

## اثر بخشی آموزش مهارت های ارتباطی در تکانشگری نوجوانان دختر دارای علائم اختلال سلوک

محمد حاتمی\*

سعید صادقی راد\*\*

جعفر حسنی\*\*\*

### چکیده

برای حل مشکلات روزافزون در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک، برنامه های درمانی مختلفی ابداع شده است، که از جمله مهم ترین آن ها می توان به مواردی مانند مداخلات رفتاری؛ آموزش مهارت های اجتماعی؛ آموزش خانواده و خانواده درمانی و مداخلات دارویی اشاره کرد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه آموزش مهارت های ارتباطی در تکانشگری نوجوانان دختر دارای علائم اختلال سلوک، طراحی شده است. نخست به مدارس راهنمایی دخترانه استان البرز که در دسترس بوده، مراجعه شده و در مقطع راهنمایی (محدوده سنی ۱۲ تا ۱۵ سال)، پرسشنامه اختلال سلوک اجرا شد. پس از این که افراد دارای نمرات بالا در پرسشنامه اختلال سلوک (افرادی که پس از محاسبه نمرات تمام مقیاس ها و رسم نیمرخ CBCL، قله ی نیمرخ شان در طیف بالینی قرار گرفت)، از بین مجموع ۹۰ شرکت کننده انتخاب گشته و تحت مصاحبه ساختار یافته بر اساس DSM\_IV\_TR قرار گرفتند، در نهایت ۳۰ نفر که ملاک های ورود به مطالعه را تأمین کردند، به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. سپس این ۳۰ نفر به طور تصادفی به دو گروه پانزده تایی آزمایش و کنترل تقسیم گشته و هر دو گروه به نسخه ی فارسی پرسشنامه های تکانشگری (BIS) پاسخ دادند. گروه آزمایش، آموزش مهارت های ارتباطی را به شکل گروهی دریافت نموده و گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکرد. مداخلات آزمایشی طی ۱۰ جلسه برای گروه آزمایش به اجرا درآمد. در پایان جلسه دهم، مجدداً هر ۳۰ شرکت کننده به پرسشنامه ی تکانشگری مرحله نخست، پاسخ دادند. نتایج به دست آمده نشان داد که در سطح معناداری ۵٪ خطا، ارتباط معناداری بین آموزش مهارت های ارتباطی و کاهش علائم تکانشگری نوجوانان دارای اختلال سلوک وجود دارد. بنابراین آموزش مهارت های ارتباطی موجب کاهش علائم تکانشگری (مؤلفه های شناختی و بی برنامه گی آن) می گردد.

واژگان کلیدی: مهارت های ارتباطی؛ اختلال سلوک؛ تکانشگری؛ نوجوان.

\* دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی (نویسنده مسول) hatatmi513@gmail.com

\*\* کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی

\*\*\* دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی تهران، ایران

## مقدمه

بر اساس تعریف تجدیدنظر شده در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V)<sup>۵</sup>، اختلال سلوک مربوط به دوران کودکی و نوجوانی بوده و معمولاً قبل از سن بلوغ تشخیص داده می شود. علامت اساسی آن، الگوی تکراری و پیوسته رفتاری است که در آن حقوق اساسی دیگران، هنجارها یا موازین اساسی اجتماعی متناسب با سن فرد، نقض می شوند. این گونه رفتارها در سه مورد (و یا بیشتر) از معیارهای زیر در ۱۲ ماه گذشته، و یکی از علائم که در ۶ ماه گذشته بوده است، باید وجود داشته باشند. رفتار پرخاشگرانه که موجب تهدید یا صدمه رساندن به سایرین یا حیوانات می شود، رفتاری که موجب وارد آوردن زیان یا خسارت مالی می گردد، فریبکاری یا دزدی، نقض جدی مقررات (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۴).

معیارهای اختلال سلوک در DSM-V، تا حد زیادی نسبت به DSM-IV بدون تغییر هستند اما تعیین نفع اجتماعی محدود<sup>۶</sup>، جدید است. نفع اجتماعی محدود برای آن دسته از افراد دارای الگوی جدی تری از رفتارها به کار می رود که با سبک بین فردی بی عاطفگی و بی احساسی در روابط و محیط های متعدد مشخص می شوند. برای این که فردی دارای اختلال سلوک تشخیص داده شود، علائم باید اختلال قابل توجهی در عملکرد اجتماعی، علمی و شغلی وی ایجاد کرده باشند. در واقع اختلال سلوک به الگویی از رفتارها اطلاق گردیده است که علیه قانون و حقوق اساسی دیگران اعمال شده و به طور قابل ملاحظه ای به کنش روانی و اجتماعی کودک و نوجوان در منزل، مدرسه و جامعه آسیب می رساند (همان منبع).

این الگوی رفتاری با آشفتگی های عاطفی و اجتماعی (هاوس<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹)، رفتارهای پرخاشگرانه و زورمندانه نسبت به والدین و معلمان (گری<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲)، ضعف در عملکرد تحصیلی (میدز، نیل، اسکات، پارکر<sup>۹</sup>، ۱۹۹۴)، حرمت نفس پایین (سالیمی و کالیاس<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۶)، نارسایی در مهارت های اجتماعی و غیرکلامی (ماثر، کاوالی، کوئین، فورنس، روترفورد<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۸)، مشکلات در رعایت هنجارهای اجتماعی، کنترل خشم و برقراری ارتباط مناسب (کالاتا، تامپکینز، ورت<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۳)، ضعف در مهارت های کلامی نسبت به همسالان عادی (که بین نقایص کلامی و رفتار ضداجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک رابطه وجود دارد (میلر - جانسون، کویی، ماومری - گریمود، بیرمن<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۲)، همراه گردیده و تصویر پیچیده ای از اختلال سلوک نمایان می سازند.

۵. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ۵th Edition.

۶. Limited Prosocial

۷. House, A. E.

۸. Gary, P.

۹. Meadows, N. B., Neel, R. S., Scott, L. M. & Parker, G.

۱۰. Salimi, S. H. & Callias, M.

۱۱. Mathur, S. R., Kavale, K. A., Qainn, M. M., Forness, A. R. & Rutherford, R. B.

۱۲. Culatta, R. A., Tompkins, J. R. & Wert, M. G.

۱۳. Miller-Johnson, S. H., Coie, J. D., Maumary-Gremaud, A., Bierman, K.

سیستم های طبقه بندی بین شروع CD<sup>۱۴</sup> کودکی، که در آن اختلال قبل از ده سالگی رخ می دهد، و شروع CD نوجوانی، که در آن اختلال تا قبل از ده سالگی رخ نمی دهد، تمایز قائل می شوند. شدت اختلال نیز با عنوان خفیف، متوسط یا شدید ارزیابی می شود (اریلی<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۵).

محیط نابسامان خانواده به ویژه اختلافات زناشویی در بروز و پایداری اختلال سلوک در نوجوانان مؤثر است (آنانت و رگورام<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۵). همچنین تحقیقات نشان داده اند که سبک تربیتی والدین کودکان مبتلا به اختلال سلوک، مبهم و سهل انگارانه است (جی ول و استارک<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۳).

فرضیه کمبود کودک<sup>۱۸</sup> مطرح می کند که طیف وسیعی از عوامل درونی کودک که شامل جنس، خلق و خو، اعصاب، کمبود مهارت های اجتماعی و علمی می باشد، اختلال سلوک را افزایش می دهند. این عوامل خاص کودک به صورت، ناراحتی<sup>۱۹</sup>، بیش فعالی، بی توجهی، تحریک پذیری، تکانشگری، تأخیر در هر دو خواندن و نوشتن و در رسیدن به نقاط عطف رشدی، و مشکلات در درک مطلب، در بیان، در ماندن بر سر کار و انطباق با موقعیت های یادگیری جدید، آشکار می گردند. نشان داده شده که این طیف گسترده از کمبودها و افراط های رفتاری، با طرد هم تایان، شکست تحصیلی، و شاید مهم تر از همه با تمایز پدر و مادر<sup>۲۰</sup>، افزایش می یابند (اریلی، ۲۰۰۵).

