

## اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان

هادی محمدلو<sup>۱\*</sup>، الهام قربانیان<sup>۲</sup> و مهدی خانبانی<sup>۳</sup>

دریافت مقاله: ۹۴/۰۱/۰۵؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۴/۰۸/۲۵؛ پذیرش مقاله: ۹۴/۰۸/۲۹

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان بود. **روش:** روش مطالعه شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گروه گواه و پیگیری دو ماهه و جامعه آماری ۳۰۰ نفر از دانش‌آموزان پسر پایه اول و دوم دبستان از مناطق ۱ و ۶ تهران در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ بود. به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای تصادفی از میان آن‌ها ۳۰ نفر انتخاب و پس از همتاسازی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند و معلم‌های آن‌ها در سه مرحله به پرسشنامه علائم مرضی کودکان گادو و اسپرافکین نسخه معلم (۱۹۹۴) پاسخ دادند. کودکان گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای در برنامه آموزشی مهارت‌های شناختی-اجتماعی کارپنتر (۲۰۰۲) هفته‌ای ۲ بار شرکت کردند. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از کاهش معنادار شدت نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بود. **نتیجه‌گیری:** از آنجا که اجرای برنامه آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی منجر به یادگیری مهارت‌هایی مانند همکاری، مشارکت و نحوه برقراری ارتباط در کودکان و پذیرش اجتماعی آن‌ها از سوی والدین و در نتیجه کاهش نشانه‌های این اختلال در آن‌ها می‌شود، از این برنامه می‌توان به‌عنوان برنامه‌ای مفید و موثر برای کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** دانش‌آموزان، شناختی، مهارت‌های اجتماعی، نافرمانی مقابله‌ای

---

\*۱. دانشجوی کارشناسی ارشد رشته مشاوره، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران  
Email: hadimohammadlo5000@gmail.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد رشته مشاوره، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

## مقدمه

افزایش شیوع اختلال‌های روانی در کودکان در سال‌های اخیر، یکی از عوامل بروز نگرانی در مورد بهداشت روانی و تأثیر آن بر رشد و عملکرد کودکان شده است. بر این اساس، متخصصان بر اهمیت ارزیابی و درمان به موقع اختلال‌های روان‌شناختی تأکید می‌کنند. از آن‌جا که الگوهای هیجانی و رفتاری در بزرگسالی به دشواری تغییر می‌کند، تشخیص هرچه زودتر مشکلات سلامت روان در کودکی یکی از جنبه‌های پیشگیرانه بهداشت همگانی است (تیگز، ۲۰۱۰؛ نقل از صفری، فرامرزی و عابدی، ۱۳۹۱). در این بین، حدود ۷۵ درصد از اختلال‌های روانی کودکان و نوجوانان، در طبقه اختلال‌های رفتاری جای می‌گیرد (بردالی و مندل، ۲۰۰۵). کودکان دچار اختلال‌های رفتاری چالش‌های زیادی را برای والدین‌شان به وجود می‌آورند. مشکل‌های رفتاری در کودکان به صورت رفتارهای متفاوتی بروز می‌کند که عوامل مختلفی در ایجاد آن نقش دارند. مهم‌ترین آن‌ها عوامل زیستی، محیطی، اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی است (بلالی و آقاییوسفی، ۱۳۹۰). بر اساس گزارش انجمن ملی سلامت روان<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۷، از میان ۲۰ درصد کودکانی که دارای اختلال‌های روانی، هیجانی و رفتاری تشخیص داده شده بودند، شدت مشکل‌های نیمی از آن‌ها در حدی بود که کنش‌وری و تحول بهنجار آن‌ها را متأثر می‌ساخت (موسوی، مظاهری، پاکدامن و حیدری، ۱۳۹۲). هم‌چنین اختلال‌های رفتاری یکی از چالش‌های اصلی معلمان در برخورد با دانش‌آموزان است. از سوی دیگر، اختلال‌های رفتاری نیز یکی از دلایل اصلی ارجاع کودکان به مراکز درمانی است (کینان، ۲۰۱۲).

اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۲</sup> نیز نوعی اختلال رفتاری خطرناک محسوب می‌شود، زیرا در بسیاری از کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای نقایص شناختی، اجتماعی و اختلال رفتاری همانند سایر انواع اختلال‌های رفتاری دیده می‌شود و هم‌چنین یکی از رایج‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی در بین مراجعان به مراکز درمانی روان‌شناسی و روان‌پزشکی است (ویتمن، ۲۰۰۶؛ کینان، ۲۰۱۲). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی<sup>۳</sup> سال ۲۰۱۳، اختلال نافرمانی مقابله‌ای را الگویی از عصیان/ تحریک‌پذیری خلق، رفتار چالشی/ مقابله‌ای یا کینه‌جویانه معرفی کرده است و ملاک‌های اختلال مذکور، باید حداقل هر هفته یک‌بار به مدت ۶ ماه دوام داشته باشد. این ملاک‌ها با این توصیف است که افراد مبتلا اغلب خُلق‌شان پایین است، به آسانی پرخاشگر می‌شوند، اغلب عصبانی‌اند، با مراجع قدرت درگیرند و بحث می‌کنند، به صورت فعالانه‌ای نافرمان و لجباز هستند، اغلب به‌طور عمدی دیگران را ناراحت می‌کنند، دیگران را به‌خاطر بدرفتاری و اشتباه‌های خودشان

1. National mental health association
2. oppositional defiant disorder (ODD)
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM.V)

اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی بر...

