

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال سوم شماره ۱۱ پاییز ۱۳۸۷

تأثیر خودآموزی کلامی بر بهبود علایم مرضی کودکان مبتلا به اختلال سلوک

دکتر تورج هاشمی - دکتر در روانشناسی تربیتی - استادیار دانشگاه تبریز
دکتر مجید محمودعلیلو - دکتر در روانشناسی بالینی - استادیار دانشگاه تبریز
علی اقبالی - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

چکیده

هدف این تحقیق بررسی تأثیر آموزش خودآموزی کلامی بر علایم مرضی کودکان مبتلا به اختلال سلوک بود. به عبارتی دسترسی به این مسأله که آیا آموزش خودآموزی کلامی می‌تواند در بهبود علایم مرضی کودکان مبتلا به اختلال سلوک تأثیر مثبتی داشته باشد یا خیر، هدفی بود که پژوهش به قصد دستیابی به آنها انجام پذیرفت. روش این پژوهش از نوع طرح نیمه تجربی (نیمه آزمایشی) بود که در آن نمونه‌ای شامل ۲۰ نفر از دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک از مدارس شهر تبریز انتخاب و پس از جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. در فرایند طرح، گروه آزمایشی در مدت ۱۰ جلسه تحت آموزش خودآموزی کلامی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای در یافت نکرد. نتایج حاصل از روش تحلیل کوواریانس یک طرفه، نشان داد که گروه آزمایشی در پایان نسبت به گروه کنترل از بهبود قابل توجهی در علایم مرضی اختلال سلوک برخوردار است. به عبارت دیگر کاربرد و آموزش خودآموزی کلامی موجب بهبود معنی‌دار نشانه‌های مرضی دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک شده بود.

واژگان کلیدی: علایم مرضی اختلال سلوک، خودآموزی کلامی.

مشکلات سلوک به آن دسته از رفتارهای ضد اجتماعی اشاره دارد که نشان می‌دهد فرد در انطباق با انتظارات اشخاص صاحب قدرت در زندگی (مثل والد یا معلم) و یا هنجارهای اجتماعی یا احترام به حقوق دیگران ناتوان است. این رفتارها می‌تواند کشمکش‌های خفیف با منابع قدرت (تقابل، عدم اطاعت و مجادله)، انحراف عمده از هنجارهای اجتماعی (فرار از مدرسه و منزل) تا دست‌درازی جدی به حقوق دیگران (تهاجم، تجاوز جنسی، تخریب، آتش افروزی، دزدی) را در برگیرد (فریک^۱، ۱۳۸۲).

مطالعه هرپرتز^۲ و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که کودکان دارای اختلال سلوک و اختلال همزمان سلوک و ADHD نسبت به گروه کنترل تصاویر منفی را به صورت کمتر هیجانی درجه‌بندی کردند. داده‌های این مطالعه نشان داد که کودکان با اختلال سلوک با و بدون ADHD، زمانی که با مجموعه محرک‌های بینایی غیرقابل پیش‌بینی روبرو می‌شوند، با نقص در پاسخ مشخص می‌شوند.

این کودکان از لحاظ اجتماعی در تعاملات‌شان با بزرگسالان نیز شایستگی لازم را ندارند و کمتر احتمال دارد به نمادهای قدرت در بین بزرگسالان احترام بگذارند، مؤدبانه عمل کنند و به طریقی پاسخ دهند که تعاملات مثبت آنها ارتقا یابد. کمبودهای تحصیلی از دیگر مشکلات مطرح در این کودکان است و اغلب سطوح پایینی از پیشرفت تحصیلی را نشان می‌دهند و در مدرسه مردود می‌شوند (کراتوچویل و موریس^۳، ۱۹۹۸).

رفتار پرخاشگرانه و ایدایی این کودکان در ارتباط با مشکلات آنها در فهم مقتضیات موقعیت‌های اجتماعی، حل مسأله بین شخصی، تفسیر اشتباه اعمال دیگران، زورگویی و عزت نفس پایین مرتبط با نقص‌های اجتماعی است (هیل^۴، ۲۰۰۵).

برای رهایی از اثرات مخرب اختلال سلوک برخورد فرد، خانواده، مدرسه و در نهایت

1- Frick

3- Kratochwill & Morriss

2- Herpertz

4- Hill

جامعه باید برنامه‌ها و راهکارهای موثر درمانی اندیشیده شود. همچنان که کازدین^۱، ۱۹۸۷، (به نقل از فریک، ۱۳۸۲) پیشنهاد می‌کند، بهتر است اختلالات سلوک را یک بیماری مزمن در نظر گرفت که به مداخله، بازنگری و ارزیابی مستمر در طول زندگی فرد نیاز دارد. بنابراین این پژوهش در صدد است تا با استفاده از آموزش خودتعلیمی کلامی^۲ به حل و کاهش رفتارهای نامناسب کودکان دارای اختلال سلوک بپردازد.