مدل کمبود کودک، در برجسته کردن نقش جزئی که عوامل خاص کودک که احتمالاً سرچشمه شان در توارث ژنتیکی بوده و در ایجاد و نگهداشت CD نقش بازی می کنند، مفید می باشد. عوامل درون خانوادگی و برون خانوادگی، یک موقعیت مرکزی در ایجاد و نگهداشت CD اشغال کرده اند. این عوامل شامل رفتار ضد اجتماعی والدین، افسردگی مادران<sup>۲۱</sup> و اختلاف و ناسازگاری بین والدین می گردد (همان منبع).

فراوانی اختلال سلوک، برای پسران زیر ۱۸ سال ۶ تا ۱۶ درصد و برای دختران همان دامنه سنی ۲ تا ۹ درصد برآورد شده است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). میزان شیوع فراوانی این اختلال در دوره نوجوانی بیشتر می باشد (لئوبر<sup>۲۲</sup>، ۱۹۹۹).

اما مطالعات همه گیرشناسی هیچ تفاوتی در میزان شیوع اختلال سلوک در نوجوانان با توجه به جنس، پیدا نکرده اند. وابسته های اختلال سلوک در دختران مشابه با آن ها در پسران هستند (از جمله پرخاشگری و اختلالات درونی ساز)، و یک نرخ پایه از وابسته ها را به خود اختصاص داده اند. یک مشکل عمده در بررسی اختلال سلوک در دختران، فقدان معیارهای مناسب است؛ معیارهای کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری برای دختران مناسب نیست.

۱۴. Conduct Disorder

۱۵. O Reilly, D.

۱۶. Anant, S. H. & Reguram, A.

۱۷. Jewell, J. D. & Stark, K. D.

۱۸. Child Deficit

۱۹. Awkwardness

۲۰. Differential Parenting

۲۱. Maternal Depression

۲۲. Loeber, R

یک مورد، معیارهای مربوط به جنس خاص برای اختلال سلوک است که به دلیل تفاوت‌های شناخته‌شده در فرهنگ‌های دوران کودکی زن و مرد و تفاوت‌های نرخ‌پایه در پرخاشگری و جرم و جنایتکاری ایجاد شده است (زوکولی‌لو<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۸).

تنوع زیادی در شیوع اختلال سلوک در بین کشورها و بین مناطق شهری و روستایی یافت شده است. اگرچه این تنوع در شیوع می‌تواند محصول تعاریف و سنجش‌های مختلف باشد، آن همچنین نشان‌دهنده این است که شیوع CD تحت تأثیر عوامل زیست‌محیطی نیز می‌باشد (اریلی، ۲۰۰۵).

در یک بررسی که به مقایسه‌ی بین افراد مبتلا به اختلال سلوک و افراد بهنجار در یک آزمون عملکردی پرداخته است، خطاهای انجام و عکس‌العمل پاسخ‌دادن که نشان‌دهنده داشتن اقدامات تکانشگری است، بین دو گروه متفاوت بوده و این نشانه‌ها در گروه افراد با سابقه‌ی اختلال سلوک در کودکی و نوجوانی، بیشتر می‌باشد و تکانشگری یکی از نشانه‌های این اختلال است (دوگرتی، بی‌جورک، مارش، مولر<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۰).

برای مفهوم تکانشگری، تعریف‌های گوناگونی ارائه شده است. برخی از این تعاریف شامل: «رفتار انسان بدون تفکر کافی»، «عمل غریزه بدون توسل به مهار ایگو» و «عمل سریع ذهن بدون دوراندیشی و قضاوت هوشیار» می‌باشد (ایوندن<sup>۲۵</sup>، ۱۹۹۹). تکانشگری همچنین ممکن است به معنی عمل نمودن با کمترین تفکر نسبت به رفتارهای آینده یا عمل کردن بر پایه افکاری که بهترین گزینه فرد یا دیگران نمی‌باشند، در نظر گرفته شود (سوان و هولاندر<sup>۲۶</sup>، ۲۰۰۲). هر چند نشان دادن نمونه‌هایی از رفتارهای تکانشی به نظر ساده می‌رسد، اما تعریف دقیق پدیده تکانشگری دشوار است چرا که اختلاف نظرهای بسیاری در تکانشی یا غیرتکانشی خواندن یک رفتار وجود دارد (ایوندن، ۱۹۹۹).

جنبه چندبعدی مفهوم تکانشگری، توسط ساختار مشترک مقیاس‌های درجه‌بندی تکانشگری به اثبات رسیده است. مطالعات متعددی در حال حاضر، ارتباطات بین خصیصه تکانشگری و اختلالات برون‌سازی را یافته‌اند (براهام<sup>۲۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۴).

تکانشگری و رفتار تکانشی دارای سه ویژگی اساسی است که آن را از اصطلاحات مشابهی مانند بیش واکنش<sup>۲۸</sup> جدا می‌کند. این رفتارها، شتاب‌زده، برنامه‌ریزی نشده<sup>۲۹</sup>، بدون فکر و مستعد اشتباه<sup>۳۰</sup> هستند، درحالی‌که در بیش-واکنش به جای تأکید بر سرعت بروز عکس‌العمل، تأکید بر شدت و طول زمانی است که عکس‌العمل رخ می‌دهد

۲۳. Zoccolillo, M.

۲۴. Dougherty, D.M., Bjork, J.M., Marsh, D.M., Moeller, F.G.

۲۵. Evenden, J. A.

۲۶. Swann, A. C., & Hollander, E.

۲۷. Braham, S.

۲۸. Over Reaction

۲۹. Unplanned

۳۰. Error Prone

(سوان و هولاندر، ۲۰۰۲). رفتارهای تکانشی هم چنین برخلاف، رفتارهای جبری<sup>۳۱</sup> است که فرد بر وجود رفتار آگاهی دارد و هدف از رفتار، نه کسب لذت، بلکه عموماً دوری از یک اضطراب می باشد. هم چنین متفاوت از رفتارهایی که ناشی از نارسایی در داوری<sup>۳۲</sup> و تصمیم گیری می باشند و فرد در حقیقت در مرحله قضاوت اختلال دارد (مولر، بارت، دوگرتی، اسمیتز، سوان<sup>۳۳</sup>، ۲۰۰۱).

مولر و همکاران (۲۰۰۱)، بر پایه بررسی های انجام شده با رویکردهای زیستی، روان شناختی و جامعه شناختی بر روی تکانشگری، کوشیده اند تعریفی برای پوشش هر سه رویکرد با عنوان تعریف زیستی \_ روانی \_ اجتماعی<sup>۳۴</sup> ارائه نمایند. دیدگاه زیستی در بررسی های انجام شده بر روی خشونت های ناشی از تکانشگری، نشان داده است که ساختار ذهنی برخی از افراد برای دست زدن به اعمال پرخاشگرانه مستعدتر از افراد دیگر می باشد. به طوری که در ارزیابی های الکتروفیزیولوژیک، این افراد دامنه های پتانسیل بر انگیزته<sup>۳۵</sup> بلندتری نسبت به سایرین داشته و هم چنین میزان سوخت و ساز سروتونین در مایع مغزی \_ نخاعی این افراد نسبت به سایرین بیشتر است. دیدگاه روان شناختی، تکانشگری را بر پایه سه مقوله تنبیه و/یا خاموشی<sup>۳۶</sup>، پاداش گزینی<sup>۳۷</sup> و بازداری پاسخ/توجه<sup>۳۸</sup> بررسی نموده و باور دارد که تعریف تکانشگری باید دربردارنده سه عنصر زیر باشد: کاهش حساسیت فرد به پیامدهای منفی رفتار، عکس العمل سریع و ناخواسته به محرک پیش از ارزیابی کامل اطلاعات و بی اعتنایی به پیامدهای درازمدت رفتار. دیدگاه اجتماعی به تکانشگری، به عنوان یک رفتار آموخته شده می نگرد که کودک از خانواده و محیط اطراف آموخته است و بر اساس آن برای به دست آوردن خواسته های مطلوبش به سرعت واکنش نشان می دهد و این ویژگی نه تنها بر خود فرد بلکه بر سایرین هم اثر می گذارد (نظریه یادگیری اجتماعی<sup>۳۹</sup>). گروهی از افراد برای یادگیری واکنش شتاب زده و ناخواسته در برابر محرک های درونی یا بیرونی، بدون توجه به پیامدهای منفی این اعمال برای خود یا دیگران، مستعد می باشند. افرادی که با عنوان «خشونت تکانشی<sup>۴۰</sup>»، طبقه بندی می شوند، بنا بر تعریف بالا از لحاظ زیستی نیز مستعد اعمال تکانشی می باشند و کاملاً متفاوت از گروه دیگری هستند که دست به اعمال خشونت آمیز می زنند و محرک اولیه موجه و منطقی برای خود دارند (مانند دست زدن به خشونت علیه کسی که عضو باند مخالف بوده است).

