

تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی

بر کاهش شدت علائم اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای دانش‌آموزان پسر ۸ تا ۱۰ ساله شهرستان نهاوند

پژوهشگران: الناز پوراحمدی / دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی
محسن جلالی / دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد

چکیده

پژوهش حاضر برای بررسی میزان اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش شدت علائم اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای (ODD) دانش‌آموزان پسر ۸ تا ۱۰ ساله‌ی شهرستان نهاوند انجام شده است.

این مطالعه از نوع تجربی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است و جامعه‌ی مورد مطالعه‌ی آن دانش‌آموزان پایه‌های دوم و سوم و چهارم دبستان‌های پسرانه‌ی شهرستان نهاوند می‌باشند. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای انجام شد و ۳۰ دانش‌آموز که براساس فهرست رفتاری کودک (CBCL) و فرم گزارش معلم (ERF)، دارای ODD تشخیص داده شده بودند انتخاب و به شکل تصادفی به دو گروه آزمایشی ($n=15$) و گواه ($n=15$) تقسیم شدند. سپس آموزش مهارت‌های زندگی به مدت ۲/۵ ماه در ۱۰ جلسه‌ی آموزشی ۱۲۰ دقیقه‌ای برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد. در پایان دوره‌ی آموزش و دو ماه پس از آن، همه‌ی آزمودنی‌ها دوباره به کمک ابزار یاد شده ارزیابی شدند.

تحلیل داده‌ها نشان داد گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه، پس از پایان جلسات آموزش مهارت‌های زندگی، براساس ارزیابی جداگانه‌ی والد و معلم، کاهش معناداری در نمرات شدت علائم رفتار بی‌اعتنایی مقابله‌ای

پیدا کرده است ($p < 0/001$). بررسی پیگیری نیز نشان داد بهبودهای به دست آمده از آموزش دو ماه پس از پایان آموزش نیز همچنان حفظ شده است ($p < 0/001$). آموزش مهارت‌های زندگی سبب کاهش شدت علائم اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای در کودکان دچار این اختلال می‌شود.

مقدمه

کودکان بخش عمده‌ای از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند. شناخت صحیح این بخش از جمعیت دنیا و کوشش در راه تأمین شرایط مادی و معنوی لازم برای رشد جسمی، روانی و شناختی آنان واضح‌تر از آن است که احتیاج به تأکید داشته باشد. در ۲۵ سال اخیر، مسائل رفتاری و روانی کودکان به عنوان یکی از موضوع‌های عمده‌ی روان پزشکی و روان‌شناسی در آمده است (ماش و بارکلی^۱، ۲۰۰۲). تعداد کودکانی که شدت مشکلات آنها در حدی است که نیازمند درمان هستند در حدود ۱۵ تا ۲۲ درصد تخمین زده شده است (کاستلو و همکاران^۲، ۱۹۹۳). با این حال آنها در ۷۰ تا ۸۰ درصد موارد، مداخله‌های مناسب را دریافت نمی‌کنند (ایوانز، مولت، ویست و فرانتز^۳، ۲۰۰۵). از جمله اختلالاتی که به شدت به خدمات درمانی نیاز دارد

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، به دلیل عدم مشارکت و مقاومت در برابر توقعات خارجی و اصرار بر حل مشکلات بدون کمک دیگران، در مدرسه پیشرفتی ندارند و ممکن است مردود شوند. این مشکلات موجب کاهش اعتماد به نفس، تحمل کم برای ناکامی، خلق افسرده و کج خلقی می‌شود (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲). پیش‌آگهی اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال‌های آینده در رشد مشکلات بعدی از جمله شکست تحصیلی و ناسازگاری هیجانی هستند (هادرزیک و همکاران^{۱۴}، 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 ضد اجتماعی و دیگر آسیب‌های روانی بزرگسالی که مرتبط با پرخاشگری و خشونت هستند، تبدیل می‌شود (مایلن و همکاران^{۱۵}، ۱۹۹۵، به نقل از هاردار و همکاران^{۱۶}، ۲۰۰۴).

