

مجله دست آوردهای روان‌شناختی  
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)  
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۸۸  
دوره چهارم، سال شانزدهم، شماره ۱  
ص ص: ۶۷-۸۶

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۶/۱۱  
تاریخ بررسی مقاله: ۸۷/۸/۱۸  
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۸/۳

## تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی

بی‌اعتنایی

الناز پوراحمدی \*

محسن جلالی \*\*

دکتر جلیل باباپور خیرالدین \*\*\*

دکتر شهلا پاکدامن \*\*\*\*

### چکیده

پژوهش حاضر جهت بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان پسر هشت تا ده ساله مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی (ODD) شهرستان نهاوند انجام شده است. این مطالعه از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است. ۳۵ دانش‌آموز که بر اساس فهرست رفتاری کودک (CBCL) و فرم گزارش معلم (TRF) مبتلا به ODD تشخیص داده شده بودند، انتخاب شد و سپس توسط فرم معلم مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت (۱۹۹۰) (SSRS) مورد ارزیابی قرار گرفتند. در نهایت ۳۰ نفر از دانش‌آموزان مذکور که نمره‌ی مهارت‌های اجتماعی آن‌ها در مقیاس SSRS پایین بوده و وجود مشکلات رفتاری آن‌ها در بخش مشکلات رفتاری SSRS نیز تأیید شد، انتخاب شده و به شکل تصادفی به دو گروه آزمایش (n=۱۵) و گواه (n=۱۵) تقسیم شدند. سپس آموزش مهارت‌های زندگی به مدت ۲/۵ ماه در ۱۰ جلسه‌ی آموزشی ۱۲۰ دقیقه‌ای برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا

\* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرگز  
[empj1359@yahoo.com](mailto:empj1359@yahoo.com)

\*\* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرگز.

\*\*\* استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز

\*\*\*\* استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی

شد. در پایان دوره‌ی آموزش، همه‌ی آزمودنی‌ها دوباره به کمک مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت ارزیابی شدند. تحلیل داده‌ها نشان داد که گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه، پس از پایان جلسات آموزش مهارت‌های زندگی، بر اساس ارزیابی معلم، افزایش معنی‌داری در خرده مقیاس‌های همکاری ( $p < 0/001$ )، ابراز وجود ( $p < 0/05$ )، مهار خود ( $p < 0/001$ ) و نمره‌ی کلی مهارت‌های اجتماعی ( $p < 0/001$ ) و کاهش معنی‌دار در نمره‌ی مشکلات رفتاری ( $p < 0/01$ ) پیدا کرده است.

**کلیدواژگان:** آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت‌های اجتماعی، مشکلات رفتاری، اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی، دانش‌آموز

### مقدمه

بیش از یک میلیارد نفر از جمعیت جهان را کودکان تشکیل می‌دهند که ۸۵ درصد آن‌ها در کشورهای در حال توسعه به سر می‌برند (ماش و بارکلی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). در ایران نیز بیش از ۵۰ درصد جمعیت را افراد زیر ۱۵ سال تشکیل می‌دهند. با توجه به جمعیت بالای کودکان زیر ۱۵ سال، توجه به مشکلات و مسائل روانی آن‌ها از اهمیت بسزایی برخوردار است (قهاری، مهریار و بیرشک، ۱۳۸۲).

تعداد کودکانی که وخامت مشکلات آن‌ها در حدی است که نیاز به درمانگری را مطرح می‌کند در حدود ۱۵ تا ۲۲ درصد تخمین زده شده است (کاستلو، برنز، آنگولد و لیف<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳) با این حال، آن‌ها در ۷۰ تا ۸۰ درصد موارد، مداخلات مناسب را دریافت نمی‌کنند (ایوانز، مولت، ویست و فرانز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). از جمله اختلالاتی که به شدت نیازمند خدمات درمانی هستند، اختلالات رفتاری می‌باشند (وو<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). اختلالات رفتاری به نقص عملکرد در مدرسه، تحصیل و خانواده منجر می‌شوند و در نهایت ممکن است به افت تحصیلی و اخراج از مدرسه و بروز رفتارهای بزهکارانه بینجامد و منشاء پیامدهای طولانی ناگواری شوند (ایوانز و همکاران، ۲۰۰۵).

یکی از شایع‌ترین اختلالات رفتاری که در سن دبستان بروز می‌کند، اختلال رفتار

- 
- 1- Mash & Barkley
  - 2- Castello, Burns, Anggold, & leaf
  - 3- Evans, Mullett, Weist, & Franz
  - 4- Wu & et.al.

مقابله‌ای و بی‌اعتنایی<sup>۱</sup> است (انستیتو ملی سلامت روان<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱، به نقل از فلانگان و اسکواپول<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶؛ مارگهان، راو، مسر، گودمن و ملتزر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). میزان شیوع آن در سنین دبستان بین ۲ تا ۱۶ درصد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰، ترجمه نیکخو و آوادیس یانگ، ۱۳۸۱؛ ریگا، گارسیا و آرتیگاس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶) و حتی تا ۲۲ درصد (APA، ۱۹۹۴ و اطلاعات کاربردی پزشکی<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷، به نقل از میلن، ادواردز و مورچی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱)، گزارش شده است. این اختلال اغلب تا قبل از هشت سالگی و حداکثر تا اوایل نوجوانی ظاهر می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰، ترجمه‌ی پورافکاری، ۱۳۸۲).

اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی (ODD) یکی از اختلال‌های طبقه‌بندی شده در طبقه‌ی اختلال‌های ایدایی است که مهم‌ترین مشخصه‌ی آن الگوی پایدار رفتار تکراری منفی‌گرایی، لجبازی، نافرمانی و خصومت در برابر مظاهر قدرت است که دست کم شش ماه دوام داشته است، متناسب با سن تحولی کودک نیست و باعث اختلال قابل ملاحظه‌ی بالینی در کنش‌وری تحصیلی، اجتماعی و شغلی فرد می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰، ترجمه‌ی نیکخو و آوادیس یانگ، ۱۳۸۱). رفتارهای خاص این اختلال عبارتند از: سرپیچی از قوانین روزمره، قهر کردن و قشقرق راه انداختن، بحث و جدل با قدرت‌های مافوق، آزار دیگران، مقصر دانستن دیگران در بروز مشکلات، ناسزاگویی و ... (بلوم کویست<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳، ترجمه‌ی علاقبندراد، ۱۳۸۳).

اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی، اختلالی تدریجی و مزمن است که تقریباً همیشه در روابط بین فردی و عملکرد تحصیلی کودک تداخل می‌کند. این کودکان اغلب دوست و رفیقی ندارند و روابط انسانی برای آن‌ها رضایت‌بخش نیست (بلوم کویست، ۱۳۸۳). کودکان مبتلا به این اختلال علی‌رغم هوش کافی، به دلیل عدم مشارکت و مقاومت در برابر توقعات خارجی و

- 1- Oppositional Defiant Disorder
- 2- National Institute of Mental Health
- 3- Flanagan & Esquivel
- 4- Maurghan, Rowe, Messer, Goodman, & Meltzer
- 5- American Psychiatric Association (APA)
- 6- Rigau, Garcia, & Artigas
- 7- Applied Medical Informatics (AMI)
- 8- Milne, Edwards, & Murchie
- 9- Bloom Quist

اصرار بر حل مشکلات بدون کمک دیگران، در مدرسه پیشرفتی ندارند و ممکن است مردود شوند. این مشکلات موجب کاهش اعتماد به نفس، تحمل کم برای ناکامی، خلق افسرده و حملات کج خلقی می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰، ترجمه‌ی پورافکاری، ۱۳۸۲). پیش آگهی اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال‌های آینده در خطر رشد مشکلات بعدی از جمله شکست تحصیلی و ناسازگاری هیجانی هستند (هادزیاک، کولپند، استانجر و وادورث<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). گذشته از تأثیری که این اختلال بر مسائل اجتماعی و تحصیلی و ارتباط با اعضای خانواده می‌گذارد، چنان چه بدون درمان رها شود، در بیش از ۷۵ درصد موارد به اختلال سلوک و اختلال ضداجتماعی و دیگر آسیب‌های روانی بزرگسالی که مرتبط با پرخاشگری و خشونت هستند، تبدیل می‌شود (مایلن و همکاران، ۲۰۰۱، به نقل از هاردا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

در باب علت شناسی اختلال عوامل زیادی مطرح شده است که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به ناتوانی والدین در اداره‌ی صحیح مشروط کودک، نقص در کنترل خشم به وسیله‌ی کودکان و مهم‌تر از همه، نقص در مهارت‌های اجتماعی و به طور کل مهارت‌های زندگی آنان اشاره کرد (بالیس و دیویس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷). نقش الگوی نادرست رفتارهای اجتماعی در شکل‌گیری رفتارهای مقابله‌ای در نتایج بسیاری از پژوهش‌ها برجسته است (تگلاسی و راسمن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). بسیاری از پژوهشگران (گلدستین و کراشر<sup>۵</sup>، ۱۹۸۷؛ لاگریکا و سانتوگروسی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۱، به نقل از لاول و باربارا<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳)، نداشتن مهارت‌های لازم در شرایط بحرانی از جمله مهارت‌های اجتماعی را از اساسی‌ترین مشکلات کودکان نافرمان می‌دانند. فراوانی این مسأله در کودکان مبتلا به اختلال ODD، ۷۲٪ گزارش شده است (بالیس و دیویس، ۱۹۹۷).

برخی پژوهشگران چگونگی تأثیر نارسایی در مهارت‌های اجتماعی بر بروز اختلال را این‌گونه تبیین می‌کنند: در سطح اجتماعی، تعامل اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال رفتار

- 
- 1- Hudziak, Copeland, Stanger, & Wadworth
  - 2- Harda
  - 3- Bullis & Davis
  - 4- Teglasi & Rottman
  - 5- Goldestin & krasher
  - 6- Lagreca & Santogrossi
  - 7- Lowell & Barbara

مقابله‌ای و بی‌اعتنایی با منابع قدرت مانند معلمان، والدین و ... فاقد ظرفیت و توانایی لازم است (کازدین<sup>۱</sup>، ۱۹۸۷؛ هوگز<sup>۲</sup>، ۱۹۸۸). در واقع، گستره‌ی مشکلات اجتماعی این افراد را می‌توان در ضعف روابط بین فردی، ناتوانی در استفاده از مهارت‌های اجتماعی، پایین بودن سطح توانایی ابراز وجود<sup>۳</sup>، ناتوانی در بیان احساسات و فقدان رفتارهای مؤدبانه در تعاملات اجتماعی خلاصه کرد. اشکال در رفتارهای اجتماعی محصول فقدان مهارت‌های اجتماعی است که با رفتارهای پرخاشگرانه حدت می‌یابد و نظام روابط اجتماعی فرد را به سطح گسیختگی می‌کشاند. وجود اشکال در رفتارهای اجتماعی و عدم استقرار روابط بین فردی دوستانه، احساس طرد شدگی را نیز در پی دارد. وقتی این احساس با رفتارهای پرخاشگرانه توأم می‌شود، شکل‌گیری رفتارهای مقابله‌ای و بی‌اعتنایی در کودک حتمی خواهد بود (تگلاسی و راتمن، ۲۰۰۱).

یکی از وظایف اجتماعی کودکان فراگرفتن مهارت در ایجاد رابطه‌ی متقابل و موفق با همسالان است. کودکان از طریق تعامل با همسالان رفتارهایی مانند رعایت نوبت، مشارکت، همکاری، توجه به نظر دیگران و کنترل خشم را فرا می‌گیرند. هم‌چنین، کودکان مهارت‌های اجتماعی را به آسانی از راه تعامل با پدر و مادر و سایر اعضای خانواده فرا می‌گیرند. فراگرفتن این مهارت‌ها سبب ناسازگاری‌های رفتاری و شکست تحصیلی کودک در آینده می‌گردد (بلوم کویت، ۲۰۰۳، ترجمه‌ی علاقبندراد، ۱۳۸۳؛ سجرین و فلورا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که امروزه جهت پیش‌گیری و اصلاح بسیاری از اختلالات رفتاری و از جمله اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی به عنوان نخستین یا مهم‌ترین گام می‌بایست به ارزیابی و پرورش مهارت‌های فردی و اجتماعی کودکان و نوجوانان پرداخته شود؛ زیرا اگر این افراد بخواهند از حداکثر ظرفیت‌های ذهنی و توانمندی‌های بالقوه‌ی خود بهره‌مند شوند، می‌بایست از نگرشی مثبت نسبت به خود و هم‌چنین انگیزه‌های قوی برای تلاش برخوردار شوند (هارجی و ساندرز، ۱۹۹۴ ترجمه‌ی بیگی و فیروزبخت، ۱۳۷۷).

