه زولینجر (۲۰۰۰)، آموزش مهارت‌های زندگی طی یک دوره ۳ ساله نقش بارزی در ارتقاء اطلاعات، توانایی‌ها و تغییر نگرش دانش‌آموزان در جهت کسب یک الگوی صحیح زندگی داشته است. مک کلند و موريسون^۳ (۲۰۰۳) در پژوهشی نشان دادند که مشکلات افراد مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی، تحت تأثیر مداخله مبتنی بر آموزش مهارت‌های زندگی تقلیل و وخامت پاره‌ای از نشانه‌های این اختلال به میزان بسیار زیاد کاهش می‌یابد.

در یک پژوهش داخلی که به منظور بررسی اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی جهت پیشگیری از مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی انجام شده، افزایش معنادار سطح مهارت‌ها در دانش‌آموزان مشاهده شده است که این عامل می‌تواند به منزله یک عامل محافظت‌کننده سبب کاهش مصرف مواد مخدر در سال‌های بعد شود (طارمیان، ۱۳۸۲). نتایج این تحقیقات نشان می‌دهند که برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی در تأمین سازش یافتگی روانی - اجتماعی کودکان و نوجوانان نقش مهمی ایفا می‌کنند.

از آنجا که قسمت عمده‌ای از زندگی کودکان در مدارس سپری می‌شود، لذا مدارس نقش عظیمی در آموزش و تربیت کودکان و نوجوانان به عهده دارند. متأسفانه تاکنون آموزش و پرورش دانش‌آموزان در کشور ما محدود به ارائه اطلاعات و ارتقای سطح دانش آنان بوده و تلاشی مستمر و فراگیر جهت آماده‌سازی آنان برای مقابله با مقتضیات و کشمکش‌های دوران بزرگسالی انجام نشده است. این مسأله در ارتباط با

1- Gorman

2- Gainer

3- McClelland, M. M., & Morrison

دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری اهمیت بیشتری پیدا می‌کند چرا که تدوین برنامه‌های آموزشی بدون توجه به وضعیت عاطفی و هیجانی دانش‌آموزان در ایجاد زمینه ترک تحصیل بیش از نیمی از دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری و هیجانی دخیل است (وبر و شویرمن^۱، ۱۹۹۷). در گذشته روانشناسان و روانپزشکان کودک فقط در موارد خاص ویا برای اهداف آموزشی با مدارس در ارتباط بودند، ولی با پیشرفت‌های اخیر و مواجهه با مشکلات بهداشت روان در مدارس، ارتباط روانشناسان و روانپزشکان با مدرسه بیشتر شده است (ماتیسون^۲، ۲۰۰۰). در حال حاضر، متخصصان بر این امر وقوف دارند که مداخلات بهداشت روان برای کودکان دبستانی به منظور پیشگیری اولیه، درمان اولیه و توسعه بهداشت روان لازم است (کارون و پرنز^۳، ۲۰۰۴). در همین راستا پژوهش حاضر جهت بررسی میزان اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش شدت علائم اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی دانش‌آموزان پسر ۸ تا ۱۰ ساله شهرستان نهاوند انجام شده است.

روش

جامعه و نمونه آماری

این مطالعه از نوع تجربی و با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه است. جامعه مورد مطالعه آن دانش‌آموزان پسر ۸ تا ۱۰ ساله پایه‌های دوم تا چهارم ابتدایی شهرستان نهاوند می‌باشند. ابتدا پنج مدرسه به شکل تصادفی از میان دبستان‌های پسرانه انتخاب و سپس به آن مدارس مراجعه و با مسئولین آنها در ارتباط با تحقیق حاضر و ویژگی‌های دانش‌آموزانی که به عنوان آزمودنی مورد بررسی قرار خواهند گرفت، گفتگو شد. بعد از هماهنگی‌های لازم با مسوولین این مدارس، از آنها درخواست شد تا دانش‌آموزانی را که در مدرسه نافرمانی و ناسازگاری دارند، معرفی نمایند.

