

## اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر بهزیستی اجتماعی، هیجانی، روان‌شناختی و کاهش نشانه‌های کودکان دارای اختلال سلوک

زیبا برقی ایرانی<sup>1</sup>، مجتبی بختی<sup>2</sup>، محمدجواد بگیان کوله مرز<sup>3</sup>

1. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، 2. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه پیام نور، 3. دانشجوی دکتری

روان‌شناسی دانشگاه رازی کرمانشاه

(تاریخ وصول: 92/10/27 - تاریخ پذیرش: 93/10/07)

### The Effectiveness of a Cognitive Processing-based Social Skills Training on the Effectiveness of Cognitive Processing Based Training of Social Skills on, Emotional, Psychological Well-being and Reducing the Symptoms of Children with Conduct Disorder

Ziba Barghi Irani<sup>1</sup>, Mojtaba Bakhti<sup>2</sup>, Mohammad Javad Bagiyankulemarz<sup>3</sup>

1. Assistant Professor in Department of Psychology, Payame Noor University, 2. M.A. of General Psychology, Payame Noor University, 3. Ph.D. student in Psychology, Razi Kermanshah

(Received: Jan. 17, 2014 - Accepted: Dec. 28, 2014)

#### Abstract

**Introduction:** The main aim of the Present study was to assess the effectiveness of a cognitive processing -Based social skills training on social, emotional, psychological well-being and reduce the symptoms of children with conduct disorder. **Method:** This research was an experimental study including pre-tests and post-tests with control group. The statistical Universe of the study included elementary school boys in Delfan city in the academic year 1392-93 (A.H). The subjects of the study included 40 male students from among the male students in Delfan city identified by the scales of CSI-4 (parent & teacher form), psychological well-being Personal and Structured clinical interview and chosen through simple random sampling Then They were assigned to two groups of control and experimental (20 students in each group). **Results:** The results of multivariate analysis of covariance (MANCOVA) showed that cognitive processing -Based social skills training on social, emotional, psychological well-being male students was effective ( $P < 0/001$ ) and led to the reduction of conduct disorder symptoms in the subjects ( $p < 0.005$ ). **Conclusion:** Based on the findings, we can say that training cognitive processing -Based social skills culminates in an increased mental health and plays an effective role in preventing conduct disorder.

**Keywords:** Cognitive Processing-Based Social Skills Training, Conduct Disorder, Well-Being, Children.

#### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر بهزیستی اجتماعی، هیجانی و روان‌شناختی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک بود. **روش:** این پژوهش به شیوه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی شهرستان نورآباد (دلفان) در سال تحصیلی 92-93 بودند. آزمودنی‌های پژوهش شامل 40 دانش‌آموز پسر دارای اختلال سلوک بود که از میان دانش‌آموزان بعد از شناسایی به‌وسیله مقیاس درجه‌بندی اختلال سلوک و انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه بالینی ساختاریافته، مقیاس درجه‌بندی اختلال سلوک و مقیاس بهزیستی شخصی استفاده شد. **یافته‌ها:** تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر بهزیستی دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک مؤثر بوده ( $P < 0/001$ ) و منجر به کاهش نشانه‌های مرضی اختلال سلوک در دانش‌آموزان مبتلا شده است. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی به افزایش سلامت روان منجر می‌شود و در پیشگیری از اختلال سلوک نقشی مؤثر دارد.

**واژگان کلیدی:** آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی، اختلال سلوک، بهزیستی، کودکان دبستانی.

## مقدمه

دیویسون<sup>5</sup>، (2005) میزان شیوع این اختلال را در کودکان 8 تا 16 ساله 5 تا 10 درصد برآورد کرده‌اند.

از جمله عواملی که می‌تواند در تشدید نشانه‌های سلوک تأثیرگذار باشد مهارت‌های اجتماعی ضعیف است. افراد ناتوان در مهارت‌های اجتماعی با مشکلات متنوعی در روابط بین فردی (کوهان، چیرز و سیرجیان<sup>6</sup>، 1997)، کار، محیط‌های تحصیلی (هارد، اسپرسون، هی، لی، وابی، سوانسون، تاپیر<sup>7</sup>، 2002) و حوزه‌های عاطفی - رفتاری (لویبر، بارکی، لاهی، وینتر و پرا<sup>8</sup>، 2000؛ وندر<sup>9</sup>، 2005) روبرو می‌شوند. کودکان مبتلا دارای اختلال سلوک به شدت در معرض طرد همسالان، عملکرد ضعیف تحصیلی و افزایش تدریجی رفتار پرخاشگرانه (پترسون و همکاران، 1992؛ نقل از باررا و همکاران، 2002) هستند. همچنین این کودکان در زمینه کاربرد مهارت‌های اجتماعی بسیار ضعیف عمل کرده و در مشکلات بین فردی نمی‌توانند شیوه‌های مختلفی برای رفع مشکل پیدا کنند و از بهزیستی پایینی برخوردارند (گیلمور، هیل، پلیس و اسکوز، 2004؛ آلبرت، 2005 و امیری، 1381). از نظر کیز (2000) افرادی که سطوح مطلوبی از بهزیستی را دارا باشند دید مثبتی به ذات بشر دارند، به افراد دیگر اعتماد می‌کنند و معتقدند مردم قادرند خوب باشند. شناخت و پذیرش دیگران، عنصر پذیرش

در بین اختلالات روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان، اختلال سلوک از وخیم‌ترین اختلالات و نیز از عمده‌ترین دلایل ارجاع به مراکز درمانی است (هنچلز و شی‌دو<sup>1</sup>، 2003). مشخصه اصلی این اختلال، طبق متن تجدید نظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، الگوی پایدار از رفتار تکراری است که در آن حقوق اساسی دیگران و یا هنجارها و قواعد عمده اجتماعی متناسب با سن نادیده گرفته می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا 2000؛ ترجمه نیکخو و آوادیس یانس، 1384). این الگوهای رفتاری معمولاً در طول زمان پایدار هستند (تاینان<sup>2</sup>، 2008). علائم این اختلال اغلب با گذشت زمان شدت یافته و در سنین نوجوانی منجر به درگیری با مراجع قانونی می‌گردد (هنچلز و شی‌دو، 2003). در نتیجه، بسیاری از مبتلایان به این اختلال فرصت شرکت در درمان به‌موقع را از دست می‌دهند؛ به عبارت دیگر، علاوه بر دشواری‌های خاص درمان این اختلال به دلیل ماهیت ویژه آن، بزهکاری و درگیر شدن با مراجع قانونی بر مشکلات موجود بر سر راه درمان این اختلال می‌افزاید. مطالعات نشان می‌دهند بیش از نیمی از جرائم و تخلفات صورت گرفته توسط بزهکاران را کسانی مرتکب می‌شوند که از کودکی به اختلال سلوک مبتلا بوده‌اند (دیستی، میچالیسکی، اکی‌تسوکی و لاهی<sup>3</sup>، 2009). فارینگتون و اسمیت<sup>4</sup> (2004) به نقل از

5. Davison

6. Kuhne, Scheres & Sergeant

7. Harada, Asherson, Hay, Levy, Swanson & Thapar

8. Loeber, Burke, Lahey, Winters & Zera

9. Wender

1. Henggeler & Sheidow

2. Tynan

3. Decety, Michalaska, Akitsuki & Lahey

4. Farington & Smith

محیط طبیعی را، بزرگ‌ترین مشکل آموزش سنتی مهارت‌های اجتماعی (آموزش، ارائه الگو، تمرین، بازخورد و تقویت) می‌دانند؛ زیرا در این شیوه، آموزش یک مهارت تنها دستورالعملی مستقیم درباره یک نحوه عمل مشخص در یک موقعیت خاص است و انعطاف‌پذیری لازم را برای تطبیق با موقعیت‌های جدید ندارد (راحیل، 2002). بر همین اساس به‌کارگیری شیوه‌های غیرمستقیم مثل بازی و داستان در آموزش مهارت‌ها یک ضرورت به حساب می‌آید.