۳۱. Compulsive

۳۲. Judgement

۳۳. Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C.

۳۴. Biopsychosocial

۳۵. Evoked Potential Amplitudes

۳۶. Punished &/or Extinction Paradigm

۳۷. Reward-Choice Paradigm

۳۸. Response Disinhibition/Attentional Paradigm

۳۹. Social Learning Theory

۴۰. Impulsive Aggression

آنچه که دارای اهمیت است، ارتباط تکانشگری با شماری از آسیب‌های روانی در اجتماع می‌باشد که از جمله آن‌ها خشونت، رفتارهای ضداجتماعی، جرم و جنایت و بسیاری از موارد دیگر می‌باشد. همچنین بررسی‌ها نشان داده‌اند که تکانشگری یکی از مهم‌ترین عوامل خطر شخصیتی گرایش به مصرف مواد به شمار می‌رود (ریب، دیسچینگر، کوفرا و رید<sup>۴۱</sup>، ۲۰۰۶).

براهام و همکاران (۲۰۱۴)، این فرضیه را که تکانشگری با دامنه گسترده‌ای از آسیب‌شناسی روانی نوجوان که محدود به اختلالات رفتاری نیستند، مرتبط می‌باشد را تأیید نمودند. می‌توان این مشکلات را با تأثیرگذاری بر "تکانشگری حرکتی" و "تکانشگری بی‌برنامگی"، پردازش کرد. درمان شناختی و رفتاری و مهارکننده‌های بازجذب انتخابی سروتونین<sup>۴۲</sup> ممکن است مؤثر باشند.

رفتار خشونت‌آمیز با نقص در پردازش تحریک هیجانی، مرتبط است و بررسی‌های اخیر نشان می‌دهند که در کارکردهای اجرایی<sup>۴۳</sup> نوجوانان پرخاشگر، زمانی که تحریک هیجانی ناراحت‌کننده در آن‌ها در حال پردازش است، اختلال ایجاد می‌شود (اویلر، استرزر، استدلر<sup>۴۴</sup>، ۲۰۱۴).

اویلر و همکاران (۲۰۱۴)، در یک مطالعه ارتباط بین تحریک هیجانی ناراحت‌کننده و کنترل شناختی را در نوجوانان پرخاشگر و افراد سالم بررسی کردند. نتایج بررسی آن‌ها نشان می‌دهد که کنترل شناختی، تحت تحریک هیجانی ناراحت‌کننده، در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک اما نه در افراد سالم گروه کنترل، تحت تأثیر قرار می‌گیرد. آن‌ها نتیجه گرفتند که کارکردهای اجرایی در پرخاشگری انفعالی<sup>۴۵</sup> بیماران مبتلا به CD، برای اثرات زیان‌آور تحریک هیجانی ناراحت‌کننده، مستعدترند. این نتایج یک توضیح احتمالی برای رفتار تکانشگری-پرخاشگری تحت پریشانی هیجانی، در بیماران مبتلا به CD ارائه می‌دهد.

بررسی‌های انجام‌شده بیانگر فراوانی بالاتر تکانشگری در مردان هستند. مردان به سطح برانگیختگی بالاتری نیاز دارند و همین امر زمینه‌ساز حس جویی بیشتر آن‌ها و بروز رفتارهای تکانشگرانه از سوی آن‌ها است (والداک و میلر<sup>۴۶</sup>، ۱۹۹۷).

درمان‌های رفتاری، روانی-اجتماعی، و دارویی برای اختلالات مربوط به تکانشگری، رایج می‌باشند. مداخلات دارویی در اختلالات تکانشگری، شواهدی از اثرات مثبت نشان داده‌اند. مداخلات دارویی رایج شامل استفاده از داروهای محرک، مهارکننده بازجذب انتخابی سروتونین، و سایر داروهای ضدافسردگی می‌باشند. مداخلات رفتاری نیز شواهد نسبتاً قوی در اختلالات کنترل تکانه دارند. روش‌های درمانی از جمله درمان شناختی-رفتاری،

۴۱. Ryb, G. E., Dischinger, P. C., Kufera, J. A., & Read, K. M.

۴۲. Selective Serotonin Reuptake Inhibitor

۴۳. Executive Functions

۴۴. Euler, F., Sterzer, P., Stadler, C.

۴۵. Reactive Aggressive

۴۶. Waldeck & Miller

خانواده درمانی، و آموزش مهارت های اجتماعی اثرات مثبتی بر روی رفتارهای پرخاشگرانه انفجاری نشان داده اند (دلسو، آلتامورا، آلن، مارازیتی، هولاندر<sup>۴۷</sup>، ۲۰۰۶).

در مجموع برای حل مشکلات روزافزون در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک، برنامه های درمانی مختلفی ابداع شده است، که از جمله مهم ترین آنها می توان به مواردی مانند مداخلات رفتاری که در آنها در ازای رفتارهای غیرپرخاشگرانه و رفتارهای اجتماعی مورد قبول، پاداش ارائه می شود؛ آموزش مهارت های اجتماعی؛ آموزش خانواده و خانواده درمانی و مداخلات دارویی اشاره کرد. از درمان دارویی می توان به عنوان درمان کمکی علائمی که غالباً در اختلال سلوک نقش دارند، استفاده کرد (کاپلان و سادوک<sup>۴۸</sup>، ۲۰۰۰).

به طور کلی برنامه های درمانی در کاهش علائم آشکار اختلال سلوک نظیر پرخاشگری، مؤثرتر از علائم پنهان نظیر دروغگویی یا سرقت هستند. اعتقاد بر این است که راهبردهای درمانی که معطوف به افزایش رفتارهای اجتماعی و کفایت اجتماعی هستند، سبب کاهش رفتار پرخاشگرانه می شوند. یافته ها نیز نشان می دهند که برنامه های پیشگیری مبتنی بر مدارس، می توانند مهارت های هیجانی و اجتماعی را تقویت کرده و سبب کاهش رفتار پرخاشگرانه در جمعیت سالم کودکان سنین مدرسه شوند. کاهش خشونت و پرخاشگری در مدارس، زمینه مهمی برای مداخلات است. سن شروع درمان مهم است زیرا هرچه رفتار غیرانطباقی بیشتر ادامه یابد، مقاوم تر می گردد (همان منبع).

تجارب کشورهای مختلف نیز نشان می دهد که بهترین سن برای آموزش، بین ۶ تا ۱۶ سالگی است. به طوری که آموزش جهانی مهارت های اجتماعی، قبل از دوران دبستان شروع می شود و به تدریج کامل تر می شود و سعی می شود به گونه ای برنامه ریزی شود که با شرایط فرهنگی و اجتماعی هر جامعه هماهنگ باشد. برنامه آموزش مهارت های اجتماعی در نظام آموزشی فعلی، یکی از معدود برنامه های مداخله ای پیشگیری اولیه است و برای کسب این مهارت ها، مدرسه مهم ترین محل است (انوشه، ۱۳۸۷).

