

تأثیر درمانگری اسلامی بر اختلال‌های برونی‌سازی‌شده در کودکان و نوجوانان

رضا مهکام* / پریرخ دادستان**

چکیده

هدف اصلی این پژوهش ساخت و اجرای یک برنامه مداخله‌گری برای کاهش اختلال‌های برونی‌سازی‌شده، بر اساس متون دینی اسلام است. چگونگی و میزان اثربخشی این برنامه درمانی بر کودکان مبتلا به این اختلال، فرضیه این پژوهش را تشکیل می‌دهد. این پژوهش با توجه به دو مقوله فرهنگ ملی و بومی خانواده‌ها و همچنین مذهب آنها در فرایند درمانگری، الگوی جدیدی را معرفی کرده است تا اثربخشی این روش، بر اختلال‌های برونی‌سازی‌شده را بررسی کند. روش انجام این پژوهش از نوع طرح‌های «آزمایشی در قالب پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل» بود که در جامعه دانش‌آموزان پسر مقاطع چهارم و پنجم دبستان استان قم اجرا شد. پس از تحلیل داده‌ها، این نتایج به دست آمد که مداخله اسلامی - روان‌شناختی، در کاهش اختلال‌های برونی‌سازی‌شده تأثیر داشته و فرضیه پژوهش تأیید شده است.

کلید واژه‌ها: اختلال‌های درونی‌سازی‌شده، اختلال‌های برونی‌سازی‌شده، مداخله اسلامی - روان‌شناختی.

* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی قدس سره

** استاد دانشگاه تهران. دریافت: ۲۴/۸/۸۸ - پذیرش: ۱/۱۱/۸۸

مقدمه

توجه به ویژگی‌های دوره کودکی اهمیت زیادی دارد؛ اما آنچه مهم‌تر به نظر می‌رسد، پایه‌گذاری شخصیت و الگوی رفتاری دوره بزرگسالی است. بدیهی است که هر چه در آغاز زندگی در محیط اطراف کودک روی می‌دهد، بر روح و روان وی تأثیر می‌گذارد و ساختار شخصیت وی را شکل می‌دهد. نکته دیگری که می‌توان به آن اشاره کرد، آن است که این دوره از زندگی برای والدین به نوعی، دوره دوسوگراییها و تضادها به شمار می‌آید. از یک سو شرایط عاطفی و جسمانی فرزندان، آنها را به منزله موجوداتی دوست‌داشتنی و گرمی‌بخش کانون خانوادگی در می‌آورد و از سوی دیگر، در بسیاری از موارد، ناسازگاری‌ها و نابهنجاری‌های رفتاری کودکان، عرصه را بر والدین تنگ می‌کند. پس می‌توان یکی از مشکلات اساسی خانواده‌ها را تعامل با کودک و نحوه مهار رفتار وی قلمداد کرد.

در طول سال‌های اخیر، افزون بر رشد جسمانی کودک، توجه به تحول عاطفی - اجتماعی وی نیز افزایش یافته است. پیش از این، بسیاری از والدین و متخصصان بر این باور بودند که بسیاری از مشکلات کودکان ناشی از نارسایی‌های تحولی آنهاست و پشت سر گذاشته خواهد شد؛^۱ اما واقعیت آن است که بسیاری از کودکان پس از سپری کردن مراحل تحول نیز همچنان مشکلات را با خود به همراه دارند و در موارد زیادی این مشکلات پیشرفته‌تر و وخیم‌تر می‌شوند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که علت اصلی مشکلات عاطفی - رفتاری کودکان، صرفاً نارسایی‌های تحولی نیست.

به نظر می‌رسد بیشتر مشکلات مزبور حاصل نارسایی‌ها و ضعف‌های ارتباطی والد - کودک‌اند.^۲ یکی از مشکلاتی که زیرمجموعه مشکلات ارتباطی - عاطفی

قرار می‌گیرد، اختلال‌های برونی‌سازی شده^۳ کودکان است که مواردی مانند پرخاشگری، نادیده گرفتن قوانین و رفتارهای مقابله و مخالفت را شامل می‌شود. اختلال‌های برونی‌سازی شده از جمله اختلال‌های دوران کودکی است و محتوای اصلی آنها را رفتارهای ضداجتماعی و تضادورزانه تشکیل می‌دهند که براساس طبقه‌بندی ابعادی، با اصطلاح اختلال‌های برونی‌سازی شده نام‌گذاری شده‌اند. این نوع مشکلات در طبقه‌بندی مقوله‌ای انجمن روان‌پزشکی امریکا (-IV DSM - TR) به سه اختلال تضادورزی جسورانه^۴ (ODD)، اختلال رفتار هنجاری^۵ (CD) و اختلال نارسایی توجه / فزونکنشی (ADHD)^۶ تقسیم می‌شوند.