امروزه روش‌های درمانی جدیدی در حوزه روان‌شناختی برای درمان افراد مبتلا به اختلالات سلوک به کار گرفته شده است. از جمله این درمان‌ها آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی است. در سال‌های اخیر، رویکرد پردازش شناختی یا به عبارت دیگر رویکرد حل مسئله در آموزش مهارت‌های اجتماعی از مقبولیت بیشتری برخوردار شده است. از آنجاکه این رویکرد افراد را به فکر کردن وامی‌دارد، تعمیم مهارت‌های اجتماعی آموزش داده شده آسان‌تر است و افراد در مقایسه با رویکرد آموزش مستقیم به طرز فعال‌تری به آموختن مهارت‌ها تشویق می‌شوند. در آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر رویکرد پردازش شناختی، مراحل رمزگشایی اجتماعی، تصمیم‌گیری اجتماعی، عملکرد اجتماعی و ارزیابی اجتماعی به ترتیب دنبال می‌شوند (شکری، علی‌پور و آگاه هریس، 1391؛ پیرخائفی و معنوی‌پور، 1391). در این رویکرد، به‌جای آموزش جداگانه‌ی مهارت‌های اجتماعی به افراد، تلاش شد که با در نظر گرفتن شرایط

و ارزش فرد به‌عنوان یک شریک اجتماع، عنصر تشریک مساعی و سرانجام باور به تحول مثبت اجتماعی، عنصر شکوفایی بهزیستی است و این عناصر می‌توانند وحدت اجتماعی، پیوند اجتماعی و حسن ظرفیت برای رشد مداوم جامعه و میزان راحتی افراد در پذیرش دیگران را ارزیابی کنند (کیز، 2004، 2005) و در مجموع یا عدم سلامت روان را مطرح کند (سگرین و تایلر، 2007).

مهارت‌های ضعیف اجتماعی، پیش‌بینی‌کننده مشکلات رفتاری بعدی در این کودکان هستند (پارکر و آشر نقل از داج، 1993). فوردایس تماس اجتماعی و آموزش مهارت‌های اجتماعی را به‌عنوان راهی برای بهبود بهزیستی روان‌شناختی و افزایش شادی و کاهش اختلالات رفتاری کودکان، پیشنهاد می‌کند. به‌علاوه تحقیقات طولی نشان داد که افزایش یا کاهش در تماس اجتماعی با میزان بهزیستی روان‌شناختی همراه است (سنیک، 2005). بنابراین به نظر می‌رسد افزایش مهارت‌های اجتماعی و رشد توانایی‌های مربوط به مدیریت خشم و خودکنترلی (باررا و همکاران، 2002) و همچنین تغییر و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگاری که کودکان دارای اختلال سلوک از جهان پیرامون خود دارند، مؤلفه‌هایی اساسی در مداخلات پیشگیرانه و درمانی و افزایش بهزیستی برای کودکان مبتلا به اختلال سلوک باشند. گرچه تأثیرات نسبی آموزش مستقیم مهارت‌های شناختی و اجتماعی در چند مطالعه گزارش شده است (کازدین، 1381)، به‌طورکلی پژوهشگران عدم تعمیم‌پذیری مهارت‌های آموخته شده به

اجتماعی بر دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام شده است (ویر و استراتون، 1998). با توجه به تأثیر منفی این اختلال بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد، انجام تحقیقات محدود در زمینه افراد مبتلا به اختلال سلوک، فقدان پژوهش در مورد اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر بهزیستی اجتماعی، هیجانی و روان‌شناختی کودکان دارای اختلال سلوک، استفاده از نتایج این پژوهش در محیط‌های درمانی و مشاوره‌ای و فراهم‌سازی زمینه‌ای برای تحقیقات بعدی، از جمله ضرورت‌های انجام این پژوهش است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر:

1. آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک مؤثر است؟

2. اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر کاهش علائم مرضی اختلال سلوک مؤثر است؟

### روش

این پژوهش به شیوه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد.

**جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری:** جامعه

آماري شامل کلیه دانش‌آموزان پسر پایه‌های سوم، چهارم، پنجم و ششم شهرستان نورآباد (دلفان) در سال تحصیلی 92\_1391 بودند. در انتخاب نمونه این پژوهش از روش نمونه‌برداری چندمرحله‌ای و نمونه هدفمند استفاده شد. گزینش نمونه به روش نمونه‌برداری چند مرحله‌ای به این طریق صورت گرفت که ابتدا از بین 18 دبستان پسرانه شهرستان دلفان، به‌طور

اجتماعی، مهارت‌های حل مسئله به آن‌ها آموزش داده شود و مهارت‌های حل مسائل اجتماعی به‌گونه‌ای در آن‌ها تقویت شود که بتوانند شرایط مختلف اجتماعی را با موفقیت پشت سر گذارند (ویر و استراتون، 1998). آدپو (1999) طی تحقیقی نتیجه می‌گیرد دانش‌آموزان مقطع ابتدایی که دارای رفتارهای نابهنجارند، می‌توانند به‌طور موفقیت‌آمیزی مهارت‌های اجتماعی را یاد بگیرند (به نقل از کریمی و همکاران، 1388). یئو، وانگ، گرکین و انسلی<sup>1</sup> (2005) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که کاربردی آموزه‌های شناختی رفتاری در کودکان با اختلالات رفتاری - هیجانی شدید قادر است رفتارهای ناسازگارانه کودکان مبتلا به اختلالات سلوکی را کاهش دهد. نتایج پژوهش بابرج (2001) با عنوان اثرات برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی، نشان‌دهنده افزایش عملکردآزمودنی‌های گروه مورد در مؤلفه‌های مقیاس رفتارهای پسندیده اجتماعی و خودکنترلی است (بیرگ، 2007). فروع‌الدین عدل (1372)، اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی را در بهبود رفتارهای اخلاک‌گراانه کودکان مورد مطالعه قرار داد. تحلیل نتایج نشان داد که در گروه آزمایش کاهش معناداری در رفتارهای اخلاک‌گراانه مشاهده شده است (فروع‌الدین، 1372). نتایج پژوهش سخندان توماج (1380) نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی در کاهش مشکلات رفتاری - عاطفی کودکان دبستانی به‌طور معناداری مؤثر بوده است (سخندان، 1380). مطالعاتی نیز در زمینه اثربخشی برنامه آموزش مهارت‌های

1. Yeo, Wong, Gerken & Ansley

نقص توجه - بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک را موردسنجش قرار می‌دهد. مطالعاتی که در زمینه اعتبار و روایی پرسشنامه علائم مرضی کودک انجام گرفته است، کاربرد پرسشنامه فوق را در موقعیت‌های آموزشی، بالینی و پژوهشی مورد تأیید قرار می‌دهند و این پرسشنامه از روایی و اعتبار لازم به‌منظور شناسایی و غربال کودکان دارای اختلال‌های هیجانی و رفتاری در جمعیت‌های بالینی و مدرسه‌رو و تفکیک آن‌ها از نمونه‌های غیربالینی برخوردار است (به نقل از رضایی، 1379). پژوهش‌های انجام شده در ایران روی فرم معلم با روش بازآزمایی ضریب اعتبار را 0/89 تا 0/96 گزارش کرده‌اند (به نقل از رضایی، 1379). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه علائم مرضی کودک فرم معلم 0/90 به‌دست آمد.