با توجه به نقص در مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به ODD، برنامه‌های درمانی و

- 
- 1- Kazdin
  - 2- Hughes
  - 3- Assertiveness
  - 4- Segrin & Flora

آموزشی گوناگونی برای بهسازی و درمان این گونه مشکلات تدوین شده است. یکی از این برنامه‌ها، آموزش مهارت‌های زندگی است. سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۳ برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی را در جهت پیش‌گیری و ارتقای بهداشت روان آماده نمود. در راستای اجرای این طرح، برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی در کشورهای گوناگون از جمله ایران برنامه‌ریزی شده و در دست اجرا می‌باشد. از جمله پژوهش‌های خارجی و داخلی که در این زمینه انجام شده، می‌توان به این موارد اشاره کرد:

هاپر<sup>۱</sup> (۱۹۹۶) و تافریت و کاسینو<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) آموزش برخی از مهارت‌های زندگی از قبیل همکاری در گروه، توضیح دادن، گوش دادن از طریق فنون الگوسازی، مربی‌گری و ایفای نقش را در کاهش یا حذف رفتارهایی مانند پرخاشگری و هیجان‌پذیری در کودکان و نوجوانان با اختلالات رفتاری و اتیسم<sup>۳</sup> مؤثر دانسته‌اند. در مطالعه‌ی دیگری پنتز<sup>۴</sup> (۱۹۸۳) ثابت کرد که آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث کاهش سوء مصرف مواد و رفتارهای وابسته به آن مانند خشونت، گوشه‌گیری، فرار از خانه و مدرسه و دزدی می‌شود. گینر، وبستر و چمپیون<sup>۵</sup> (۲۰۰۳) نیز نقش آموزش مهارت‌های زندگی را در کاهش رفتارهای پرخطر و خشونت در دانش‌آموزان ثابت کرده است.

در مطالعه‌ی زولینگر<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۰)، آموزش مهارت‌های زندگی طی یک دوره‌ی سه ساله، نقش بارزی در ارتقاء اطلاعات، توانایی‌ها و تغییر نگرش دانش‌آموزان در جهت کسب یک الگوی صحیح زندگی داشته است.

فایفر و مک بارنت<sup>۷</sup> (۱۹۹۷) در پژوهشی نشان دادند که مشکلات افراد مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی، تحت تأثیر مداخله‌ی مبتنی بر آموزش مهارت‌های زندگی تقلیل و وخامت پاره‌ای از نشانه‌های این اختلال به میزان بسیار زیاد کاهش می‌یابد.

در یک پژوهش داخلی که به منظور بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی جهت

- 
- 1- Happer
  - 2- Taftrat & Kassinove
  - 3- Autisem
  - 4- Pentz
  - 5- Gainer, Webster, & Champion
  - 6- Zollinger
  - 7- Pfeiffer & McBurnett

پیشگیری از مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی انجام شده، افزایش معنی‌دار سطح مهارت‌ها در دانش‌آموزان مشاهده شده است که این عامل می‌تواند به منزله‌ی یک عامل محافظت‌کننده سبب کاهش مصرف مواد مخدر در سال‌های بعد شود (طارمیان، ۱۳۸۲). نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی در تأمین سازش یافتگی روانی- اجتماعی کودکان و نوجوانان نقش مهمی ایفا می‌کنند.

از آن جا که قسمت عمده‌ای از زندگی کودکان در مدارس سپری می‌شود، لذا مدارس نقش عظیمی در آموزش و تربیت کودکان و نوجوانان به عهده دارند. متأسفانه تاکنون آموزش و پرورش دانش‌آموزان در کشور ما محدود به ارائه‌ی اطلاعات و ارتقای سطح دانش آنان بوده و تلاشی مستمر و فراگیر جهت آماده سازی آنان برای مقابله با مقتضیات و کشمکش‌های دوران بزرگسالی انجام نشده است. این مسأله در ارتباط با دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری اهمیت بیشتری پیدا می‌کند چرا که تدوین برنامه‌های آموزشی بدون توجه به وضعیت عاطفی و هیجانی دانش‌آموزان در ایجاد زمینه ترک تحصیل بیش از نیمی از دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری و هیجانی دخیل است (ویر و شویرمن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). در گذشته روان‌شناسان و روان‌پزشکان کودک فقط در موارد خاص و یا برای اهداف آموزشی با مدارس در ارتباط بودند، ولی با پیشرفت‌های اخیر و مواجهه با مشکلات بهداشت روان در مدارس، ارتباط روان‌شناسان و روان‌پزشکان با مدرسه بیشتر شده است (ماتیسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). در حال حاضر، متخصصان بر این امر واقفند که مداخلات بهداشت روان برای کودکان دبستانی به منظور پیشگیری اولیه، درمان اولیه و توسعه‌ی بهداشت روان لازم است (کارون و پارنز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). در همین راستا و با در نظر گرفتن این مسأله که دو سوم کودکان مبتلا به ODD مشکلاتی را در مهارت‌های اجتماعی دارند، پژوهش حاضر جهت بررسی میزان اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان پسر هشت تا ده ساله‌ی مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی فرضیه‌های زیر را مورد بررسی قرار می‌دهد:

۱- آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای را افزایش می‌دهد.

- 
- 1- Webber & Scheuermnn
  - 2- Mattison
  - 3- Charron & Parns

۲- آموزش مهارت‌های زندگی، مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را کاهش می‌دهد.