اما متأسفانه ما زمانی ناکارآمدی برخی از روش های برقراری ارتباطی مان را تشخیص می دهیم که آنها در ما ثابت، مأنوس، خوب تمرین شده، عادت و دشوار برای تغییر دادن، شده اند (کاتزمن<sup>۴۹</sup>، ۲۰۰۸).

تحقیقات نشان می دهد که افراد فاقد مهارت های ارتباطی<sup>۵۰</sup> (و به طور کلی مهارت های زندگی) مناسب، در موقعیت های مختلف دچار مشکل می شوند. مشکلات چنین افرادی عمدتاً به دو حیطه مربوط می شود: راهبردهای کنترل بیرونی<sup>۵۱</sup> و راهبردهای حل مسئله<sup>۵۲</sup>. چنانچه این افراد به طور صحیح و به مقدار مطلوب تحت آموزش مهارت های

۴۷. Dell'Osso, Bernardo., Altamura, A. Carlo., Allen, Andrea., Marazziti, Donatella., Hollander, Eric.

۴۸. Kaplan & Sadock, BJ.

۴۹. Kotzman, M., Kotzman, A.

۵۰. Communication Skills

۵۱. External Control Strategies

۵۲. Problem Solving Strategies

ارتباطی یا سایر مهارت های زندگی قرار بگیرند، در این دو نوع مشکل بهبودی چشمگیری خواهند داشت (اریلی<sup>۵۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

بنابراین به نظر می رسد که یکی از بهترین انواع برنامه ها برای پیشگیری و بهبود علائم اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان، آموزش مهارت های اجتماعی و از جمله مهارت های ارتباطی و مهارت حل مسئله<sup>۵۴</sup>، به طور مستقل و یا در ترکیب با سایر برنامه های درمانی، و در مدارس باشد.

در همین راستا، در پژوهشی که همتی و شجاعی (۱۳۸۴) انجام دادند، آموزش سه مهارت زندگی (شامل مهارت های ارتباط با دیگران، مهارت های مقابله با خشم و مهارت های شهروند مسئول بودن) در کاهش اختلال سلوک دانش آموزان پسر دوره راهنمایی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که در اثر آموزش این مهارت ها، اختلال سلوک این دانش آموزان به طور معنادار کاهش یافته است. بر اساس یافته های این پژوهش آموزش مهارت های زندگی به نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک موجب رشد مهارت های ارتباطی، تفسیر صحیح نشان هایی که افراد ارسال می دارند و شناخت خشم و پاسخ سازنده به آن می شود. به عبارتی موجب پرورش مهارت های روانی، اجتماعی و رفتاری لازم برای حضور در صحنه روابط فردی و اجتماعی می گردد، توانایی مؤثر بودن، غلبه بر مشکل، توانایی برنامه ریزی و رفتار هدفمند و متناسب با مشکل را در آن ها افزایش می دهد و به طور کلی در کاهش ابتلای نوجوانان به انواع ناهنجاری های رفتاری و اختلالات روانی و افزایش سطح سلامت روان آنان نقش مؤثری دارند.

همچنین یافته های این پژوهش با یافته های بوتوین و گریفین<sup>۵۵</sup> (۲۰۰۴) که نشان می داد آموزش مهارت های زندگی تأثیرات رفتاری مثبتی بر روی مصرف سیگار، الکل و ماری جوانا دارد و یکی از مؤثرترین برنامه های پیشگیری از ابتلا نوجوانان به سوء مصرف مواد و افزایش کارآمدی شخصی و اجتماعی است، همخوانی دارد.

فراتحلیلی از رویکردهای درمانی اختلالات رفتاری در نوجوانان، یافته های متفاوتی در مورد کارایی آن نشان می دهد. در بین تمام رویکردهای درمانی به کار رفته، آموزش مهارت های اجتماعی و برنامه های بهبود مهارت های حل مسئله، به طور کلی، اغلب برای کنترل خشم به کار می رود و اعتبار صوری بالایی دارد و توسط والدین و مدارس به عنوان راه حلی برای اختلالات رفتاری نوجوانان به کار می رود (باکر<sup>۵۶</sup>، ۲۰۰۶).

اختلالات سلوک در کودکان و نوجوانان و دانش آموزان، از شایع ترین مشکلات مراجعه کنندگان به حرفه های درگیر با سلامت روانی کودک هستند (باکر، ۲۰۰۹).

۵۳. O Reilly, M. F.

۵۴. Problem Solving Skills

۵۵. Botvin, G. J. & Griffin, K. W.

۵۶. Baker, K.



چون دانش آموزانی که در مقاطع راهنمایی و متوسطه مشغول به تحصیل بوده و دارای اختلال سلوک می باشند از فعال ترین، پرتحرک ترین و آسیب پذیرترین قشر هر جامعه محسوب می شوند، بنابراین برنامه ریزی آموزشی جهت مهارت های زندگی برای این دانش آموزان از اولویت خاصی برخوردار است (همتی و شجاعی، ۱۳۸۴).

تحقیقات نشان داده است که کیفیت مشارکت اجتماعی کودکان، قویاً می تواند پیش بینی کننده ی موفقیت تحصیلی، شغلی و پایگاه اجتماعی آن ها در آینده باشد. تعلیم و تربیت در دوران کودکی، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. هرچه سن پایین تر باشد، تأثیرپذیری آسان تر و سریع تر رخ می دهد و از ثبات بیشتری نیز برخوردار خواهد بود. از این رو آموزش موضوعات تربیتی در سرتاسر جهان خصوصاً در کشورهای پیشرفته، به سمت دبستان، پیش دبستان و سنین پایین تر میل می کند. تربیت و هدایت مناسب نسل های آینده، مستلزم تکیه و تأکید بر رشد اجتماعی در سنین کودکی یا همان فرایند اجتماعی شدن کودکان است (پورمحمدی، ۱۳۸۸).

لیکن با توجه به این که تا به حال به قدر کافی به این اختلال در بین جامعه نوجوانان ایرانی که در سنین در معرض خطر می باشند، توجه نشده است و از سوی دیگر به دلیل آن که ترکیب سنی جمعیت ایران، ترکیب جمعیتی جوان با حدود ۱۲/۵ میلیون نفر دانش آموز است، توجه به این اختلال و راه های تشخیص، کنترل و مداوای آن از اهمیت دوچندانی برخوردار است. به علاوه با توجه به این که عمده ترین مشکلات دانش آموزان مبتلا به اختلال سلوک در رعایت هنجارهای اجتماعی، کنترل خشم و برقراری ارتباط مناسب می باشد (کالاتا، تامپکینز، ورت، ۲۰۰۳)، و تاکنون پژوهش چندانی خصوصاً در داخل کشور در زمینه اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی در پیشگیری و درمان نوجوانان دارای اختلال سلوک (و علائم تکانشگری همراه با آن)، در جمعیت ایرانی انجام نشده است، انجام این پژوهش ضروری به نظر رسیده و پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه آموزش مهارت های ارتباطی در تکانشگری نوجوانان دختر دارای علائم اختلال سلوک، طراحی شده است.