**2- مقیاس بهزیستی:** برای سنجش بهزیستی از مقیاس بهزیستی شخصی که کیز طی سال‌های (2002 و 2003) در تحقیقات خود به‌کاربرده است، استفاده خواهد شد. این مقیاس خود از سه بخش بهزیستی روان‌شناختی، عاطفی و اجتماعی تشکیل شده است:

**الف- فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی:** این مقیاس مشمل بر 18 ماده برای سنجش 6 بعد بهزیستی روان‌شناختی است که بر اساس مقیاسی 7 درجه‌ای از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» و نمره‌گذاری به ترتیب از 1 تا 7، پاسخ داده می‌شود (ریف، 1989). مقدار آلفای کرونباخ این زیر مقیاس 0/43 تا 0/67 گزارش شده‌است (گلستانی بخت، 2007).

تصادفی 9 مدرسه انتخاب و در مرحله دوم از هر مدرسه یک کلاس از پایه سوم، یک کلاس از پایه چهارم، یک کلاس از پایه پنجم و یک کلاس از پایه ششم شهرستان به‌عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند. حجم نمونه 685 نفر بود. در مرحله سوم پرسشنامه علائم مرضی کودکان توسط مادران گروه نمونه تکمیل شد. بر اساس نمره برش پرسشنامه علائم مرضی کودکان (نمره 3 یا بیشتر در فرم والد) 40 دانش‌آموز پسر دارای نشانه‌های اختلال سلوک بعد از انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیر گروه حداقل 15 نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش از اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه 40 نفر (20 نفر برای هرگروه) در نظر گرفته شد (دلاور، 1390). در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

**1- پرسشنامه علائم مرضی کودک:** این پرسشنامه یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که توسط اسپرافکین و گادو به‌منظور غربال اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان سنین 5 تا 12 ساله و بر اساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی طراحی شده است و دارای دو فرم والد و معلم است (به نقل از رضایی، 1379). در پژوهش حاضر، فقط از چک‌لیست معلمان و 40 عبارت اول آن (گروه A، B و C) استفاده شده است که به ترتیب اختلالات

ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای کل پرسش‌نامه 0/78 و برای زیر مؤلفه‌های این مقیاس عبارت است از: بهزیستی هیجانی (0/83)، بهزیستی روان‌شناختی (0/81) و بهزیستی اجتماعی (0/67).

3- **مصاحبه بالینی ساختاریافته:** نوعی مصاحبه تشخیصی که در آن درمانگر سؤالاتی را طراحی می‌کند تا او را به هدف درمانی نزدیک کند. در این نوع مصاحبه برخلاف مصاحبه غیر ساختاری، موضوعات مورد بحث طبق برنامه از پیش تنظیم شده‌ای ارائه می‌شود و مصاحبه‌کننده به چگونگی بحث جهت می‌دهد (رضا محمدی، 1385). در این پژوهش به منظور تشخیص وجود نشانه‌های اختلال سلوک، بر اساس معیارهای DSM-IV-TR مصاحبه تشخیصی ساختاریافته به دست پژوهشگر از دانش‌آموز انجام شد.

**برنامه درمانی آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی:** «برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی»، طرحی است که توسط پژوهشگر بر مبنای اقتباس از شش منبع با عناوین رویکرد پردازش شناختی (کولت - کلینگبرگ و چدسی - راش به نقل از تویسرکانی راوری، 1387)، آموزش هوش هیجانی به کودکان (نامکا<sup>1</sup>، 2006)، مهارت‌آموزی برای کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری (بلوم‌کوئیست<sup>2</sup>، 1996)، مجموعه قصه پنج‌جلدی دعوا نکنیم، گفت‌وگو کنیم (ژیرارد<sup>3</sup>، 2000)، مجموعه قصه‌های احساس‌های تو

**ب- مقیاس فرعی بهزیستی هیجانی:** این مقیاس با 12 سؤال، هیجان‌های مثبت و منفی افراد را در یک ماه منتهی به مطالعه ارزیابی می‌کند و نمره‌ای است که فرد در مقیاس فرعی بهزیستی هیجانی به دست می‌آورد. آن‌ها احساس کلی خود را در مقیاس 5 درجه‌ای لیکرت از 1 (تمام مدت) تا 5 (هیچ‌وقت) رتبه‌بندی می‌کنند. 1 به معنی بدترین حالت و 5 به معنی بهترین حالت هیجانی است (گلستانی بخت، 2007).

**ج- مقیاس فرعی بهزیستی اجتماعی:** بهزیستی اجتماعی عبارت است از نمره‌ای که فرد در این مقیاس فرعی به دست می‌آورد. این مقیاس دارای 15 سؤال و شامل 5 مؤلفه مقبولیت و پذیرش اجتماعی، واقع‌گرایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی و همبستگی اجتماعی است. پاسخ‌گویان ارزیابی کلی خود را در مقیاس 7 درجه‌ای لیکرت از 1 (بسیار زیاد مخالفم) تا 7 (بسیار زیاد موافقم) رتبه‌بندی می‌کنند (گلستانی بخت، 2007). این پرسشنامه توسط گلستانی بخت (گلستانی بخت، 2007) روی 57 آزمودنی اجرا و اعتباریابی شده است. وی ضریب همبستگی پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی را 0/78 و مقیاس فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی را به ترتیب 0/76، 0/64 و 0/76 گزارش کرده است. ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه 0/80 و برای مقیاس‌های فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی را به ترتیب 0/86، 0/80 و 0/61 به دست آمده است. در پژوهش حاضر،

1. Namka  
2. Blomquist  
3. Girardet

که کودکان مبتلا به اختلال سلوک، در برخورد های اجتماعی و هنگام روبه‌رو شدن با موقعیت های مبهم یا مشکل اجتماعی در اختیار دارند و بر مبنای آموزش در چهار زمینه شناخت احساسات و هیجانات، ریشه و نقش آن در رفتار های شخص و عکس العمل های دیگران، کنترل تکانه، مهارت حل مسئله اجتماعی و مهارت های اجتماعی مطلوب در مدرسه طراحی شده است. به منظور آموزش هر یک از این زمینه ها، داستان هایی نوشته شد که به طور غیرمستقیم مهارت های مورد نظر را تعریف کرده، فایده کاربرد آن و چگونگی به کارگیری آن را توضیح می دهد. برای افزایش مشارکت کودکان و در نتیجه افزایش سطح دقت، توجه و یادگیری آن ها، تمرین ها و فعالیت های مکملی نیز طراحی شد.

شیوه های مختلف به کارگیری قالب داستان در این برنامه به این شکل بود: 1- قرائت قصه توسط درمانگر، ارائه تصاویر و صحبت درباره مضمون داستان با سؤال های نیمه سازمان یافته. 2- قرائت قصه توسط اعضای گروه به صورت نوبتی، ارائه تصاویر و صحبت درباره مضمون قصه با سؤال های نیمه سازمان یافته. 3- قرائت قصه توسط درمانگر یا یکی از اعضای گروه و تمرین و نمایش آن توسط کودکان. 4- قصه سازی گروهی: در این شیوه درمانگر قصه ای را با هدف بیان موضوعی خاص (یک مهارت یا یک مسئله اجتماعی) آغاز کرده و از کودکان می خواهد که به ترتیب به آن جمله ای اضافه نمایند. درمانگر در مواقع لازم به منظور هدایت جریان قصه به سمت هدف تعیین شده، قسمتی را به قصه اضافه کرده یا