### روش پژوهش

این مطالعه از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است و جامعه‌ی مورد مطالعه‌ی آن دانش‌آموزان پسر هشت تا ده‌ساله‌ی مقطع ابتدایی شهرستان نهاوند در سال ۱۳۸۶ می‌باشند. ابتدا پنج مدرسه به شکل تصادفی از میان دبستان‌های پسرانه انتخاب و سپس به آن مدارس مراجعه و با مسئولین آن‌ها در ارتباط با پژوهش حاضر و ویژگی‌های دانش‌آموزانی که به عنوان آزمودنی مورد بررسی قرار خواهند گرفت، گفتگو شد. بعد از هماهنگی‌های لازم با مسئولین این مدارس، از آن‌ها درخواست شد تا دانش‌آموزانی را که در مدرسه نافرمانی و ناسازگاری دارند، معرفی نمایند. سپس پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی محقق ساخته و فهرست رفتاری کودک (CBCL) همراه با توضیحاتی در مورد هدف پژوهش، توسط دانش‌آموزان معرفی شده هر مدرسه برای والدین آن‌ها ارسال شد. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط والدین و ارجاع مجدد آن به مدرسه، دانش‌آموزانی که در مقیاس رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی فهرست رفتاری کودک نمره‌ی بالاتر از نقطه‌ی برش (T بالاتر از ۶۹) کسب کرده بودند، انتخاب شدند. به منظور تأیید ارزیابی والدین، فرم گزارش معلم (TRF) توسط معلم دانش‌آموزان انتخاب شده تکمیل شد. پس از هماهنگی دو ارزیابی والدین و معلم، جهت تشخیص دقیق‌تر مصاحبه‌ی تشخیصی بر اساس ملاک‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در DSM-IV نیز از مادران کودکان مذکور به عمل آمد تا وجود اختلال در این کودکان محرز شود. در نهایت ۳۵ نفر از دانش‌آموزانی که دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای بودند، انتخاب و با استفاده از فرم معلم مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی مخصوص کودکان دبستانی (SSRS)<sup>۱</sup> (گرشام و الیوت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰) ارزیابی گردیدند. در نهایت ۳۰ نفر از دانش‌آموزان مذکور که نمره‌ی مهارت‌های اجتماعی آن‌ها در مقیاس SSRS پایین بوده و وجود مشکلات رفتاری آن‌ها در بخش مشکلات رفتاری SSRS نیز تأیید شد، انتخاب شده و به شکل

1- Social Skills Rating Systems

2- Gresham & Elliot



تصادفی به دو گروه آزمایش ( $n=15$ ) و گواه ( $n=15$ ) تقسیم شدند. سپس آزمودنی‌های گروه آزمایش، مهارت‌های زندگی را بر اساس راهنمای مهارت‌های مربوط به کودکان دبستانی (عربگل، داوری، خزائلی، شیرازی و بینا، ۱۳۸۳) و به شکل گروهی و به مدت ۲/۵ ماه در ۱۰ جلسه آموزشی ۱۲۰ دقیقه‌ای آموزش دیدند. ترتیب و عناوین جلسات آموزشی کودکان به صورت زیر بود:

- ۱- همکاری و کار گروهی: با هدف آموزش این نکته به کودکان که وقتی وارد کار گروهی می‌شوند، چگونه گروه را با همکاری یکدیگر به هدف نزدیک کنند. از دیگر اهداف این جلسه، آموزش تفاوت کار گروهی با کار انفرادی و شناسایی معایب و مزایای آن‌ها بود.
- ۲- من انسان بی‌نظیری هستم: با هدف این که کودکان خود را انسان منحصر به فردی ببینند و نقاط قوت، توانایی‌ها و خصوصیات فردی خود را شناسایی و محدودیت‌های خود را به روشی سازنده و مثبت درک کنند.
- ۳- خود آگاهی: شناخت احساسات و توانایی‌های خود و ارتباط بین افکار، احساسات و واکنش‌ها و داشتن دید واقع‌بینانه به نقاط قوت و ضعف خود.
- ۴- احساس و هیجان (قسمت اول): تشخیص و بروز هیجانات و احساسات با هدف شناسایی طیفی از احساسات شایع که کودکان به نحوی آن را تجربه می‌کنند. شناسایی راه‌های کلامی و غیرکلامی ابراز احساسات و هیجانات و کسب توانایی بیشتر در شناخت احساسات و هیجانات خود و حالات هیجانی دیگران.
- ۵- احساس و هیجان (قسمت دوم): مدارا با احساسات شدید و با هدف تشخیص این هیجانات و این که همه افراد در زمان‌های گوناگون تا حدی این احساسات و هیجانات شدید را تجربه می‌کنند. شناخت راه‌های مؤثر مدارا با هیجانات شدید، مثل خشم و غم.
- ۶- ارتباط (قسمت اول): تعریف فرایند خوب گوش دادن، شناخت اجزای مختلف گوش دادن فعال و تمرین آن در کلاس.
- ۷- ارتباط (قسمت دوم): شناسایی اجزای گوناگون ارتباط، شناخت جنبه‌های گوناگون ارتباط کلامی و غیرکلامی، درک اهمیت ارتباط غیرکلامی در تعاملات انسانی و نیز درک اهمیت هماهنگی بین ارتباط کلامی و غیرکلامی.

- ۸- ارتباط (قسمت سوم): تعریف قاطعیت و «نه» گفتن با هدف فهم تفاوت بین رفتارهای قاطعانه، منفعل و پرخاشگرانه و این که کودکان بیاموزند برای نظرات خود و دیگران ارزش قائل شوند و به آن‌ها احترام بگذارند.
- ۹- تفکر انتقادی: با هدف این که کودکان بیاموزند هر اطلاعاتی را که از محیط اطراف به آن‌ها می‌رسد، بدون تفکر و تأمل نپذیرند و آن را تحلیل و نقد کنند.
- ۱۰- حل مسأله و تصمیم‌گیری: با هدف درک این مسأله که در زندگی روزمره با مسأله و مشکلات زیادی روبرو می‌شوند و ناگزیرند در مورد آن‌ها تصمیم‌گیری و حلشان کنند و این که برخی تصمیمات از اهمیت بیش‌تری برخوردارند و نیز آموزش روش تصمیم‌گیری صحیح. طی جلسات پاسخ‌های مثبت و شرکت فعالانه آزمودنی‌ها، به کمک تقویت‌کننده‌های کلامی و غیرکلامی تقویت و از آن‌ها به وسیله‌ی شکلات و خوراکی در پایان هر جلسه پذیرایی می‌شد. در پایان، دوباره همه‌ی آزمودنی‌ها با مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام و لیوت ارزیابی شدند.

#### ابزار پژوهش

در این پژوهش از پرسش‌نامه‌های فهرست رفتاری کودک (CBCL)، فرم گزارش معلم (TRF) و نیز فرم معلم مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی (SSRS) (گرشام و لیوت، ۱۹۹۰) استفاده شد.