با این توصیف درمان اختلال سلوک به دلیل شیوع مشکل و پیش‌آگهی ضعیف آن اولویت مهمی را مطرح می‌کند و به لحاظ تأثیر مجموعه رفتارهای این اختلال بر دیگران و جامعه در سطح وسیع دارای اهمیت بالینی و اجتماعی است. هیچ روش درمانی برای تمام طیف رفتارهایی که در اختلال سلوک سهیمند درمان‌بخش شمرده نمی‌شود، انواعی از درمان‌ها ممکن است برای اجزاء خاصی از اختلال مزمن مفید باشند. برنامه‌های درمانی در کاهش علائم آشکار اختلال سلوک موفق‌تر از علائم پنهانی بوده‌اند. به نظر می‌رسد طرح‌ریزی برنامه درمانی موثر برای علائم پنهانی اختلال سلوک دشوارتر از چنین طرحی برای پرخاشگری آشکار است (کاپلان و سادوک^۳، ۲۰۰۳).

برای رفتار ضد اجتماعی از درمان‌های گوناگون استفاده شده است که شامل اشکال مختلف درمان فردی و گروهی، رفتار درمانی، درمان آسایشگاهی، دارو درمانی، جراحی روانی و انواعی از درمان‌های ابتکاری اجتماعی است (کازدین، ۱۹۸۵، مک کورد^۴، ۱۹۸۲، ادانل^۵، ۱۹۸۵، به نقل از کراتوچویل و موریس، ۱۹۹۸).

یک رویکرد برای جلوگیری از اختلالات رفتاری کاربرد مداخلات شناختی رفتاری است. فرضیه زیربنایی این است که رفتار آشکار به‌وسیله جریان شناختی میانجی‌گری می‌شود و افراد می‌توانند یاد بگیرند، با تأثیر گذاشتن روی جریان شناختی، رفتار

1- Kazdin

3- Kaplan & Sadok

5- Odanel

2- verbal self-instruction training

4- Mc Curd

خودشان را تغییر دهند. آموزش راهبردهای شناختی-رفتاری در کاهش بیش‌فعالی، تکانشگری، پرخاشگری/آشوب و نیرومند ساختن رفتارهای اجتماع‌پسند و افزایش شناخت اجتماعی و بهبود روابط با همسالان موثر بوده‌اند (دال‌نیک^۱، اسمیت^۲، برانک^۳، پن‌فیلد^۴ ۲۰۰۶). مطالعه سی‌یئو^۵، ونق^۶، گرکن^۷ و آنسلی^۸ (۲۰۰۵) با عنوان درمان شناختی - رفتاری در کودکان با اختلالات رفتاری-هیجانی شدید بستری شده در بیمارستان نشان داد که بعد از درمان بهبود معناداری در عملکرد کلی روانی، کاهش رفتارهای ناسازگارانه مشاهده شد.

نتایج مطالعه‌درمانی ساخودلسکی^۹، سولومن^{۱۰} و پرین^{۱۱} (۲۰۰۰) نشان داد که آموزش راهبردهای شناختی-رفتاری موجب کاهش معنادار پرخاشگری، رفتار ایذایی و کنترل خشم در گروه درمانی که شامل پسران ۹-۱۱ ساله ارجاع داده شده توسط معلم و روانشناس مدرسه بودند شده بود. در مطالعه‌ای موردی لبا^{۱۲} و دودو^{۱۳} (۲۰۰۵) به بررسی اثرات درمانی برنامه چندمدلی شناختی-رفتاری شامل مشاوره معلم، مدیریت وابستگی، خود‌کنترلی و آموزش خود‌آموزی در یک نوجوان مبتلا به اختلال سلوک پرداختند که نتایج این مطالعه نشان داد که برنامه درمانی توانسته بود رفتار پرخاشگرانه نوجوان را کاهش دهد و رفتارهای اجتماع‌پسند او را افزایش دهد.

رونن^{۱۴} (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای موردی به بررسی اثرات به‌کاربندی آموزش مهارت‌های خود‌کنترلی در کاهش پرخاشگری پسری ۱۲ ساله پرداخت. نتایج مطالعه نشان داد که آموزش مهارت‌های خود‌کنترلی باعث کاهش معنادار رفتارهای ایذایی و افزایش معنادار خود‌کنترلی و تعاملات اجتماعی کودک شده بود.