(موزس<sup>1</sup>، 1998) و روان شناسی بالینی کودک (لطفی و وزیری، 1380) برای مداخله در اختلال سلوک کودکان تدوین شد و پس از بازنگری بر اساس نظرات کارشناسان و تأیید پنج متخصص روان شناسی، در پژوهش حاضر مورداستفاده قرار گرفت. در این برنامه مراحل رمزگشایی اجتماعی، تصمیم اجتماعی، عملکرد اجتماعی و ارزیابی اجتماعی رویکرد ادراک شناختی در هنگام تدریس مهارت های اجتماعی دنبال می شد. در آغاز هر یک از جلسات آموزشی، توضیحاتی برای دانش آموزان دارای اختلال سلوک در زمینه لزوم فراگیری مهارت اجتماعی مورد نظر داده می شد. سپس تصویر ترسیم شده برای اولین داستان به او نشان داده شده و داستان برای او خوانده می شد. در پی اجرای آموزش هر مرحله از مهارت ها، پژوهشگر پرسش های این مرحله را با صدای بلند از خود می پرسید و پاسخ های مورد انتظار را با صدای بلند ارائه می داد (مدل سازی). سپس، پژوهشگر به دانش آموز می گفت: «حالا نوبت توست» و از او می خواست که پرسش های مراحل آموزش را از خود بپرسد و رفتارهایی را که مشاهده کرده است به نمایش درآورد. در آموزش مهارت های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی از شیوه های بحث فعال، بارش مغزی، ارائه بازخورد، طرح داستان های نیمه تمام و حل مسئله های فرضی استفاده شد. محور این برنامه آموزش مهارت اجتماعی با استفاده از ساختار قالب داستان به همراه فعالیت های مکمل است. هدف این برنامه افزایش شمار راهبردهایی است

1. Moses

که پیش‌تر یاد گرفته ارائه دهد. 4 داستان جدید و تصاویر مرتبط با آن‌ها که پیش‌تر در جلسات آموزش از آن‌ها استفاده نشده بود در جلسات تعمیم مورد استفاده قرار گرفت.

**روش اجرا:** بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و نمره‌گذاری، نمونه نهایی پژوهش به ترتیبی که در روش نمونه‌گیری عنوان شد، انتخاب و به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شد. گروه آزمایشی در 8 جلسه 90 دقیقه‌ای به مدت یکماه، هفته‌ای دوبار در جلسات گروهی «آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی» شرکت کردند. داستان‌ها و فعالیت‌های مورد اجرا در این برنامه بر اساس نشانه‌های اختلال سلوک در کودکان و مهارت‌های موردنیاز آنان در مدرسه و در برخورد با مشکلات تعاملات اجتماعی روزمره، نگارش و تدوین شده بود. گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکرد. سه هفته بعد از اتمام جلسات، پرسشنامه بهزیستی شخصی و علائم مرضی کودکان (فرم والد) بین مادران کودک دارای اختلال سلوک هر دو گروه توزیع شد. پرسشنامه‌ها طی یک هفته جمع‌آوری شده و داده‌های به دست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### یافته‌ها

میانگین (و انحراف) معیار سنی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک در دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر 13/54 (و 3/58) و 14/32 (و 4/08) بود. در نمونه مورد مطالعه در گروه آزمایشی (و کنترل) 18/33 (و 19/36) فرزند اول، 27/15 (و 36/45) فرزند دوم، 34/63 (و 25/25) فرزند سوم

پرسشی را مطرح می‌نماید. 5- قصه‌سازی با جملات آماده: در این شیوه جملات یک داستان کوتاه بر روی کارت‌هایی نوشته شده و در اختیار کودکان قرار می‌گیرد (هر جمله بر روی یک کارت). کودکان جملات را طوری نظم می‌دهند که یک داستان شکل بگیرد، سپس به نوبت داستان خود را برای سایر اعضا می‌خوانند و درباره مضمون داستان‌ها در گروه بحث می‌کنند. 6- قصه‌سازی بر اساس تصاویر: به هرکدام از کودکان کارت‌هایی از تصاویر ارائه می‌شود (6 تا 8 کارت) و از آن‌ها خواسته می‌شود که بر اساس تصاویر، دو یا سه قصه بسازند و آن را برای سایر اعضا تعریف کنند. 7- بررسی تعمیم: هدف از جلسات تعمیم مشاهده‌ی این مسئله است که آیا دانش‌آموزان در موقعیت‌ها و محیط‌های مختلف از راه پرسش سؤالات (چه اتفاقی افتاده؟ من چه می‌توانم بکنم؟ من باید کدام رفتار را انجام دهم؟ نتیجه‌ی این رفتار چه خواهد بود؟) از خود و بر پایه‌ی رویکرد پردازش شناختی (که انتظار می‌رود او در پایان جلسات آموزشی آن‌ها را آموخته باشد) قادر به نشان دادن مهارت اجتماعی مناسب هستند یاخیر؟ درمانگر با توجه به جمع‌آوری داده‌ها برای جلسات تعمیم (برخلاف جلسات آموزشی) چهار مرحله رویکرد پردازش شناختی را برای دانش‌آموز الگوسازی نکرد، بلکه تنها تصاویر ارائه داده شدند، داستان‌ها خوانده شدند و آموزش داده شد. «اگر تو به‌جای شخصی که در تصویر است بودی چه کار می‌کردی؟» پس از آن از دانش‌آموز انتظار می‌رفت که پرسش‌های لازم را از خود بپرسد و پاسخ‌ها را با توجه به مراحل



زیر دیپلم، 36 (و 25) درصد دیپلم، 7 (و 6) درصد فوق دیپلم و 7 (و 4) درصد دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. وضعیت شغلی پدران گروه آزمایش (و کنترل) به ترتیب 25 (و 33) درصد کارمند و 75 (و 67) درصد پدران دارای شغل آزاد بودند.

و 19/89 (و 18/94) نفر فرزند چهارم و بالاتر بودند. همچنین سطح تحصیلات پدران (و مادران) در گروه آزمایش به ترتیب برابر 61 (و 59) درصد زیر دیپلم، 30 (و 31) درصد دیپلم، 6 (و 7) فوق دیپلم و 3 (و 3) درصد لیسانس و بالاتر بودند. همچنین در گروه گواه 50 (و 65) درصد

جدول 1. نتایج تحلیل اثربخشی آموزش مهارت اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر بهزیستی اجتماعی، هیجانی و روان‌شناختی.

متغیر		آزمایش				کنترل			
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
هیجانی		2/93	33/20	1/57	39/73	3/22	34/15	3/27	36/63
روان‌شناختی		3/27	68/80	3/1	77/40	3/85	68/60	4/23	69/23
اجتماعی		2/73	51/80	3/58	63/1	2/72	51/66	3/18	53/41
بهزیستی کل		5/74	153/80	5/72	180/20	6/92	154/61	6/92	159/27
اختلال سلوک		2/45	11/06	7/32	3/71	2/63	10/96	3/03	10/54

انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در بهزیستی کل 154/61 (و 6/92) و سلوک 10/96 (و 2/63) است؛ و نمره کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در بهزیستی کل 159/15 (و 6/92) و اختلال سلوک 10/54 (و 3/03) است.

همان‌طور که در جدول 1 مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون دانش‌آموزان گروه آزمایش در بهزیستی کل 153/80 (5/74) و سلوک 11/06 (و 2/45) است؛ و نمره کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه آزمایش در بهزیستی کل 180/20 (و 5/72) و سلوک 7/32 (و 3/71) است. همچنین میانگین (و

زیبا برقی ایرانی، مجتبی بختی و همکاران: اثر بخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر بهزیستی ...

جدول 2. اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA).

متغیر	آزمون	ارزش	فرضیه DF	خطا DF	F	سطح معناداری	ETA
گروه	پیلایی - بارتلت	0/879	3	33	55/483	0/000	0/879
	لامبدای ویلکز	0/121	3	33	55/483	0/000	0/879
	هتلینگ لالی	7/237	3	33	55/483	0/000	0/879
	بزرگترین ریشه روی	7/237	3	33	55/483	0/000	0/879

آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد.

همان‌طور که در جدول 2 مشاهده می‌شود، نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های بهزیستی اجتماعی، روان‌شناختی و هیجانی و سلوک معنی‌دار است [Wilks, F(55,483) = 0/121, P ≤ 0/001].

جدول 3. نتایج آزمون باکس در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در نمرات کلی متغیرهای بهزیستی و اختلال سلوک.