CBCL و TRF دو فرم نظام سنجش مبتنی بر تجربه‌ی آشتنباخ<sup>۱</sup> (ASEBS) هستند که به ترتیب توسط والد و معلم، بر اساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته تکمیل می‌شوند. در این پرسش‌نامه‌ها مقیاس‌هایی بر اساس اختلالات DSM-IV تنظیم شده است که عبارتند از مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، نارسایی توجه/فزون-کنشی، تضادورزی جسورانه و مشکلات هنجاری. پرسش‌های مقیاس‌های این پرسش‌نامه‌ها به صورت سه گزینه‌ای کاملاً، معمولاً و اصلاً می‌باشد که به ترتیب نمرات دو، یک و صفر را دریافت می‌کنند. برای هنجاریابی نظام سنجشی مبتنی بر تجربه آشتنباخ در ایران، مینایی (۱۳۸۴) پس از انطباق‌های لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی، این فهرست را با استفاده از روش

1- Ashtenbakh System of Empirically Based Assessment

نمونه‌گیری چند مرحله‌ای بر روی نمونه‌ای به تعداد ۱۴۳۸ نفر شامل ۶۸۹ دختر و ۷۴۹ پسر بر اساس مقطع و پایه‌ی تحصیلی از ۳ بخش شمال، مرکز و جنوب شهر تهران و تعدادی از مراجعه‌کنندگان به بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان اجرا کرد. همسانی درونی مقیاس‌های شایستگی نظام سنجشی مبتنی بر تجربه‌ی آشتنباخ در سطح نسبتاً بالایی قرار دارد و دامنه‌ی آن از آلفای ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ برای CBCL و ۰/۸۴ برای TRF است. ضرایب آلفای مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر DSM-IV در سطح رضایت بخشی قرار دارد و دامنه‌ی آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ برای CBCL و ۰/۶۲ تا ۰/۹۲ برای TRF است. هم‌چنین، ضرایب آلفای مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر تجربه نیز در سطح رضایت بخشی قرار دارد و دامنه‌ی آن از ۰/۶۷ تا ۰/۸۸ برای CBCL و ۰/۷۵ تا ۰/۹۵ برای TRF گزارش شده است. هم‌چنین پایایی بازآزمایی هر دو فرم سیاه‌ی رفتاری کودک و فرم گزارش معلم با فاصله‌ی زمانی ۵ تا ۸ هفته توسط ۱۲۴ نفر از والدین، دانش‌آموزان و معلمان مجدداً تکمیل شد و داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و آزمون  $t$  برای نمونه‌های وابسته مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که کلیه‌ی ضرایب همبستگی در سطح  $p < ۰/۰۵$  از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است. روایی محتوا، وابسته به ملاک و سازه‌ی این پرسش‌نامه‌ها نیز در جامعه‌ی ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (مینایی، ۱۳۸۴).

مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی (SSRS) در سه فرم ویژه‌ی پیش دبستان، دبستان و دبیرستان تهیه شده و بر پایه‌ی رشد کودک تنظیم شده است. هم‌چنین، این مقیاس دربرگیرنده‌ی دو فرم ویژه‌ی معلم و والد است و هر فرم دارای دو بخش اصلی مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری است. فرم والد دارای ۳۹ گویه در زمینه‌ی مهارت‌های اجتماعی و ۱۰ گویه در زمینه‌ی مشکلات رفتاری است. هم‌چنین، فرم معلم دارای ۳۰ گویه در زمینه‌ی مهارت‌های اجتماعی و ۱۰ گویه در زمینه‌ی مشکلات رفتاری است. هر یک از گویه‌ها دارای پاسخ‌های سه نمره‌ای با گزینه‌های هرگز، برخی اوقات و اغلب اوقات است. در این پژوهش از فرم معلم مقیاس SSRS ویژه‌ی کودکان دبستانی استفاده گردید. بخش مهارت‌های اجتماعی دربرگیرنده‌ی رفتارهایی مانند همکاری، ابراز وجود و مهار خود است. بخش‌های یاد شده به صورت خرده آزمون ارائه شده‌اند و از جمع نمرات این خرده آزمون‌ها نمره‌ی مهارت‌های اجتماعی به دست می‌آید. بخش مشکلات رفتاری این مقیاس دارای سه خرده

آزمون رفتارهای برونی سازی شده، رفتارهای درونی سازی شده و بیش فعالی است. فرم ویژه دبستانی مقیاس SSRS برای کاربرد در ایران ترجمه شده و انطباق یافته است. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش بازآزمایی مورد تأیید قرار گرفت. هم‌چنین، پایایی همسانی درونی دو فرم والد و معلم از آلفای ۰/۷۷ تا ۰/۹۹ برای کودکان عقب مانده‌ی ذهنی و ۰/۴۹ تا ۰/۹۶ برای کودکان عادی گزارش شده است. روایی محتوایی پرسش‌نامه نیز با استفاده از نظر صاحب نظران و روایی ظاهری با استفاده از نظر تعدادی از والدین بررسی و تأیید شد (شهیم، ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸). برای بررسی روایی سازه‌ی مقیاس از تحلیل عوامل با مؤلفه‌های اصلی و سپس چرخش ابلیمین<sup>۱</sup> برای بخش مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری به طور جداگانه در دو فرم ویژه پدر و مادر و آموزگار بهره گرفته شده است. تحلیل عوامل پس از محاسبه‌ی ضریب‌های KMO<sup>۲</sup> و با ترسیم نمودار اسکری<sup>۳</sup> منجر به استخراج سه عامل با مقدار آيگن<sup>۴</sup> بیش‌تر از یک در پرسش‌نامه‌های مهارت‌های اجتماعی ویژه‌ی والدین و آموزگار گردید که خویشن‌داری، قاطعیت و همکاری نام گرفت. گویه‌های این سه عامل دارای وزن عاملی بیش‌تر از ۰/۴۰ بودند. تحلیل عوامل در بخش مشکلات رفتاری پرسش‌نامه‌ی ویژه‌ی آموزگار، استخراج سه عامل با مقدار آيگن بیش‌تر از یک را در پی داشت که رفتارهای درون‌زا، برون‌زا و بیش فعال را اندازه‌گیری می‌کند. به طور کلی، تحلیل عوامل نشان دهنده‌ی روایی سازه‌ی مقیاس است (شهیم، ۱۳۸۱).