1- Webbr, j & Scheurman
3- Charron, S & Parns

2- Mattison

ابزارهای اندازه‌گیری

فهرست رفتاری کودک (CBCL): این فهرست توسط والدین یا فردی که سرپرستی کودک را برعهده دارد، تکمیل می‌شود. این فهرست دارای دو بخش است. بخش اول به فعالیت‌ها و صلاحیت‌های کودک در مدرسه مربوط است و بخش دوم به مشکلات عاطفی - رفتاری مربوط است. فهرست رفتاری کودک شامل ۱۳۰ سؤال است که وضعیت کودک را در شش زیرمقیاس می‌سنجد. گزینه‌های مربوط به آیت‌ها شامل کاملاً (دو نمره)، معمولاً (یک نمره) و اصلاً (صفر) می‌باشد. پایایی آزمون براساس آزمون - آزمون مجدد با فاصله زمانی یک هفته و نیز پایایی بین مصاحبه‌گران بین ۰/۹۳ تا یک بوده است. اعتبار محتوای این نظام سنجش به وسیله چهار دهه پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است (آشنباخ و رسکولار، ۲۰۰۱). براساس مطالعه مینایی (۱۳۸۴) همسانی درونی مقیاس‌های آزمون از آلفای ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ متغیر بوده است. براساس همین مطالعه پایایی آزمون - آزمون مجدد بر روی ۱۲۴ نفر از والدین دارای ضرایب همبستگی معنی‌دار در سطح $P < 0/05$ بوده است (منبع قبلی).

فرم گزارش معلم (TRF). این فرم که برای کودکان ۶ تا ۱۸ ساله کاربرد دارد توسط معلم و یا سایر کارکنان مدرسه تکمیل می‌شود، دو بخش دارد که بخش اول تحصیلی و بخش دوم شامل فهرست رفتاری کودک است. سؤال‌ها و شیوه نمره‌گذاری دقیقاً مانند CBCL است. براساس مطالعه مینایی (۱۳۸۴) همسانی درونی مقیاس‌های آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و پایایی دارای ضریب همبستگی معنی‌دار بین آزمون و آزمون مجدد در سطح $P < 0/05$ بوده است (مینایی، ۸۴).

۱- همکاری و کار گروهی: با هدف آموزش این نکته به کودکان که وقتی وارد کار گروهی می‌شوند، چگونه گروه را با همکاری یکدیگر به هدف نزدیک کنند. از دیگر اهداف این جلسه، آموزش تفاوت کار گروهی با کار انفرادی و شناسایی معایب و مزایای آنها بود.

۲- من انسان بی نظیری هستم؛ با هدف اینکه کودکان خود را انسان منحصر به فردی ببینند و نقاط قوت، توانایی‌ها و خصوصیات فردی خود را شناسایی و محدودیت‌های خود را به روشی سازنده و مثبت درک کنند.

۳- خودآگاهی: شناخت احساسات و توانایی‌های خود و ارتباط بین افکار، احساسات و واکنش‌ها و داشتن دید واقع‌بینانه به نقاط قوت و ضعف خود.

۴- احساس و هیجان (قسمت اول): تشخیص و بروز هیجانات و احساسات با هدف شناسایی طیفی از احساسات شایع که کودکان به نحوی آن را تجربه می‌کنند. شناسایی راه‌های کلامی و غیرکلامی ابزار احساسات و هیجانات و کسب توانایی بیشتر در شناخت احساسات و هیجانات خود و حالات هیجانی دیگران.

۵- احساس و هیجان (قسمت دوم): مدارا با احساسات شدید و با هدف تشخیص این هیجانات و اینکه همه افراد در زمان‌های مختلف تا حدی این احساسات و هیجانات شدید را تجربه می‌کنند. شناخت راه‌های مؤثر مدارا با هیجانات شدید، مثل خشم و غم.

۶- ارتباط (قسمت اول): تعریف فرایند خوب گوش دادن، شناخت اجزای مختلف گوش دادن فعال و تمرین آن در کلاس.

۷- ارتباط (قسمت دوم): شناسایی اجزای مختلف ارتباط، شناخت جنبه‌های مختلف ارتباط کلامی و غیرکلامی، درک اهمیت ارتباط غیرکلامی در تعاملات انسانی و نیز درک اهمیت هماهنگی بین ارتباط کلامی و غیرکلامی.

۸- ارتباط (قسمت سوم): تعریف قاطعیت و "نه" گفتن با هدف فهم تفاوت بین رفتارهای قاطعانه، منفعل و پرخاشگرانه و اینک کودکان بیاموزند برای نظرات خود و دیگران ارزش قابل شوند و به آنها احترام بگذارند.