در باب علت‌شناسی اختلال عوامل زیادی مطرح شده که از مهمترین آنها می‌توان به ناتوانی والدین در اداره‌ی صحیح مشروط کودک، نقص در کنترل خشم و مهم‌تر از همه، نقص در مهارت‌های زندگی اشاره کرد (بالیس و دیویس^{۱۷}، ۱۹۹۷). بسیاری از پژوهشگران (گلدستین و کراشر^{۱۸}، ۱۹۸۷؛ سام و همکاران^{۱۹}، ۱۹۹۰، لاگریکا و سانتوگروسی^{۲۰}، ۱۹۹۱، به نقل از لاول و باربارا^{۲۱}، ۱۹۹۰)، نداشتن مهارت‌های لازم در شرایط بحرانی را از اساسی‌ترین مشکلات کودکان نافرمان می‌دانند. فراوانی این مسئله در کودکان مبتلا به اختلال ODD، ۷۲ درصد گزارش شده است (بالیس و

اختلالات رفتاری است (وو و همکاران^۴، ۱۹۹۹). اختلالات رفتاری به نقص عملکرد در مدرسه، تحصیل و خانواده منجر می‌شود و در نهایت ممکن است به افت تحصیلی و اخراج از مدرسه و بروز رفتارهای بزهکارانه بینجامد و منشأ پیامدهای طولانی ناگواری شود (ایوانز و همکاران، ۲۰۰۵).

یکی از شایع‌ترین اختلالات رفتاری که در سن دبستان بروز می‌کند اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای^۵ است (انستیتو ملی سلامت روان^۶، ۲۰۰۱، به نقل از فلاناگان و اسکوایول^۷، ۲۰۰۶؛ موگان و همکاران^۸، ۲۰۰۴). میزان شیوع آن در سنین دبستان بین ۲ تا ۱۶ درصد (DSM-IV-TR، ۱۳۸۱؛ ریگا و همکاران^۹، ۲۰۰۶) و حتی ۲۲ درصد (APA^{۱۰}، ۱۹۹۹۴، و AMI^{۱۱}، ۱۹۹۷، به نقل از مایلن و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۱) گزارش شده است. این اختلال اغلب تا پیش از ۸ سالگی و حداکثر تا اوایل نوجوانی ظاهر می‌شود (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲).

اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی یکی از اختلال‌های طبقه‌بندی شده در طبقه‌ی اختلال‌های ایدایی است که مهم‌ترین مشخصه‌ی آن الگوی پایدار رفتار تکراری منفی‌گرایی، لجبازی، نافرمانی و خصومت در برابر مظاهر قدرت است که حداقل شش ماه دوام دارد، متناسب با سن تحولی کودک نیست و باعث اختلال قابل ملاحظه‌ی بالینی در کنش‌وری تحصیلی، اجتماعی و شغلی فرد می‌شود (DSM-IV-TR، ۱۳۸۱). رفتارهای خاص این اختلال عبارت‌اند 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^{۱۳}، ۱۳۸۳).

اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی، اختلالی تدریجی و مزمن است که تقریباً در روابط بین فردی و عملکرد

دیویس، ۱۹۹۷).

آموزش مهارت‌های زندگی در کشورهای مختلف از جمله ایران برنامه‌ریزی شده و در دست اجرا است. از جمله پژوهش‌های خارجی و داخلی که در این زمینه انجام شده می‌توان به این موارد اشاره کرد:

کودکان مبتلا به این اختلال علی‌رغم هوش کافی، به دلیل عدم مشارکت و مقاومت در برابر توقعات خارجی و اصرار بر حل مشکلات بدون کمک دیگران، در مدرسه پیشرفتی ندارند و ممکن است مردود شوند. این مشکلات موجب کاهش اعتماد به نفس، تحمل کم برای ناکامی، خلق افسرده و کج خلقی می‌شود