در نهایت داده‌های قبل و بعد از آموزش به کمک برنامه‌ی کامپیوتری SPSS و آزمون U من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کل و زیر مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی و نمره‌ی مشکلات رفتاری در پیش آزمون، پس آزمون را نشان می‌دهد. اطلاعات به دست آمده از دو مرحله ارزیابی (پیش آزمون و پس آزمون) با استفاده از

- 
- 1- Oblimin
  - 2- Kaiser-Meyer-Olkin
  - 3- Scree Plot
  - 4- Eigen Value

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات زیر مقیاس‌ها و نمره‌ی کلی مهارت‌های اجتماعی و نمره‌ی مشکلات رفتاری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون

متغیر	گروه	آزمون	شاخص	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	گواه	همکاری		۹	۱/۳۶
		ابراز وجود		۸	۲/۴۷
		مهار خود		۸/۹۳	۱/۹۸
		نمره‌ی کل مهارت‌های اجتماعی		۲۵/۹	۳/۷
		مشکلات رفتاری		۱۳/۴۷	۲/۶۱
	آزمایشی	همکاری		۹/۴۷	۱/۰۶
		ابراز وجود		۹/۴	۲/۰۶
		مهار خود		۹/۱۳	۱/۵
		نمره‌ی کل مهارت‌های اجتماعی		۲۸	۳
		مشکلات رفتاری		۱۳/۴۰	۱/۵۴
پس‌آزمون	گواه	همکاری		۱۰/۲۷	۱/۱۶
		ابراز وجود		۱۰/۴۰	۱/۵۹
		مهار خود		۱۱/۲۰	۱/۹۳
		نمره‌ی کل مهارت‌های اجتماعی		۳۰/۹۰	۲/۷۱
		مشکلات رفتاری		۱۱/۸۷	۲/۲۳
	آزمایشی	همکاری		۱۴/۵۳	۱/۴۵
		ابراز وجود		۱۳/۸۰	۱/۶۱
		مهار خود		۱۴	۱/۰۶
		نمره‌ی کل مهارت‌های اجتماعی		۴۲/۲	۳/۲۱
		مشکلات رفتاری		۹/۶	۲/۳۲

آزمون  $U$  من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج این تحلیل در جدول ۲ آمده است.

نگاهی به نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که  $Z$  مشاهده شده‌ی ناشی از آزمون  $U$  من ویتنی در مورد نمرات زیر مقیاس‌ها و نمره‌ی کلی مهارت‌های اجتماعی و نمره‌ی مشکلات رفتاری دو گروه آزمایش و گواه با توجه به مقادیر بحرانی معنی‌دار می‌باشد. بنابراین

جدول ۲. مقایسه‌ی میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون- پس آزمون زیر مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری بر اساس آزمون U من ویتنی

متغیر	شاخص گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین رتبه	من ویتنی U	Z	سطح معنی‌داری
همکاری	آزمایش	-۵/۰۷	۱/۳۸	۱۵	۸/۸۳	۱۲/۵۰	-۴/۱	۰/۰۰۱
	گواه	-۱/۲۷	۱/۸۷	۱۵	۲۲/۱۷			
ابراز وجود	آزمایش	-۴/۴	۲/۹۴	۱۵	۱۲/۰۷	۶۱	-۲/۱	۰/۰۰۳
	گواه	-۲/۴	۲/۳۸	۱۵	۱۸/۹۳			
مهار خود	آزمایش	-۴/۸	۱/۵۹	۱۵	۱۰/۳	۳۴/۵	-۳/۲	۰/۰۰۱
	گواه	-۲/۲	۱/۹	۱۵	۲۰/۷			
نمره‌ی کل مهارت‌های اجتماعی	آزمایش	-۱۴/۲۷	۳/۹۹	۱۵	۹/۱۷	۱۷/۵	-۳/۹	۰/۰۰۱
	گواه	-۵	۴/۲	۱۵	۲۱/۸			
مشکلات رفتاری	آزمایش	۳/۸	۲/۲۷	۱۵	۲۰/۰۷	۴۴	-۲/۸	۰/۰۰۴
	گواه	۱/۶	۳/۰۱	۱۵	۱۰/۹۳			

می‌توان نتیجه گرفت که تفاضل پیش آزمون و پس آزمون نمرات زیر مقیاس‌ها و نمره‌ی کلی مهارت‌های اجتماعی و نمره‌ی مشکلات رفتاری دو گروه آزمایش و گواه معنی‌دار می‌باشد. به عبارت دیگر، نمرات همکاری، ابراز وجود و مهار خود و نیز نمره‌ی کلی مهارت‌های اجتماعی در گروه آزمایش با توجه به تغییرات پس آزمون نسبت به پیش آزمون، افزایش یافته و نمره‌ی مشکلات رفتاری با در نظر گرفتن تغییرات پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است. بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده، آموزش مهارت‌های زندگی باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که کودکان مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی دارای سطوح پایین مهارت‌های اجتماعی یعنی همکاری، ابراز وجود و مهار خود هستند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به دنبال آموزش مهارت‌های زندگی، نشان داد که تغییرات ایجاد شده در نمرات مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری معنی‌دار است. یعنی می‌توان گفت که

روش به کار گرفته شده در مورد گروه آزمایش مؤثر بوده است. بررسی نمره‌های گروه آزمایش، پس از آموزش مهارت‌های زندگی، نشان داد که تفاوت معنی‌داری در زمینه‌ی مهارت‌های زندگی و مشکلات رفتاری در مقایسه با گروه گواه وجود دارد. این یافته‌ها با یافته‌های هاپر (۱۹۹۶)، فایفر و مک‌بارنت (۱۹۹۷) و گینر و همکاران (۲۰۰۳) همسو است. این پژوهشگران نشان دادند که مشکلات افراد مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی، تحت تأثیر مداخله‌ی مبتنی بر آموزش مهارت‌های زندگی تقلیل می‌یابد.