Sig	DF2	DF1	F	BOX'M
0/344	5/680	6	1/126	7/653
آزمون لون				
Sig	DF2	DF1	F	Levene's
0/298	39	1	1/123	هیجانی
0/630	39	1	0/238	روان‌شناختی
0/553	39	1	0/361	اجتماعی
0/751	39	1	0/102	بهزیستی کل
0/625	39	1	0/136	اختلال سلوک

واریانس/کوواریانس به درستی رعایت شده است (BOX=7/653 و F=1/126, P=0/344) بر اساس آزمون لون و عدم معنی‌داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لون استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های

**جدول 4.** نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) برای مقایسه تفاضل پیش آزمون - پس آزمون نمرات مؤلفه‌های بهزیستی شخصی در دو گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک و گروه کنترل.

ETA	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر وابسته	
0/776	P≤0/001	21/591	93/733	4	374/934	هیجانی	عرض از مبدأ
0/721	P≤0/001	16/113	169/714	4	678/855	روان‌شناختی	
0/822	P≤0/001	28/793	253/129	4	1012/517	اجتماعی	
0/869	P≤0/001	41/544	1447/529	4	5790/115	بهزیستی کل	
0/357	P≤0/013	11/87	123/236	4	298/376	اختلال سلوک	
0/745	P≤0/001	73/169	317/650	1	317/650	هیجانی	گروه
0/700	P≤0/001	58/227	613/279	1	613/279	روان‌شناختی	
0/818	P≤0/001	112/172	986/139	1	986/139	اجتماعی	
0/863	P≤0/001	157/118	5474/528	1	5474/528	بهزیستی کل	
0/281	P≤0/013	33/234	98/231	1	98/231	اختلال سلوک	
			4/341	35	108/533	هیجانی	خطا
			10/532	35	263/312	روان‌شناختی	
			8/791	35	219/783	اجتماعی	
			34/843	35	871/085	بهزیستی کل	
			33/241	35	132/621	اختلال سلوک	
				40	40378/000	هیجانی	کل
				40	160083/000	روان‌شناختی	
				40	99731/000	اجتماعی	
				40	839328/000	بهزیستی کل	
				40	31142/000	اختلال سلوک	

گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/001$ )؛ به عبارت دیگر، این یافته‌ها بیانگر افزایش بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی، اجتماعی و کاهش علائم مرضی اختلال سلوک در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است.

نتایج جدول 3 نشان می‌دهد بین میانگین نمرات بهزیستی هیجانی ( $F=73/169$ )، بهزیستی روان‌شناختی ( $F=58/227$ )، بهزیستی اجتماعی ( $F=112/172$ ) و اختلال سلوک با ( $F=33/234$ ) بین گروه‌های آموزشی مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی و

## نتیجه‌گیری و بحث

بزنند و از لحاظ اجتماعی منزوی و از لحاظ روانی آسیب‌پذیر باشند؛ اما مهارت اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی که متضمن خودنظارتی، خودارزیابی و خود تقویتی است، باعث می‌شود که افراد مهارت‌های ذکر شده را در خود تقویت نمایند و بدون نیاز به کمک دیگران تکالیف خود را انجام دهند و از عهده مسئولیت‌های اجتماعی برآیند (اختیاری، رضوان فرد و مکرری، 1387). همچنین پاسخ‌های بالقوه مؤثر برای موقعیت‌های دشوار را فراهم می‌دهد هم احتمال انتخاب مؤثرترین پاسخ را از بین پاسخ‌های متعدد افزایش می‌دهد (بیرامی، هاشمی نصرت‌آباد، علیزاده گورداد و علیزاده، 1391). از این رو، بر اساس نتایج پژوهش‌ها یکی از بهترین روش‌های اصلاح رفتار کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات رفتاری آموزش فنون مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی است (هیدس، کارول، کاتانیا، کوتون، بارکر، اسکافیلد و لیب من، 2010). چراکه این آموزش باعث می‌شود که دانش‌آموزان یاد بگیرند که خودشان به صورت درونی بر رفتار خود نظارت کنند، رفتار خود را مورد ارزیابی قرار دهند، پیامدهای آن را در نظر داشته باشند و در نتیجه به خود تقویتی یا خودتنبیهی بپردازند. خودکنترلی به دلیل اینکه به کودکان و نوجوانان اجازه می‌دهد تا رفتارشان را در غیاب حمایت و نظارت بزرگسالان اداره کنند، بسیار مؤثر است و به آن‌ها می‌آموزد تا نسبت به رفتارشان احساس مسئولیت کنند و در نتیجه این حس مسئولیت سبب می‌شود تا از لحاظ روانی نیز بهبود یابند؛

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی، اجتماعی و بهبود نشانه‌های مرضی کودکان مبتلا به اختلال سلوک بود. با توجه به یافته‌های به دست آمده از تحقیق حاضر می‌توان نتیجه گرفت که درمان آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی توانسته است در افزایش بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی، اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک، علاوه بر تغییر روابط والد - کودک توانسته است سطح سازگاری روان‌شناختی این دانش‌آموزان را بالا ببرد. این یافته‌ها می‌تواند به‌طور مستقیم با نتایج پژوهش‌های دیگر برای مثال (شتمن، 1999؛ ارکات، 2002؛ راحیل، 2002؛ کرویز و تینیکانی، 2005؛ چهارم‌حالی، 1385؛ تویسرکانی راوری و همکاران، 1387) و به‌طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش‌های (اکانر و کرسول، 2005؛ دبو و پرینز، 2007؛ انشل و رمر، 2003) مبنی بر اینکه آموزش مهارت‌های اجتماعی، باعث کاهش اختلالات رفتاری و افزایش خودکنترلی و تعاملات اجتماعی کودک می‌شود همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال به دلیل عدم یادگیری روش‌های درست به صورت نامطلوب رفتار می‌کنند. به طوری که اصلی‌ترین مشکل این قبیل افراد به ناتوانی آن‌ها در ارزیابی و نظارت بر رفتارشان ارتباط دارد که باعث می‌شود توانایی انتظار کشیدن را نداشته باشند و بدون توجه به پیامدهای احتمالی، دست به انجام کاری

بنابراین می‌توان با آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی به دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک، میزان خودکنترلی آنان را افزایش داد که در نتیجه آن بسیاری از مشکلات آن‌ها مانند مشکل در مهارت‌های ارتباطی و رفتارهای مزاحم کاهش و مهارت‌های اجتماعی و سلامت روان آن‌ها افزایش خواهد یافت. همچنین می‌توان گفت دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک بیشتر از دانش‌آموزان عادی در معرض خطر ابتلا به افسردگی، احساس تنهایی و اقدام به خودکشی قرار دارند زیرا اغلب از جامعه طرد می‌شوند (بندر، رزنکراس و کرانی، 1999).

علاوه بر این، پیشرفت تحصیلی پایین نیز موجب طرد آن‌ها می‌شود، چراکه اغلب دانش‌آموزان عادی ترجیح می‌دهند با دانش‌آموزانی رابطه برقرار کنند که علاوه بر پیشرفت تحصیلی از تعاملات اجتماعی سازنده برخوردار باشند (بارات و همکاران، 2008). از آنجا که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک نسبت به دانش‌آموزان عادی با درجات بالایی از آسیب در مهارت‌های اجتماعی، تعاملات خانوادگی و عملکرد تحصیلی پایین برخوردارند (اسپنسر و همکاران، 2010)؛ و این تجارب، انزوا، طرد و مورد غفلت واقع شدن ممکن است به شکل‌گیری الگوهای رفتاری متفاوتی بیانجامد اغلب کودکانی که طرد می‌شوند رفتارهای پرخاشگرانه و تکانشی بروز می‌دهند و این کودکان بیشتر گوشه‌گیر هستند (استون و لاگریکا، 1990).