1- Dajnic

3- Brunk

5- Seeyeo

7- Gerken

9- Sukhodolsky

11- Perine

13- Dudu

2- Esmit

4- Penfield

6- Wong

8- Ansley

10- Solomon

12- Laba

14- Ronen

در مداخلات شناختی رفتاری، تمرکز بر آموزش مهارت‌های شناختی است که بسیاری از کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات سلوک در آنها نقص دارند. همچنین بر به کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های بین فردی تأکید شده است (فریک، ۱۳۸۲).

در چند دهه اخیر در حوزه رفتار درمانی شناختی گونه‌های متنوعی از روش‌های درمانی برای مواجهه با اختلالات روانی عرضه شده است. یکی از رایج‌ترین روش‌های درمانی که در حوزه اختلالات روانی کودکان دارای کاربردهای وسیعی است، روش آموزش خودآموزی کلامی است. این روش درمانی ریشه در کارهای علمی روانشناسان روسی، ویگوتسکی^۱ و لوریا^۲ دارد و سپس بوسیله مایکن بام و همکارانش به عنوان یک روش درمانی معرفی شده است. این رویکرد شناختی رفتاری در ابتدا توسط مایکن بام و گودمن^۳ (۱۹۷۱)، به نقل از کراتوچویل و موریس، (۱۳۸۱) به منظور آموزش یک رویکرد حل مسأله بازتابشی به کودکان تکانشی برای بهبود عملکرد تحصیلی آنان بوجود آمد. درمان شامل سرمشق‌دهی راهبردهای شناختی از جانب درمانگر برای کودک است. نظیر این که «مشکل من چیست؟»، «طرح و نقشه من چیست؟» «آیا از این نقشه استفاده می‌کنم؟» و چگونه عمل کردم، آموزش خودآموزی شامل موارد زیر است:

- ۱- یک سرمشق برزگسال که با صدای بلند با خود صحبت می‌کند و تکلیفی را انجام می‌دهد (سرمشق‌دهی شناختی)
- ۲- کودک همان تکلیف را تحت رهبری آموزش سرمشق انجام می‌دهد (راهنمایی آشکار و مشخص بیرونی)
- ۳- کودک در حالی که با صدای بلند خودش را راهنمایی می‌کند (خودرهبری آشکار^۴) تکلیف را انجام می‌دهد.

1- Vygostky

3- Meichenbaum & Goodman

2- Luria

4- self-guidance

۴- کودک در حالی که تکلیف را انجام می دهد با صدای آهسته خودش را راهنمایی می کند (حذف تدریجی خود رهبری آشکار)

۵- کودک در حالی که خیلی آهسته به طور زیرلفظی یا غیرکلامی خود را رهبری می کند تکلیف را انجام می دهد (خودآموزی ناآشکار)

آموزش خودآموزی کلامی یکی از برنامه های درمانی شناختی رفتاری است که در آن به کودکان یاد داده می شود تا با سخن گفتن با خود، بتوانند رفتار نامطلوب خود را تغییر دهند. کودکان قبل از پاسخ دهی به موقعیت های اجتماعی استفاده از روش پنج مرحله ای مسأله گشایی را یاد می گیرند (کندال^۱ و براسول^۲، ۱۹۸۵ به نقل از فریک، ۱۳۸۲).

آموزش های متمرکز خودآموزی کلامی به نتایج مثبتی در برخی اختلالات از جمله ADHD، منتهی شده است از این رو، انتظار بر این است که آموزه های این روش برای مداخلات درمانی در کودکان مبتلا به اختلال سلوک نیز قابل تسری باشد. بنابراین پرسش و مسأله اصلی این پژوهش این است که آیا کاربردی آموزش خودآموزی کلامی قادر به کنترل نشانه های مرضی کودکان دارای اختلال سلوک است یا نه؟

روش

روش تحقیق مورد استفاده، روش نیمه تجربی است که در آن اثربخشی یک متغیر مستقل (روش آموزشی-درمانی خودآموزی کلامی) بر متغیر وابسته (نشانه های مرضی اختلال سلوک) مورد بررسی قرار گرفته است. بر همین اساس، یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل از بین آزمودنی های در دسترس انتخاب شدند و بصورت تصادفی در گروه های دو گانه قرار گرفتند و به دنبال آن، متغیر مستقل بر روی گروه آزمایش اعمال شد و بر روی گروه کنترل هیچ مداخله ای صورت نگرفت و در نهایت تغییرات متغیر وابسته در هر دو گروه مورد اندازه گیری قرار گرفت و به عنوان معیاری برای مقایسه های

1- Kendull

2- Braswell

لازم مورد استفاده قرار گرفت.