هاپر^{۲۶} (۱۹۹۶) و تافریت^{۲۷} (۱۹۹۸) آموزش برخی از مهارت‌های زندگی از قبیل همکاری در گروه، توضیح دادن، گوش دادن از راه فنون الگوسازی، مربی‌گری و ایفای نقش را در کاهش یا حذف رفتارهایی مانند پرخاشگری و هیجان‌پذیری در کودکان و نوجوانان دارای اختلالات رفتاری و درخودماندگی^{۲۸} مؤثر دانسته‌اند. در مطالعه‌ی دیگری پنتز (۱۹۸۳) ثابت کرد که آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث کاهش سوء مصرف مواد و رفتارهای وابسته به آن مانند خشونت، گوشه‌گیری، فرار از خانه و مدرسه و دزدی می‌شود. گینر^{۲۹} (۲۰۰۳) نیز نقش آموزش مهارت‌های زندگی را در کاهش رفتارهای پرخطر و خشونت در دانش‌آموزان ثابت کرده است.

در مطالعه‌ی زولینجر (۲۰۰۰)، آموزش مهارت‌های زندگی طی یک دوره‌ی ۳ ساله نقش بارزی در افزایش اطلاعات، توانایی‌ها و تغییر نگرش دانش‌آموزان در کسب الگوی صحیح زندگی داشته است.

فایفر و مک بارنت^{۳۰} (۱۹۹۷) در پژوهشی نتیجه

برخی پژوهشگران چگونگی تأثیر نارسایی در مهارت‌های زندگی بر بروز اختلال را این‌گونه تبیین می‌کنند: نشانه‌های بالینی اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی را می‌توان در سه سطح رفتاری، اجتماعی و شناختی متمایز کرد (کازدین^{۳۱}، 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 پایین پیشرفت تحصیلی، شکست تحصیلی و بی‌رغبتی به تحصیل مواجهند (هوگز^{۳۲}، ۱۹۸۸).

در سطح اجتماعی، گستره‌ی مشکلات اجتماعی این افراد را می‌توان در ضعف روابط بین فردی، ناتوانی در استفاده از مهارت‌های زندگی، پایین بودن سطح توانایی جرأت‌ورزی^{۳۴}، 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 پرخاشگرانه همراه شود، شکل‌گیری رفتارهای مقابله‌ای و بی‌اعتنایی در کودک حتمی خواهد بود (نگلاسی و راسمن^{۳۵}).

با توجه به نقص در مهارت‌های زندگی کودکان دچار ODD، برنامه‌های درمانی و آموزشی متعددی برای بهسازی و درمان این گونه مشکلات تدوین شده است. یکی از این برنامه‌ها، آموزش مهارت‌های زندگی است. سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۳ برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی را پیشگیری و بالا بردن بهداشت روان آماده نمود. در راستای اجرای این طرح، برنامه‌ی

و روان‌پزشکان با مدرسه بیشتر شده است (ماتیسون^{۳۲}، ۲۰۰۰). در حال حاضر، متخصصان بر این امر آگاهند که مداخلات بهداشت روان برای کودکان دبستانی به منظور پیشگیری اولیه، درمان اولیه و توسعه‌ی بهداشت روان لازم است (کارون و پارتز^{۳۳}، ۲۰۰۴). در همین راستا پژوهش حاضر برای بررسی میزان اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش شدت علائم اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی دانش‌آموزان پسر ۸ تا ۱۰ ساله‌ی شهرستان نهاوند انجام شده است.

روش

این مطالعه از نوع تجربی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است و جامعه‌ی مورد مطالعه‌ی آن دانش‌آموزان پسر ۸ تا ۱۰ ساله‌ی مقطع ابتدایی شهرستان نهاوند می‌باشد. ابتدا پنج مدرسه به شکل تصادفی از میان دبستان‌های پسرانه انتخاب و سپس به آن مدارس مراجعه و در ارتباط با پژوهش حاضر و ویژگی‌های دانش‌آموزانی که به عنوان آزمودنی مورد بررسی قرار خواهند گرفت با مسئولین آنها گفتگو شد. پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولان این مدارس، از آنها درخواست شد دانش‌آموزانی را که در مدرسه نافرمانی و ناسازگاری دارند، معرفی نمایند. سپس پرسشنامه‌ی جمعیت‌شناختی محقق ساخته و فهرست رفتاری کودک (CBCL) همراه با توضیحاتی در مورد هدف پژوهش، توسط دانش‌آموزان معرفی شده‌ی هر مدرسه برای والدین آنها فرستاده شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها به وسیله‌ی والدین و بازگرداندن آن به مدرسه، دانش‌آموزان دارای نمره‌ی بالاتر از نقطه‌ی برش (T بالاتر از ۶۹) در مقیاس رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی بازبینی (چک لیست) رفتاری انتخاب شدند. به منظور تأیید نظرگاه والدین، فرم گزارش معلم (TRF)