همچنین نتایج نشان داد که درمان مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی، موجب کاهش علائم مرضی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک شده است. این نتایج با پژوهش‌های دیگر برای مثال (شتمن، 1999؛ ارکات، 2002؛ راحیل، 2002؛ کرویز و تینیکانی، 2005؛ چهارمحالی، 1385؛ تویسرکانی راوری و همکاران، 1387؛ یثو و همکاران، 2005؛ اراگان، 2005؛ بارات و اولندیک، 2008 و پرستو و همکاران، 2011) مبنی بر اینکه درمان‌های شناختی رفتاری از جمله مهارت‌های حل مسئله و مهارت‌های اجتماعی می‌توانند علائم مرضی را در اختلال نافرمانی مقابله‌ای، بیش‌فعالی و نقص توجه و اختلال سلوکی را کاهش دهد همسو است. به نظر می‌رسد که داستان‌های به کار گرفته شده در این برنامه، الگویی از مهارت‌های اجتماعی و شیوه‌های مناسب برخورد در موقعیت‌های مختلف را به کودکان ارائه داده است. این الگوها بر اساس رویکرد تحلیل رفتار (اسپیگلر و گورمونت، 1198؛ نقل از هفتر، 2003) می‌تواند رفتارهای جدید را به کودکان آموزش دهد؛ رفتارهای هدفی را که در خزانه رفتاری آن‌ها وجود داشته است را بهبود و سازمان بخشد؛ آن‌ها را به عمل به شیوه‌ای خاص برانگیزد و همچنین با انجام موفقیت‌آمیز یک مهارت مشکل توسط قهرمان داستان، اضطراب کودک را کاهش داده، رفتارهای مثبت او را به‌طور غیرمستقیم تشویق کند. کودکان در این برنامه به‌واسطه شخصیت‌هایی داستانی با سناریوهای رفتاری تازه و کاربردی آشنا شدند. فضای استعاره‌ای قصه، آن‌ها را برای عمل به آموخته‌های خود آماده ساخت و سرانجام قانونی شخصی که هرکدام از

بنابراین می‌توان با آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی به دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک، میزان خودکنترلی آنان را افزایش داد که در نتیجه آن بسیاری از مشکلات آن‌ها مانند مشکل در مهارت‌های ارتباطی و رفتارهای مزاحم کاهش و مهارت‌های اجتماعی و سلامت روان آن‌ها افزایش خواهد یافت. همچنین می‌توان گفت دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک بیشتر از دانش‌آموزان عادی در معرض خطر ابتلا به افسردگی، احساس تنهایی و اقدام به خودکشی قرار دارند زیرا اغلب از جامعه طرد می‌شوند (بندر، رزنکراس و کرانی، 1999).

علاوه بر این، پیشرفت تحصیلی پایین نیز موجب طرد آن‌ها می‌شود، چراکه اغلب دانش‌آموزان عادی ترجیح می‌دهند با دانش‌آموزانی رابطه برقرار کنند که علاوه بر پیشرفت تحصیلی از تعاملات اجتماعی سازنده برخوردار باشند (بارات و همکاران، 2008). از آنجا که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک نسبت به دانش‌آموزان عادی با درجات بالایی از آسیب در مهارت‌های اجتماعی، تعاملات خانوادگی و عملکرد تحصیلی پایین برخوردارند (اسپنسر و همکاران، 2010)؛ و این تجارب، انزوا، طرد و مورد غفلت واقع شدن ممکن است به شکل‌گیری الگوهای رفتاری متفاوتی بیانجامد اغلب کودکانی که طرد می‌شوند رفتارهای پرخاشگرانه و تکانشی بروز می‌دهند و این کودکان بیشتر گوشه‌گیر هستند (استون و لاگریکا، 1990).

همچنین نتایج نشان داد که درمان مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی،

همچنین می‌توان گفت که پسران دارای اختلال سلوک نسبت به گروه بهنجار در رمزگردانی اطلاعات اجتماعی، عملکرد ضعیفی دارند که این امر منجر به رفتارهای ایدایی و پرخاشگرانه در این دانش‌آموزان می‌شود (کوهان، چیرز و سیرجیان، 1997). همچنین رفتار آشکار در این دانش‌آموزان به وسیله جریان شناختی، میانجی‌گری نمی‌شود و این افراد نمی‌توانند یاد بگیرند که با کنترل و تغییر فرایندهای شناختی، رفتار خود را تغییر دهند (اسپنسر و همکاران، 2010). در تبیین دیگر این نتایج می‌توان گفت که روابط بین والدین و فرزندان به‌طور خاص، تأثیر عمیقی بر سلامت روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی کودک دارد (کازدین و وایتلی، 2009). در واقع تعاملات خانوادگی ضعیف، شامل فرزند پروری بی‌ثبات و مبتنی بر تنبیه، نگرش والدی طرد کننده یا سرد، قوانین انضباطی سخت و ناپایدار، دل‌بستگی نایمن، نظارت یا کنترل ناکافی والدی و اختصاص زمان اندک به کودک و فقدان ارتباط مثبت (هونورادو و بوهاس، 2007). به‌عنوان عوامل خطر و پیش‌بینی‌کننده در نظر گرفته می‌شوند که به‌طور کلی این کودکان را در معرض خطر بروز رفتارهای پرخاشگرانه قرار می‌دهند (ویستر - استراتون، 2005). از سوی دیگر درمان آموزش مهارت‌های اجتماعی و از جمله آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی برای اولین بار این فرصت را برای این دانش‌آموزان فراهم می‌کند که با فاصله به مشکل خود مواجه شوند و احساس کنند مهارت‌هایی دارند که علی‌رغم وجود مشکلات

آن‌ها بر اساس پیام داستان برای خود ساختند، در موقعیت‌های مشابه با موقعیت‌های داستان، رفتار آن‌ها را به سمت رفتارهای موردنظر هدایت کرد؛ بنابراین برنامه مداخله از این طریق توانسته است مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اختلال سلوک را افزایش دهد و در نتیجه موجب بهبود رفتارها و کاهش نشانه‌های اختلال سلوک در آن‌ها شود. ویژگی‌های خاص برنامه حاضر از جمله آموزش مهارت‌های مهم و اساسی، اجرای برنامه در قالب گروه و تنوع فعالیت‌ها نیز می‌تواند مبین تأثیرات درمانی باشند. در این برنامه سعی شده بود که مهارت شناخت احساسات که زیربنای رفتار انسان به شمار می‌رود و به دنبال آن مهارت کنترل خشم، حل مسئله و رفتارهای مطلوب در مدرسه به کودکان آموخته شود. یادگیری این مهارت‌ها توسط کودکان توانسته زمینه تصحیح تعاملات آن‌ها و کاهش نشانه‌ها را فراهم کند. دیگر این‌که به نظر می‌رسد اجرای برنامه به‌صورت گروهی پتانسیل تغییر را در هرکدام از آزمودنی‌ها افزایش داده باشد؛ زیرا گروه می‌تواند مجال برای سهیم شدن در تجربه‌های یکدیگر و یادگرفتن از آن‌ها، تغییر احساس انزوا و تنهایی، بیان تجربه‌های شخصی و کسب بینش نسبت به رفتار خود، همچنین امتحان و تجربه گزینه‌های جدید رفتاری را فراهم نماید (شتمن، 1999). دیگر ویژگی مهم این برنامه تنوع فعالیت‌های ارائه شده (نشان دادن تصاویر، قصه‌سازی، رنگ‌آمیزی تصاویر داستان و ...) که زمینه تجربه چندحسی و یادگیری بهتر را فراهم می‌کند.