آزمودنی‌ها

در این پژوهش، جامعه مورد تحقیق عبارت بود از کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر ۱۱-۱۰ ساله که در سال تحصیلی ۸۶-۸۵ در کلاس‌های چهارم و پنجم ابتدایی شهر تبریز تحصیل می‌نمودند.

با توجه به گستردگی طرح و محدودیت‌های موجود در انجام مداخله‌های مورد نظر تلاش بر این شد که از مدارس ابتدایی پسرانه‌ی ناحیه‌ی ۳ تبریز تعداد ۲۰ نفر دانش‌آموز به شیوه‌ی غربالگری انتخاب شوند و در گروه‌های دوگانه تقسیم شوند. به این ترتیب که، در هر گروه، تعداد ۱۰ نفر که براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IVTR و پرسشنامه CSI-4 به عنوان دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک تشخیصی داده شده بودند، به صورت تصادفی جایگزین شدند.

ابزارهای اندازه‌گیری

ابزارهای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز را مصاحبه تشخیصی براساس ملاک‌های DSM-IV-TR، پرسشنامه علایم مرضی کودکان (CSI-4) (فرم معلم) تشکیل می‌دهد.

پرسشنامه‌ی علایم مرضی کودکان (CSI-4): یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیرافکین و گادو براساس طبقه‌بندی DSM-III به نام SLUG و به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی کودکان ۱۲-۵ ساله طراحی شد. بعدها بارها مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۹۴ مطابق با چاپ چهارم DSM تغییرات اندکی در آن ایجاد شد و با نام CSI-4 منتشر شد.

پرسشنامه CSI-4 دارای دو فرم والدو معلم است: این پرسشنامه در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار و روایی، حساسیت و ویژگی آن محاسبه شده است. در مطالعه توکلی‌زاده (۱۳۷۵) حساسیت براساس بهترین نمره‌ی برش ۴ برای اختلال سلوک ۰/۸۹ و ویژگی آن ۰/۹۰ به دست آمد. علاوه براین اعتبار پرسشنامه نیز

برای هر دو فرم والد و معلم به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۳ برآورد شده است. در پژوهش محمد اسماعیل (۱۳۸۰) ضرایب اعتبار این پرسشنامه‌ی لز طریق اجرای مجدد تست برای ۱ اختلال برآورد شده است که این ضریب اعتبار برای اختلال سلوک ۰/۷۶ گزارش شده است. در این پژوهش در بررسی فرم‌های والد و معلم از نظر حساسیت، ویژگی و نقطه‌ی برش برای اختلال سلوک روشن شده است که در فرم معلم نمره‌ی ۳ به عنوان بهترین نمره‌ی معیار، ویژگی و حساسیت آن به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۵۳ است.

روش تحلیل داده‌ها

در این پژوهش جهت توصیف و طبقه‌بندی و تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از روش‌های آمار توصیفی شامل شاخص‌های میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

از کل جامعه دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک تعداد ۲۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره تحت عنوان‌های گروه آزمایشی و گروه کنترل جای گرفتند.

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون علائم مرضی اختلال سلوک در دو گروه آزمایشی و کنترل

گروه	میانگین	انحراف معیار	دامنه تغییرات	پایین ترین	بالاترین	تعداد
آزمایشی	۱۳/۳۰	۴/۶۲	۱۲	۸	۲۰	۱۰
کنترل	۱۲/۸۰	۳/۶۴	۱۱	۸	۱۹	۱۰

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون علائم مرضی اختلال سلوک در دو گروه آزمایشی و کنترل نشان می‌دهد. چنان که مشاهده می‌گردد، میانگین گروه آزمایشی ۱۳/۳۰ و انحراف معیار ۴/۶۲ و میانگین گروه کنترل ۱۲/۸۰ و انحراف معیار ۳/۶۴ می‌باشد. با توجه به داده‌های بالا بین دو گروه در پیش‌آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای

وجود ندارد.

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی پس آزمون علایم مرضی اختلال سلوک در دو گروه آزمایشی و کنترل