سرزنش می‌کنند، غرض‌ورز و کینه‌جو هستند. هم‌چنین در این مدت باید عملکرد اجتماعی فرد دچار مشکل شده و به‌صورت غیرطبیعی پایین آمده باشد. نشانه‌های این اختلال اغلب بخشی از یک الگوی تعاملی آسیب‌دیده در ارتباط با دیگران است. هم‌چنین این کودکان توجهی به رفتارهای منفی‌گرایانه، کینه‌توزانه و پرخاشگرانه خود ندارند و در مقابل، رفتارهایشان را توجیهی برای خواسته‌ها و شرایط غیرمنطقی زندگی می‌دانند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

از نظر نرخ شیوع، این اختلال از ۲ تا ۱۱ درصد با میانگین تقریبی ۳/۳ درصد برآورد شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). هم‌چنین قابل ذکر است که برآورد نرخ شیوع به‌عواملی از قبیل منابع جمع‌آوری اطلاعات که از طریق والدین، معلمان یا خود کودک به دست آمده، نوع گزارش که مربوط به هم‌اکنون یا پس‌رویدادی است و هم‌چنین داشتن ملاک‌های اختلال سلوک، بستگی دارد. با این وجود، نرخ اختلال نافرمانی مقابله‌ای ممکن است بسیار وابسته به جنس کودک باشد. تا قبل از نوجوانی، شیوع آن در پسران بیشتر از دختران گزارش شده است (ناک، کازدین، هیریپ و کسلر، ۲۰۰۷؛ ری، ۲۰۱۲).

نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای ممکن است تنها به یک بخش از رفتار کودک محدود باشد و مکرراً در خانه دیده شود. با این وجود در بیشتر موارد، نشانه‌های این اختلال در چند زمینه از رفتار کودک دیده می‌شود. اختلال نافرمانی مقابله‌ای، بیشترین شیوع را در خانواده‌هایی دارد که والدین یا مراقبین آن‌ها، پاسخ‌دهنده و حساس نیستند یا در مراقبت از کودک اهمال می‌کنند (آکادمی روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان آمریکا، ۲۰۰۷). افراد دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای، به‌طور قابل توجهی روابطشان با والدین، معلمان و همسالان تخریب شده است. این کودکان، نه تنها در مقایسه با همسال‌هایشان دچار اختلال رفتاری هستند، بلکه بیش از ۲ انحراف معیار پایین‌تر از مقیاس درجه‌بندی برای سازگاری اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی قرار دارند. آن‌ها هم‌چنین آسیب اجتماعی بیشتری را نسبت به کودکان دچار اختلال دوقطبی، افسردگی و اختلال اضطرابی نشان می‌دهند (همیلتون و آرماندو، ۲۰۰۸). کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای معمولاً در مدرسه پیشرفت خوبی ندارند و در روابط بین‌فردی مشکل دارند. هم‌چنین دارای مشکلاتی در کارکردهای اجرایی هستند و عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگسالان هستند (همرسون، مورای، جوهان و جان‌استون، ۲۰۰۸).

در طول سالیان متمادی روش‌های درمانی متنوعی برای مواجهه با مشکل‌های رفتاری، شناختی و هیجانی کودکان دچار اختلال رفتاری نافرمانی مقابله‌ای به‌کار گرفته شده است. در این زمینه،

بخشی از درمان‌ها متمرکز بر مداخله‌های فردی، گروه‌درمانی و بخشی دیگر بر مداخله‌های خانوادگی، متمرکز شده‌اند؛ به‌نحوی که برنامه‌های متنوعی هم‌چون، آموزش والدین برای کمک به مدیریت رفتار فرزندشان، روان‌درمانی فردی برای مدیریت خشم، خانواده‌درمانی برای بهبود عملکرد و ارتباط، آموزش مهارت‌های اجتماعی برای افزایش انعطاف‌پذیری و تحمل ناکامی در بین همسالان و درمان شناختی- رفتاری برای آموزش حل‌مساله و کاهش منفی‌گرایی بوده است (آکادمی روان- پزشکی کودک و نوجوان آمریکا، ۲۰۰۷).

یکی از این روش‌های درمانی که می‌تواند در درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای سودمند باشد، آموزش مهارت‌های اجتماعی است. مهارت‌های اجتماعی بخش مهمی از حوزه رشد فردی است و کمبود آن در دراز مدت ضربه شدیدی به کودک وارد می‌کند (ماهان و ریوت، ۲۰۱۰؛ نقل از قزایی و فتح‌آبادی، ۱۳۹۲) و هم‌چنین کسب مهارت‌های شناختی-اجتماعی، از جمله روش‌هایی است که کودک اطلاعات را در ارتباط با دیگران تبادل، دریافت و پردازش می‌کند. این روش‌ها شامل برخی فرایندهای شناختی کلی مانند ارتباطات و دیدگاه یادگیری است. چنین مهارت‌هایی را به‌عنوان توانایی تعامل با دیگران در موقعیت اجتماعی معین به‌روش ویژه تعریف می‌کنند که از نظر اجتماعی مورد قبول جامعه هستند و یا ارزش‌گذاری شده‌اند، که به‌طور هم‌زمان هم از نظر شخصی و به‌طور عمده هم برای دیگران مفید است (فورستر، ۲۰۰۹). مهارت‌های اجتماعی ضعیف با مشکل‌های ارتباطی با همسالان، خانواده و معلم‌ها، و بسیاری از مشکلات رفتاری و آسیب‌شناسی روانی شامل اختلال یادگیری، نارسایی هیجانی (سلیمانی، زاهدباخان، فرزانه و ستوده، ۱۳۹۰)، افسردگی، اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، فوبی اجتماعی، درخودماندگی<sup>۱</sup>، نشانگان اسپرگر و اسکیزوفرنی اوایل کودکی مرتبط است (واحدی، فتحی‌آذر، حسینی‌نسب، مقدم و کیانی، ۱۳۸۶).