گرفتند تحت تأثیر مداخله مبتنی بر آموزش مهارت‌های زندگی مشکلات افراد مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی، و خامت پاره‌ای از نشانه‌های این اختلال به میزان بسیار زیاد کاهش می‌یابد.

در یک پژوهش داخلی که به منظور بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی انجام شده، افزایش معنادار سطح مهارت‌ها در دانش‌آموزان مشاهده شد که این عامل می‌تواند به منزله‌ی یک عامل محافظت‌کننده سبب کاهش مصرف مواد مخدر در سال‌های آتی شود (طارمیان، ۱۳۸۲).

نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد 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 مدرسه سپری می‌شود، مدرسه نقش عظیمی در آموزش و تربیت کودکان و نوجوانان به عهده دارد. متأسفانه تا کنون آموزش و پرورش دانش‌آموزان در کشور ما محدود به ارایه‌ی اطلاعات و بالا بردن سطح دانش آنان بوده و تلاشی پیوسته و فراگیر جهت آماده‌سازی آنان برای مقابله با مقتضیات و کشمکش‌های دوران بزرگسالی انجام نشده است. این مسأله در ارتباط با دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری اهمیت بیشتری پیدا می‌کند.

تدوین برنامه‌های آموزشی بدون توجه به وضعیت عاطفی و هیجانی دانش‌آموزان، در ایجاد زمینه‌ی ترک تحصیل بیش از نیمی از دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری و هیجانی دخیل است (وبر و شویرمن^{۳۱}، ۱۹۹۷). در گذشته روان‌شناسان و روان‌پزشکان کودک فقط در موارد خاص و یا برای اهداف آموزشی با مدارس در ارتباط بودند، ولی با پیشرفت‌های اخیر و رویارویی با مشکلات بهداشت روان در مدارس، ارتباط روان‌شناسان

ارتباط بین افکار، احساسات و واکنش‌ها و داشتن دید واقع بینانه به نقاط قوت و ضعف خود.

۴. احساس و هیجان (قسمت نخست): 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 غیر کلامی ابراز 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 با هدف تشخیص این هیجانات و اینکه همه‌ی 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 نخست): تعریف فرآیند 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، درک اهمیت ارتباط غیر کلامی در تعاملات انسانی و نیز درک اهمیت هماهنگی بین ارتباط کلامی و غیر کلامی.

۸. ارتباط (قسمت سوم): تعریف قاطعیت "نه" گفتن با هدف فهم تفاوت بین رفتارهای قاطعانه، منفعل و پرخاشگرانه و اینکه کودکان بیاموزند برای نظرات خود و دیگران ارزش قائل 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 مسئله و تصمیم‌گیری: با هدف درک این مسئله

به وسیله‌ی معلم دانش‌آموزان انتخاب شده پر شد. پس از هماهنگی دو نظرگاه والدین و معلم، نمونه‌ی مورد نظر شامل ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دارای نمره‌ی بالاتر از نقطه‌ی برش در مقیاس رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی هر دو پرسشنامه، انتخاب و به شکل تصادفی به دو گروه، آزمایش (n=۱۵) و گواه (n=۱۵) تقسیم شدند. گروه آزمایشی و گواه از لحاظ شرایط اقتصادی - فرهنگی با یکدیگر هم‌تا شدند. سپس آزمودنی‌های گروه آزمایش، مهارت‌های زندگی را براساس راهنمای مهارت‌های مربوط به کودکان دبستانی (عربگل، داوری، خزایی، شیرازی و ایرانپور، ۱۳۸۳)، به شکل گروهی و به مدت ۲/۵ ماه در ۱۰ جلسه‌ی آموزشی ۱۲۰ دقیقه‌ای آموزش دیدند. ترتیب و عناوین جلسات آموزشی کودکان به صورت زیر بود:

از آنجا که قسمت عمده‌ای از زندگی کودکان در مدرسه سپری می‌شود، مدرسه نقش عظیمی در آموزش و تربیت کودکان و نوجوانان به عهده دارد.