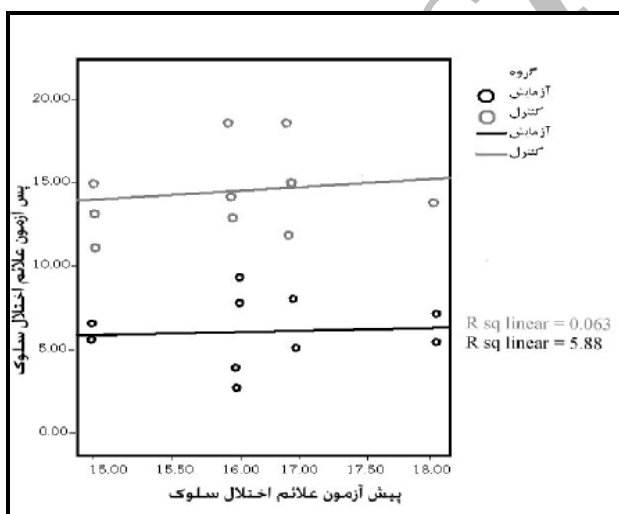
گروه	میانگین	انحراف معیار	دامنه تغییرات	پایین ترین	بالا ترین	تعداد
آزمایشی	۵/۷	۳/۹۱	۱۳	۱	۱۴	۱۰
کنترل	۱۲/۴۰	۳/۴۰	۱۰	۸	۱۸	۱۰

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی پس آزمون علایم مرضی اختلال سلوک را در دو گروه آزمایشی و کنترل نشان می‌دهد. چنانکه مشاهده می‌گردد، میانگین گروه آزمایشی ۵/۷ و انحراف معیار ۳/۹۱ و میانگین گروه کنترل ۱۲/۴۰ و انحراف معیار ۳/۴۰ می‌باشد. با توجه به داده‌های بالا بین دو گروه در پس آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود دارد. جهت بهره‌گیری از روش تحلیل کوواریانس با طرح یک طرفه ابتدا مفروضه‌ی همگنی رگرسیون آماری و برابری واریانس خطای گروه‌های مورد مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. برای این امر از نمودارها و نیز بررسی وجود رابطه‌ی خطی بین متغیرهای تصادفی کمکی و وابسته استفاده شد و نیز مفروضه‌ی برابری واریانس خطای گروه‌های مورد مطالعه از طریق آزمون لون مقدور گردید.

جدول (۳) آزمون فرض همگنی شیب‌ها برای اختلال سلوک

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
گروه	۰/۰۰۱	۱	۰/۰۰۱	۰	۰/۹۹	۰/۰۵
پیش آزمون	۱/۶۴	۱	۱/۶۴	۰/۳۳۵	۰/۵۷۱	۰/۴۲
گروه و پیش آزمون	۱/۱۵	۱	۱/۱۵	۰/۲۳۵	۰/۶۳۴	۰/۰۰۱
خطا	۷۸/۶۴	۱۶				

مندرجات جدول (۳) نشان می‌دهد که رابطه بین متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون علائم اختلال سلوک) و متغیر وابسته (پس‌آزمون علائم اختلال سلوک) از نظر آماری معنی‌دار نیست. به این معنی که F محاسبه شده (۰/۲۳۵) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نیست و مجذور اتای محاسبه شده (۰/۰۰۱) بیانگر میزان کم اثر متقابل بین آنهاست. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که شیب رگرسیون گروه‌های آزمایش و کنترل همگن است.



نمودار (۱) پراکندگی رابطه‌ی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون علائم اختلال سلوک

نمودار (۱) (نمودار پراکندگی) وجود رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته و نیز وجود همگنی رگرسیون گروه‌های مورد مطالعه را نشان می‌دهد. مندرجات این نمودار حاکی از نوعی رابطه خطی میان متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون علائم اختلال سلوک) و متغیر وابسته (پس‌آزمون علائم اختلال سلوک) است، چرا که شیب‌های خطوط رگرسیون تقریباً موازی هم هستند. بنابراین رابطه بین متغیرهای تصادفی کمکی و متغیر وابسته در هر دو گروه شبیه هم است. از این رو

مفروضه‌ی همگنی رگرسیون‌ها تایید می‌گردد. علاوه بر این مقدار R^2 نیز درجه و شدت ارتباط بین متغیر وابسته و متغیرهای کمکی را نشان می‌دهد.

جدول (۴) آزمون لون برای برابری واریانس خطای گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر وابسته (علایم اختلال سلوک)

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
۰/۰۷۰	۱	۱۸	۰/۷۹۵

مندرجات جدول (۴) نشان می‌دهد که خطای واریانس گروه‌های مورد مطالعه برابر است. چرا که مقدار F محاسبه شده (۰/۰۷۰) در سطح ۰/۰۵ معنی دار نیست.