نتایج پژوهش‌ها نشان داده است برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی منجر به کاهش پرخاشگری و افزایش مهارت‌های اجتماعی-هیجانی کودکان می‌شود (واحدی و همکاران، ۱۳۸۶؛ وایک، ۲۰۱۱). آموزش مهارت‌های شناختی<sup>۲</sup> اجتماعی شکلی از آموزش مهارت اجتماعی است که به‌جای مهارت‌های رفتاری آشکار، بر مهارت‌های حل‌مساله تاکید می‌کند و هدف آن تعدیل و سازش‌یافتگی فرایندهایی است که در زیر این رفتارهای منفی وجود دارد. در پژوهشی برنامه آموزش مهارت اجتماعی و آموزش والدین برای کودکان پرخاشگر و والدین‌شان به‌کار برده شد، نتایج نشان داد که هر دو برنامه در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و مقابله‌ای کودکان و پرورش رفتارهای مثبت والدین مؤثر بوده است (کیم، دوه، هنگ و چو، ۲۰۱۱). هم‌چنین در پژوهشی دیگر برنامه آموزشی مهارت اجتماعی و مسایل رفتاری در ۲۳ کودک شش ساله پیش‌دبستانی اجرا شد. نتایج نشان داد

---

## 1. autism

اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی بر...

که پس از آموزش، مهارت اجتماعی افزایش و مشکلات رفتاری آن‌ها کاهش یافت (الیسن‌اوقلو، اوزبی و کیسیس‌اوقلو، ۲۰۱۲). در پژوهش صفری و همکاران (۱۳۹۱) تأثیر بازی درمانی شناختی-رفتاری بر نشانه‌های رفتاری دانش‌آموزان نافرمان بررسی شد و نتایج نشان داد روش بازی درمانی شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های مشکلات رفتاری کودکان مفید بوده است. در پژوهشی دیگر تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های شناختی-اجتماعی بر پرخاشگری و مقبولیت اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی بررسی شد و نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی منجر به کاهش معنادار در نمره پرخاشگری می‌شود (نصری، خسرو جاوید، صالحی، خان‌زاده، ۱۳۹۴). با توجه به آن چه گفته شد در این پژوهش از برنامه آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان استفاده و فرضیه‌های زیر آزمون شد.

۱. آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی، نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را کاهش می‌دهد.
۲. تأثیر آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.

## روش

این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری و گروه گواه بود. جامعه آماری ۳۰۰ نفر از دانش‌آموزان پایه اول و دوم دبستان تهران در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳، و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود. ابتدا از بین مناطق پانزده‌گانه آموزش و پرورش تهران مناطق ۱ و ۶ به صورت تصادفی انتخاب و از بین مدارس منطقه ۱ و ۳ مدرسه ولیعصر، انقلاب، کیانی و از مدارس منطقه ۶ شهید بهشتی، نورات و مهر ولایت بر اساس همکاری مدیران برگزیده و پس از آن، پرسشنامه علائم مرضی کودکان، توسط معلم‌های این دانش‌آموزان تکمیل شد. پس از نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، ۳۵ دانش‌آموز بر اساس نتایج به‌دست آمده، دارای ملاک‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بودند که از میان آن‌ها ۳۰ نفر با در نظر گرفتن شرایط ورود، جهت شرکت در جلسه‌های آموزشی انتخاب و پس از هم‌سازی ۱۵ نفر در سه گروه ۵ نفره در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه به صورت تصادفی قرار داده شدند. ملاک‌های ورود جهت شرکت در جلسه‌ها، عدم دریافت درمان روان‌شناختی و دارودرمانی، محدوده سن کودک بین ۷ تا ۱۰ سال، کسب نقطه برش بالاتر از ۱۳ در پرسشنامه علائم مرضی، هم‌چنین قرار داشتن نمره برش پایین‌تر از ۱۳ کودک در هر یک از زیر مقیاس‌های علائم مرضی کودک به‌جز اختلال نافرمانی مقابله‌ای، عدم غیبت بیش از دو جلسه به صورت مداوم، رضایت والدین کودک و خود کودک از شرکت در جلسه‌ها بود.

## ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه علائم مرضی کودکان<sup>۱</sup> (نسخه معلم). پرسشنامه علائم مرضی کودکان از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلال‌های روان‌پزشکی است که براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی چاپ چهارم سال ۲۰۰۰ ساخته شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). نسخه اولیه پرسشنامه با نام فهرست اسپرافکین، لانی، یونیتا و گادو<sup>۲</sup> را اسپرافکین، لانی، یونیتا و گادو در سال ۱۹۸۴ براساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به‌منظور غربالگری ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ ساله تهیه کردند. بعدها به‌دنبال تجدیدنظر در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در سال ۱۹۸۷ نسخه سوم آن نیز ساخته شد، تا این‌که نسخه چهارم، در سال ۱۹۹۴ با انتشار چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی از سوی گادو و اسپرافکین (۲۰۰۷) تجدیدنظر شد. آخرین ویرایش پرسشنامه علائم مرضی کودکان همانند نسخه‌های قبلی دارای دو نسخه والد و معلم و شامل ۷۷ سوال است (گادو و اسپرافکین، ۲۰۰۷). نسخه معلم دارای ۴۱ سوال است که در سه قسمت A و B و C مربوط به اختلال‌های رفتار ایدایی است. هر یک از عبارتهای مذکور، در مقیاس چهار درجه‌ای هرگز = ۰، گاهی = ۱، اغلب اوقات = ۲ و همیشه = ۳ پاسخ داده می‌شود. پرسشنامه استفاده شده در پژوهش حاضر، قسمت B با ۸ سوال از ۱۹ تا ۲۶ بود که اختلال نافرمانی مقابله‌ای را می‌سنجد. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه علائم مرضی کودکان طراحی شده است. یکی شیوه نمره برش شدت نشانه‌های مرضی بالاتر از ۱۳ و دیگری شیوه نمره بر حسب نمره غربال کننده است. در اکثر پژوهش‌ها به‌علت کارآمدی و اطمینان بیشتر، از روش نمره برش شدت نشانه‌های مرضی استفاده می‌شود. در این پژوهش نیز از روش نمره برش شدت نشانه‌ها استفاده شد. شیوه نمره‌گذاری بر اساس نقطه برش با جمع زدن تعداد عبارتهایی به‌دست می‌آید که با گزینه‌های "گاهی" = ۱، "اغلب اوقات" = ۲ و "همیشه" = ۳ پاسخ داده‌اند. به‌عنوان مثال اگر جمع نمره سوال‌هایی که یک فرد در زیرمقیاس اختلال نافرمانی مقابله‌ای علامت زده بالاتر یا برابر ۱۳ شود، به‌عنوان نشانه مرضی و دارا بودن اختلال مذکور، در نظر گرفته می‌شود (گادو و اسپرافکین، ۲۰۰۷). اعتبار، پایایی، حساسیت و ویژگی پرسشنامه علائم مرضی کودکان در پژوهش‌های متعددی بررسی و محاسبه شده است. در پژوهش گرایسون و کارلسون (۱۹۹۱) حساسیت آن برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۰/۹۳ گزارش شد. پژوهش‌های دیگری همبستگی بین این فهرست