۹- تفکر انتقادی: با هدف اینکه کودکان بیاموزند هر اطلاعاتی را که از محیط اطراف به آنها می‌رسد بدون تفکر و تأمل نپذیرند و آن را تحلیل و نقد کنند.

۱۰- حل مسأله و تصمیم‌گیری: با هدف درک این مسأله که در زندگی روزمره با مسایل و مشکلات زیادی روبرو می‌شوند و ناگزیرند در مورد آنها تصمیم‌گیری و حل‌شان کنند و اینکه برخی تصمیمات از اهمیت بیشتری برخوردارند و نیز آموزش روش تصمیم‌گیری صحیح.

داده‌های قبل و بعد از آموزش و پیگیری به کمک برنامه کامپیوتری SPSS و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری^۲ (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات شدت اختلال را قبل و بعد از آموزش و در آزمون پیگیری براساس ارزیابی جداگانه والد و معلم نشان می‌دهد.

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار نمرات شدت علائم اختلال در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

انحراف معیار	میانگین	گروه	متغیرها
۰/۸۶۲	۸/۲۰	کنترل	پیش آزمون (فرم والد)
۰/۹۱۵	۸/۱۳	آزمایشی	
۱/۰۶۰	۸/۵۳	کنترل	پس آزمون (فرم والد)
۱/۲۹۸	۵/۴۰	آزمایشی	
۰/۷۳۷	۸/۴۰	کنترل	پیگیری (فرم والد)
۱/۰۶۰	۶/۱۳	آزمایشی	
۰/۹۹۰	۸/۵۳	کنترل	پیش آزمون (فرم معلم)
۰/۹۰۰	۸/۶۷	آزمایشی	
۰/۸۲۸	۸/۶۰	کنترل	پس آزمون (فرم معلم)
۰/۹۲۶	۶/۰۰	آزمایشی	
۰/۸۱۶	۸/۶۷	کنترل	پیگیری (فرم معلم)
۱/۰۱۴	۶/۸۰	آزمایشی	

اطلاعات به دست آمده از سه مرحله ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد. نتیجه این تحلیل در جدول ۲ آمده است.

جدول (۲) خلاصه نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نمره‌های دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	مجموع مجذورات نوع سوم	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F نمره	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون (فرم والدین)	۰/۰۳۳	۱	۰/۰۳۳	۰/۰۴۲	۰/۸۳۹
پس‌آزمون (فرم والدین)	۷۳/۶۳۳	۱	۷۳/۶۳۳	۵۲/۴۱۷	۰/۰۰۰
پیگیری (فرم والدین)	۳۸/۵۳۳	۱	۳۸/۵۳۳	۴۶/۲۴۰	۰/۰۰۰
پیش‌آزمون (فرم معلم)	۰/۱۳۳	۱	۰/۱۳۳	۱۴۹	۰/۷۰۲
پس‌آزمون (فرم معلم)	۵۰/۷۰۰	۱	۵۰/۷۰۰	۶۵/۷۲۲	۰/۰۰۰
پیگیری (فرم معلم)	۲۶/۱۳۳	۱	۲۶/۱۳۳	۳۰/۸۳۱	۰/۰۰۰

همان‌طور که در جدول ۲ دیده می‌شود بین دو گروه آزمایش و گواه در میانگین نمرات پیش‌آزمون فرم والد $(P=۰/۸۳۹, F=۰/۰۴۲)$ و معلم $(P=۰/۷۰۲, F=۰/۱۴۹)$ تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. یافته‌های پژوهش نشان داد که در مرحله پس‌آزمون، تفاوت دو گروه آزمایشی و گواه در نمرات شدت علائم اختلال رفتار مقابله‌ای، براساس ارزیابی جداگانه والد $(P<۰/۰۰۱, F=۵۲/۴۱۷)$ و معلم $(P<۰/۰۰۱, F=۶۵/۷۲۲)$ معنی‌دار است. همچنین در مرحله پیگیری (دو ماه پس از درمان) نیز تفاوت دو گروه در نمرات شدت