## روش

### الف) شرکت کنندگان و طرح پژوهش

جامعه این پژوهش شامل همه نوجوانان دختر دارای علائم اختلال سلوک در استان البرز، می باشد. نخست به مدارس راهنمایی دخترانه استان البرز که در دسترس بوده، مراجعه شده و در مقطع راهنمایی (محدوده سنی ۱۲ تا ۱۵ سال)، پرسشنامه اختلال سلوک اجرا شد. پس از این که افراد دارای نمرات بالا در پرسشنامه اختلال سلوک (افرادی که پس از محاسبه ی نمرات تمام مقیاس ها و رسم نیمرخ<sup>۵۷</sup> CBCL، قله ی نیمرخ شان در طیف بالینی قرار گرفت)، از بین مجموع ۹۰ شرکت کننده انتخاب گشته و تحت مصاحبه ساختار یافته بر اساس DSM\_IV\_TR قرار گرفتند، در نهایت ۳۰ نفر که ملاک های ورود به مطالعه را تأمین کردند، به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. سپس

این ۳۰ نفر به طور تصادفی به دو گروه پانزده تایی آزمایش و کنترل تقسیم گشتند. گروه آزمایش، جلسات آموزشی را دریافت نموده و گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکرد. ملاک های خروج در این مطالعه، به طور کلی شامل تشخیص همبودی با سایر اختلالات روانی بودند.

طرح پژوهش حاضر از نوع پیش آزمون- پس آزمون (بنابراین این طرح از نوع طرح های نیمه تجربی است)، با گروه کنترل و به صورت نمونه گیری در دسترس می باشد. در این طرح شرکت کنندگان به صورت کاملاً تصادفی، به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم می شوند. از آنجا که گروه درمانی روشی مقرون به صرفه در درمان می باشد (بایلینگ، مک کب، آنتونی، ۲۰۰۶)<sup>۵۸</sup>، در این پژوهش آموزش مهارت های ارتباطی به شکل گروهی اجرا می گردد.

ب) ابزار

مقیاس سیاهه ی رفتاری کودک/ نوجوان (CBCL): این سیاهه توسط آخنباخ<sup>۵۹</sup> و همکاران او (۲۰۰۱)، برای سنجش اختلالات رفتاری و عاطفی در گروه های سنی مختلف تدوین شده است و توسط والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و یا از او مراقبت می کند و یا هر کسی که او را به طور کامل می شناسد، تکمیل می شود. این سیاهه ی رفتاری با ۱۱۳ سؤال، وضعیت فرد را در شش مقیاس مشکلات عاطفی، مشکلات اضطرابی، مشکلات بیش فعالی، مشکلات سلوک، مشکلات جسمانی و مشکلات نافرمانی مقابله ای ارزیابی می کند. این سیاهه ی رفتاری توسط اصغر مینایی (۱۳۸۵)، هنجاریابی شده است. ضریب همسانی درونی برای خرده مقیاس مشکلات عاطفی ۰/۷۷، مشکلات اضطرابی ۰/۸۲، مشکلات جسمانی شکل ۰/۸۳، مشکلات بیش فعالی ۰/۷۹، مشکلات نافرمانی مقابله ای ۰/۸۲ و مشکلات سلوک ۰/۷۲ گزارش شده است (صابری، ۱۳۸۷).

پاسخ دهنده، ابتدا تعدادی سؤال را که شایستگی های (توانمندی های) کودک را می سنجند و همچنین تعدادی سؤال باز-پاسخ را که به بیماری ها و ناتوانی های کودک مربوط می شوند و عمده ترین نگرانی پاسخ دهنده را در ارتباط با کودک و همچنین نظر او را نسبت به بهترین ویژگی ها و خصوصیات کودک جویا می شوند، تکمیل می کند (مینایی، ۱۳۸۵).

در ادامه ی این فرم، پاسخ دهنده، مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی کودک را درجه بندی می کند. تعداد این سؤالات ۱۱۳ سؤال است و پاسخ دهنده بر اساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته، هر سؤال را به صورت ۰ = نادرست؛ ۱ = تا حدی یا گاهی درست؛ و ۲ = کاملاً یا غالباً درست، درجه بندی می کند (همان منبع).

پرسشنامه تکانشگری بارت (BIS-۱۱)<sup>۶۰</sup>: نسخه ی یازدهم مقیاس تکانشگری بارت توسط پروفیسور ارنست بارت ساخته شده است (بارت، استنفورد، کنت، فلتوس<sup>۶۱</sup>، ۲۰۰۴)، و همبستگی خوبی با پرسشنامه ی تکانشگری آیزنک

۵۸. Bieling, P.J., McCabe, R.E., Antony, M.M.

۵۹. Achenback, T. M.

۶۰. Barratt Impulsiveness Scale

۶۱. Barratt E, Stanford MS, Kent TA, Felthous A.

دارد و ساختار پرسش های گردآوری شده از هر دو پرسش نامه، نشان دهنده ی ابعادی از تصمیم گیری شتاب زده و فقدان دوراندیشی است. این پرسش نامه دارای ۳۰ ماده است و فرد باید به هر یک از ماده های این پرسش نامه که در یک مقیاس چهار درجه ای (۱- هیچ گاه/به ندرت، ۲- گاهی اوقات، ۳- اغلب، ۴- اکثر اوقات/همیشه) تنظیم شده است، پاسخ دهد. ۱۱ ماده از ۳۰ ماده ی این مقیاس به طور معکوس نمره گذاری می شوند (۱، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۰، ۲۹، ۳۰). حداقل و حداکثر نمره در مقیاس مذکور به ترتیب ۳۰ و ۱۲۰ می باشد و گروه کنترل غیر روان پزشکی معمولاً نمره ای بین ۵۰ تا ۶۰ کسب می کنند (اسوان، بیجورک، مولر، دوگرتی<sup>۶۲</sup>، ۲۰۰۲). این مقیاس سه عامل تکانشگری شناختی/توجهی<sup>۶۳</sup> (گرفتن تصمیم های شناختی سریع)، تکانشگری حرکتی<sup>۶۴</sup> (عمل کردن بدون فکر) و بی برنامه گی<sup>۶۵</sup> (فقدان آینده نگری یا جهت یابی آنی) را ارزیابی می کند (بارت و همکاران، ۲۰۰۴).

پاتون، استنفورد، و بارت<sup>۶۶</sup> (۱۹۹۵)، ضرایب ثابت درونی برای نمره کل BIS-۱۱ را در محدوده ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ در جمعیت های مجزایی از فارغ التحصیلان، بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد، بیماران روان پزشکی به طور کلی، و زندانیان زندان گزارش کردند. در ایران نیز برای نخستین بار اختیاری و همکاران (۱۳۸۷)، با ترجمه ی نسخه ی اصلی بارت و به کارگیری در افراد سالم و مصرف کنندگان مواد افیونی به هنجاریابی این پرسش نامه پرداختند. روایی و اعتبار در پژوهش مذکور به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۳ به دست آمد که نشان می دهد ترجمه ی فارسی پرسش نامه ی تکانشگری بارت از نظر روایی و اعتبار، در حد مطلوب است.

#### ج) شیوه ی اجرا

پژوهشگر پس از کسب رضایت و توضیح فرآیند پژوهش به شرکت کننده ها، از آن ها خواست که با دقت راهنمای پرسشنامه ها را در هر مرحله خوانده و به سؤالات پاسخ دهند و سعی کنند هیچ سؤالی را بی پاسخ باقی نگذارند و پاسخی را انتخاب کنند که تمایل و احساس آن ها را بهتر توصیف می کند. ابتدا پرسشنامه اختلال سلوک (CBCL)، در بین شرکت کننده ها توزیع شده و توسط والدین دانش آموزان و یا فردی که سرپرستی آنان را بر عهده دارد و یا از او مراقبت می کند، تکمیل گردید.

پس از این که افراد دارای نمرات بالا در پرسشنامه اختلال سلوک، از بین مجموع ۹۰ شرکت کننده انتخاب و تحت مصاحبه ساختار یافته بر اساس DSM\_IV\_TR قرار گرفتند، ۳۰ نفر که ملاک های ورود به مطالعه را تأمین کردند، انتخاب گشته و به نسخه ی فارسی پرسشنامه های تکانشگری (BIS)، پاسخ دادند.