1. child symptoms inventory (CSI.4)
2. Sprafkin, Loney, Unita & Gadow

اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی بر...

بازبینی را در اختلال مذکور ۰/۶۶ گزارش کرده‌اند (گادو و اسپرافکین، ۲۰۰۷). در پژوهشی همگرایی خرده مقیاس افسردگی نسخه والد آزمون، با آزمون افسردگی ماریا کوکس ۰/۳۰ و مقدار ضریب روایی همگرایی خرده مقیاس افسردگی نسخه معلم، با آزمون افسردگی ماریا کوکس ۰/۴۰ گزارش شده که نشان می‌دهد پرسشنامه علائم مرضی کودکان از روایی قابل قبولی برخوردار است (فرزاد، امامی پور و وکیل‌قاهانی، ۱۳۹۰). چرخه عامل‌ها به شیوه واریماکس نشان می‌دهد که ساختار نظری نسخه معلم این پرسشنامه از ۷ عامل بیش‌فعالی، تکانشی و لجبازی-نافرمانی، سلوک، اضطراب فراگیر، بی‌توجهی، افسردگی، اسکیزوفرنی، درخودماندگی اشباع شده است که روی هم ۵۳/۱۱ درصد واریانس کل پرسشنامه را تبیین می‌کند. مقدار ضریب اعتبار به روش هماهنگی درونی برای نسخه والد ۰/۹۴ و برای نسخه معلم ۰/۹۶ گزارش شده است (فرزاد و همکاران، ۱۳۹۰). در این پژوهش میزان ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۶ بود.

**۲. برنامه آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی.** این برنامه توسط کارپنتر (۲۰۰۲) طراحی شد و شامل چهار گام راهنمایی، الگوسازی منفی و مثبت، نمایش، ارزیابی/بازخورد و سه مهارت عمده همکاری، اطمینان بخشی/حمایت، ارتباط است. در این پژوهش ۱۲ جلسه آموزشی به مدت شش هفته و دو بار در هفته به مدت ۳۰ دقیقه و به صورت ۳ گروه پنج نفری اجرا شد. مهارت‌ها به وسیله ۳ عروسک الگوسازی شد. عروسک زرافه به عنوان گوینده نمایش با دو عروسک کودک دیگر بازی کردند، بعد کودکان مهارت‌ها را در جریان بازی تمرین کردند و سپس از کودکان سوال‌هایی در مورد مهارت‌های آموزش داده شده پرسیده شد. به عنوان مثال، اگر دوست‌تان در درست کردن پازل نیاز به کمک داشت به او کمک می‌کنید؟ اگر بزرگترها در انجام کارهای‌شان نیاز به کمک داشته باشند شما کمک می‌کنید؟

**جلسه اول.** با هدف آموزش مهارت همکاری به کودکان انجام شد تا آن‌ها یاد بگیرند چگونه در کنار هم و با یکدیگر بازی کنند. درمانگر با استفاده از عروسک زرافه نحوه کشیدن یک نقاشی را به کودکان یاد داد، که چگونه دو نفر می‌توانند با رعایت نوبت در گرفتن مداد، خانه دوست خود را نقاشی کنند.

**جلسه دوم.** این جلسه نیز با هدف آموزش همکاری به کودکان، عروسک زرافه با دو عروسک دیگر پازل را بدون این‌که رفتار پرخاشگرانه‌ای به وجود آورند، چیدند. سپس کودکان از آن‌ها کوپرداری کردند و در کنار هم و با مشارکت هم قطعه‌های پازل را کنار هم چیدند.

**جلسه سوم.** با هدف آموزش مهارت اطمینان‌بخشی/حمایت اجرا شد، و کودکان یاد گرفتند چگونه می‌توانند با انجام کاری زیبا، دوست خود را شاد کنند، با استفاده از عروسک‌ها به کودکان یاد گرفتند که در هنگام بازی و هنگامی که یکی از آن‌ها به عنوان مثال تشنه شد، دیگری یک لیوان آب برای او بیاورد.

**جلسه چهارم.** با هدف آموزش مهارت حمایت اجرا شد، زمانی که یکی از عروسک‌ها در حال دسته‌بندی کردن اسباب‌بازی‌های هم‌رنگ در کنار یکدیگر بود، عروسک دیگر در این کار به او کمک کرد و در خلال این آموزش‌ها، کودکان یاد گرفتند چگونه حمایت خود از دوستانشان را به او نشان دهند.