علائم، براساس ارزیابی والد ($P < 0.001, F = 46/240$) و معلم ($P < 0.001, F = 30/831$) معنی‌دار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه آموزش مهارت‌های زندگی وابسته به معیارهای فرهنگی است و در ایران تاکنون مطالعه‌ی مشابهی در این گروه سنی انجام نشده است این مطالعه از این نظر که می‌تواند نقش و لزوم ارائه این آموزش‌ها را در کاهش مشکلات کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری نشان دهد، حائز اهمیت است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که به دنبال آموزش مهارت‌های زندگی، تغییرات ایجاد شده در نمرات شدت علائم اختلال معنی‌دار است. یعنی می‌توان گفت که روش بکار گرفته شده در مورد گروه آزمایش مؤثر بوده است. بررسی نمره‌های گروه آزمایش، پس از آموزش مهارت‌های زندگی، نشان داد که تفاوت معنی‌داری در زمینه شدت علائم اختلال در مقایسه با گروه گواه وجود دارد. این یافته‌ها با یافته‌های هاپر (۱۹۹۶)، مک کلند و موریسون (۲۰۰۳) و گینر (۲۰۰۳) همسویی دارد. این پژوهشگران نشان دادند که مشکلات افراد مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی، تحت تأثیر مداخله مبتنی بر آموزش مهارت‌های زندگی تقلیل می‌یابد.

در برخی مطالعات نیز برخی جنبه‌های تأثیر مداخلات بهداشت روان در مدرسه و آموزش مهارت‌های زندگی بررسی شده است. براساس نتایج یک مطالعه در ۶۱ دانش آموز، ارائه این برنامه موجب ارتقای عملکرد در حوزه‌های تحصیلی، فردی، بین فردی و روابط با همسالان گردید. در حوزه تحصیلی این ارتقا به شکل افزایش حضور در مدرسه، بهبود توجه، کاهش میزان افت تحصیلی، افزایش معدل تحصیلی، و در حوزه فردی به صورت افزایش اعتماد به نفس و مهارت‌های انطباقی، کاهش پرخاشگری، افسردگی، مصرف مواد، استرس و شکایات جسمی و افزایش جرات‌ورزی، مهارت‌های

حل مسأله و مسئولیت‌پذیری خود را نشان داد. در بخش روابط بین فردی به افزایش ارتباط با فامیل و کاهش تعارض با هم‌متاها و معلمان منجر شد و در بخش روابط با همسایگان موجب کاهش تأثیر منفی هم‌متاهایی شد که در همسایگی آنها رفتارهای بزهکارانه وجود داشت (نابورز^۱ و همکاران، ۲۰۰۰).

در مطالعه‌ای دیگر تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش اختلال سلوک دانش‌آموزان پسر دوره راهنمایی بررسی شد. نتایج نشان داد که میزان اختلال سلوک دانش‌آموزان تحت تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی به طور معنادار کاهش یافته است. همچنین نتایج پس از یک ماه پیگیری نیز پایدار مانده بودند (همتی و شجاعی، ۱۳۸۴). در پژوهش دیگری در همین راستا، با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی در سازگاری فردی و اجتماعی نوجوانان بزهکار، این نتیجه حاصل شد که آموزش مهارت‌ها منجر به افزایش سازگاری فردی و اجتماعی در نوجوانان بزهکار شهرستان گنبد کاووس شده است (عطاری و همکاران، ۱۳۸۴).

در پژوهش حاضر به منظور بررسی میزان دوام دستاوردهای آموزش مهارت‌های زندگی، ارزیابی پیگیری ۲ ماه پس از پایان برنامه آموزش انجام شد. یافته‌ها نشان داد که تغییرات ایجاد شده در شدت علائم اختلال در اثر آموزش در گروه آزمایش همچنان پایدار مانده است.

در مجموع، نتایج بررسی علیرغم ضعف‌ها و محدودیت‌های طرح، مؤید اثربخشی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی در کاهش شدت علائم اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی بوده و امید است که با برطرف شدن محدودیت‌ها در دوره‌های بعدی آموزش نتایج بهتری به دست آید.

از جمله محدودیت‌های این تحقیق، عدم ارتباط مؤثر با والدین و معلمان دانش‌آموزان می‌باشد. به نظر می‌رسد که انجام مداخلات همزمان روی والدین و معلمان

1- Nabors, L.