جدول (۵) تحلیل کواریانس اثرات خودآموزی کلامی بر علایم مرضی اختلال سلوک

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذوراتا
پیش آزمون	۱/۹۰۱	۱	۱/۹۰۱	۰/۴۰۵	۰/۵۳۳	۰/۵۷
گروه	۱/۷۷۸	۱	۳۲۹/۷۷۸	۲۵۴/۷۰	۰/۰۰	۰/۶۱
خطا	۷۹/۷۹۹	۱۷	۴/۶۹۴			

مندرجات جدول (۵) نشان می‌دهد که: متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون علایم مرضی اختلال سلوک) با متغیر وابسته (پس‌آزمون علایم مرضی اختلال سلوک) رابطه‌ای ندارد ($F=0/405$ در سطح $0/05$ معنی دار نیست) و شدت ارتباط بین متغیر مستقل خودآموزی کلامی و متغیر وابسته علایم مرضی اختلال سلوک زیاد است و نیز اثر آموزش خودآموزی کلامی بر علایم مرضی اختلال سلوک معنی دار است ($F=70/254$ کاملاً معنی دار است) و همان‌گونه که با مجذور اتا ارزیابی شده، عامل خودآموزی کلامی موجب ۶۱ درصد تغییرات علایم مرضی اختلال سلوک شده است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش خودآموزی کلامی موجب کاهش علایم مرضی

کودکان مبتلا به اختلال سلوک گردیده است و تفاوت گروه های مورد مطالعه از نظر آماری معنی دار بوده و این معنی داری به نفع گروه آزمایش است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش در کل تاثیر آموزش خودآموزی کلامی بر بهبود علائم مرضی کودکان مبتلا به اختلال سلوک را مورد بررسی قرار می داد. در مقایسه دو گروه آزمودنی ها نتایج نشان دادند که آموزش خودآموزی کلامی موجب کاهش علائم مرضی کودکان مبتلا به اختلال سلوک گردیده است. بنابراین کاربرد و آموزش خودآموزی کلامی موجب بهبود نشانه های مرضی دانش آموزان دارای اختلال سلوک می شود.

در تبیین اثر بخشی آموزش خودآموزی کلامی بر نشانه های مرضی کودکان مبتلا به اختلال سلوک ابتدا باید به دو ویژگی اساسی این کودکان اشاره کرد. این کودکان دچار نقص در حوزه مهارت های کلامی هستند، مطابق با آنچه که در فصول پیشین ذکر شد استدلال انتزاعی کلامی توانایی ضروری در رشد و تحول خود کنترلی است و انسان ها از زبان به عنوان واسطه ای برای استدلال انتزاعی استفاده می کنند و با استفاده از زبان و لغات و با بازنمایی روانی پدیده ها آنها را دریافت می کنند و زبان یک مؤلفه ای اساسی در فرایندهای اجتماعی شدن، به تأخیر انداختن رضایت و پیش بینی پیامدها است، بنابراین عدم حضور آن یک سبک شناختی سوگیری شده را رقم خواهد زد که به نوبه ی خود رفتار سوءاستفاده آمیز و غیرمسئولانه را گسترش می دهد و هم چنین نقص های کلامی ممکن است توانایی کودکان مبتلا به اختلال سلوک را برای نام گذاری ادراک خود از هیجان های بیان شده توسط دیگران محدود سازد، بنابراین هم انتخاب پاسخ آنها محدود می شود و هم مستعد واکنش فیزیکی می شوند. به این ترتیب کودکان مبتلا به اختلال سلوک از نام گذاری رفتارهای ناشایست بی بهره اند و ممکن است به وسیله ی آزمایش و خطا یاد بگیرند، بنابراین تجربه ی حوادث تنبیهی در آنها بیشتر است و به طور نسبی تلاش آنها در مهار مشکلات رفتاری کمتر نتیجه بخش است، و

نیز به علت فقدان مکانیسم بازداری خشم در این کودکان، ابراز هیجان‌های اخلاقی، مانند گناه دیده نمی‌شود و این کودکان به وسیله‌ی علایم درماندگی تقویت منفی نخواهند شد و به احتمال بیشتری تمایل به خشونت را در سنین پایین نشان خواهند داد و معمولاً یک عمل پا کار را فقط به این خاطر که آنها تصور می‌کنند بد است، به صورت بد ارزیابی خواهند کرد. به این ترتیب همراهی رفتارهای مشکل‌آفرین با تمایل کودک به سوگیری اسنادی خشم و فقدان آگاهی از پیامدهای منفی رفتارهای انحرافی به ثبات مشکلات سلوک در دوران کودکی و پس از آن کمک می‌کند.

کودکان مبتلا به اختلال سلوک دچار نقص در کارکردهای اجرایی هستند، نقص کارکردهای اجرایی یعنی نقص در کارکردهای خودکنترلی مغز، بنابراین بد کارکردی‌های اجرایی توانایی این کودکان را برای کنترل رفتار خودشان محدود می‌سازند.