**جلسه پنجم.** با هدف آموزش چگونگی ارتباط برقرار کردن با یکدیگر در کارهای مشارکتی صورت گرفت. درمانگر با نمایش عروسکی نمایش داد که عروسک‌ها کنار هم مشغول خانه‌سازی هستند و کودکان یاد گرفتند چگونه در هنگام بازی با لگوها و خانه‌سازی از هم سوال بپرسند و از نظرات یکدیگر در ساخت خانه‌های زیباتر استفاده کنند.

**جلسه ششم.** با هدف آموزش برقراری ارتباط و مشارکت انجام شد، کودکان همراه با درمانگر مشغول ساختن یک خانه شدند، در حین بازی، زمانی که کودک رفتارهای مطلوب را انجام داد از سوی درمانگر، تقویت مثبت از قبیل تشویق دریافت کرد.

**جلسه‌های هفتم و هشتم.** با هدف آموزش رعایت نوبت انجام شد. دو عروسک در مورد علایق خود صحبت کردند. در این جلسه‌ها هر کدام از دو عروسک به‌دقت به حرف دیگری گوش داد و تا زمانی که صحبت عروسک تمام نشده بود، عروسک دیگر حرفش را قطع نکرد. سپس درمانگر از کودکان خواست تا همین نقش را دوباره اجرا کنند. زمانی که کودک نحوه برقراری ارتباط صحیح را فرا گرفته بود درمانگر از تشویق‌های کلامی استفاده می‌کرد.

**جلسه نهم.** با هدف یکپارچه کردن همه مهارت‌های آموزش داده شده صورت گرفت. هریک از کودکان، به‌صورت جداگانه در نقش مصاحبه‌گری ظاهر شدند که در مورد رفتارهای پرخاشگرانه و پیامدهای آن از بقیه سوال می‌پرسید، در صورت مطلوب نبودن پاسخ، توسط عروسک زرافه به آن‌ها بازخورد داده شد.

**جلسه دهم.** نیز با هدف یکپارچگی مهارت‌های آموزش داده شده انجام شد. درمانگر تمام تمرین‌هایی را که از ابتدای برنامه درمان، توسط عروسک‌ها، آموزش داده بود در قالب یک نقش با کودکان تمرین کرد.

**جلسه یازدهم.** با هدف تثبیت آموزش‌های داده شده، صورت گرفت. درمانگر از طریق عروسک زرافه در مورد رفتارهایی که در جلسه‌ها قبل آموزش داده بود سوال کرد.

**جلسه دوازدهم.** مهارت حل‌مساله توسط عروسک‌ها به کودکان در قالب بازی و سوال و جواب آموزش داده شد و در پایان جلسه به‌هریک از کودکان هدیه‌ای از طرف درمانگر داده شد.

**شیوه اجرا.** آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی به‌صورت گروهی برای اعضاء گروه آزمایش در نمازخانه مدارس منتخب به‌مدت یک ماه و نیم بین ساعت‌های ۱۲ تا ۱۳ بعد از ظهر اجرا شد و در گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. معلم‌های هر دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون



اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی بر...

و پس‌آزمون و دو ماه بعد در مرحله پیگیری به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند. برای رعایت ملاحظه‌های اخلاقی پس از پایان تمامی مراحل پژوهش، مداخله در مورد گروه گواه نیز اجرا شد.

### یافته‌ها

نمونه‌ها شامل ۱۳ دانش‌آموز کلاس اول و ۱۷ نفر کلاس دوم با میانگین سنی ۷/۸ سال با انحراف معیار ۱/۶۲ بودند. کودکان پایه اول و پایه دوم به ترتیب در گروه آزمایش ۷ نفر و ۸ نفر در گروه گواه ۶ نفر و ۹ نفر بود. تحصیلات مادران گروه آزمایش ۲۷/۲ درصد دیپلم و ۷۳/۴ درصد بالای دیپلم و مادران گروه گواه ۲۵ درصد دیپلم و ۷۵ درصد بالای دیپلم بود. ۲۲/۳ درصد در هر دو گروه از وضعیت اقتصادی پایین و ۷۷/۷ درصد از وضعیت اقتصادی متوسط و بالا برخوردار بودند.

#### جدول ۱. نمره‌های نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه‌ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵/۱۰	۶/۱۵
	پس‌آزمون	۱۱/۱۵	۲/۳۰
	پیگیری	۱۰/۲۵	۲/۱۰
گواه	پیش‌آزمون	۱۶/۴۰	۴/۱۰
	پس‌آزمون	۱۷/۳۳	۳/۰۲
	پیگیری	۱۷/۵۰	۳/۶۰

بر اساس جدول ۱ میانگین نمره اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان گروه آزمایش نسبت به گروه گواه و نیز نسبت به مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش داشته است.

#### جدول ۲. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای توزیع طبیعی داده‌ها و همسانی واریانس‌ها با لوین

گروه‌ها	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
آزمایش	۰/۹۸۷	۱۵	۰/۹۵۱
گواه	۰/۹۷۱	۱۵	۰/۸۷۲
آزمون لوین	F= ۰/۷۳	۱ و ۲۸	۰/۷۹۰

طبق جدول ۲ شرایط توزیع طبیعی نمره‌ها و برابری واریانس‌ها در هر دو گروه رعایت شده است.

#### جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برنامه مداخله‌ای در اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجدورات اتا
۲۱/۵۰	۱	۲۱/۵۰	۳/۰۹*	۰/۱۰۰
۲۹۸/۰۰	۱	۲۹۸/۰۰	۴۲/۴۰*	۰/۶۸
۱۸۹/۳۰	۲۷	۷/۰۱		

\*P<۰/۰۵ \*\*P<۰/۰۱

بر اساس نتایج جدول ۳ اثربخشی برنامه مداخله‌ای مهارت‌های شناختی اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی کودکان گروه آزمایش با گواه اثر پیش‌آزمون تأیید می‌شود.

**جدول ۴. آزمون کرویت موخلی در مورد برابری کواریانس‌ها در متغیر اختلال نافرمانی مقابله‌ای**

سطح معناداری	درجه آزادی	خی دو	آزمون موخلی
۰/۰۰۰۱	۲	۱۸/۹۴	۰/۴۷۳

طبق نتایج جدول ۴ فرض کرویت و مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار نیست به‌همین خاطر نتیجه آزمون گرین هاوس-گیزر با تعدیل درجه‌های آزادی گزارش شده است.

**جدول ۵. تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه نمره‌های سه مرحله در گروه آزمایش**

مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	مجدوراتا	
۲۲/۸۰	۲	۱۶/۱۰۲	۱۰/۰۰۱*	۰/۳۵	مفروضه کرویت
۲۲/۸۰	۱/۳۴۷	۱۷/۷۱۲	۱۰/۰۰۱*	۰/۳۵	گرین هاوس- گیزر
۲۲/۸۰	۱/۰۲۴	۱۷/۲۲۳	۱۰/۰۰۱*	۰/۳۵	هایان- فیلد
۲۲/۸۰	۱	۲/۳۱۲	۱۰/۰۰۱*	۰/۳۵	حد پایین

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

جدول ۵ معناداری تفاوت میانگین کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان را در گروه آزمایش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

**جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیر اختلال نافرمانی مقابله‌ای**

پس‌آزمون- پیش‌آزمون	پس‌آزمون- پیگیری	پیش‌آزمون- پیگیری	تفاوت میانگین	خطای معیار	تفاوت میانگین	خطای معیار
-۳/۳۰*	۰/۹۰	-۱/۶۱*	۰/۹۹	۰/۸۹*	۰/۴۸	خطای معیار

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

طبق جدول ۶ تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیش‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش با میانگین پیش‌آزمون در متغیر اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان معنادار است، و همچنین تفاوت میانگین پیگیری با پس‌آزمون معنادار است که این بیانگر پایداری اثر برنامه مداخله‌ای بر میزان کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در افراد گروه آزمایش در مرحله پیگیری است.

**بحث و نتیجه گیری**

اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از اختلال‌های رایج دوران کودکی است که اگر در کودکی برطرف نشود می‌تواند مشکلات جبران‌ناپذیری را برای خود کودک و خانواده‌اش ایجاد نماید. بنابراین

اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی بر...

مداخله در این اختلال امری لازم و ضروری است. پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی، شدت نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در دانش‌آموزان پسر اول و دوم دبستان در مرحله پس‌آزمون، به‌طور معناداری کاهش داده است. یافته‌های حاصل از این پژوهش، با یافته‌های پژوهش واحدی و همکاران (۱۳۸۶)؛ وایک (۲۰۱۱)؛ نصری و همکاران (۱۳۹۴)؛ الیسن‌اوقلو و همکاران (۲۰۱۲) که مداخله‌های آن‌ها بیشتر در مورد پرخاشگری و مشکلات رفتاری کودکان بوده، هم‌سو است.

در تبیین اثربخشی روش آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای ابتدا باید به چند ویژگی اساسی این اختلال اشاره کرد. پژوهش‌هایی که در سال‌های اخیر درباره این افراد انجام شده، وجود نقص‌هایی را در مهارت‌های شناختی و اجتماعی آن‌ها نشان داده است. این نقایص اغلب در حوزه کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجان، پردازش زبانی، پردازش اطلاعات اجتماعی، حل مساله و سازگاری نمایان است (هاشمی، بیرامی، اقبالی، واحدی و رضایی، ۱۳۸۸). کودکان دچار این اختلال، معمولاً در روابط اجتماعی با والدین، معلم‌ها و همسالان مشکل دارند. پژوهش‌ها نشان داده است که بسیاری از آن‌ها فاقد مهارت‌های اجتماعی مناسب هستند و به‌ندرت از سوی همسالان‌شان پذیرفته می‌شوند. به‌علاوه، این کودکان در شناخت مشکلات و به‌کارگیری راهبردهای حل مساله برای برطرف کردن آن‌ها نقص دارند و در مقایسه با همسالان خود، راه‌حل‌های مثبت کمتری را به‌کار می‌برند. این نقایص می‌تواند باعث ایجاد مشکلاتی در مدرسه، ایجاد و حفظ روابط مثبت با همسال‌ها و جلب محبوبیت کودکان دیگر شود و پیش-بینی‌کننده رفتارهای ضداجتماعی در نوجوانی و بزرگسالی باشد (اسچيفر، ۲۰۰۹).