نقش عمده‌ای در اثربخشی بیشتر این آموزش در کودکان مبتلا به اختلال داشته باشد. گفتنی است که این مطالعه محدود به سن و جنس خاص بوده و با تعداد محدودی از آزمودنی‌ها انجام شده است، لذا پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی با تعداد نمونه بیشتر و در گروه‌های سنی دیگر و بر روی آزمودنی‌های دختر نیز صورت گیرد. همچنین به همراه آموزش مهارت‌های زندگی به کودکان، انجام مداخلات همزمان بر روی والدین و معلمان نیز جهت ترسیم اثربخشی آنها طراحی شود. بدون تردید پژوهش‌های آتی می‌توانند گستره‌های تازه‌ای را در مورد تأثیر برنامه آموزش مهارت‌های زندگی در مقابل ما بگشایند.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۸۶/۱۰/۱۸

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۸۷/۰۲/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۰۲/۲۶

References

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۸۱). متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (محمد رضا نیکخو و هامایاک آرادیس یانگ، مترجم). تهران: انتشارات سخن.
- بلوم کویست، مایکل. ال. (۱۳۸۳). مهارت‌های سازگاری با کودکان ناسازگار: راهنمای عملی برای والدین و درمانگران (جواد علاقبندراد، مترجم). تهران: انتشارات سنا.
- سادوک، بنیامین، و سادوک، ویرجینیا. (۱۳۸۲). خلاصه روان پزشکی: علوم رفتاری - روان پزشکی بالینی، جلد سوم (نصرت ا. پورافکاری، مترجم). تهران: نشر آب.
- طارمیان، فرید. (۱۳۸۲). بررسی اثربخشی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی به منظور پیشگیری از مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان دوره راهنمایی. خلاصه مقالات پنجمین همایش سراسری بهداشت روان کودکان و نوجوانان. ص ۳۸-۳۹.
- عربگل، ف.، داوری، ر.، خزائلی، آ.، شیرازی، ا.، و ایرانیپور، چ. (۱۳۸۳). متن آموزشی بهداشت روان و مهارت‌های زندگی برای زنان. تهران: اداره سلامت روان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر امور زنان. تهران: نشر آروبیچ.
- عطاری، یوسف، شهنی، منیژه، بشکیده، کیومرث، کوچکی، محمد. (۱۳۸۴). بررسی تاثیر آموزش گروهی مهارت‌های زندگی در سازگاری فردی - اجتماعی نوجوانان بزهکار در شهرستان گنبدکاووس. اندیشه و رفتار، ۱۲، ص ۲۵-۴۶.
- همتی، قربان، شجاعی، ستاره. (۱۳۸۴). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش اختلال سلوک دانش‌آموزان دوره راهنمایی مدرسه امام سجاد (ع). پژوهش‌های روانشناختی، ۴، ص ۷۳-۹۱.

- Bullis, M., Davis, C. (1997). Further Examination of Two Measures of Community-based Social Skills for Adolescents and Young with Emotional and Behavioral Disorders. *Behavioral Disorders*, 23, 29-39.
- Castello, E.J, Burns, B., Anggold, A. & Leaf, P. (1993). How Can Epidemiology Improvementel Helth Services of Children and Adolescents. The Intervent, *Journal of American Academy of Child and Psychiatry*, 32, 1106-1117.
- Charron, S., & Parns, M. (2004). Promoting Emotional Well-ness. *Nurse Educator*, 29, 208-211.
- Evans, S.W., Mullett E., Weist, M.D., & Franz K. (2005). Feasibility of the Mind Matters' School Mental Health Promotionprogram in American Schools. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 51-58.
- Flanagan, R., & Esquivel, G.B. (2006). Emperical and Clinical Methods in the Assessment of Personality and Psychopatology: An Integrative Approach for Training. *Journal of Psychology in the Schools*. 43, 514-525.
- Gainer, P.S., Webster, D.W., Champion, H.R. (2003). A Youth Violence Prevention Program. Description and Preliminary Evaluation, Washington Community Violence Prevention Program, Washington Hospital Center, Washington, DC, *J Sch Health*, 73, 338-346.
- Goldestine, A. P., Krasher, G. (1987). *Are Sive Behavior Assessment and Intervention* . Pergamon Press.
- Gorman, D. (2002). The Science of Drug and Alcohol Prevention: He Case of the Randomized Trial of the Life Skills Training Program. *International Journal of Drug Policy*, 13, 21-26.
- Gorman, D. (2005). Does Measurement Dependence Explain the Effects of the Life Skills Training Program on Smoking Outcomes? *Preventive Medicine*, 40, 479-487.
- Happer. K.A, (1996). Life Skills Effects of Impulsivity and Depression Defeat Hyperactivity Disorder. *Journal of Autism an Developmental Disorders*, 171, 102-112