اختلالات و تأثیر آن بر میزان اثربخشی یک روش مداخله‌ای، از دیگر نکات مهم در مورد اختلال سلوک است. در این پژوهش، همزمانی دو اختلال بیش‌فعالی و بی‌اعتنائی مقابله‌ای و اثربخشی این روش بر آن‌ها، از نتایج مهم به شمار می‌آید. انجام پژوهش با مقیاس وسیع‌تر جهت سنجش اختلالات همراه با اختلالات سلوک، به شناخت هر چه بیشتر این اختلال کمک خواهد کرد. در مجموعه از جمله محدودیت‌های پژوهش مختص بودن نمونه به شهرستان نورآباد (دلفان) که محدودیت تعمیم‌پذیری نتایج به شهرهای دیگر را محدود می‌کند، نمونه مورد مطالعه فقط شامل دانش‌آموزان پسر پنجم و ششم ابتدایی بود که این امر میزان تعمیم‌پذیری نتایج را به دیگر دانش‌آموزان و از جمله دانش‌آموزان دختر با مشکل مواجهه می‌کند. با توجه به فراوانی این اختلال در دوران کودکی و نوجوانی که میزان مراجعه به مراکزهای درمانی روزبه‌روز به علت این اختلال و هم بودی آن با سایر اختلالات رفتاری، بالا می‌رود. انجام پژوهش‌های روان‌شناختی مرتبط با این آسیب اجتماعی می‌تواند به شناسایی و درمان مشکلات روانی در این افراد کمک‌های شایان توجهی صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی، برای کاهش ضعف مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک، در مدارس و خانواده توسط روان‌شناسان و مشاورین، برنامه‌ریزی و موردتوجه قرار گیرد.

تحصیلی، امکان برقراری یک ارتباط لذت‌بخش را برای آن‌ها ایجاد می‌کند. به‌علاوه، آموزش به‌گونه‌ای بود که دانش‌آموزان را به تأمل و تفکر وا می‌داشت، چراکه مبتنی بر سؤال و تفکر بود و مکرر تأکید می‌شد از پاسخ دادن سریع و تکانشی پرهیز و بیشتر دقت و تأمل کنند (لطیفی، امیری، ملک‌پور و مولوی، 1388). از سوی دیگر افزایش بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی، اجتماعی و افزایش رفتارهای مطلوب اجتماعی، شاید به این دلیل باشد که در جلسات گروه، مشارکت عملی و کلامی افراد برای پیدا کردن راه‌حل به شدت مورد توجه قرار گرفته و رفتارهای مطلوب و پاسخ‌های دانش‌آموزان تشویق شده است (لطیفی و همکاران، 1388).

به‌طور خلاصه، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش درمانی مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی، می‌تواند برافزایش بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی، اجتماعی و کاهش نشانه‌های اختلال سلوک تأثیرگذار باشد. بر این اساس، می‌توان به دودسته پیامد عملی و نظری پژوهش اشاره کرد. در سطح عملی، با تهیه برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای اصلاح و تغییر ویژگی‌های شخصیتی، می‌تواند مهارت‌ها و راهبردهای مناسب و کارآمد در زمینه بهبود مهارت‌های اجتماعی را به فرد آموزش دهد. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به غنای نظریه‌های فعلی مربوط به شخصیت، مهارت‌های اجتماعی و پردازش شناختی کمک کند. همچنین هم‌زمانی اختلال سلوک با سایر

## منابع

- اختیاری، ح؛ رضوان‌فرد، م. و مکرری، آ (1387).

زیبا برقی ایرانی، مجتبی بختی و همکاران: اثر بخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر بهزیستی ...

پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

- دلاور، ع (1390). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.

- رضایی، م (1379). «بررسی کارکردهای شناختی لوب فرونتال در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک». رساله دکتری، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی انستیتو روان‌پزشکی تهران.

- ژیرارد، اس (1384). دعوا نکنیم، گفت‌وگو کنیم. ترجمه ف. مهری. تهران: انتشارات با فرزندان (تاریخ انتشار اثر اصلی، 2000).

- شکری، ف؛ علی پور، ا. و آگاه هریس، م. (1392). «اثر بخشی مداخله شناختی - رفتاری مبتنی بر تعلل بر بهبود عملکرد تحصیلی و حرمت خود دانشجویان». شناخت اجتماعی، 1 (2)، 81 - 91.

- فروع‌الدین عدل، ا (1372). «بررسی تأثیر به‌کارگیری بازی‌درمانی بی‌رهنمود در کاهش اختلالات رفتاری و پرخاشگری کودکان ناسازگار و دارای عملکرد هوشی مرزی (مطالعه موردی)». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی ایران، تهران.

- کازدین، آ.آی (1378). پرخاشگری و اختلال سلوک، در تی. آر. کراتوچویل و موریس، آر. جی. (ویراستاران). روان‌شناسی بالینی کودک. ترجمه م.ر. نایینان و همکاران. ص 350 - 273. تهران: انتشارات رشد (انتشار به زبان اصلی: 1998).

- لطیفی، ز؛ امیری، ش؛ ملک‌پور، م. و مولوی، ح (1388). «اثر بخشی آموزش حل مسئله شناختی - اجتماعی بر بهبود

بازبینی دیدگاه‌ها و بررسی‌های انجام شده». مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، 3(5)، 36 - 48.

- امیری، ع (1381). «بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های شناختی، اجتماعی و حرمت خود نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و عادی». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (1384). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. ترجمه نیک‌خو، آوادیس یانس. تهران: انتشارات سخن.

- بلوم‌کوئیست، ام‌ال (1383). مهارت‌های سازگاری با کودکان ناسازگار. ترجمه ج. علاقبندراد. تهران: انتشارات سنا (تاریخ انتشار اثر اصلی، 1996).

- بیرامی، م؛ هاشمی نصرت‌آباد، ت؛ علیزاده گوردال، ج. و علیزاده، ح (1391). «پیش‌بینی توان حل مسئله اجتماعی بر اساس سبک‌های شناختی در جمعیت دانشجویی». شناخت اجتماعی، 1 (1)، 77 - 84.

- پیرخائفی، ع. و معنوی‌پور، د (1391). «بررسی و مقایسه هوش هیجانی دانشجویان دارا و فاقد توانایی حل مسئله/ انعطاف‌پذیری». شناخت اجتماعی، 1 (1)، 5 - 10.

- توپسرکانی راوری، م؛ یونسی، س.ج. و یوسفی‌لویه، م (1378). «تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر قصه در کاهش نشانه‌های اختلال سلوک کودکان». فصلنامه خانواده‌پژوهی، 13، 63 - 76.

- چهارمحالی، ف (1385). «بررسی اثر بخشی قصه‌گویی در کاهش اختلالات رفتاری آشکار کودکان پیش‌دبستانی».



- موزس، ب (1381). *احساس‌های تو*. ترجمه ق. کریمی. تهران: نشر قدیانی (تاریخ انتشار اثر اصلی، 1998).
- نامکا، ل (1388). *آموزش هوش هیجانی به کودکان*. ترجمه ن. یوسفی. تهران: انتشارات به تدبیر (تاریخ انتشار اثر اصلی، 2006).
- Abedi, A. (2009). "Survey the validity and reliability of Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS on Isfahan an primary school students". *Education Association of Isfahan*.
- Alizadeh, H. (2004). *Attention Deficit-Hyperactivity disorder*. Tehran: Roshd publishing house.
- 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>.
- Barkley, A. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. New York, Guilford Pub; PP: 257-259.
- Barratt, E.S. (1994). *Impulsivity: integrating cognitive, behavioral, Biological and environmental data*. IN W.B.Mccwn, J.L.John: Washington, D.C: American Psychological Association.
- Barrera, M.; Biglan, A.; Taylor, T.K.; Gunn, B.K.; Smolkowski, K.; Black, C.; Ary, D.V. & Flower, R.C. (2002). "Agression and antisocial behavior in children". *Prevention Science*, 3, 83-94.
- Barrette. P. M. and Ollendick, T. H. (2008). *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents Prevention and Treatment*. Wiley& Sons Ltd, the Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex PO 198 SQ, England.
- روابط بین فردی تغییر رفتارهای اجتماعی و ادراک خودکارآمدی دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری». تازه‌های علوم شناختی، 11(3)، 70-84.
- لطیفی، ف. و وزیری، ش (1380). *روان‌شناسی بالینی کودک*. تهران: نشر ارسباران.
- Bender, W.N.; Rosen Krans, C. & Crane, M.K. (1999). "Stress, depression and Suicide among students with Learning disabilities: Assesing the resk". *Learning Disability Quarterly*, 22: 143-156.
- Besharat, M.A. (2007). "Reliability and factorial validity of Farsi version of the Impulsiveness Scale with a sample of Iranian students". *Psychological Reports*, 101, 209-222.
- Boberg, M.J. (2007). "The effects of a social skills training program on preadolescent prosocial Behavior and self-control". *Research in developmental disabilities*; 28(40):109-11.
- Burt, S.A.; Krueger, R.F.; McGue, M. & Iacono, W.G. (2008). "Sourcec of conversation among attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment". *Journal of Abnormal Psychology*; 110: 516-525.
- Costin, J.; Lichte, C.; Hill-Smith, A.; Vance, A. & Luk, E. (2004). *Parent group treatments for children with Oppositional Defiant Disorder*. Australian Network for Promotion.
- Davison, C.G. (2005). *Abnormal psychology*. New York. John Wiley press.
- Dawe, S.; Gullo, M.J. & Loxton, N.J. (2012). "Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as "all-bad"?" *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*; 32: 1507-1518.