در برخی مطالعات نیز برخی جنبه‌های تأثیر مداخله‌های بهداشت روان در مدرسه و آموزش مهارت‌های زندگی بررسی شده است. بر اساس نتایج یک مطالعه روی ۶۱ دانش‌آموز، ارائه‌ی این برنامه موجب ارتقای عملکرد در حوزه‌های تحصیلی، فردی، بین فردی و روابط با همسالان گردید. در حوزه‌ی تحصیلی این ارتقا خود را به شکل افزایش حضور در مدرسه، بهبود توجه، کاهش میزان افت تحصیلی، افزایش معدل تحصیلی و در حوزه‌ی فردی به صورت افزایش اعتماد به نفس و مهارت‌های انطباقی، کاهش پرخاشگری، افسردگی، مصرف مواد، استرس و شکایات جسمی و افزایش جرأت‌ورزی، مهارت‌های حل مسأله و مسئولیت‌پذیری نشان داد. در بخش روابط بین فردی به افزایش ارتباط با فامیل و کاهش تعارض با هم‌تایان و معلمان منجر شد و در بخش روابط با همسایگان موجب کاهش تأثیر منفی هم‌تایانی شد که در همسایگی آن‌ها وجود داشتند (نابورز، رینولد و ویست، ۲۰۰۰).

در مطالعه‌ای دیگر تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش اختلال سلوک دانش‌آموزان پسر دوره‌ی راهنمایی بررسی شد. نتایج نشان داد که میزان اختلال سلوک دانش‌آموزان تحت تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی به طور معنی‌دار کاهش یافته است. هم‌چنین نتایج پس از یک ماه پیگیری نیز پایدار مانده بودند (همتی و شجاعی، ۱۳۸۴). در پژوهش دیگری در همین راستا، با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی در سازگاری فردی و اجتماعی نوجوانان بزهکار، این نتیجه حاصل شد که آموزش مهارت‌ها منجر به افزایش سازگاری فردی و اجتماعی در نوجوانان بزهکار شهرستان گنبد کاووس شده است (عطاری، شهنی بیلاق، بشلیده و کوچکی، ۱۳۸۴).

با توجه به یافته‌های این پژوهش مبنی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و کاهش

مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی در اثر آموزش، می‌توان گفت که مداخله‌ی به کار گرفته شده در پژوهش حاضر، روش سودمندی جهت افزایش مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان است. برای تبیین این امر باید توجه داشت که اکثر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی به دلیل فقدان تجارب اجتماعی مناسب و کافی آن‌ها است (سام و همکاران، ۹۹۰؛ لاگریکا و سانتوگروسی، ۱۹۹۱، به نقل از لاول و باربارا، ۱۹۹۳؛ بالیس و دیویس، ۱۹۹۷؛ تگلوسی و راسمن، ۲۰۰۱). بنابراین، می‌توان پذیرفت که آموزش برنامه‌ای مبتنی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی می‌تواند مشکلات رفتاری این کودکان را کاهش دهد. از طرف دیگر، یافته‌های این پژوهش با دیگر یافته‌ها در شرایط فرهنگی متفاوت نزدیک بوده است. برای تبیین این امر باید توجه داشت که اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی به طور کلی پدیده‌ای فرافرهنگی است، هر چند ممکن است در محتوای مسائل به وجود آمده، شرایط فرهنگی نیز دخالت داشته باشد. از سویی اصولی که برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی بر آن بنا شده، نظریه‌هایی است که نقش آن‌ها در تبیین بخشی از رفتارهای آدمی غیرقابل انکار است. بدین خاطر نتایج این پژوهش شباهت قابل توجهی با دیگر پژوهش‌های به دست آورده است.

در مجموع، نتایج این پژوهش با وجود ضعف‌ها و محدودیت‌های آن، مؤید اثربخشی برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان بوده و امید است که با بر طرف شدن محدودیت‌ها در دوره‌های بعدی آموزش، نتایج بهتری حاصل شود. از محدودیت‌های این پژوهش عدم ارتباط مؤثر با والدین و معلمان دانش‌آموزان می‌باشد. به نظر می‌رسد که انجام مداخلات همزمان روی والدین و معلمان نقش عمده‌ای در اثربخشی بیش‌تر این آموزش در کودکان مبتلا به اختلال داشته باشد. گفتنی است که این پژوهش تنها در مورد آزمودنی‌های پسر دارای اختلال انجام گرفته است و انجام این بررسی درباره‌ی آزمودنی‌های دختر پیشنهاد می‌شود.

### سپاس‌گذاری

در انتها از همکاری صادقانه‌ی آموزش و پرورش کل و مسئولان و معلمین گرامی دبستان‌های پسرانه‌ی شهرستان نهاوند و نیز دانش‌آموزان شرکت کننده در این مطالعه و والدین آن‌ها کمال تشکر را داریم.



## منابع

## فارسی

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰). متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ترجمه: نیکخو، محمدرضا و آوادیس یانگ، هامایاک (۱۳۸۱)، تهران، انتشارات سخن.
- بلوم کویست، مایکل. ال. (۲۰۰۳). مهارت‌های سازگاری با کودکان ناسازگار: راهنمای عملی برای والدین و درمان‌گران، ترجمه: علاقبندراد، جواد (۱۳۸۳)، تهران، انتشارات سنا.
- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا (۲۰۰۰). خلاصه‌ی روان‌پزشکی: علوم رفتاری - روان‌پزشکی بالینی، جلد سوم، ترجمه: پورافکاری، نصرت‌ا... (۱۳۸۲)، تهران، نشر آب.
- شهیم، سیما (۱۳۷۷). بررسی روایی و پایایی مقیاس روش درجه‌بندی مهارت اجتماعی در گروهی از کودکان شیراز، مجله‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، ش ۳ و ۴، صص ۳۸-۱۷.
- شهیم، سیما (۱۳۷۸). بررسی مهارت اجتماعی در گروهی از کودکان عقب مانده‌ی ذهنی آموزش‌پذیر با استفاده از نظام درجه‌بندی مهارت اجتماعی، مجله‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، ش ۴، صص ۳۷-۱۸.
- شهیم، سیما (۱۳۸۱). گزارش نهایی طرح پژوهشی هنجاریابی مقیاس روش درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی برای کودکان دبستانی در شیراز. معاونت پژوهشی دانشگاه شیراز.
- طارمیان، فرید (۱۳۸۲). بررسی اثربخشی برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی به منظور پیشگیری از مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان دوره راهنمایی، خلاصه مقالات پنجمین همایش سراسری بهداشت روان کودکان و نوجوانان، صص ۳۸-۳۹.
- عربگل، فریده، داوری، رزیتا، خزائلی، آذین، شیرازی، الهام و بینا، مهدی (۱۳۸۳). متن آموزشی بهداشت روان و مهارت‌های زندگی برای زنان، تهران، اداره سلامت روان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر امور زنان، تهران، نشر آروپچ.
- عطاری، یوسفعلی، شهنی بیلاق، منیجه، بشلیده، کیومرث و کوچکی، محمد (۱۳۸۴). بررسی تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی در سازگاری فردی-اجتماعی نوجوانان بزهکار در شهرستان گنبد کاووس، اندیشه و رفتار، ۱۲، صص ۲۵-۴۶.

- قهاری، شهربانو، مهریار، امیرهوشنگ و بیرشک، بهروز (۱۳۸۲). بررسی مقایسه‌ای برخی از اختلالات روانی در کودکان ۷ تا ۱۲ ساله‌ی شاهد، محروم از پدر، جانباز و عادی شهرستان چالوس. *مجله‌ی علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. سال سیزدهم، شماره‌ی ۴۱. صص ۹۰-۸۱.
- هارجی، او و ساندرز، کا. (۱۹۹۴). *مهارت‌های اجتماعی در ارتباط بین فردی*، ترجمه: بیگی، خشایار و فیروزبخت، مهرداد (۱۳۷۷). تهران، انتشارات رشد.
- همتی، قربان و شجاعی، ستاره (۱۳۸۴). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش اختلال سلوک دانش‌آموزان دوره راهنمایی مدرسه امام سجاد (ع). *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۴، صص ۷۳-۹۱.
- مینایی، احمد (۱۳۸۴). *هنجاریابی نظام بخشی مبتنی بر تجربه آشتنباخ*. تهران، انتشارات سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی.

### لاتین

- Bullis, M., & Davis, C. (1997). Further examination of two measures of community-based social skills for adolescents and young with emotional and behavioral disorders, *Behavioral Disorders*, 23, 29-39.
- Castello, E. J., Burns, B., Anggold, A., & leaf, P. (1993). How can epidemiology improvemental helth services of children and adolescents. The intervent, *Journal of American Academy of Child and Psychiatry*, 32, 1106-1117.
- Charron, S., & Parns, M. (2004). Promoting emotional wellness, *Nurse Educator*, 5, 208-211.
- Evans, S. W., Mullett, E., Weist, M. D., & Franz, K. (2005). Feasibility of the mind matters' school mental health promotion program in American schools, *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 51-58.
- Flanagan, R., & Esquivel, G. B. (2006). Emperical and clinical methods in the assessment of personality and psychopatology: An integrative approach for training, *Journal of Psychology in the Schools*, 43, 514-525.
- Gainer, P. S., Webster, D. W., Champion, H. R. (2003). A youth violence prevention program. Description and preliminary evaluation, Washington Community violence prevention program, Washington Hospital Center, Washington, DC, *J Sch Health*, 73, 338-346.

- Gresham, F.M., & Elliot, S.N. (1990). Social skills rating system (Manual). American Guidance Service, USA.
- Goldestin, A. P., Krasher, G. (1987). Are sive behavior asesment and intervention. Pergamon press.
- Happer, K. A. (1996). Social skills effects of impulsivity and depression defeat hyperactiveity disorder, *Journal of Autism an Developmental Disorders*, 171, 102-112
- Harda, Y., Saitoh, K., Lida, J., Sakuma, A., Lwasaka, H., Imai, J., Hirabayashi, M., Yamada, S., & Amino, N., (2004). The reliability and validity of the oppositional defiant behaviour inventory, *Journal of European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 185-190.
- Hudziak, J. J., Copeland, W., Stanger, C., & Wadworth, M. (2004). Screening for DSM-IV externalizing disorders with the child behaviour checklist: A receiver-operating characteristic analysis, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1299-1307.
- Hughes, J. N. (1988). Cognitive behavior therapy with children in schools, New York: Pergamon Press.
- Kazdin, A. E. (1987). Conduct dosoders in childhood and adolescence, Newbury park, CA: Sage Publications.
- Lowell, M., & Barbara, M. (1993). Teaching secondary students with mild learning and behavior problems, New York: Mori Allen.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2002). Child psychopathology- New York, The Guild Ford Press.
- Mattison, R. (2000). School consultation: A review of research on issue unique to the school environment, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 402-413.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 609-621.
- Milne, J. M., Edwards, J. K., & Murchie, J. C. (2001). Family treatment of oppositional defiant disorder: Changing views and strength based approaches. *The Family Journal, Counseling and Therapy for Couples and Families*, 1, 17-28.
- Nabors, L. A., Reynold, M. S., & Weist, M. D., (2000). Qualitative evaluation of a high school mental health program, *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 1-13.
- Pentz, M. A. (1983). Prevention of adolescent substance abuse through social skill development, *NIDA Res Monoger*, 47, 195-232.

- Pfeiffer, L. J. & McBurnett. (1997). Social skills training with parent generalization: treatment effects for children with attention deficit disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 748-757.
- Rigau, R. E., Garcia, N., & Artigas, P. (2006). The treatment of oppositional defiant disorder [Abstract], *Journal of Revista De Neurologia*, 2, 83-88.
- Segrin, C., & Flora, J. (2000). Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems, *Human Communication Research*, 26, 489-514.
- Tafra, R., & Kassirer, H. (1998). Anger control in men: Bar exposure with rational/Irrational/ and irrelevant self - statement, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 56-67.
- Teglasi, H. & Rottman, L. (2001). Stories a classroom-based program to reduce aggressive behavior, *Journal of School Psychology*, 39, 49-71.
- Webb, J. & Scheuermann. (1997). A challenging future: Current barriers and recommended action for our field, *Behavioral Disorders*, 22, 3.
- Wu, P., Hoven, C. W., Bird, H. R., Moor, R. E., Cohen, P., Alegria, M., Dulcan, M., Goodman, S. H., Horwitz, S. M., Lichman, J. H., Narrow, W. E., Rae, D. S., Regier, D. A., & Roper, M. T. (1999). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1081-1090.
- Zollinger, T. W., Saywell, R. M., Muegge, C. M., Wooldridge, J. S., Cummings, S. F., Caine, V. A. (2000). Impact of the life skills training curriculum on middle school student tobacco use in marion county, *Indiana, Arch Surg*, 3, 303-308.