اختلال‌های برونی‌سازی شده، الگوهای رفتاری سازش‌نا یافته کودکان در موقعیت‌های مختلف هستند که مشکلاتی برای اطرافیان ایجاد می‌کنند. در این اختلال‌ها، که اختلال‌های رفتاری نیز نامیده می‌شوند، مشکلات رفتاری کودک که ناشی از ضعف مهارگری اوست، به تعارض بین کودک با بافت اجتماعی منجر می‌شود و شامل دو نشانگان رفتار نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه است.^۷ این اختلال‌ها در کودکان بیش از سایر اختلال‌ها مشاهده می‌شوند و درصد بالایی از نابهنجاری‌های کودکان را به خود اختصاص می‌دهند. در یک بررسی، ولز و فورهند (۱۹۸۵)^۸ با مرور چند پژوهش درباره شیوع اختلال رفتار هنجاری در کودکان ارجاعی به کلینک‌ها نشان دادند که ۳۳ تا ۷۵ درصد از مراجعه‌ها به علت رفتارهای مربوط به اختلال رفتار هنجاری بود.^۹ در یک نگاه دیگر درصد کودکان و نوجوانانی را که مشکلات برونی‌سازی شده قابل توجهی بروز می‌دهند، ۷ تا ۲۲ درصد است.^{۱۰} از سوی دیگر، باید به این نکته نیز توجه داشت که فراوانی این اختلال‌ها، تعداد زیادی از خانواده‌ها و مراکز آموزشی را با دشواری‌های زیادی مواجه کرده است. بر اساس نتایج برخی از پژوهش‌ها مانند

پژوهش مک ماهون و استیس (۱۹۹۷)، فراوانی این اختلال در سال‌های اخیر افزایش چشم‌گیری داشته است.

اختلال‌های عاطفی - رفتاری، به ویژه به سبب وضعیت نامتعادل و دگرگونی‌های زندگی خانوادگی و اجتماعی در یکی دو دهه اخیر، در کشور ما نیز بیش از هر زمان دیگر گریبان‌گیر گروه‌های وسیعی از کودکان شده است.^{۱۱} در بررسی مسیر تحولی این اختلال‌ها باید گفت بیش از ۹۰ درصد جوانان مبتلا به اختلال سلوک، قبلاً ملاک‌های اختلال لجبازی نافرمانی را داشته‌اند، اما بیشتر خردسالان مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی، رفتارهای ضداجتماعی مشخص‌کننده اختلال سلوک را ندارند.^{۱۲} بنابراین، این ارتباط دوسویه نیست و باید گفت گذار از اختلال لجبازی نافرمانی به اختلال سلوک مشاهده می‌شود، اما این موضوع به این معنا نیست که هر کودک دارای نشانه‌های اختلال لجبازی نافرمانی، حتماً در سیر تحول به اختلال سلوک مبتلا خواهد شد. در ارتباط بین این اختلال‌ها و اختلال ضداجتماعی^{۱۳} نیز باید گفت شواهد زیادی دربارهٔ روابط اختلال لجبازی نافرمانی و اختلال سلوک در دوران کودکی یا نوجوانی با اختلال ضداجتماعی در بزرگ‌سالی گزارش شده است. بزرگ‌سالان مبتلا به اختلال ضداجتماعی، تقریباً همیشه ملاک‌های اختلال سلوک را در مراحل قبلی تحول‌شان داشته‌اند، که بیانگر حساسیت شدید ارتباط اختلال سلوک - اختلال ضداجتماعی است؛ اما تنها تعداد محدودی از جوانان مبتلا به اختلال سلوک ویژگی‌های الگوهای مزمن رفتار ضد اجتماعی را نشان می‌دهند. در واقع، شرط تشخیص اختلال ضداجتماعی در DSM-IV این است که اختلال سلوک قبل از ۱۵ سالگی وجود داشته باشد. با این حال، در یک سوم از موارد، اعتبار پیش‌بین (همانند روابط اختلال لجبازی نافرمانی - اختلال سلوک) بسیار پایین است و تنها

۱۰ درصد یا کمی بیشتر از خردسالان ابتلا به اختلال لجبازی نافرمانی تظاهرات اختلال ضداجتماعی یا جامعه‌ستیزی در بزرگ‌سالی را نشان داده‌اند.^{۱۴}

دربارهٔ علل به وجودآورنده این اختلال‌ها، موارد متعددی مطرح شده است؛ اما برای نظام‌مندکردن آنها با یک دسته‌بندی فردمحور، به صورت سه گروه از علل دسته‌بندی شده در آمده است که در تعداد زیادی از پژوهش‌ها^{۱۵} به این دسته‌بندی توجه شده است. در این پژوهش نیز همین الگو مورد نظر بوده است:

۱. ویژگی‌های کودک؛ ۲. ویژگی‌های والدین؛ ۳. تعامل والد - کودک.^{۱۶}

نتایج پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که از بین عوامل مزبور، تعامل والد - کودک یا به عبارت دیگر شیوه‌های فرزندپروری، در ایجاد تمام اختلال‌های کودکان و نوجوانان نقش اساسی دارد و این نقش در رفتارهای پرخاشگرانه و اختلال‌های برونی‌سازی شده بیشتر است.^{۱۷} از آنجا که بسیاری از پژوهشگران معتقدند این شیوه‌ها بیش از سایر عوامل بر اختلال‌های برونی‌سازی شده تأثیر می‌گذارند، در این پژوهش نیز به رفتارهای فرزندپروری بیش از سایر عوامل پرداخته شد.

روش‌های درمانگری که در زمینه اختلال‌های برونی‌سازی شده به کار می‌رود، معمولاً براساس روی‌آوردهای مختلف روان‌شناختی تدوین می‌شود و در مورد این نوع از اختلال‌ها، بر اساس محورهای سه‌گانه‌ای که در بحث علل مطرح شد، برنامه‌های درمانگری متناسب، طراحی و اجرا می‌شود:

الف) روش‌های درمانگری کودک‌محور: این پژوهش‌ها معمولاً متمرکز بر خود کودک است. در چنین روش‌هایی سعی می‌شود مهارت‌های کودک را افزایش داده و به توانمندی‌هایی وی بیفزایند. از جمله این روش‌ها، می‌توان به آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی و دارو درمانگری اشاره کرد.