- Decety, J.; Michalaska, K.J.; Akitsuki, Y. & Lahey, B.B. (2009). "Atypical empathic responses in adolescents with aggressive conduct disorder: A functional MRI investigation". *Bio Psych*; (80): 203-211.
- Doran, N.; McChargue, D. & Cohen, L.(2006). "Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking". *Addictive Behaviors*, 32(1):90-8.
- Fossati, A.; Barratt, E.S.; Borroni, S.; Villa, D.; Grazioli, F. & Maffei,C. (2007b). "Impulsivity, aggressiveness, and DSM-IV personality disorders". *Psychiatry Research*, 15;149(1-3):157-67.
- Gilmour, J.; Hill, B.; Place. & Skuse, D.H. (2004). "Social communication deficits in conduct disorder: A clinical and community survey". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 967-978.
- Greene, R.W.; Ablon, J.S.; Mouteaux, M.C.; Goring, J.C.; Henin, A.; Raezer Blakely, L.; Edwards, G.; Markey, J. & Rabbitt, S. (2004). "Effectiveness of Collaborative Problem Solving in Affectively Dysregulated Children with Oppositional Defiant Disorder. Initial Findings". *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 72, 6, 1157-1164.
- Golestanibakht T. (2007) *Model of subjective well and joy in the population of Tehran [dissertation]*. Tehran: Alzahra University. [Persian]
- Harada, J.; Asherson, P.; Hay, D.; Levy, F.; Swanson, J.; Thapar, A. & et al. (2002). "Characterizing the ADHD phenotype for genetic studies". *Dev Sci*; 8: 115-21.
- Henggeler, S.W. & Sheidow, J. (2003). "Conduct disorder and delinquency". *J Marital Fam ther*; (3): 45-56.
- Hides, L.; Carroll, S.; Catania, L.; Cotton, S.M.; Baker, A.; Scaffidi, A. & Lubman, D.I. (2010). "Outcomes of an integrated cognitive behaviour therapy (CBT) treatment program for co-occurring depression and substance misuse in young people", *Journal of Affective Disorders*. V121; PP 169-174.
- Hommersen, P.; Murray, C.; Ohan, J.; & Johnston, C. (2006). "Oppositional Defiant Disorder Rating scale: preliminary Evidence of Reliability and validity". *Journal of Emotional and Behavioral Disorder*; 14(2): 118-125.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (2004). "Synopsis of Psychiatry. Translated to Persian by Nosratolla Poorafkari". Tehran, *Sharashoob Pub*; PP: 12-15.
- Kazdin, A.E. & Whitley, M.K. (2009). "Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior". 504-15.
- Keyes, C.L.M. (2004). "The nexus of cordioascular disease and depression revisited: The ncomplete mental health perspective and the moderating role of age and gender". *Aging and mental ltealth*, 8-266-274.
- Keyes, C.L.M. (2005). "Mental illness and or mental health? Investigating axioms of the completeKuhne, J.; Scheres, A.; Sergeant, J.A. Which executive functioning deficits are associated with AD/HD, ODD/CD and comorbid ADHD+ODD/CD?" *J Abnorm Child Psychol*; 1997; 33: 69-85.
- Lengua, L.J.; Honorado, E. & Bush, N.R. (2007). "Contextual risk and parenting as predictors of effortful control and socialcompetence in preschool children". *Elsevier*; p: 40-55.
- Loeber, R.; Burke, J.D.; Lahey, B.B.;Winters, A. & Zera, M. (2000). "Oppositional defiant and conduct disorder: a

review of the past 10 years, part I'. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 39: 1468-84.

- Nock, M.K.; Kazdin, A.E.; Hiripi, E. & Kessler, R.C. (2009). "Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National comorbidity Survey replication". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 48: 703-713.

- O'rgan, F.J. (2005). "ADHD". *Continuum international publishing group*, 35-37.

- Posavac, H.D.; Sheridan, M. & Posavac, S. (1999). "A cueing procedure to control impulsivity in children with attention deficit hyperactivity disorder". *Journal Behavior Modification*, 23: 234-253.

- Presto, A.S.; Heaton, S.H.C.; McCann, S.J.; Watson, W.D. & Selke, G. (2011). "The Role of multidimensional attentional abilities in academic skills of children with ADHD". *Journal of Learning Disabilities*, 42(3): 240-249.

- Ray, Li.C.S.; Chen, S.H.; Lin, W.H. & Yang, Y.Y. (2009). "Attentional blink in adolescents with varying levels of impulsivity". *Journal of Psychiatric Research*, 39(2):197-205.

- Ronen, T. (2004). "Imparting self-control skills to Decrease Aggressive behavior in a 12 year old boy". *Journal of Social Work*, 4, 269-288.

- Ryff, C.D. (1989). "Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing". *J Personality and Social psychol*; 57(6): 1069.

- Spencer, T.J.; Abikoff, H.B.; Connor, D.F.; Biederman, J.; Pliszka, S.R.; Boellner, S.; Read, S.C. & Pratt, R. (2010). "Efficacy and safety of mixed amphetamine salts extended release (Adderall XR) in the management of Oppositional Defiant Disorder with or

without comorbid attention- deficit / hyperactivity disorder in school aged children and adolescents." *Clinical Therapeutics*, 28,3, 402-418.

- Steiner, H. & Rensing, L. (2010). "Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 46(1):126-41.

- Stone, W.L. & Lagreca, A.M. (1990). "The social status of children with learning disabilities: A reexamination". *Journal of Learning Disabilities*, 23: 32-37.

- Tynan, W. (2008). *Conduct Disorder. Updated May 24; Available from: <http://www.emedicine.com>*.

- Waxman, S.E. (2011). "A Systematic Review of Impulsivity in Eating Disorders". *Impulsivity in Eating Disorders*, Rev. 17pp408-425.

- Webster-Stratton C. (2005). "Aggression in young children: Services proven to be effective in reducing aggression. Rev ed. Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds *Encyclopedia on Early Childhood Development*". *Economic Surveys*; 19 (1): 43-63.

- Wender T.J. (2005). *ADHD and comorbidity in childhood*. *J Clin Psychiatry*; 67(8):27-31.

- Wolf, L.H.; Horon, E.T. & Goddard, Y.L. (2010). "Effect of self-monitoring on students with learning disabilities". *Human Sciences*. 8(2): 263- 279.

- Yeo, S.L.; Wong, M.; Gerken, K. & Ansley, T. (2005). "Children with severe emotional and / or behavior disorders". *Child Care in Practice*, 11, 7-22.