بر این اساس می‌توان بیان کرد راهبرد آموزشی - درمانی خودآموزی کلامی با توانمندسازی افراد در به کارگیری گفتمان درونی موجب می‌شود آنها بتوانند به واسطه‌ی خود بیانی‌ها به رفتار خویش جهت بدهند و با بهره‌گیری از طرح‌ها و برنامه‌ها به هدایت خود گردان رفتار خویش بپردازند. به تعبیری دیگر خودآموزی کلامی به شکل‌گیری تفکر کلامی منتهی می‌شود که به واسطه‌ی آن آدمی قادر می‌شود رفتار خویش را خصوصی و درونی سازد تا به پیش‌بینی آینده و به حداکثر رساندن پیامدهای بلند مدت نایل شود، فعال شدن گفتار درونی در نتیجه‌ی آموزش خودآموزی کلامی به عنوان نقطه‌ی اتکا خودکنترلی عمل می‌کند، به این معنی که افراد از طریق حرف زدن با خود به کنترل رفتار خویش مبادرت ورزند.

نتایج این مطالعه با یافته‌های سی‌ئو، وونق، گرکن و آنس لی (۲۰۰۵)، (مک‌گیل و رای، کامینز، پریر ۱۹۹۸)، (مک‌گیلورای، کامینز، پریر ۱۹۹۸)، میراندا و جسوس پری سنتاشن (۲۰۰۰)، (بی‌پرو نیتزل ۱۹۹۱)، (برناس و سرورا، ۱۹۹۲)، کومازاوا (۲۰۰۰)، رونن (۲۰۰۴)، (دال نیک، اسمیت، برانک، پنفیلد ۲۰۰۶)، (کندال، ربر، مک‌لی‌یر،

اپس، رونان (۱۹۹۰)، لابیو دودو (۲۰۰۵)، ساخودلسکی، سولومن و پرین (۲۰۰۰) کول، گاردنر و کارن (۱۹۸۶) ماهونی و گودمن (۱۹۷۵) (به نقل از هیوز، ۱۹۸۸)، کندال و براسول (۱۹۸۵) (به نقل از هیوز، ۱۹۸۸) لاجمن و همکاران (۱۹۸۴) هیوز، (۱۹۸۸) لاجمن و لنهارت (۱۹۹۳) غفاری نوران (۱۳۷۴) موسوی (۱۳۸۰) همسویی دارد.

نتایج تحقیق حاضر از چندین زاویه و در عرصه های گوناگون می تواند به کار گرفته شود. نتایج پژوهش را می توان در حوزه های روانشناسی، مشاوره و تعلیم و تربیت به کار بست، چرا که نتایج پژوهش حاصل حاکی از کارآمدی موثر آموزش خودآموزی کلامی به عنوان یک روش آموزشی-درمانی بود.

عدم دسترسی و استفاده از همکاری اولیا دانش آموزان، مشکلات مربوط به مکان آموزش برنامه و عدم وجود استانداردهای لازم آن، عدم حضور دختران در نمونه گیری و فرایند پژوهش و قابلیت تعمیم نتایج در مورد جامعه پسران، مشتبه ساختن نتایج پژوهش بواسطه ی همبودی این اختلال در نمونه مورد بررسی با سایر اختلالات رفتاری دوره کودکی، عدم امکان استفاده از حجم بالای نمونه، عدم امکان استفاده از پس آزمون دوم یا آزمون پی گیری محدودیت هایی هستند که در این تحقیق برجسته می باشند. بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از حجم بیشتر نمونه ها به جهت بالا بردن اعتبار نتایج و بررسی و تحلیل دقیق تر نتایج استفاده شود. همچنین استفاده از نمونه ی دختران و آزمون پی گیری می تواند به تعمیم پذیری نتایج کمک کند.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله : ۸۶/۰۹/۲۱

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۸۷/۰۷/۱۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۰۹/۰۴

References

منابع

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۸۱). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس). چاپ چهارم. تهران: سخن (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰).
- توکلی‌زاده، جهانشیر (۱۳۷۵)، بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات رفتار و ایدایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- سادوک، بنیامین؛ سالاک، ویرجینیا (۱۳۸۲) خلاصه روانپزشکی (جلد سوم) (ترجمه نصرت‌ا... پورافکاری) چاپ اول، تهران: شهر آب (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).
- غفاری‌نوران، عذرا (۱۳۷۴). بررسی کاربردپذیری تکنیک خودآموزی کلامی در درمان کودکان پرخاشگر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه الزهرا.
- فریک، پائول جی. (۱۳۸۲). اختلال سلوک و رفتارهای ضداجتماعی شدید (ترجمه جواد علاقبند راد و عاطفه سلطانی‌فر). تهران: سنا، (تاریخ انتشار به زبان اصلی؟).
- قمری‌گیوی، حسین (۱۳۷۰). کاربرد گفتار درونی در درمان DHD. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران.
- کراتو چویل، توماس آر، موریس، ریچارد جی. (۱۳۸۱). روانشناسی بالینی کودک در روش‌های درمانگری (ترجمه محمدرضا نائینیان). تهران: رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۸).
- لوریا، الکساندر رومانویچ (۱۳۷۶). زبان و شناخت (ترجمه‌ی حبیب‌الله قاسم‌زاده). تهران: فرهنگان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۸۲).

محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۰). بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علایم مرضی کودکان بر روی دانش‌آموزان ۶-۱۴ ساله مدارس ابتدایی و راهنمای شهر تهران. پژوهشکده کودکان استثنایی.

موسوی، حکیمه‌السادات (۱۳۸۰). تأثیر آموزش راهبرد خودگردانی در کودکان پرخاشگر، پژوهشکده کودکان استثنایی.

هاشمی نصرت‌آباد، تورج. (۱۳۸۴). بررسی مقایسه‌ای اثربخشی آموزش راهبردهای خود تنظیمی رفتارهای توجهی، رفتارهای انگیزشی و خود تعلیمی کلامی بر نشانه‌های نقص توجه، بیش‌فعالی، خودکارآمدی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به DHD. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه تربیت معلم تهران.

Bear, R., & Nietzel, M. (1991) Cognitive and Behavioral Treatment of Impulsivity in Children A Meta Analytic, Review of the Outcome Literature. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 400-412.

Bornas, X., & Servera, M., (1992). Cognitive Training Programs to Reduce Impulsivity-related Achievement Problems. The Need of In-classroom Interventions. *Learning and Instruction*, 2, 89-100.

Col, Ch.L., Gardner, W.I., & Karn, O. (1986). Self Management Training of Mentally Retarded Adults Presenting Severe Conduct Difficulties. *Applied Research in Mental Retardation*, 6, 337-347.

Dallnic, A., Smith, S.W., Brank, E.M., & Penfield, R.D. (2006). Classroom-based Cognitive-behavioral Intervention to Prevent Aggression: Efficiency and Social Validity. *Journal of School Psychology*. 44, 123-139.

Herpertz, S., & Qunaibi, M., Mueller, B., & Lichterfeld. C., & Konrad, k., & Dohman, B. H. (2005) Response to Emotional Stimuli in Boys with Conduct Disorder. *AM J Psychiatry*, 162, 1100-1107.

Hill, J. (2005). Conduct Disorder. *Development and Psychopathology*, 4, 57-60.

- Hughes, J. (1988). *Cognitive Behavior Therapy with Children in Schools*. Pergamon Book Inc.
- Kazdin, A.E. (1995). *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*. Thousand oaks, CA. Sage.
- Kendall, P.C. (2000). *Childhood Disorders*. Psychology Press.
- Kendall, P.C., & Braswell, L. (1985). *Cognitive-behavioral Therapy for Impulsive Children*. New York. Guilford.
- Kendall, P.C., Reber, M., Mcleer, S., Epps, J., & Ronan, K.R., (1990). Cognitive-behavioral Treatment of Conduct Disordered Children. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 14, 270-297.
- Komazawa (2000). Behavioral Assessment in a Case of Domestic Violence, Introduction to Behavioral Therapy. *Psychology Special Lecture*. <http://www1.Acscnet.ne.jp/~ratnin/lec3.Asscase.html>.
- Laba, M., & Dudu, E., (2005) *The Evaluation of A Multi-model Cognitive-Behavioural Approach to Treating an Adolescent with Conduct Disorder*, Rhodes University.
- Mc Gillivray, J.A., Cummins, R.A., & Prior, M.R. (1998). Cognitive Behavior Modification of Impulsive Responding by Hyper Aggressive Children in Interpersonal Problem Situations, *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 14,55-70.
- Miranda, A., & Presentacion, J.M. (2000). Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Children with ADHD with and without Aggressiveness. *Psychology in the Schools*, 37, 169-182.
- Ronen, T., (2004) Imparting Self-control Skills to Decrease Aggressive Behavior in A 12-year Old Boy. *Journal of Social Work*, 4, 269-288.
- Sukhodolsky, D.G., Solomon, R.M., & Perine, J., (2000). Cognitive-Behavioral, Anger Control. Intervention for Elementary School Children: A. Treatment Outcome Study. *Journal of Child and Adolescent Group*, 10, 159-170.
- Yeo, S.L., Wong, M., Gerken, K., & Ansley, T., (2005). Children with Sever Emotional and/or Behavior Disorders. *Child Care in Practice*, 11, 7-22.