ب) روش‌های درمانگری مدرسه‌محور: در این نوع از درمانگری‌ها با توجه به

محیط آموزشی که ویژگی اصلی آن، افزایش آموزش‌پذیری کودکان به واسطه فضای مخصوص مدرسه است و همراهی کودکان دیگر، معمولاً آمادگی فرد را برای درونی‌کردن مهارت‌ها افزایش می‌دهد. بنابراین، با استفاده از فضای مناسب آموزشگاه سعی می‌شود مهارت‌های لازم به کودک آموزش داده شود.

ج) روش‌های درمانگری والدمحور: آموزش والدین، یکی دیگر از روی‌آوردها در درمان اختلال‌های برونی‌سازی‌شده است که بسیار مورد بررسی و استفاده قرار گرفته است.^{۱۸} در این روش، با توجه به این پیش‌فرض که در چنین اختلال‌هایی روابط بین والدین و کودک معمولاً ناسالم است، سعی می‌شود با آموزش روش‌های مختلف به والدین، تعامل والدین و کودک را بالا برند و در واقع پدر و مادر مهارت ارتباط بهتر، سازنده و سالم‌تر با کودک را فرا می‌گیرند. این‌گونه آموزش‌ها معمولاً به صورت برنامه‌های درمانگری طراحی و تدوین و سپس اجرا می‌شوند.

برنامه‌ها یا بسته‌های درمانگری موجود در کشور، پشتوانه پژوهشی بسیار خوبی دارند و براساس یافته‌های علمی، طراحی و تدوین شده‌اند و کاملاً برای مداخله مفید هستند؛ اما نکته قابل توجه این است که برنامه‌های درمانی معرفی شده، بیشتر برگرفته از آثار ترجمه شده است و بر اساس فرهنگ و ویژگی‌های کشورهای غربی است. نکته دیگر اینکه در این برنامه‌ها، توجهی به فرهنگ بومی، دین و مذهب خانواده‌ها نیز نشده است. در حالیکه اثربخشی نوع و میزان مذهب و فرهنگ، در تعامل‌های خانواده و رفتارهای آنها امری بدیهی و روشن است.

در چنین وضعیتی احساس شد که باید برنامه‌ها و روش‌های درمانی متناسب با فرهنگ و مذهب کشور، طراحی و تدوین و به صورت عملی آزمایش شوند تا

پس از اطمینان از اعتبار و کارآمدی آنها، در اختیار درمانگران و مربیان قرار گیرد تا کودکان مبتلا و خانواده‌های آنها و به دنبال آن، مراکز آموزش و پرورشی از چنین مشکلاتی رهایی یابند و این کودکان به سوی شخصیتی سالم و متعادل رهنمون شوند. بنابراین، نیاز به یک برنامه درمانگری برگرفته از آیات و روایات و متناسب با فرهنگ اسلامی، کاملاً آشکار است.

هدف از این پژوهش، بررسی میزان تأثیر برنامه درمانگری مبتنی بر آیات و روایات، بر کودکان مبتلا به اختلال‌های برونی‌سازی شده بود؛ به این منظور، با مطالعه در آیات و روایات و بررسی ارتباط آنها با یکدیگر، برنامه درمانگری ساخته و برای اجرا آماده شد. اما از آنجا که انجام دادن پژوهش‌های روان‌شناختی بر اساس آیات و روایات در جایگاه آغازین خود قرار دارند، این پژوهش قرآنی - حدیثی اهمیت ویژه‌ای می‌یابد.

اهمیت دیگر این پژوهش آن است که تا به حال برنامه مدون و نظام‌دار مداخله‌گرانه که بر اساس آموزه‌های اسلامی ساخته شده باشد و همچنین با فرهنگ اسلامی ما همگونی داشته باشد، وجود نداشته است. بنابراین، پژوهش حاضر با استفاده از برنامه اسلامی - روان‌شناختی برای درمانگری در یک موقعیت واقعی، برای اولین بار امکان استفاده از آموزه‌های دین اسلام برای درمانگری را به صورت تجربی اثبات و راه را برای پژوهش‌های بعدی هموار کرده است.

این پژوهش می‌تواند نمونه‌ای جدید و عینی از یک پژوهش قرآنی - حدیثی، برای پژوهشگران در حوزه روان‌شناسی اسلامی باشد و این عرصه برای دیگر پژوهشگران باز است تا با تلاش‌های بیشتر بتوانند صحت و سقم این یافته‌ها را بررسی کنند.

برنامه درمانی

در این برنامه، با توجه به محتوای برگرفته شده از آیات و روایات، تلاش شد نظام منطقی و مشخصی به وجود آید که با عنوان یک سبک فرزندپروری مشخص ارائه شود. این سبک به طور کامل برگرفته از آیات و روایات بوده، از رویکرد دیگری استفاده نشده است. خلاصه مطالبی که در این سبک فرزندپروری آمده است در پنج سرفصل تبیین شده است که در این بخش ارائه می‌شود:

الف) اصول اولیه ارتباط والدین با فرزند: بسیاری از والدین نه تنها از نیازها و ویژگی‌های متعدّد کودک در جنبه‌های جسمی و روانی شناخت واقعی ندارند، بلکه از اصول اولیه ارتباط با آنها هم بی‌خبرند و در موارد زیادی نیازها و شرایط روانی و جسمانی فرزندان را نادیده می‌گیرند. در این برنامه تلاش شد تا اساسی‌ترین نیازها و مهم‌ترین ویژگی‌های کودک و روش ارضای این نیازها به والدین آموزش داده شود. نیاز به احساس تعلق، نیاز به شادی و شادکامی، نیاز به مراقبت، نیازهای روانی حرکتی، نیاز به همسانی و نیاز به احترام و تکریم از جمله مواردی است که در این بخش مطرح شده است.