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. من‌انسان‌بی‌نظیری هستم: با هدف اینکه کودکان خود را انسان منحصر به فردی بینند 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

یافته‌ها

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

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات

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

اطلاعات به دست آمده از سه مرحله‌ی ارزیابی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شد. نتیجه‌ی این تحلیل در جدول دو آمده است.

که در زندگی روزمره با مسایل و مشکلات زیادی روبرو می‌شوند و ناگزیرند آن‌ها را حل و در موردشان تصمیم‌گیری کنند و اینکه برخی تصمیمات از اهمیت بیشتری برخوردارند و نیز آموزش روش تصمیم‌گیری صحیح.

به این ترتیب، پاسخ‌های مثبت و شرکت فعالانه‌ی آزمودنی‌ها به کمک تقویت کننده‌های کلامی و غیر کلامی تقویت و از آنها با شکلات و خوراکی در پایان هر جلسه پذیرایی شد. در پایان، دوباره همه‌ی آزمودنی‌ها با مقیاس‌های CBCL و TRF ارزیابی شدند. همچنین پس از دو ماه، ارزیابی پیگیری با استفاده از هر مقیاس انجام شد.

CBCL و TRF، دو فرم نظام سنجش، مبتنی بر تجربه‌ی آشتنباخ^{۳۴} هستند که به ترتیب به وسیله‌ی والد و معلم، بر اساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته تکمیل می‌شوند. در این پرسشنامه‌ها مقیاس‌هایی بر اساس اختلالات DSM-IV-TR تنظیم شده است که عبارت‌اند از: مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، تضادورزی جسورانه و مشکلات هنجاری. پاسخ سؤالات مقیاس‌های این پرسشنامه‌ها، به صورت سه‌گزینه‌ای کاملاً، معمولاً و اصلاً می‌باشد که به ترتیب نمرات دو، یک و صفر را دریافت می‌کنند.

هنجاریابی این پرسشنامه‌ها، نشان داد ضرایب آلفای مقیاس‌های نشانگانی مبتنی بر DSM-IV در سطح رضایت بخشی قرار دارد و دامنه‌ی آن از ۶۴ درصد تا ۸۱ درصد برای CBCL و ۶۲ درصد تا ۹۲ درصد برای TRF است (مینایی، ۱۳۸۴).

داده‌های پیش و پس از آموزش و پیگیری به کمک برنامه‌ی رایانه‌ای SPSS و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره^{۳۵} (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۲. خلاصه‌ی نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نمره‌های دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شدت علایم اختلال

متغیرها	مجموع مجدورات نوع سوم	درجه آزادی	میانگین مجدورات	نمره F	سطح معنی داری
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

ارزیابی جداگانه والد ($F=52/417, P<0/001$) معنی‌دار است. همچنین در مرحله‌ی پیگیری (دو ماه پس از درمان) نیز تفاوت دو گروه در نمرات شدت علائم، براساس ارزیابی والد ($F=46/240, P<0/001$) و معلم ($F=30/831, P<0/001$) معنی‌دار می‌باشد.

بحث

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

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد به دنبال آموزش مهارت‌های زندگی، تغییرات ایجاد شده در نمرات شدت علائم اختلال معنی‌دار است. یعنی می‌توان گفت روش به کار گرفته شده در مورد گروه آزمایش مؤثر بوده. بررسی نمره‌های گروه آزمایش، پس از آموزش مهارت‌های زندگی، نشان داد تفاوت معنی‌داری در زمینه‌ی شدت علائم اختلال در مقایسه با گروه گواه وجود دارد. این یافته‌ها با یافته‌های هاپر (۱۹۹۶)، فایفر و مک‌بارنت (۱۹۹۷)، گینر (۲۰۰۳) و عطاری و همکاران (۱۳۸۴) همسویی دارد. این پژوهشگران نتیجه گرفتند مشکلات افراد مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی، تحت تأثیر مداخله‌ی مبتنی بر آموزش مهارت‌های زندگی کاهش 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 دانش‌آموز، ارائه‌ی این برنامه موجب بالا رفتن عملکرد در حوزه‌های تحصیلی، فردی، بین‌فردی و

همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود بین گروه آزمایش و گواه در میانگین نمرات پیش‌آزمون فرم والد ($F=0/839, P=0/042$) و معلم ($F=0/149, P=0/702$) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. یافته‌های پژوهش نشان داد در مرحله‌ی پس‌آزمون، تفاوت دو گروه آزمایشی و گواه در نمرات شدت علایم اختلال رفتار مقابله‌ای، براساس

روابط با همسالان شد. در حوزه‌ی معدل تحصیلی و در حوزه‌ی فردی به صورت افزایش اعتماد به نفس و مهارت‌های انطباقی، کاهش پرخاشگری، افسردگی، مصرف مواد، فشار روانی و شکایت جسمی و افزایش جرأت ورزی، مهارت‌های حل مسأله و مسئولیت پذیری خود را نشان داد. در بخش روابط بین فردی به افزایش ارتباط با فامیل و کاهش تعارض با هم‌تاها و معلمان منجر شد و در بخش روابط با همسایگان موجب کاهش تأثیر منفی همتایانی شد که در همسایگی آنها رفتارهای بزهکارانه وجود داشت (نابورز و همکاران^{۳۶}، ۲۰۰۰).

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج بررسی علی‌رغم ضعف‌ها و محدودیت‌های طرح نشان دهنده‌ی اثر بخشی برنامه‌ی آموزش مهارت‌ها در کاهش شدت علائم اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی است و امید می‌رود با برطرف شدن محدودیت‌ها در دوره‌های بعدی آموزش نتایج بهتری به دست آید. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم ارتباط مؤثر با والدین و معلمان دانش‌آموزان اشاره نمود. به نظر می‌رسد انجام مداخلات هم‌زمان روی والدین و معلمان نقش عمده‌ای در اثر بخشی بیشتر این آموزش در کودکان مبتلا به اختلال داشته باشد. گفتنی است این پژوهش‌ها تنها در مورد آزمودنی‌های پسر دارای اختلال انجام گرفته است و انجام این بررسی در آزمودنی‌های دختر پیشنهاد می‌شود.

در مطالعه‌ی دیگر تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش اختلال سلوک دانش‌آموزان پسر دوره‌ی راهنمایی بررسی شد. نتایج نشان داد میزان اختلال سلوک دانش‌آموزان تحت تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی به طور معناداری کاهش می‌یابد. این نتایج پس از یک ماه پیگیری نیز پایدار بودند (همتی و شجاعی، ۱۳۸۴).

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

زیر نویس‌ها:

1. Mash, E.J. & Barkley, R.A.
2. Castello & et al
3. Evans, Mullet, Weist & Franz
4. Wu, P & et al
5. Oppositional Defiant Disorder
6. National Institute of Mental Health
7. Flangan, R & Esquivel, G.B
8. Maughan, B & et al
9. Rigau, T. Esquivel, G.B
10. American Psychiatric Association
11. Applied Medical Informatics
12. Milne, J.M & et al
13. Bloom Quist, M
14. Hudziak, G.G & et al

15. Loeber, R & et al
16. Harda, Y & et al
17. Bullis, A.P., krasher, G
19. Summe, A & et al
20. Lagreca, C& Santogrossi, G
21. Lowell , M & Barbara, M
22. Kazdin, A. E
23. Hughes, J. N
24. Assetiveness
25. Teglassi, H. & Rottman. L
26. Happer, K. A
27. afrat, R. K
28. Autisem
29. Gainer, P,S
30. Pfeiffer, L J & McBurnett
31. Webbr, J & Scheueman
32. Mattison, R
33. Charron, S & Parns, M
34. Ashtenbakh System of Empirically Based Assessment
35. Multivariate analysis of variance
36. Nabors, L. A et al

منابع:

- انجمن روان پزشکی آمریکا. (بی تا). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ترجمه‌ی محمدرضا نیکخو، هامایاک آرادیس یانگ، ۱۳۸۱). تهران: انتشارات سخن.
- بلوم کویست، مایکل. ال. (بی تا). مهارت‌های سازگاری با کودکان ناسازگار: راهنمای عملی برای والدین و درمانگران (ترجمه‌ی جواد علاقتند راد، ۱۳۸۳). تهران: نشر آب.
- سادوک، بنیامین، سادوک، ویرجینا. (بی تا). خلاصه‌ی روان پزشکی: علوم رفتاری- روان پزشکی بالینی، جلد سوم (ترجمه‌ی نصرت ا. پورافکاری، ۱۳۸۲). تهران: نشر آب.
- طارمیان، فرید (۱۳۸۲). بررسی اثر بخشی برنامه آموزش مهارت های زندگی به منظور پیشگیری از مصرف مواد مخدر در دانش آموزان دوره راهنمایی. خلاصه مقالات پنجمین همایش سراسری بهداشت روان کودکان و نوجوانان ص ۳۸-۳۹.
- عربگل، ف؛ داوری، ر؛ خزائلی، آ.؛ شیرازی، ا.؛ ایرانهور، ج. (۱۳۸۳). متن آموزشی بهداشت روان و مهارت های زندگی برای زنان. تهران: اداره سلامت روان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر امور زنان. تهران: نشر آرویح.
- همتی، قربان؛ شجاعی، ستاره (۱۳۸۴). تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر کاهش اختلال سلوک دانش آموزان دوره راهنمایی مدرسه امام سجاد (ع). پژوهش های روان شناختی، ۴، ص ۷۳-۹۱.
- Bullis, M., Davis, C.(1996). *Futher examination of two measures of community based social skills for adolescents and young with emotional and behavioral disorders* . Behavioral Disorders, 23, 29-39.
- Charron, S., & Parns, M. (2004). *Promoting emotional wellness*. Nures educator, 29,208-211.
- Castello, E.j,Burns,B.,Anggold, A. leaf,p (1993). *How can epidemiology omprovemental Helth services of children and adolescents. The intervent*, Journal of American Academy of Child and Psychiarty , 32,1106-1117.
- Charron, S.,& Parns, M . (2004). *Promoting emotional wellness*. Nurse Educator, 29,208-211.
- Evans, S.W., Mullett E., Weist. M.D., & Franz K. (2005). *Feasiblity 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 cilical methods in the 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, DC, J Sch Health, 73,338-346.
- Goldestin, A.P., Krasher, G. (1987). *Are sive behavior assessment and intervention*. peragamonpress.
- Happper. K.A, (1996). *Social skills effects of Impulsivity and Depession defeat Hyperactiveity disorder* . Journal of Autism an developmental disorder, 171,102-112.
- Harda, Y., Saitoh, K, K, N., (2004). *The reliactliry and validity of the oppostional 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 reciver- operating characteristic analysis*. Journal of child psychology and psychiatry. 45, 1299-1307.
- Hughes, J.N.(1988). *Cognitive behavior therapy with children in schools*. NewYork: Pergamon Press.
- Kazdin, A.E. (1987). *Coduct dosoders 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: M. (1993). *Teaching secondary students with mild learning and behavior problems* . New York : Mori Allen.
- Mash, EJ.& 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 Psvchiatry, 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, 606-621.
- McMahan, C.M, Wacker, D.P., Sasso., G.M., & Melloy, K.L. (1994). *Evaluation of the multiple effects of social 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., (200). *Qualitafive evaluation of a high school mental health program*. Journal of Youth and Adolescence , 29, 1-13.
- Pentz, M.A(1983). *Prevention of adolescent substance abuse through social skill developmet*, NIDA Res Monoger , 47,195-232.
- Pfeiffer, L,J & McBurnett. (1997). *Social skills training with parent generalization: treatment effects for children with attention deficit disorder*. Journal of Consulling 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.
- Tafrat R/kassinore H.(1998). *Anger control inment : Babexposure Posure with rational / Irrational/ and irrelevant sef- statument*, 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.
- Webbr J. & scheuemnn. (1997). *A challenging future: Current barriers and recommended action for our field*. Behavioral Disorders , 22,3.
- 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.