هم‌چنین این کودکان در مهارت‌های اجتماعی ضعیف هستند. در نظریه یادگیری شناختی-اجتماعی بندورا (نقل از عبدی، ۱۳۸۷) مهارت‌های اجتماعی یا حتی رفتارهای مقابله‌ای از قبیل نافرمانی و پرخاشگری برحسب تعامل چندجانبه بین تأثیرات شناختی، رفتاری و محیطی یاد گرفته می‌شوند. کودکان با توجه به مشاهده روابط اجتماعی همسال‌ها و نیز بزرگسال‌ها، رفتارهای اجتماعی را از طریق الگوبرداری از رسانه در قالب فیلم و کارتون، والدین و نیز همسال‌های همجنس؛ و رمزگردانی اطلاعات، مشاهده و سپس مرور ذهنی و بازآفرینی می‌آموزند. در این پژوهش آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی منجر به افزایش توانایی برقراری ارتباط با دیگران شد و کودکان یاد گرفتند که با کودکان دیگر مشارکت داشته باشند و کودکان دیگر را در بازی و اسباب بازی‌های خود سهیم کنند، به‌عنوان مثال کودکان یاد گرفتند که در بازی با پازل، قطعه‌های پازل را با دوستان خود تقسیم کنند و همسال‌های خود را در بازی شرکت دهند و وقتی دوست‌شان احتیاج به کمک دارد به او یاری رسانند، مثلاً در دسته‌بندی اشیاء بر اساس رنگ به او کمک کنند تا راحت‌تر اشیا را دسته‌بندی کند، هم‌چنین کودکان یاد گرفتند که با رعایت نوبت می‌توانند بازی

بهتری داشته باشند، مثلاً وقتی فقط یک مداد برای نقاشی دارند، می‌توانند صبر کنند دوست‌شان اول نقاشی بکشد و بعد از او مداد را بگیرند و بر سر گرفتن مداد از دست یکدیگر دعوا نکنند و یکدیگر را هل ندهند. با آموزش این مهارت‌ها به کودکان، فشق و دعوا بر سر اسباب بازی و اشیاء مورد علاقه و به دنبال آن رفتارهای مقابله‌ای و پرخاشگری کودکان کم شد که این یافته هم‌سو با یافته‌های نصری و همکاران (۱۳۹۴) است.

در واقع کودکان با دیدن نمایش عروسکی و الگوبرداری از عروسک‌ها یاد گرفتند که چطور با همسال‌های خود ارتباط برقرار کنند و به حقوق آن‌ها احترام بگذارند و در بازی با آن‌ها مشارکت داشته باشند. کودکانی که مهارت‌های نمایش داده‌شده را انجام دادند تشویق می‌شدند و بازخورد می‌گرفتند. نتایج این پژوهش اثربخشی روش مهارت‌های شناختی-اجتماعی را در کاهش نشانه‌های دانش‌آموزان پسر دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأیید کرد. هم‌چنین در تحلیل تک تک سوال‌های مربوط به پرسشنامه اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه، که توسط معلم‌ها تکمیل شد، مشخص شد روش آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی بر کاهش عصبانیت، زودرنج بودن، خشمگین بودن و کینه‌جویی تأثیری معنادار داشته است. بر اساس نتایج پژوهش و اظهارات معلم‌ها، این روش مداخله‌ای، تأثیر چشم‌گیری در رفتارهایی دارد که هسته اصلی آن‌ها پرخاشگری است.

با وجود اعمال کنترل‌های لازم در پژوهش حاضر، این پژوهش با موارد پیش‌بینی نشده‌ای همراه بود، از میان آنها می‌توان تعداد جلسه‌های درمانی، حضور نداشتن معلم‌ها و والدین دانش‌آموزان دچار اختلال، در دوره آموزشی و وجود روند تربیتی و آموزشی متفاوت با مداخله مورد نظر از سوی کارکنان مدرسه اشاره کرد. از این‌رو، توصیه می‌شود آموزش‌های لازم به معلم‌ها و والدین، جهت توجه به نیازهای اساسی و رابطه صحیح با دانش‌آموزان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای داده شود. هم‌چنین در پژوهش‌های بعدی، معلم‌ها و والدین دانش‌آموزان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای نیز به همراه دانش‌آموزان در دوره آموزش و مداخله شرکت کنند و پژوهش‌های بیشتری در رابطه با موضوع پژوهش انجام و بررسی‌های گسترده‌تری در چندین مدرسه با نمونه بزرگ‌تر انجام شود و تداوم اثر این روش درمانی در مدت زمان بیشتری پایش شود و این پژوهش در مورد سایر اختلال‌های رفتاری کودکان و در سنین متفاوت نیز انجام گیرد. در نهایت با توجه به تأثیر آموزش مهارت شناختی-اجتماعی بر کاهش شدت نشانه‌ها در دانش‌آموزان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای، به کلیه روان‌شناسان، روان‌پزشکان و متخصصان پیشنهاد می‌شود که از این برنامه به‌عنوان مداخله سودمند و موثر استفاده کنند.