ب) ویژگی‌های والد و مربی سالم: در بخش دیگری از برنامه درمانی به این نظریه توجه شد که بسیاری از والدین صفات مناسب والدگری را ندارند؛ به این معنا که فرزندپروری مناسب، به برخی از ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری نیاز دارد که در صورت نبود آنها، عملاً فرد از صلاحیت انجام آن نقش برخوردار نخواهد بود. در حقیقت، انتظار ایفای نقش از فردی که توان انجام آن را ندارد، انتظار بیهوده‌ای است. بنابراین، با توجه به دیدگاه آیات و روایات، سعی شد آنچه لازمه والدگری است به آنها معرفی شود و راهبردهای دستیابی به چنین صفاتی نیز آموزش داده شود. صفاتی چون کرامت، صمیمیت، قاطعیت، تغافل و... به والدین آموزش داده شد و از آنها خواسته شد تا سعی کنند این صفات را در خود

به وجود آورند. در حقیقت، نگاه بنیادین در آن بخش این است که در بسیاری از موارد، لازم نیست به والدین روش و راهبرد برخورد با کودک را آموزش داد، بلکه سعی می‌شود با درونی‌سازی تعدادی از صفات کلیدی در فرد، به صورت خودکار اثر آن را در اعمال و رفتار وی مشاهده کرد برای مثال، صفت «صمیمیت» فقط با ابراز بعضی رفتارهای صمیمانه و ایفای نقش یک فرد مهربان نمی‌تواند محقق شود و دیر یا زود رفتارهای غیرصمیمانه بروز خواهد کرد، اما اگر معنا و مفهوم صمیمیت به فرد آموزش داده شد و فرد با این صفت و ویژگی‌های آن به صورت ریشه‌ای آشنا شد و انس گرفت، رفتارهای صمیمانه واقعی به آرامی در رفتارهای وی بروز خواهد کرد و با توجه به پایداری آن، رفتارها نیز پایدارتر خواهد بود.

ج) آسیب‌شناسی رفتار تضادورزانه: در بیشتر موارد، والدین توان و مهارت شناسایی ریشه‌ها و علل رفتار را ندارند. در نتیجه، برخوردی که با فرزند دارند، بیشتر از روی ناآگاهی است و پاسخ‌والد، متناسب با ریشه یا علت به وجودآورنده رفتار نیست و این موجب وخیم‌تر شدن اوضاع و روابط والد - کودک می‌شود. بنابراین، به والدین آموزش داده می‌شد تا قبل از هرگونه اقدام در مواجهه با کودک، با نگاهی آسیب‌شناختی به تحلیل رفتار کودک بپردازند و تناسب یا عدم تناسب آن با سن و مرحله تحولی کودک را تبیین کنند تا مشخص شود که آیا این رفتار پیامد یک فرایند طبیعی است یا به منزله یک رفتار نابهنجار و مرضی تلقی می‌شود. نتیجه این آسیب‌شناسی در اقدام والدین آشکار می‌شود. اگر رفتار، برای سن کودک بهنجار باشد، والدین باید با رفتارهای حمایتی و همدلانه به کودک کمک کنند تا این دوران بحرانی را سپری کنند؛ اما اگر این گونه نبود، والدین با توجه به توصیه‌هایی که در همین برنامه ارائه شده است،

خواهند توانست رفتار مناسبی را برای رفع مشکل کودک در پیش گیرند و با آن مقابله کنند.

د) **مراحل مقابله با رفتار تضادورزانه کودک:** واقعیت این است که مواجهه عملی والدین در برخورد با رفتارهای تضادورزانه فرزندان، معمولاً با شدت و ضعف‌ها و تندروری‌هایی روبه روست. بنابراین، در گام چهارم سعی شد پس از آموزش آسیب‌شناسی مراحل، مداخله مستقیم و غیرمستقیم به والدین آموزش داده شود. مراحل مداخله به سه مرحله ۱. پنهانی؛ ۲. نیمه آشکار؛ ۳. آشکار تقسیم شدند و مرحله سوم نیز خود دارای دو مرحله کلامی و رفتاری است.

ه) **توصیه‌ها و روش‌هایی برای کاهش تضادورزی:** در نهایت، عواملی که در آیات و روایات به منزله علت بروز رفتارهای تضادورزانه معرفی و توصیه‌هایی که برای مقابله با تضادورزی و پرخاشگری فرزندان مطرح شده بودند، در قالب چند توصیه راهبردی و عملی به والدین ارائه شد.

روش

این پژوهش از نوع طرح‌های «آزمایشی در قالب پیش‌آزمون»، و «پس‌آزمون با گروه کنترل» است که با توجه به ساختار خاص آن، در سه مرحله زیر انجام گرفته است:

الف) مرحله مقدماتی: تدوین برنامه درمانگری برای مقابله با مشکلات برونی‌سازی‌شده در کودکان مبتنی بر آیات و روایات؛

ب) مرحله میانی: تعیین مشخصه‌های آماری جامعه به منظور تشخیص مشکلات برونی‌سازی‌شده کودکان برای تعیین ملاک انتخاب یک گروه نمونه وسیع و تعیین میانگین و انحراف استاندارد؛

ج) مرحله پایانی: اجرای روش درمانگری مبتنی بر آیات و روایات برای

کاهش مشکلات برونی‌سازی شده که در این مرحله، تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس مدل تحلیل کوواریانس برای حذف یا کنترل اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون، انجام شد.