در ضمن محدودیت زمانی در پاسخ دهی به سؤالات وجود نداشت. چون این تست ها از نوع نوشتاری است، بنابراین اجرای آن چندان دشوار نبوده و می توان آن را هم به صورت فردی و هم گروهی به کار بست. در این

۶۲. Swann, A.C., Bjork, J.M., Moeller, F.G., Dougherty, D.M.

۶۳. Attentional/Cognitive Impulsivity

۶۴. Motor Impulsivity

۶۵. Nonplanning

۶۶. Patton, J.H., Stanford, M.S., Barratt, E.S.

پژوهش، اجرای پرسشنامه‌ها برای دو گروه آزمایش و کنترل، در زمان و مکان‌های مجزایی در مدرسه، و به صورت گروهی انجام گرفت. در طول مدت پاسخ‌دهی شرکت‌کننده‌ها، پژوهشگر حضور فعال داشت تا از بروز پاسخ‌های تصادفی (پاسخ‌دهی سریع و بدون تمرکز، اتمام زودتر از موعد مقرر) جلوگیری نموده و در صورت لزوم به پرسش‌های آن‌ها پاسخ دهد.

سپس گروه آزمایش، آموزش مهارت‌های ارتباطی را به شکل گروهی دریافت نمود. این درمان بر اساس راهنمای آموزش مهارت‌های ارتباطی کایوند، شفیع‌آبادی، سودانی (۱۳۸۸)، انجام شد. طبق این راهنما، مداخلات آزمایشی طی ۱۰ جلسه برای گروه آزمایش به اجرا درآمد. به این صورت که در هر هفته دو جلسه به مدت ۷۰ دقیقه برگزار گردید و در پایان هر جلسه، پس از جمع‌بندی مطالب، تکلیفی برای جلسه‌ی بعدی داده می‌شد. در ابتدای جلسه اول، منطق کار نیز مطرح گشت. در پایان جلسه دهم، مجدداً هر ۳۰ شرکت‌کننده به صورت دو گروه مجزا، به پرسشنامه‌ی تکانشگری مرحله نخست، پاسخ دادند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها توسط برنامه‌های SPSS<sup>۶۷</sup> مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

در این بخش اطلاعات توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه (آزمایش و کنترل) و زمان آزمون (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد تکانشگری به تفکیک گروه و زمان آزمون

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	SD	میانگین	SD
آزمایش	بی‌برنامگی	۲۶/۹	۵/۴	۲۰/۹	۴/۸
	تکانشگری حرکتی	۲۲	۴/۷	۱۷/۳	۶
	تکانشگری شناختی توجهی	۲۲/۸	۳/۸	۱۹	۴/۹
	نمره کل تکانشگری	۷۱/۱	۱۰/۷	۵۷/۳	۱۴/۵
کنترل	بی‌برنامگی	۲۷/۳	۳/۴	۲۶/۵	۴/۲
	تکانشگری حرکتی	۲۳/۳	۵/۱	۲۱/۴	۵/۳
	تکانشگری شناختی توجهی	۲۵	۳/۳	۲۴/۷	۳
	نمره کل تکانشگری	۷۵/۶	۸/۹	۷۲/۷	۹/۲

بر اساس اطلاعات جدول ۱، در گروه آزمایش، همه مؤلفه‌ها و نمره کل تکانشگری از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون کاهش محسوسی داشته‌اند، درحالی‌که در گروه کنترل تغییرات چشمگیری مشاهده نمی‌شود. در بررسی معناداری تفاوت گروه‌ها (گروه آزمایش و کنترل) در پس‌آزمون نمرات تکانشگری، به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. با توجه به این‌که نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس گروه‌ها از پیش‌فرض‌های اصلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری هستند، قبل از ارائه نتایج تحلیل کوواریانس از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها و از آزمون لون<sup>۶۸</sup> برای بررسی فرض برابری واریانس خطای متغیرهای وابسته استفاده شد.

جدول ۲. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیر	نوبت آزمون	Z کولموگروف-اسمیرنوف	معناداری	نتیجه
بی‌برنامگی	پیش‌آزمون	۰/۵۸۰	۰/۸۸۹	نرمال
	پس‌آزمون	۰/۵۴۴	۰/۹۲۹	نرمال
تکانشگری حرکتی	پیش‌آزمون	۰/۶۸۷	۰/۷۳۳	نرمال
	پس‌آزمون	۰/۶۸۲	۰/۷۴۰	نرمال
تکانشگری شناختی توجهی	پیش‌آزمون	۰/۹۱۴	۰/۳۷۴	نرمال
	پس‌آزمون	۱/۱۰	۰/۱۷۹	نرمال
نمره کل تکانشگری	پیش‌آزمون	۰/۵۱۲	۰/۹۵۶	نرمال
	پس‌آزمون	۰/۷۰۶	۰/۷۰۱	نرمال

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در مورد تمامی مؤلفه‌های تکانشگری در هر دو نوبت آزمون برقرار است.

جدول ۳. نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس گروه‌ها در متغیرهای وابسته

متغیر	نسبت F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	معناداری
بی‌برنامگی	۰/۱۳۸	۱	۲۸	۰/۷۱۳
تکانشگری حرکتی	۱/۳۳۷	۱	۲۸	۰/۲۵۷
تکانشگری شناختی توجهی	۰/۰۷۸	۱	۲۸	۰/۷۸۲
نمره کل تکانشگری	۰/۰۰۲	۱	۲۸	۰/۹۶۵

۶۸. Leven's Test of Equality of Error Variance

مطابق اطلاعات جدول ۳ آزمون لون فرض برابری واریانس گروه‌ها را نشان می‌دهد، زیرا در همه این موارد نسبت‌های F مشاهده شده معنی‌دار نشده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت کلی گروه‌ها در پس‌آزمون متغیرهای وابسته و پیش‌آزمون

منبع اثر	آماره ملاک	ارزش آماره	نسبت F	df فرضیه	df خطا	معناداری
پیش‌آزمون بی‌برنامگی	پیلانی	۰/۱۲۲	۱/۰۲	۳	۲۲	۰/۴۰۳
	ویلکز	۰/۸۷۸	۱/۰۲	۳	۲۲	۰/۴۰۳
	هتلینگ	۰/۱۳۹	۱/۰۲	۳	۲۲	۰/۴۰۳
پیش‌آزمون تکانشگری حرکتی	پیلانی	۰/۱۹۱	۱/۷۳	۳	۲۲	۰/۱۹۱
	ویلکز	۰/۸۰۹	۱/۷۳	۳	۲۲	۰/۱۹۱
	هتلینگ	۰/۲۳۵	۱/۷۳	۳	۲۲	۰/۱۹۱
پیش‌آزمون تکانشگری شناختی- توجهی	پیلانی	۰/۱۲۲	۱/۰۲	۳	۲۲	۰/۴۰۵
	ویلکز	۰/۸۷۸	۱/۰۲	۳	۲۲	۰/۴۰۵
	هتلینگ	۰/۱۳۸	۱/۰۲	۳	۲۲	۰/۴۰۵
پیش‌آزمون نمره کل	پیلانی	۰/۰۹۳	۰/۷۵۱	۳	۲۲	۰/۵۳۳
	ویلکز	۰/۹۰۷	۰/۷۵۱	۳	۲۲	۰/۵۳۳
	هتلینگ	۰/۱۰۲	۰/۷۵۱	۳	۲۲	۰/۵۳۳
گروه	پیلانی	۰/۴۰۶	۵/۰۱	۳	۲۲	۰/۰۰۸
	ویلکز	۰/۵۹۴	۵/۰۱	۳	۲۲	۰/۰۰۸
	هتلینگ	۰/۶۸۴	۵/۰۱	۳	۲۲	۰/۰۰۸

اطلاعات جدول ۴ نشان می‌دهد که هر سه شاخص آماره ملاک آزمون در مورد تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون متغیرهای مورد مطالعه معنی‌دار شده است. این موضوع نشان می‌دهد که دو گروه حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معنادار دارند. آزمون پیگیری در جدول زیر آمده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری تفاوت متغیرها در گروه‌ها

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
بی‌برنامگی	۱۹۸/۰۵	۱	۱۹۸/۰۵	۱۲/۴۳	۰/۰۰۲
تکانشگری حرکتی	۵۸/۶۱	۱	۵۸/۶۱	۲/۸۸	۰/۱۰۳
تکانشگری شناختی-توجهی	۱۳۸/۴۰	۱	۱۳۸/۴۰	۹/۷۹	۰/۰۰۵

نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که به جز مؤلفه تکانشگری حرکتی، دو گروه در سایر مؤلفه‌ها تفاوت معناداری از هم دارند، به این ترتیب که میانگین گروه آزمایش در این مقیاس‌ها پایین‌تر از گروه کنترل است. این یافته به این معناست که آموزش مهارت‌های ارتباطی موجب کاهش علائم تکانشگری شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی برنامه آموزش مهارت‌های ارتباطی در تکانشگری نوجوانان دارای علائم اختلال سلوک، صورت گرفت. همان‌گونه که یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، به جز زیر مقیاس تکانشگری حرکتی، دو گروه در زیرمقیاس‌های تکانشگری شناختی - توجهی و بی‌برنامگی، تفاوت معناداری از هم داشتند. این یافته به این معناست که آموزش مهارت‌های ارتباطی موجب کاهش علائم تکانشگری شده است.

درمان‌های رفتاری، روانی - اجتماعی، و دارویی برای اختلالات مربوط به تکانشگری، رایج می‌باشند. مداخلات دارویی در اختلالات تکانشگری، شواهدی از اثرات مثبت نشان داده‌اند. مداخلات رفتاری نیز شواهد نسبتاً قوی در اختلالات کنترل تکانه دارند. روش‌های درمانی از جمله درمان شناختی - رفتاری، خانواده‌درمانی، و آموزش مهارت‌های اجتماعی اثرات مثبتی بر روی رفتارهای پرخاشگرانه انفجاری نشان داده‌اند (دلسو و همکاران، ۲۰۰۶).

همسو با پژوهش حاضر، در بین تمام رویکردهای درمانی به‌کاررفته، آموزش مهارت‌های اجتماعی و برنامه‌های بهبود مهارت‌های حل مسأله، به‌طور کلی، اغلب برای کنترل خشم به کار می‌رود و اعتبار صوری بالایی دارد و توسط والدین و مدارس به عنوان راه‌حلی برای اختلالات رفتاری نوجوانان به کار می‌روند (باکر، ۲۰۰۶). آموزش انواع مهارت‌های زندگی از جمله مهارت‌های ارتباطی در برنامه‌های گوناگون مانند پیشگیری از رفتارهای جنسی پرخطر، پیشگیری از خودکشی، پیشگیری از مصرف الکل و کاهش مصرف الکل مؤثر بوده است (پورشریفی، بهرامی، تبریزی، ۱۳۸۵).

تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی به‌ویژه مهارت‌های ارتباطی بر افزایش شیوه‌های مناسب و کاهش شیوه‌های نامناسب حل مسئله‌ی نوجوانان، در بسیاری از پژوهش‌ها به تأیید رسیده است. چانگ و همکاران (۲۰۰۷)، عقیده دارند که مهارت‌های ارتباطی سبب افزایش سبک حل مسئله تأملی و کاهش سبک‌های حل مسئله واکنشی و سرکوب‌گرانه می‌شود و سرانجام منجر به جلوگیری از بروز برخی مشکلات روانی و رفتاری مانند اضطراب، افسردگی و سایر علائم روان‌شناختی می‌گردد. سبک واکنشی نشان‌دهنده‌ی بعد شناختی - رفتاری - عاطفی است که برخی تلاش‌های تکانشی و حواس‌پرت‌کننده را در برمی‌گیرد و مانع حل مسئله مؤثر می‌شود.

براهام و همکاران (۲۰۱۴)، این فرضیه را که تکانشگری مرتبط با آسیب‌شناسی روانی نوجوان و تکانشگری در اختلالات رفتاری را می‌توان با تأثیرگذاری بر "تکانشگری حرکتی" و "تکانشگری بی‌برنامگی"، پردازش کرد را

تأیید نموده‌اند. آن‌ها نشان دادند که درمان شناختی و رفتاری و مهارکننده‌های بازجذب انتخابی سروتونین ممکن است مؤثر باشند.

مطابق با نتایجی که ذکر شد، به نظر می‌رسد که یکی از بهترین انواع برنامه‌ها برای بهبود علائم تکانشگری اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان، آموزش مهارت‌های اجتماعی و از جمله مهارت‌های ارتباطی و مهارت حل‌مسأله، به‌طور مستقل و یا در ترکیب با سایر برنامه‌های درمانی، و در مدارس باشد. محتوای برنامه آموزش مهارت‌های ارتباطی به‌کاررفته در این پژوهش که شامل آموزش مهارت حل‌مسأله نیز می‌باشد، همسو با نتایج پژوهش‌های مشابه، سبب کاهش علائم تکانشگری می‌گردد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: آزمودنی‌های این پژوهش فقط دختران دارای علائم اختلال سلوک بوده‌اند، لذا تعمیم آن در مورد پسران باید با احتیاط صورت گیرد. علاوه بر این چون روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع نمونه‌گیری در دسترس است، در تعمیم نتایج به دست آمده از نمونه به جامعه بایستی احتیاط کرد. همچنین این امکان وجود نداشت که نگذاریم آزمودنی‌های گروه کنترل از آنچه که در گروه آزمایشی می‌گذرد باخبر شوند و چون تبادل اطلاعات آزمودنی‌های دو گروه با یکدیگر، ممکن بود اشکال‌هایی را ایجاد نماید، لذا در پژوهش حاضر برای حذف اثر این عامل، اولاً پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل به‌طور جداگانه اجرا شد. به طوری که آزمودنی‌های یک گروه هیچ اطلاعاتی از این‌که این آزمون‌ها در مورد گروه دیگری نیز اجرا می‌شود، نداشتند. ثانیاً از آزمودنی‌های گروه آزمایشی خواسته شد که در مورد آموزشی که می‌بینند با دوستانشان صحبت نکنند، بلکه فقط تلاش کنند که آن‌ها را به صورت عملی به کار گیرند. در خاتمه نیز پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی برای حذف اثر تداخل اعمال آزمایشی، آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از مدارس جداگانه انتخاب گردند. استفاده از نمونه‌ای جامع و از هر دو جنس؛ و این‌که در کلاس‌های آموزش خانواده و مخصوصاً در مدارس، به آموزش مهارت‌های ارتباطی توجه ویژه‌ای گردد.