- Harda, Y., Saitoh, K., Lida, J., Sakuma, A., Lwasaka, H., Imai, J., Hirabayashi, M., Yamada, S., & Amino, N., (2004). The Reliability and Validity of the Oppositional Defiant Behaviour Inventory. *Journal of European Child&Adolescent Psychiatry*, 13, 185-190.
- Hudziak, J.J., Copeland, W., Stanger, C., & Wadworth, M. (2004). Screening for DSM-IV Externalizing Disorders with the Child Behaviour Checklist: A Receiver-operating Characteristic Analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1299-1307.
- Hughes, J.N. (1988). *Cognitive Behavior Therapy with Children in Schools*. New York: Pergamon Press.
- Kazdin, A. E. (1987). *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Lowell, M., & Barbara, M. (1993). *Teaching Secondary Students with Mild Learning and Behavior Problems*. New York: Mori Allen.
- Mash ,E.J.,& Barkley, R.A. (2002). *Child Psychopathology*-New York: The Guild Ford Press
- Mattison, R. (2000). School consultation: A Review of Research on Issue Unique to the School Environment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 402-413.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder in a National Sample: Developmental Epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 609-621.
- McClelland, M.M., & Morrison, F.J. (2003). The Emergence of Learning Related Life Skills in Preschool Children. *Early Childhood Research Quarterly*, 18, 206-224.
- McMahan, C.M., Wacker, D.P., Sasso., G.M., & Melloy, K.L. (1994). Evaluation of the Multiple Effects of Life Skill Intervention. *Behavioral Disorders*, 20, 35-50
- Milne, J.M., Edwards, J.K., & Murchie, J.C. (2001). Family Treatment of Oppositional Defiant Disorder: Changing Views and Strength Based

- Approaches. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 1, 17-28.
- Nabors, L.A., Reynold, M.S., & Weist, M.D., (2000). Qualitative Evaluation of a High School Mental Health Program. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 1-13.
- Pfeiffer, L.J. & McBurnett. (1997). Life Skills Training with Parent Generalization: Treatment Effects for Children with Attention Deficit Disorder and Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 748-757.
- Rigau, R.E., Garcia, N., & Artigas, P. (2006). The Treatment of Oppositional Defiant Disorder [Abstract]. *Journal of Revista de Neurologia*, 2, 83-88.
- Romer, D., & McIntosh, M. (2005). *The Roles and Perspectives of School Mental Health Professionals in Promoting Adolescent Mental Health*. Evans, D.L., Foa, E.B., Gur, R. E., Hendin, H., O'Brien, C.P., Seligman, M.E.P., & Walsh B.T.
- Tafra, R. & Kassirer, H. (1998). Anger Control Inment: Babexposure Posure with Rational/Irrational/and Irrelevant Self-statement, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 56-67.
- Teglasi, H. & Rottman. L. (2001). Stories a Classroom-based Program to Reduce Aggressive Behavior. *Journal of School Psychology*, 39, 49-71.
- Webb, J. & Scheuermann. (1997). A Challenging Future: Current Barriers and Recommended Action for Our Field. *Behavioral Disorders*, 22, 3.
- Wu, P., Hoven, C.W., Bird, H.R., Moor, R.E., Cohen, P., Alegria, M., Dulcan, M., Goodman, S. H., Horwitz, S. M., Lichman, J. H., Narrow, W. E., Rae, D.S., Regier, D.A., & Roper, M.T. (1999). Emotional and Behavioral Problem of Young Children: Effective Intervention in the Preschool and Kindergarten Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1081-1090.
- Zollinger, T.W., Saywell, R.M., Muegge, C.M., Wooldridge. J.S., Cummings, S.F., Caine. V.A. (2000). Impact of the Life Skills Training Curriculum on Middle School Student Tobacco Use in Marion County, Indiana, *Arch Surg*, 3, 303-308.