جامعه آماری مرحله میانی

جامعه آماری این مرحله، از همه دانش‌آموزان پسر ۱۰ و ۱۱ ساله پایه‌های چهارم و پنجم نواحی آموزش و پرورش استان قم تشکیل شده است.

نمونه و روش نمونه‌گیری مرحله میانی

تعداد گروه نمونه در این مرحله ۲۰۰ نفر از دانش‌آموزان پایه‌های چهارم و پنجم ابتدایی استان قم بود که به شیوه نمونه‌برداری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. در مرحله نخست، ۲ ناحیه (۲ و ۴) از پرجمعیت‌ترین نواحی استان انتخاب شد و در مرحله دوم تعداد ۲۰ مدرسه، از بین ۲۰۰ مدرسه پسرانه این دو ناحیه به تصادف انتخاب شدند. در مرحله سوم، تعداد ۲۰۰ فرم سه‌گانه کامل، مبنای تعیین گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت.

جامعه آماری مرحله پایانی

جامعه آماری مرحله پایانی از ۲۰۰ دانش‌آموز پایه‌های چهارم و پنجم ابتدایی ناحیه ۲ و ۴ آموزش و پرورش استان قم تشکیل شد.

نمونه و روش نمونه‌گیری مرحله پایانی

تعداد نمونه مرحله پایانی را ۳۰ نفر از دانش‌آموزان تشکیل دادند که نمره فرم کودک آنها، دارای بیشترین انحراف استاندارد (بالتر از ۵/۱) از میانگین جامعه ۲۰۰ نفری بود. این گروه به صورت تصادفی و مساوی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص داده شد و ۱۵ نفر در هر یک از گروه‌ها جای گرفتند. این ۳۰

نفر افرادی بودند که در خودگزارش‌دهی کودک، بالاترین نمره‌ها را دریافت کرده بودند و مشکلات آن‌ها در فرم گزارش والدین و معلم‌ها نیز تأیید شده بود.

ابزارهای سنجش

نظام سنجش مبتنی بر تجربهٔ آشنابخ^{۱۹} شامل مجموعه‌ای از فرم‌ها برای سنجش صلاحیت،^{۲۰} کنش‌وری سازشی و مشکلات عاطفی - رفتاری است. با استفاده از این فرم‌ها می‌توان به آسانی طیف وسیعی از صلاحیت‌ها، کنش‌وری سازشی، مشکلات عاطفی و رفتاری، داده‌های هنجاری به دست آورد. برخلاف بسیاری از آزمون‌های هنجاریابی‌شده، فرم‌های این نظام‌سنجش با استفاده از پرسش‌های بازپاسخ و چندگزینه‌ای، اطلاعات لازم را دربارهٔ بهترین ویژگی‌ها و همچنین عمده‌ترین نقاط ضعف کودکان به دست می‌دهد.^{۲۱} برای به دست آوردن یک تصویر کامل از کنش‌وری کودک، باید را والدین و معلمان فرم‌ها تکمیل کنند و همچنین برای کودکان ۱۱ تا ۱۸ سال توسط خود آن‌ها نیز تکمیل شود.^{۲۲}

اعتبار آزمون

اعتبار آزمون و بازآزمون در بین مصاحبه‌گران در نمره‌های گزارش‌های والدین (CBCL) بین ۹۳/۰ تا ۹۷/۰ برای نمرات به دست آمده از مصاحبه‌گران مختلف و گزارشات والدین با فاصله زمانی ۷ روز بوده است. این پایایی برای مقیاس‌های صلاحیت، کنش‌وری سازشی و نشانگان عاطفی - رفتاری در CBCL برابر با ۹۰/۰ و در فرم گزارش معلم (TRF) برابر با ۸۸/۰ و در فهرست خود گزارش‌دهی (YRS) برابر با ۸۲/۰ بوده است. روایی ملاک این نظام نیز به وسیلهٔ تحلیل رگرسیون مورد حمایت قرار گرفته است. ملاک‌های DSM، پژوهش‌های بین‌فرهنگی، یافته‌های ژنتیک، زیست - شیمیایی و نتایج بلندمدت اعتبارساز این نظام را تأیید کرده‌اند.^{۲۳}

برای هنجاریابی نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ در ایران، پس از انطباق‌های لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی این فهرست با استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای در نمونه‌ای به تعداد ۱۴۳۸ نفر شامل ۶۸۹ دختر و ۷۴۹ پسر بر اساس دوره و پایه تحصیل از سه بخش شمال، مرکز و جنوب شهر تهران و تعدادی از افراد مراجعه‌کننده به بخش روان‌پزشکی بیمارستان روزبه انتخاب، و سپس فرم‌های مختلف این نظام در نمونه اجرا شده است. در این پژوهش، چون گروه نمونه کودکان سنین ۱۰ تا ۱۱ سال هستند و کودکان در این سن به‌طور نسبی می‌توانند در مورد ویژگی‌های عاطفی و رفتاری خود اطلاعاتی را در اختیار دیگران بگذارند، از هر سه فرم خودگزارش‌دهی کودک، گزارش از والدین و فرم گزارش معلم برای ارزیابی مشکلات عاطفی - رفتاری کودکان استفاده شد.

روش اجرای پژوهش

در آغاز، اجرای آزمون برای دانش‌آموزان به صورت جمعی و در مدت یک ساعت انجام شد و پس از تکمیل این فرم‌ها توسط این دانش‌آموزان، فرم گزارش والدین، به نشانی آنها فرستاده شد و همچنین از معلمان مربوطه نیز درخواست شد فرم‌های مربوط به معلمان را تکمیل کنند. براساس نتایج حاصل از فرم خودگزارش‌دهی، نقطه برش در مورد اختلال‌های برونی‌سازی شده تعیین شد. منظور از نقطه برش، نمره‌ای بود که دست‌کم ۵/۱ انحراف استاندارد بالاتر از میانگین جامعه باشد و در عین حال، حجم نمونه لازم برای مرحله پایانی پژوهش فراهم کند. سپس نمره گروه در فرم خودگزارش‌دهی با دو فرم گزارش والدین و گزارش معلم نیز مقابله شده و نشان داد که تقریباً نمونه انتخاب‌شده در هر سه فرم در جایگاه بالاتری نسبت به سایر افراد جامعه بودند.

گروه‌های آزمایش و کنترل به سبب جلوگیری از اثر انتشار به صورت تصادفی در مدارس جداگانه قرار گرفتند. همچنین این دو گروه از لحاظ شدت مشکلات برونی‌سازی شده به صورت گروهی هم‌تا شدند، به شکلی که واریانس و میانگین دو گروه، قبل از آغاز جلسات آموزش والدین تقریباً همسان بودند و تفاوت معناداری نداشتند. والدین گروه آزمایش، در پایان آخرین جلسه آموزشی، و والدین گروه کنترل در آغاز یک جلسه نیم‌روزه آموزش والدین برای بار دوم فرم گزارش والدین را تکمیل کردند و یک هفته بعد، فرم خودگزارش‌دهی به دو گروه مربوطه داده شد و معلمان نیز فرم مربوط به معلم را تکمیل کردند.

توصیف و تحلیل داده‌ها

الف) توصیف داده‌ها: مشخصه‌های آماری گروه‌های نمونه در دو مرحله میانی و پایانی - شامل فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و... - بر اساس روش‌های متداول در آمار توصیفی به دست آمده است، به ترتیب در جدول‌های ۴-۱ تا ۴-۵ ارائه می‌شود.

جدول ۴-۱ مشخصه‌های توصیفی مرحله میانی

میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کمترین نمره	بیشترین نمره
۹۶/۱۴	۹۱۰/۷	۲۷۲/۱	۱	۴۹
۴۳/۱۰	۶۷۰/۹	۶۰۲/۱	۰	۵۵
۰۲/۷	۲۳۴/۹	۸۹۷/۱	۰	۵۳

چنانکه در جدول ۴-۱ دیده می‌شود، میانگین نمره‌ها در فرم خودگزارش‌دهی بیشتر از میانگین نمره‌ها در گزارش مادران بوده است و میانگین نمرات در گزارش معلمان نیز کمترین مقدار را به خود اختصاص داده است؛ اما انحراف استاندارد نمره‌ها در دو گروه والدین و معلمان از گروه کودکان بالاتر به دست آمد و این نشان می‌دهد که پراکندگی نمره‌ها در این دو گروه، بیشتر از گروه کودک است.

مشخصه‌های توصیفی مرحله پایانی

مشخصه‌های توصیفی مرحله پایانی، به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه کودکان، مادران و معلمان با تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۴-۲، ارائه شده است:

جدول ۴-۲ مشخصه‌های توصیفی مرحله پایانی (به تفکیک آزمون)

	گروه آزمایش		گروه کنترل		
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
کودک	پیش‌آزمون	۹۳/۱۷	۱۳۶/۷	۹۳/۱۷	۱۸۸/۵
	پس‌آزمون	۹۳/۵	۱۴۸/۴	۶۶/۱۷	۴۳۳/۵
والدین	پیش‌آزمون	۲۰/۸	۲۶۹/۱۰	۰۶/۹	۶۲۰/۷
	پس‌آزمون	۲۰/۲	۶۸۷/۳	۹۳/۸	۸۱۸/۶
معلم	پیش‌آزمون	۶۰/۵	۱۱۵/۶	۷۳/۳	۴۵۷/۵
	پس‌آزمون	۴۶/۱	۷۲۶/۱	۳۳/۴	۱۰۸/۵

میانگین نمره‌های پیش‌آزمون در فرم خودگزارش‌دهی در هر دو گروه برابر است، اما انحراف استاندارد گروه آزمایش، بالاتر از گروه کنترل است. در پس‌آزمون نیز میانگین نمره‌های گروه آزمایش کاهش چشمگیری داشته است، در حالی که میانگین نمره‌های گروه کنترل کاهش چندانی نداشته است.

ب) تحلیل داده‌ها: برای اطمینان از برابری واریانس‌ها و میانگین‌های دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴-۳ نشان داده شده است:

جدول ۴-۳ نتایج آزمون t برای گروه‌های مستقل:

سطح معناداری	F	سطح معناداری (۲)	t	سطح معناداری
پیش‌آزمون کودک	۴۶/۱	۲۳۶/۰	۰۰/۰	۰۰/۱
پیش‌آزمون والدین	۰۴۹/۰	۸۲۶/۰	- ۲۶۲/۰	۷۹۵/۰
پیش‌آزمون معلم	۰۰۴/۰	۹۵۳/۰	۸۸۲/۰	۳۸۵/۰

تفاوت معناداری بین میانگین‌های پیش‌آزمون دو گروه در فرم کودک و فرم والدین و فرم معلم وجود ندارد و نتایج، نشان‌دهنده برابری بین میانگین‌ها و واریانس‌های دو گروه است.

جدول ۴-۴ نتایج تحلیل کوواریانس

منبع پراش Source	مجموع مجزورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجزورات Ms	F	سطح معناداری Sig
پیش‌آزمون	۷۱/۴۰۷	۱	۷۱/۴۰۷	۶۴/۴۴	/۰۰۰
گروه	۵۳/۱۰۳۲	۱	۵۳/۱۰۳۲	۰۷/۱۱۳	/۰۰۰
خطا	۵۵/۲۴۶	۲۷	۱۳/۹		
کل	۸۰/۱۶۸۶	۲۹			

همان‌طور که در جدول ۴-۴ مشاهده می‌شود، مشخصه F برای پیش‌آزمون از لحاظ آماری معنادار است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت میانگین نمره‌ها در پس‌آزمون تحت تأثیر پیش‌آزمون قرار داشته است. مشخصه F مربوط به گروه اثر مداخله با تعدیل نمره پیش‌آزمون برابر با ۰۷/۱۱۳ بوده، از لحاظ آماری معنادار به دست آمده است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که «مداخله اسلامی - روان‌شناختی» در کاهش اختلال‌های برونی‌سازی‌شده تأثیر داشته است. در مقایسه میانگین‌های دو گروه، گروه آزمایش با کاهش قابل ملاحظه میانگین، از مشکلات برونی‌سازی‌شده کمتری پس از مداخله برخوردار است.

به منظور اطمینان بیشتر از تأثیر روش مداخله بر کاهش اختلال‌های برونی‌سازی‌شده، میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سطح فرم کودک به تفکیک دو گروه از آزمون t برای گروه‌های وابسته استفاده شد.

جدول ۴-۵ نتایج آزمون t برای گروه‌های وابسته

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	t	سطح معناداری
گروه آزمایش	۰۰/۱۲	۸۷/۸	۰۰۰/۰
گروه کنترل	۲۶۶/۰	۷۴۵/۰	۴۶۹/۰

مشخصه t برای تفاوت میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش از لحاظ آماری معنادار است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون، کاهش قابل توجهی داشته است؛ اما این مسئله در میانگین گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که «مداخله اسلامی - روان‌شناختی» در کاهش اختلال‌های برونی‌سازی‌شده تأثیر داشته است.

نتایج

توجه به مؤلفه‌های زیر ضروری است: برای تبیین نتایج پژوهش که به بررسی اثر برنامه درمانی بر کاهش اختلال‌های برونی‌سازی شده می‌پردازد، الف) همگونی واریانس‌ها و برابری میانگین‌های دو گروه در پیش‌آزمون و نبود تفاوت معنادار بین میانگین‌های پیش‌آزمون دو گروه در فرم‌های سه‌گانه؛ ب) کاهش چشمگیر میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش و کاهش نیافتن میانگین پس‌آزمون گروه کنترل؛ ج) تفاوت معنادار بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش.

با توجه به آنچه به دست آمده است، می‌توان نتیجه گرفت که میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون، کاهش قابل توجهی داشته است؛ اما این مسئله در میانگین گروه کنترل اتفاق نیفتاده است. پس گروه آزمایش با کاهش قابل ملاحظه میانگین، از مشکلات برونی‌سازی شده کمتری پس از مداخله برخوردار است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که مداخله اسلامی - روان‌شناختی در کاهش اختلال‌های برونی‌سازی شده تأثیر داشته است و فرضیه پژوهش محقق شده و مورد تأیید قرار گرفته است.

به نظر می‌رسد این بسته درمانی با مداخله و ایجاد تغییر در چند مسئله اصلی، توانسته است در فرایند ارتباط بین والدین و فرزندان تحول مثبتی به وجود آورد و رفتارهای تضادورزانه کودک را به گونه‌ای کاهش دهد که تفاوت تغییر بین میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش معنادار باشد و در نهایت، فرضیه پژوهش را تأیید کند.

بنابراین، در مجموع با آموزش این سبک فرزندپروری سعی شد تا در دو مسئله تغییراتی به وجود آید: الف) در آغاز روابط والد - فرزند سالم‌سازی شود و این تعامل بین والدین و کودک به شکل بهتری صورت گیرد؛ ب) سپس راهبردهای مناسب برای مقابله با پرخاشگری به والدین آموزش داده شود.

شاید در نهایت بتوان گفت که این بسته درمانی مبتنی بر آیات و روایات، با تکیه بر سه موضوع مهم و راهبردی توانست نتیجه لازم را به دست آورد؛ این سه موضوع عبارت‌اند از:

الف) سبک والدگری مناسب از دیدگاه اسلام؛

ب) آسیب‌شناسی رفتارهای تضادورزانه؛

ج) راهبردها و روش‌های ویژه مقابله با تضادورزی از دیدگاه اسلام.

در نهایت به نظر می‌رسد که اشاره به دو نکته حائز اهمیت باشد:

نکته اول اینکه در زمینه اسلامی کردن علوم انسانی و امکان وقوعی آن، بحث‌های زیادی وجود داشته، این موضوع مخالفان و موافقان بسیاری دارد؛ اما آنچه مهم است و این نوشتار به دنبال آن است، پرداختن به فهم محقق از متون اسلامی یعنی آیات و روایات است. در پایان این پژوهش، بالاترین ادعایی که می‌توان ارائه کرد این است که نگارنده در حد توان خود، کوششی را برای استخراج مفاهیم روان‌شناختی از این متون انجام داده است. همچنین برای دفع این احتمال که شاید برخی از افراد معتقد باشند که این نوع از کار اسلامی، فروکاستن نهاد متعالی دین به عرصه علم است، تلاش شد تا تأیید یا رد نظریه‌ای روان‌شناختی دنبال نشود و صرفاً آنچه از آیات و روایات دریافت می‌شود، تبیین گردد. این ویژگی می‌تواند ارزیابی دیگری این پژوهش باشد.

نکته دوم اینکه با توجه به نتایج به دست آمده که نشان‌دهنده رابطه معنا دار بین مواجهه‌های مادران با مشکلات برونی‌سازی شده فرزندان است، باید اذعان کرد که این پژوهش نیز از جمله پژوهش‌هایی است که نظریه تأثیر تعامل والد - کودک بر اختلال‌های برونی‌سازی شده فرزندان را مورد تأیید قرار می‌دهد و توانسته است از این تعامل برای کاهش اختلال کودکان مبتلا به این اختلال استفاده کند.

پی‌نوشت‌ها

1. Gimpel, G . A . Holland, M .L, *Emotional and Behavioral Problems of Young Children: Effective Interventions in the Preschool and Kindergarten Years*, P.86
2. Patterson, G, *Monographs for the Society for Research in Child Development*, 45(5, Serial No.64)the unacknowledged victims, P.0124.
3. Externalizing.
4. Oppositional Defiant Disorder.
5. Conduct Disorder.
6. Attention- Dificit / Hyperactivity Disorder
7. Achenbach, T. M. ,& Rescola, L .A, *Manual for the ASEBA school age: Form & profiles*, Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry,P.53.
8. kendall, P . C, *Child and Adolescent therapy* (2nd ed.), P.112.
- 9Canell .Arin, M. & Godman. Sherryl, H, *The Association Between Psychopathology in Fathers versus Mothers and children 's Internalizing and Externalizing behavior problems: A Meta Analysis*;APA, psychological Bulletin vol , 128, no 5, 2002, P.5-9
10. Canell .Arin, M. & Godman. Sherryl, H, *The Association Between Psychopathology in Fathers versus Mothers and children 's Internalizing and Externalizing behavior problems: A Meta Analysis*;APA, psychological Bulletin vol , 128, no 5, P.5.
۱۱. اصغر مینایی، هنجاریابی نظام سنجشی مبتنی بر تجربه آشنایخ، ص ۱۳.
۱۲. به نقل از:
Canell .Arin, M. & Godman. Sherryl, H, *The Association Between Psychopathology in Fathers versus Mothers and children 's Internalizing and Externalizing behavior problems: A Meta Analysis*;APA, psychological Bulletin vol , 128, no 5, P.11
13. ntisocial Personality Disorder.
۱۴. راسل ای بارکلی و ماش اریک، روان‌شناسی مرضی کودک، ترجمه حسن توننده‌جانی، ج ۱، ص ۵۶.
15. Gimpel, G . A . Holland, M .L, *Emotional and Behavioral Problems of Young Children: Effective Interventions in the Preschool and Kindergarten Years*, P.102.
- C.F: Gimpel, G . A . Holland, M .L, *Emotional and Behavioral Problems of Young Children*, P.102
16. Canell .Arin, M. & Godman. Sherryl, H, *The Association Between Psychopathology in Fathers versus Mothers and children 's Internalizing and Externalizing behavior problems: A Meta Analysis*;APA, psychological Bulletin vol , 128, no 5, P.17.
- 17Gimpel, G . A . Holland, M .L, *Emotional and Behavioral Problems of Young Children: Effective Interventions in the Preschool and Kindergarten Years*, P.95.
18. Foote, R, & Others, *Parent-child interaction approaches to the treatment of child behavior problems*. In T. Ollendick & R . Prinz (Eds.), *Advances in clinical child Psychology* Vol. 20, P.78.
19. Ashenbakh System of Empirically Based Assessment.
20. Competence.
21. Achenbach, T. M. ,& Rescola, L .A, *Manual for the ASEBA school age: Form & profiles*, Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry, P.48
22. Ibid, P.71.
23. Ibid, P.134.

منابع

- بارکلی، راسل ای و ماش اریک، *روان‌شناسی مرضی کودک*، ترجمه حسن توزنده‌جانی، مشهد، آوای کلک، ۱۳۸۳.
- مینایی، اصغر، *هنجاریابی نظام سنجشی مبتنی بر تجربه آشناباخ*، تهران، سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی، ۱۳۸۴.
- Achenbach, T. M. ,& Rescola, L .A, *Manual for the ASEBA school age: Form & profiles*, Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry, 2001.
- Canell .Arin, M. & Godman. Sherryl, H, *The Association Between Psychopathology in Fathers versus Mothers and children 's Internalizing and Externalizing behavior problems: A Meta Analysis*;APA, psychological Bulletin vol , 128, no 5, 2002.
- Foote, R. Eyberg, S. & Schuhmann, E, *Parent-child interaction approaches to the treatment of child behavior problems*. In T. Ollendick & R . Prinz (Eds.), *Advances in clinical child Psychology Vol. 20* . New York: Plenum Press, 1998.
- Gimpel, G . A . Holland, M .L, *Emotional and Behavioral Problems of Young Children: Effective Interventions in the Preschool and Kindergarten Years*, New York Guilford press, 2002.
- kendall, P . C, *Child and Adolescent therapy* (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2003.
- McMahon, R . & Estes, A, *conduct problems*. In E . Mash & L Terdal (Eds.), *Assessment of childhood disorders* (3rd ed., pp.130 -196). New York: Guilford Press, 1997.
- Patterson, G, *Monographs for the Society for Research in Child Development*, 45(5, Serial No.64)the unacknowledged victims, 1982.