## منابع

- انجمن روان پزشکی آمریکا. (۱۹۹۴). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (*DSM-IV*). ترجمه محمدرضا نائینیان، عباسعلی اللهیاری و محمدابراهیم مداحی. تهران: مرکز چاپ و انتشارات دانشگاه شاهد.
- اختیاری، حامد؛ صفایی، هومن؛ اسماعیلی جاوید، غلامرضا؛ عاطف وحید، محمدکاظم؛ عدالتی، هانیه؛ مگری، آذرخس. (۱۳۸۷). روایی و پایایی نسخه های فارسی پرسش نامه های آیزنک، بارت، دیکمن و زاگرن در تعیین رفتارهای مخاطره-جویانه و تکانشگری. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳، ۳۲۶-۳۳۶.
- انوشه، مهدیه. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مهارت های زندگی به روش قصه بازی بر سازگاری کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران.
- پورشرفی، حمید؛ بهرامی احسان، هادی؛ طایفه تبریزی، رقیه. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی آموزش کوتاه مدت مهارت های زندگی. *فصل نامه روان شناسی معاصر*، ۱، ۴۰-۴۷.
- پورمحمدی، حسین. (۱۳۸۸). نیازسنجی آموزشی مادران جهت آموزش مهارت های اجتماعی به کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران.
- کاپلان و سادوک، بنیامین. (۲۰۰۰). خلاصه ی روان پزشکی: علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی. ترجمه ی دکتر فرزین رضایی، جلد سوم. انتشارات ارجمند.
- صابری، هایده. (۱۳۸۷). همه گیرشناسی اختلالات عاطفی و رفتاری در کودکان مقطع ابتدایی. *اندیشه و رفتار*، ۸، دوره ی دوم، ۱۹-۳۴.
- کایوند، فریدون؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ سودانی، منصور. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی بر اضطراب اجتماعی دانش آموزان پسر سال اول متوسطه ناحیه ۴ آموزش و پرورش شهر اهواز. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۴۲، ۱-۲۴.
- مینایی، اصغر. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۱۹، ۱، ۵۲۹-۵۵۸.
- همتی علمدارلو، قربان؛ شجاعی، ستاره. (۱۳۸۴). تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر کاهش اختلال سلوک دانش آموزان دوره راهنمایی مدرسه امام سجاد (ع). *تازه ها و پژوهش های مشاوره*، جلد ۴، ۱۶، ۷۳-۹۱.
- Anant, S. H. & Reguram, A. (۲۰۰۵). Marital conflict among parents: implications for family therapy with adolescent conduct disorder. *Contemporary Family Therapy*, ۲۷ (۴), ۴۷۳-۴۸۲.
- American Psychiatric Association Publishing. (۲۰۱۴). Dignostic and statistical for mental disorder. (DSM ۵). Available from: [www.DSM۵.org](http://www.DSM۵.org)
- Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (۲۰۰۴). Life skills training: empirical findings and future direction. *The Journal of Primary Prevention*, ۲۵ (۲), ۲۱۱-۲۳۲.

- Bieling, P. J., McCabe, R.E., & Antony, M. M. (۲۰۰۶). *Cognitive-behavioral therapy in groups*. New York: The Guilford Press.
- Baker, K. (۲۰۰۶). Understanding violent and antisocial behavior in children and adolescents. *Current Paediatrics*, ۱۶, ۴۷۲-۴۷۷.
- Baker, K. (۲۰۰۹). Conduct disorders in children and adolescents. *Paediatrics and Child Healthy*, ۱۹, ۷۳- ۷۸.
- Barratt E, Stanford MS, Kent TA, Felthous A. (۲۰۰۴). Neuropsychological and cognitive psychophysiology substrates of impulsive aggression. *Biol Psychiatry*, ۴۱, ۱۰۴۵-۱۰۶۱.
- Braham, S., Hadj Kacem, I., Mlika, S., Moalla, Y., Walha, A., Gaddour, N., Ayadi, H., Ghribi, F. (۲۰۱۴). Impulsivity and externalization and internalization problems in adolescents. Available from: [www.PubMed yahoo](http://www.PubMed yahoo). (۲۰۱۴ Apr ۱۷).
- Culatta, R. A., Tompkins, J. R. & Wert, M. G. (۲۰۰۳). *Fundamentals of special education: what every teacher needs to know*. (۲ ed). New jersey: Merrill/ prentice Hall.
- Chang, E.C., Sanna, L.J., Riley, M.M., Thornburg, M.A., Zumberg, K.M., Edwards, M.C. (۲۰۰۷). Relations between problem solving styles, and psychological adjustment in young adults: is stress a mediating variable?. *Personality and Individual Differences*, ۴۲(۱), ۱۳۵-۱۴۴.
- Dougherty, D.M., Bjork, J.M., Marsh, D.M., Moeller, F.G. (۲۰۰۰). A Comparison between adults with conduct disorder and normal controls on a continuous performance test: differences in impulsive response characteristics. *The Psychological Record*, ۵۰.
- Dell'Osso, Bernardo., Altamura, A. Carlo., Allen, Andrea., Marazziti, Donatella., Hollander, Eric. (۲۰۰۶). Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: A critical review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, ۲۵۶ (A), ۴۶۴-۷۵. Available from: Wikipedia. (۲۰۱۴ August ۵).
- Evenenden, J. A. (۱۹۹۹). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, ۱۴۶, ۳۴۸-۳۶۱.
- Euler, F., Sterzer, P., Stadler, C. (۲۰۱۴). Cognitive control under distressing emotional stimulation in adolescents with conduct disorder. Available from: [www.PubMed yahoo](http://www.PubMed yahoo). (۲۰۱۴ Mar-Apr).
- Gary, P. (۲۰۰۲). *Working with emotion responding to the challenge of difficult pupil behavioral in schools*. (First ED). Rout Ledge Flamer, London: EC۴D۴EE.
- House, A. E. (۱۹۹۹). *DSM-IV Diagnosis in school is*. New York: the Guilford Press.
- Jewell, J. D. & Stark, K. D. (۲۰۰۳). Comparing the family environments of adolescents with conduct disorder or depression. *Journal of Child and Family Studies*, ۱۲ (۱), ۷۷-۸۹.
- Kotzman, M., & Kotzman, A. (۲۰۰۸). *Listen to me Listen to you: A step- by- step guide to communication skills training*. Australian: Australian Council for Educational Research Ltd.

- Loeber, R. (۱۹۹۹). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Adliescene*, ۱۰, ۱-۴۱.
- Meadows, N. B., Neel, R. S., Scott, L. M. & Parker, G. (۱۹۹۴). Academic performance and mainstream accommodation: look at mainstreamed disorders. *Behavioral Disorders*, ۱۹ (۳), ۱۷۰-۱۸۰.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (۲۰۰۱). Psychiatric aspects impulsivity *American Journal of Psychiatry*, ۱۱, ۱۷۸۳-۱۷۹۳.
- Miller-Johnson, S. H., Coie, J. D., Maumary-Gremaud, A., Bierman, K. & Bierman, K. (۲۰۰۲). Peer rejection and aggression and early stracter models of conduct disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, ۳۰ (۳), ۲۱۷-۲۳۰.
- Mathur. S. R., Kavale, K. A., Qainn, M. M., Forness, A. R. & Rutherford, R. B. (۱۹۹۸). Social skills intervention with students with emotion and behavioral problems: a quantitative synthesis of single subject research. *Behavior Disorders*, ۲۳ (۳), ۱۹۳-۲۰۱.
- O'Reilly, M.F., Lancioni, G. E., Sigafos, J., O'Donoghue, D., Lacey, C., and Edrisinha, C. (۲۰۰۴). Teaching social skills to adults with intellectual disabilities: a comparison of external control and problemsolving interventions. *Research in Developmental Disabilities*, ۲۵( ۵), ۳۹۹-۴۱۲.
- O'Reilly, D. (۲۰۰۵). *Conduct disorder and behavioural parent training*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., Barratt, E.S. (۱۹۹۵). Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, ۵۱ (۶), ۷۶۸-۷۴.
- Ryb, G. E., Dischinger, P. C., Kufera, J. A., & Read, K. M. (۲۰۰۶). Risk perception and impulsivity: association with risky behaviors and substance abuse disorders. *Accidental Annual Preview*, ۳۸, ۵۶۷- ۵۷۳.
- Salimi, S. H. & Callias, M. (۱۹۹۶). Self steam in adolescents with conduct problems and depression. *European Psychiatry*, ۱۱ (۴), ۳۲۸-۳۳۹.
- Swann, A. C., Bjork, J. M., Moeller, F. G., Dougherty, D. M. (۲۰۰۲). Two Models of impulsivity: relationship to personality traits and psychopathology. *Biol Psychiatry*, ۵۱, ۹۸۸-۹۹۴.
- Swann, A. C., & Hollander, E. (۲۰۰۲). *Impulsivity and aggression: diagnostic challenges for the clinician, A monograph for continuing medical education credit*. New York: Oxford Press.
- Waldeck, T. L., & Miller, L. S. (۱۹۹۷). Gender and impulsivity differences in licit substance use. *Journal of Substance Abuse*, ۹, ۲۶۹-۲۷۵.

Zoccolillo, M. (۲۰۰۸). Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopatholog*, ۵, ۶۵-۷۸.