## منابع

- بلالی، رقیه، و آقاییوسفی، علیرضا. (۱۳۹۰). اثربخشی برنامه آموزش والدین بر کاهش مشکل‌های رفتاری کودکان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. زمستان، ۵(۴ پیاپی ۲۰): ۷۳-۵۹.
- سلیمانی، اسماعیل، زاهد بابلان، عادل، فرزانه، جبرائیل، و ستوده، محمد باقر. (۱۳۹۰). مقایسه نارسایی هیجانی و مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری و بهنجار. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*. پاییز و زمستان، ۱(۱): ۹۳-۷۸.
- صفری، سهیلا، فرامرزی، سالار، و عابدی، احمد. (۱۳۹۱). تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان. *مجله روان‌شناسی بالینی*. زمستان، ۴(۴ پیاپی ۱۶): ۱۱-۱.
- عبدی، بهشته. (۱۳۸۷). مهارت‌های اجتماعی و مشکل‌های رفتاری کودکان پیش‌دبستانی ایرانی. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی*. تابستان، ۴(۱۶): ۳۴۲-۳۳۳.
- فرزاد، ولی‌الله، امامی‌پور، سوزان، و وکیل‌قاهانی، فرشته. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار، روایی و هنجاریابی پرسشنامه علائم مرضی کودکان بر روی کودکان کار. *فصلنامه تحقیقات روان‌شناختی*. زمستان، ۳(۸): ۵۷-۴۷.
- قرایی، نفیسه، و فتح‌آبادی، جلیل. (۱۳۹۲). اثربخشی بازی‌درمانی عروسی بر ارتقای مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی دچار نشانگان داون. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. تابستان، ۷(۲) پیاپی ۲۶): ۴۰-۲۵.
- موسوی، پرینا، مظاهری، علی، پاکدامن، شهلا، و حیدری، محمود. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان دلبستگی محور با استفاده از روش پسخوراند ویدیویی بر کاهش استرس والدینی و مشکلات برونی‌سازی کودکان. *فصلنامه روان‌شناسی معاصر*. بهار، ۸(۱): ۴۶-۳۳.
- نصری، شقایق، خسروجاوید، مهناز، صالحی، ایرج، و خان‌زاده، عباسعلی. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های شناختی-اجتماعی بر پرخاشگری و مقبولیت اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی. *مجله علوم رفتاری*. بهار، ۹(۱) پیاپی ۳۱): ۲۶-۱۹.
- واحدی، شهرام، فتحی‌آذر، اسکندر، حسینی‌نسب، داوود، مقدم، محمد، و کیانی، آرزو. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی. *مجله روان‌پزشکی ایران*. تابستان، ۲(۳) پیاپی ۴۸): ۱۱۴-۱۰۸.
- هاشمی، تورج، بیرامی، منصور، اقبالی، علی، واحدی، حسین، و رضایی، رسول. (۱۳۸۸). تأثیر خودآموزی کلامی بر بهبود نشانه‌های مرضی کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *مجله کودکان استثنایی*. پاییز، ۹(۳) پیاپی ۳۳): ۲۱۰-۲۰۳.

- Alisinanoglu, F., Ozbey, S., & Ksicioglu, O.S. (2012). Impact of social skill and problem behavior training program on children attending preschool. *A Surv Academic Research International*; 2(2): 300-321.
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. (2007). Behavior problems in children and adolescents. Center of knowledge on Healthy Child Development. *Afford Center for Child Studies*. <http://www.aacap.org>.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM*. London, England.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. Washington, D.C, London, England.
- Bradley, M. C., & Mandell, D. (2005). Oppositional defiant disorder. A systematic review of evidence of intervention effectiveness. *Journal of Experimental Criminology*.1 (3): 343-365.
- Carpenter, E. M. (2002). *A curriculum- based approach for social- cognitive skills training. An intervention targeting aggression in head start preschooler*. Electronic theses and dissertation, paper 57.
- Forrester, M. A. (2009). *The development of young children's social- cognitive skills (essays in developmental psychology)*. New York: Psychology press.
- Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (2007). *The symptom inventories: An annotated bibliography* (on- line). Available: [www.Chechmateplus.com](http://www.Chechmateplus.com).
- Grayson, P., & Carlson, G. A. (1991). The utility of a DSM-III-R based checklist in screening child psychiatric patients. *Journal of the American Academy of child and Adolescents Psychiatry*, 30(3), 69-673.
- Hamilton, S., & Armando, J. (2008). Oppositional defiant disorder. *American family Physician*. 1. 78(7): 861-868.
- Hommersen, P., Murray, C., Johan, J., & Johnston, C. (2008). Oppositional Defiant Disorder Rating Scale. Preliminary Evidence of Reliability and Validity. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*; 14(2): 118-125.
- Keenan, K. (2012). Mind the Gap. Assessing impairment among children affected by proposed revision to the diagnostic criteria for oppositional defiant disorder. *Journal of Abnormal psychology*, 121(2): 352-359.
- Kim, M. J., Doh, H. S., Hong, J. S., & Choi, M. K. (2011). Social skills training and parent education programs for aggressive preschoolers and their parents in South Korea. *Child Youth Services*, 33(6): 838-845.
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder. Results from the National co morbidity Survey replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 48 (7): 703-713.
- Rey, J. M. (2012). *Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. IACAPAP, Geneva. Section D, D2.
- Schaefer, C. E. (2009). *Play therapy for preschool children*. American Psychological Association (Eds). Vol. 1, American psychological association publication.

Weitmann, D. (2006). *Internalizing and Externalizing Symptoms among Children with Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder or Depression*. A Doctoral Project Submitted in Partial Fulfillment the Requirements for the Degree of Doctor of Psychology in the Department of Psychology at Pace University New York.

Wike, T. L. (2011). *The effectiveness of a social skills intervention for preventing aggression in children*. An evaluation of the making choices intervention University of North Carolina.

\*\*\*

پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۴ سال (CSI-4) بر اساس  
"نسخه ویژه معلم" (DSM-IV)

ردیف	عبارت‌های / گروه B (ب)	هرگز	گاهی	اغلب	همیشه
۱۹	زود از جا در می‌رود (عصبانی می‌شود).	۰	۱	۲	۳
۲۰	با افراد بزرگسال بگو مگو می‌کند.	۰	۱	۲	۳
۲۱	وقتی از او می‌خواهند کاری را انجام دهد سرپیچی می‌کند یا از انجام آن خودداری می‌کند.	۰	۱	۲	۳
۲۲	عمداً کاری می‌کند که دیگران را ناراحت کند.	۰	۱	۲	۳
۲۳	به خاطر کارهای بد یا اشتباه‌های خود دیگران را سرزنش می‌کند.	۰	۱	۲	۳
۲۴	بسیار حساس و زودرنج است یا از کارهای دیگران رنجیده می‌شود.	۰	۱	۲	۳
۲۵	خشمگین و رنجیده است.	۰	۱	۲	۳
۲۶	خشم و عصبانیت خود را روی افراد دیگر خالی می‌کند و سعی می‌کند از آن‌ها انتقام بگیرد.	۰	۱	۲	۳

\*\*\*

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی