

## مقایسه اثربخشی برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی و آموزش حل مسئله اجتماعی بر کاهش نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای (ارزیابی والدین)<sup>1</sup>

سمیه جمالی پاقلعه<sup>2</sup>، احمد عابدی<sup>3</sup>، مرضیه نظری بدیع<sup>4</sup>، رضا میرزایی راد<sup>5</sup>

تاریخ پذیرش: 92/8/20

تاریخ وصول: 92/3/14

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی و حل مسئله اجتماعی بر میزان نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای انجام شد. جامعه آماری، دانش آموزان پسر پایه سوم و چهارم ابتدایی دارای نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای شهر اصفهان در سال تحصیلی 90-89 بودند. از بین این جامعه آماری با روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای دو دبستان پسرانه به تصادف انتخاب شد و از بین دانش آموزان پایه سوم و چهارم 45 دانش آموز به شیوه تصادفی در سه گروه 15 نفری گمارده شدند. روش پژوهش نیمه آزمایشی بود. در این پژوهش جهت تشخیص نشانه های اختلال مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله ای فرم والدین و مصاحبه بالینی مورد استفاده قرار گرفت. سپس دو رویکرد آموزشی، در دو گروه آزمایش طی 7 جلسه اجرا شد. میزان نشانه های اختلال

---

1. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد است.

2. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه الزهراء (نویسنده مسئول) [S.jamali@alzahra.ac.ir](mailto:S.jamali@alzahra.ac.ir)

3. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، گروه روانشناسی کودکان با نیازهای خاص. [a.abedi44@gmail.com](mailto:a.abedi44@gmail.com)

4. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی فرشچیان همدان. [mnazaribadie@yahoo.com](mailto:mnazaribadie@yahoo.com)

5. عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اناز، ایران. [mirzaei16@gmail.com](mailto:mirzaei16@gmail.com)

نافرمانی مقابله‌ای کودکان در سه گروه طی دو مرحله (پیش آزمون و پس آزمون) مورد سنجش قرار گرفت. داده‌های بدست آمده با روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد، میانگین نمرات نشانه‌های نافرمانی در گروه‌های آموزشی کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل داشت ( $P < 0/001$ ). نتایج پژوهش نشان داد که آموزش برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی و حل مسئله اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای موثر می‌باشند. لذا توجه به برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی و حل مسئله اجتماعی به مثابه مهارت‌های زیربنایی هوش هیجانی و مهارت‌های زیربنایی یادگیری اجتماعی و روابط بین فردی می‌تواند رویکردی موثر در آموزش اختلال نافرمانی مقابله‌ای باشند.

**واژگان کلیدی:** اختلال نافرمانی مقابله‌ای، برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی، آموزش حل مسئله اجتماعی.

#### مقدمه

یکی از شایعترین اختلالات دوران کودکی و نوجوانی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>1</sup> است که یکی از علل رایج ارجاع کودکان به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره می‌باشد (پتی و مایک، 2009، بارکلی، 1973). بر اساس تعریف متن تجدید نظر شده در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM IV-TR)<sup>2</sup> اختلال نافرمانی مقابله‌ای الگوی پایدار منفی کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر اولیای قدرت است. این گونه رفتارها در چهار مورد (ویا بیشتر) از معیارهای زیر در 6 ماه گذشته باید وجود داشته باشند: ابراز کج خلقی، بحث و جدل با بزرگسالان، بی‌اعتنایی یا رد همکاری و درخواست‌ها و اصول بزرگسالان، انجام عمدی کارهایی که مزاحم دیگران است، سرزنش دیگران به خاطر کوتاهی خود، حساسیت، خشم، بی‌زاری و کینه‌توزی (کاپلان و سادوک، 2007). این رفتارها باید

1. Oppositional Defiant Disorder (ODD)

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Text Revised (DSMIV-TR)

فراوان تر از آنچه برای سن و سطح رشد معمول است روی داده و مشکلات خانوادگی و تحصیلی مهمی بوجود آورد. اختلال نافرمانی مقابله‌ای معمولاً بین 7 تا 12 سالگی نمایان می‌شود و شیوع آن در پسران بیشتر از دختران می‌باشد (کازدین و وایتلی، 2006، نوک و همکاران، 2007). شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در (DSM-IV-TR)، 2 تا 16 درصد و در تحقیقات یوسفی و همکاران (1379) و نامداری و نظری (1386)، به ترتیب 6/3 درصد و 17/7 درصد برآورد شده است. تحقیقات در مورد سبب شناسی اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ترکیبی از خصوصیات و گرایش‌های ژنتیکی یا زیست‌شناختی کودکان، و شرایط محیطی را عنوان کرده‌اند (راتر، 2006؛ لاجمن و همکاران، 2008؛ باری، 2005). کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای معمولاً در مدرسه پیشرفت خوبی ندارند (بورت و همکاران، 2001)، در روابط بین فردی ضعیف هستند (گرین و همکاران، 2002)، دارای مشکلات توجهی و نقص در کارکردهای اجرایی<sup>1</sup> می‌باشند (لوبر و همکاران، 2000؛ گادو و نولان، 2002) و عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضای بزرگترها می‌باشند (هومرسون، موری، اوهان و جانسون، 2006).

پژوهش‌هایی که در سال‌های اخیر درباره این کودکان انجام شده وجود نقص‌هایی را در مهارت‌های شناختی این کودکان نشان داده‌اند (گرین و همکاران، 2004). نقص‌های شناختی اغلب در حوزه کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجان، پردازش اطلاعات اجتماعی<sup>2</sup> دیده می‌شود و با توجه به اینکه این کودکان ارتباطات نامتعادلی با والدین و همسالان دارند، در مقیاس سازگاری اجتماعی دو انحراف استاندارد از حد نرمال پایین‌تر هستند (اسکلوز و تریون، 2007)، نظریه‌های اخیر تصور کرده‌اند کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای کمبودهایی در یک مهارت

---

1. executive functions

2. social-information processing

مجزا دارا می‌باشند که به رفتار نافرمانی منجر می‌شود. این کودکان فاقد مهارت‌های عاطفی و شناختی مورد نیاز برای انجام تقاضای بزرگترها هستند و اینکه دیگران را به خاطر بدرفتاری خود مقصر دانسته و سرزنش می‌کنند نشان دهنده نقص در مهارت‌های اجتماعی-هیجانی و مهارت‌های شناختی اجرایی آنها می‌باشد (واتسون، 2003).

روشهای درمان متنوعی برای مواجهه با مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به کار گرفته شده است، از جمله مداخلات می‌توان به مداخلات خانواده محور<sup>1</sup>، کودک محور<sup>2</sup> و ترکیبی<sup>3</sup> و همچنین درمان‌های دارویی<sup>4</sup> اشاره کرد. از جمله پژوهشها در زمینه آموزش والدین (خانواده محور) می‌توان به پژوهش‌های: کاستین و چمبر (2007)؛ لارسون و همکاران (2009)؛ لاورین و همکاران (2008)؛ پور احمدی و همکاران (1388)؛ خیریه و همکاران (1388)؛ محمدی (1388) اشاره نمود. در زمینه آموزش کودکان میتوان به پژوهش‌های: نلسون گری و همکاران (2006)؛ رونن (2005)؛ بامبری و پروسلی (2006)؛ هاشمی و همکاران (1388) اشاره نمود. و مداخلات ترکیبی نیز می‌توان به پژوهش لارسون و همکاران (2009) اشاره نمود. در زمینه مداخلات دارویی پژوهش‌های اسپنسر و همکاران (2006) و دل آنجلو (2009) قابل ذکر می‌باشند.

عمده پژوهش‌ها در زمینه برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی<sup>5</sup> در وهله اول به کاهش مشکلات رفتاری اشاره داشته اند و نشان داده‌اند که کاهش مشکلات رفتاری منجر به بهبود رفتارهای کودک و در نتیجه پیشرفت تحصیلی می‌شود. از جمله این پژوهشها می‌توان به پژوهش‌های دولاک و همکاران (2011)؛ کرامر و همکاران (2010)؛ مکون و همکاران (2010)؛

- 
1. parent- based educational-psychological intervention
  2. child- based educational-psychology intervention
  3. combination treatment
  4. drug treatment
  5. Social Emotional Learning program (SEL)

دفور (2009)؛ صدری (1387)؛ کریم زاده (1388) اشاره نمود. در زمینه آموزش حل مسئله اجتماعی<sup>1</sup> می‌توان به پژوهش‌های بیکر ویدمن و همکاران (2010)؛ تاکاهاشی و همکاران (2009)؛ وازکین و همکاران (2009)؛ یاماشیتا و همکاران (2005)؛ فیک و ربکا (2004)؛ دیزوریلا و همکاران (2003)؛ محمدی (1381)؛ نصرآبادی (1382)؛ احدی و همکاران (1387) اشاره نمود. هابنر و پرلمن (2004) در یک مطالعه نشان دادند که مشکلات کودکان دارای اختلال نافرمانی ناشی از آسیب به هوش هیجانی<sup>2</sup> آنهاست. آنها در مطالعه خود ثابت کردند که با روشهای درمانی مبتنی بر هوش هیجانی می‌توان مشکلات این کودکان را به طور قابل ملاحظه کاهش داد. براکت، ریورس، ریز و سالوی (2010) در پژوهشی نیمه تجربی به بررسی تأثیر آموزش برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی و آموزش واژه‌های احساسی بر عملکرد تحصیلی و توانایی هیجانی اجتماعی دانش‌آموزان کلاسهای پنجم و ششم پرداختند. نتایج در پایان سال تحصیلی بیانگر افزایش تواناییهای هیجانی اجتماعی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان در مقایسه با گروه کنترل بود. نتایج نشان دهنده اثربخشی برنامه‌های یادگیری اجتماعی هیجانی بر موفقیت تحصیلی و اجتماعی دانش‌آموزان بوده است. اسکولوز و تریون (2007) به بررسی مهارتهای اجتماعی<sup>3</sup> کودکان دارای علایم اختلال نافرمانی در مدارس پرداختند. در این مطالعه 27 کودک دارای علایم نافرمانی با 27 کودک که به این اختلال مبتلا نبودند مقایسه شده است. یافته‌ها نشان داد که دانش‌آموزان دارای علایم اختلال نافرمانی مهارت اجتماعی کمتر، پیشرفت تحصیلی کمتر و مشکلات رفتاری بیشتری نشان دادند. کیمبر، ساندل و بریمبرگ (2008) آموزش برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی را در مدارس سوئد جهت ارتقاء سلامت روان بررسی کردند و نتیجه گرفتند که برنامه‌های یادگیری اجتماعی هیجانی بر سلامت روان مؤثر

---

1. social problem solving

2. emotional intelligence

3. social skills

است. در این برنامه آموزشی به فراگیران خود‌کنترلی، همدلی، انگیزش و خود آگاهی آموزش داده شده است شواهد بدست آمده از فراتحلیلی<sup>1</sup> که توسط انجمن تحصیلی یادگیری اجتماعی هیجانی<sup>2</sup> (CASEL) انجام شده نشان داده که برنامه‌های یادگیری اجتماعی هیجانی، تاثیرات مثبتی بر مهارت‌های اجتماعی، هیجانی، رفتارهای اجتماعی، مشکلات رفتاری، تنش‌های هیجانی، عملکردهای علمی و رفتار فرد با خودش، دیگران و در مدرسه داشته است. آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی، زمینه‌ساز و باعث جریان رشد کفایت‌ها و قابلیت‌های اجتماعی و هیجانی در افراد است (انجمن تحصیلی یادگیری اجتماعی هیجانی، 2008). یادگیری اجتماعی هیجانی به توانایی برای درک، اداره و بیان موفقیت‌آمیز جنبه‌های اجتماعی و هیجانی زندگی، مانند یادگیری نحوه برقراری رابطه، حل مسایل و مشکلات روزمره و سازگاری با تقاضاهای پیچیده، اشاره دارد (الیاس، 2006). در تحقیقات، بین شناخت اجتماعی و رفتارهای اجتماعی ارتباط وجود داشته است و مبتنی بر این فرضیه است که شناخت اجتماعی مکانیزمی است که منجر به رفتارهای اجتماعی می‌شود. در سالهای اخیر مدل‌های متفاوتی از شناخت اجتماعی در حال توسعه است. تئوریهای شناخت اجتماعی متفاوتی شامل تئوری پردازش اطلاعات اجتماعی و حل مسئله اجتماعی وجود دارند (لاچمن و مارتینز، 2010). با توجه به این مدلها و اینکه کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در طی روز به صورت مداوم با مشکلاتی از قبیل چگونگی واکنش در مقابل شرایط نامطلوب مانند بازی‌های رقابتی قرار می‌گیرند و برای حل چنین مشکلاتی برانگیخته می‌شوند. به این منظور آنها باید به یک سری مهارت‌های شناختی مجهز باشند از قبیل بیان مشکل، راه حل‌های احتمالی موجود و تصمیم‌گیری در برابر راه حل. شیوه آموزش حل مسئله اجتماعی، یک روش روان‌درمانی است که با اتکاء به اصول علمی تغییر رفتار یعنی،

---

1. meta analysis

2. Collaborative for Academic Social and Emotional Learning (CASEL)

الگوگیری، تقویت اجتماعی و... و با اتکاء به جنبه‌های شناختی رفتار، فرایند درمانی و شیوه‌های مقابله با مشکلات را فراهم آورده است. همچنین پژوهشگران نشان داده‌اند که وجود الگوی پایدار رفتارهای پرخاشگری در کودکان محصول نقص در اسنادهایی است که آنها درباره رویدادهای اجتماعی دارند. نتایج تحقیقات در خصوص ارتباط رفتار پرخاشگرانه و کیفیت حل مسئله اجتماعی کودکان و نوجوانان، نشان داده‌اند که رفتار پرخاشگرانه این افراد نوعی مقابله با مشکلات اجتماعی است که همواره آنها در خلال زندگی تجربه می‌کنند. بنابراین میزان بالای رفتار پرخاشگرانه، به نقص در پردازش اطلاعات ارتباط دارد. پردازشی که نهایتاً به حل مسئله اجتماعی به شیوه پرخاشگرانه منجر می‌شود.

با توجه به اینکه کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مهارتهای اجتماعی و پیشرفت تحصیلی ضعیف هستند و مشکلات رفتاری بیشتری دارند و به علت رفتارهایی که دارا می‌باشند ممکن است در معرض طرد گروه همسالان و معلمین قرار بگیرند و این امر علاوه بر اینکه بهداشت روان کودک را دچار آسیب می‌کند، باعث می‌شود از لحاظ تحصیلی نیز دچار دلزدگی شود. این اختلال اگر به وضعیتی مزمن تبدیل شود می‌تواند در روابط بین فردی و عملکرد تحصیلی دخالت کرده و باعث شود فرد یا فاقد دوست بوده و یا روابط دوستانه او را ارضا نکند (کاپلان و سادوک، 2007). اکثریت کودکان نافرمان دارای هوش طبیعی بوده ولی به علت مشکلات رفتاری دچار ضعف در برقراری رابطه با دیگران، خودپنداره ضعیف، درماندگی آموخته شده، پرخاشگری هستند (بینک، 2002). بدین منظور که کودکان دارای علائم نافرمانی بتوانند از هوش خود نهایت استفاده را داشته و بتوانند از بهداشت روانی مناسبی برخوردار باشند و بتوانند تعاملات اجتماعی مناسبی را با دیگران تجربه کنند، مداخله امری لازم و ضروری است. و از آنجایی که مشکلات این کودکان ناشی از آسیب به هوش هیجانی و چگونگی حل مسائل در برخورد با اجتماع است، در این پژوهش دو برنامه آموزشی جهت

کاهش نشانه‌های این اختلال ارایه می‌شود. بنابراین هدف از این پژوهش بررسی و مقایسه اثربخشی برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی و آموزش حل مسئله اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌باشد.

### جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر پایه سوم و چهارم دبستان آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال تحصیلی 89 - 88 بودند. نمونه‌ی پژوهش شامل 45 دانش‌آموزان پسر با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. این آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای از نواحی آموزش و پرورش شهر اصفهان انتخاب شدند. لازم به ذکر است که آزمودنی‌ها بعد از شناسایی، از طریق مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مصاحبه بالینی سازمان یافته بر اساس معیارهای DSM-IV-TR به عنوان اختلال نافرمانی مقابله‌ای تشخیص داده شدند. در مرحله اول (سرند کردن اولیه) 165 نفر دانش‌آموز با استفاده از مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای که به این اختلال مشکوک بود انتخاب شدند، سپس با رضایت والدین آنها به یک روانشناس بالینی ارجاع داده شدند تا به لحاظ تشخیص بالینی اختلال نافرمانی مقابله‌ای و نداشتن سایر اختلالات همراه (تشخیص افتراقی) مورد بررسی قرار گیرند. در مرحله دوم از بین آنهایی که از طریق مقیاس درجه‌بندی و مصاحبه بالینی، تشخیص بالینی اختلال نافرمانی مقابله‌ای داده شدند 45 نفر به شیوه تصادفی انتخاب و به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل به طور تصادفی گمارده شدند (هر گروه 15 نفر). گروه‌های آزمایش تحت آموزش قرار گرفتند و بر روی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد. گروه آزمایشی برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی شامل 15 نفر دانش‌آموز با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، گروه آزمایشی آموزش حل مسئله اجتماعی شامل 15 نفر دانش‌آموز با اختلال



نافرمانی مقابله ای را شامل می شوند. پس از انتخاب آزمودنی ها و گماردن تصادفی آنها در گروه های آزمایشی آموزشی و گروه کنترل با حمایت سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان در محل دبستان ذاکر (محلی که کلاسها در آن تشکیل می شد) مداخلات آموزشی - روان شناختی اجرا گردید . گروه کنترل برای رعایت اصول اخلاقی در لیست انتظار باقی ماندند تا پس از خاتمه پژوهش مورد مداخلات آموزشی - روان شناختی قرار گیرند. همچنین آزمودنی های هر دو گروه با توجه به متغیر های سن و جنس همتا شده بودند (آزمودنی ها فقط پسر واز یک پایه تحصیلی و سنی انتخاب شدند). لازم به ذکر است پرسشنامه ها توسط والدین تکمیل شده و از بین کسانی که در پرسشنامه ها مشکوک به اختلال تشخیص داده شدند، توسط روانشناس بالینی مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. هم کودک و هم والدین مورد مصاحبه قرار گرفتند. ضمناً میانگین سنی گروه کودکان عادی 9/42 و گروه کودکان ODD 9/55 بود. داده ها با استفاده از نرم افزار spss و با روش تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند.

### ابزار گردآوری داده ها

پرسشنامه درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله ای (ODDRS): مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله ای<sup>1</sup> توسط هومرسن، موری، اوهان و جانسون (2006) برای تشخیص کودکان با اختلال نافرمانی مقابله ای بر اساس ملاکهای DSM – IV – TR ساخته شده است. این مقیاس برای کودکان 5 – 15 سال استفاده می شود. ضریب پایایی (همسانی درونی) مقیاس به روش آلفای کرونباخ 0/92 و ضریب پایانی آن به روش بازآزمایی 0/95  $r=0/95$  در سطح  $P < 0/001$  توسط سازندگان مقیاس گزارش شده است. این مقیاس توسط عابدی (1387) بر روی

1. Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS)

دانش‌آموزان پایه‌های اول تا پنجم دبستان شهر اصفهان روایی سنجی و اعتباریابی شده است. عابدی (1387) ضریب پایانی (همسانی درونی) این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ  $0/93$  و ضریب پایایی آن را به روش بازآزمایی  $0/94$  محاسبه و روایی محتوایی این مقیاس نیز توسط 5 نفر روان‌شناس و روان‌پزشک تایید شده است. این پرسشنامه توسط والدین کودک تکمیل می‌شود. این پرسشنامه توسط والدین کودک تکمیل می‌شود و شامل 8 سؤال است که در طیف لیکرت (همیشه، هرگز و گاهی اوقات) درجه بندی می‌شود.

مصاحبه بالینی: از این ابزار برای تشخیص دقیق اختلال نافرمانی مقابله‌ای استفاده شد. بدین صورت مجدداً دانش‌آموزانی که با استفاده از مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODDRS)، مبتلا به اختلال تشخیص داده شده بودند توسط یک روان‌شناس بالینی مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند (نداشتن اختلال دیگری). اجماع دو ابزار معیار اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پژوهش حاضر بود. همچنین مصاحبه بالینی سلامت نیز توسط روان‌پزشک نسبت به سلامت کودکان و والدین انجام گردید.

## روش

به منظور اجرای پژوهش، پس از تعیین اهداف پژوهش و تعریف جامعه آماری، پرسشنامه اختلال نافرمانی مقابله‌ای جهت تکمیل توسط والدین در دو دبستان پسرانه پایه‌های سوم و چهارم توزیع شد و از بین پرسشنامه‌های بازگشت داده شده دانش‌آموزانی که بالاترین نمره را در مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای کسب کردند انتخاب شدند. سپس از بین دانش‌آموزان 45 دانش‌آموز انتخاب شد. دانش‌آموزان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارش شدند. سپس با توجه به مشکلاتی که کودکان نافرمان در روابط با همسالان و اجتماع و خود تنظیمی دارا می‌باشند برنامه‌های درمانی جهت آموزش به این

کودکان طرح ریزی شد. جلسات آموزشی برای هر دو برنامه آموزشی در ساعات رسمی مدرسه طی هفت هفته به مدت یک ساعت اجرا شد. ضمناً آموزش به صورت گروه های 5 نفری در دبستان ذاکر اصفهان (محل اجرای تحقیق) اجرا می گردید. پکیج آموزشی با همکاری اساتید مجرب و چندین روانشناس طراحی شد. محتوی جلسات آموزشی در پیوست آمده است.

#### روش آماری تجزیه و تحلیل داده ها

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و کاربردی است و در آن از دو گروه آزمایش و یک گروه گواه با انجام پیش آزمون و پس آزمون استفاده شده است. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار (SPSS V 16) استفاده شده است. پس از جمع آوری داده ها، تجزیه و تحلیل اطلاعات در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در سطح توصیفی، از شاخص های آماری میانگین و انحراف استاندارد، در مراحل پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. روش بررسی و تجزیه و تحلیل داده ها در سطح استنباطی تحلیل کواریانس است.

#### یافته های پژوهش

میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنیها در پرسشنامه اختلال نافرمانی مقابله ای (فرم والدین) در گروه برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی پیش آزمون به ترتیب 1/30 و 0/27، در پس آزمون 0/71 و 0/25، در گروه آموزش حل مسئله اجتماعی پیش آزمون 1/35 و 0/25، در پس آزمون 0/63 و 0/17 و گروه کنترل در پیش آزمون 1/22 و 0/16، در پس آزمون به ترتیب 1/21 و 0/17 بدست آمد. بر اساس این اطلاعات میانگین های گروه آزمایش پس از آموزش هر

دو رویکرد، کاهش داشته است. جهت بررسی این فرضیه از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل کواریانس در جدول 1 آمده است.

جدول 1. نتایج تحلیل کواریانس اثربخشی برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی و آموزش حل مسئله

اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال

شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا	توان
پیش آزمون	0/96	1	0/96	21/52	0/001	0/34	0/99
گروه	3/59	2	1/79	40/89	0/001	0/66	1
خطا	1/80	41	0/04	-	-	-	-

همانگونه که در جدول 1 مشاهده می‌شود، با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، دو رویکرد آموزشی منجر به تفاوت معنی دار بین گروه آزمایش و کنترل شده است ( $P < 0/001$ ). میزان تاثیر در مقیاس (ODDRS) والدین 0/66 بوده است. یعنی 66 درصد واریانس پس آزمون (کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای) مربوط به آموزش بوده است. توان آماری یک می‌باشد (نشان دهنده کفایت حجم نمونه). بنابراین از نتایج جدول فوق نتیجه گرفته می‌شود هر دو رویکرد آموزشی بر کاهش علائم مرضی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای موثر بوده است و تفاوت محسوسی بین این دو رویکرد در آموزش مشاهده نشد. نتایج مقایسه زوجی در جدول 2 ذکر شده است.

جدول 2. آزمون توکی برای تفاوت دو به دو گروه‌ها

سطح معناداری	تفاوت میانگین دو گروه (I - J)	I گروه	J گروه
0/0001	-0/56	برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی	گروه کنترل
0/99	-0/008	آموزش حل مسئله اجتماعی	گروه کنترل
0/0001	0/56	گروه کنترل	برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی
0/0001	0/55	آموزش حل مسئله اجتماعی	گروه کنترل
0/99	0/008	برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی	آموزش حل مسئله اجتماعی
0/0001	-0/55	آموزش حل مسئله اجتماعی	گروه کنترل

P&lt;0/001

همانگونه که اطلاعات جدول 2 نشان می‌دهد در ارزیابی والدین بین گروه آزمایش (برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی) با گروه کنترل تفاوت معنادار می‌باشد ( $p<0/001$ ). اما این برنامه با برنامه حل مسئله اجتماعی تفاوت معنادار نداشت ( $P>0/001$ ). در ارزیابی والدین بین گروه آزمایش (آموزش حل مسئله اجتماعی) با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار می‌باشد ( $P<0/001$ ). اما این برنامه با برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی تفاوت معنادار نداشت ( $P>0/001$ ).

### بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش، مقایسه اثربخشی برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی و آموزش حل مسئله اجتماعی بر بهبود علائم مرضی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای مورد بررسی قرار گرفت. در مقایسه گروه‌ها نتایج نشان دادند بین دو رویکرد درمانی جهت بهبود نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله ای تفاوت چندانی مشاهده نشد (جدول 2). پژوهش‌های مختلفی گزارش داده‌اند که برنامه‌های یادگیری اجتماعی هیجانی منجر به بهبود رفتار در دانش‌آموزان می‌شود. برنامه‌های در نظر گرفته شده برای آموزش مهارت‌های اجتماعی هیجانی، در کاهش مشکلات

رفتاری زودرس مؤثر بوده‌اند. پژوهش یا فرضیه‌ای مشابه که برنامه یادگیری هیجانی اجتماعی را در این گروه سنی دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای مورد هدف قرار بدهد یافت نشد؛ زیرا پیشینه درمان‌های مبتنی بر یادگیری اجتماعی هیجانی در سال‌های آتی مورد توجه قرار گرفته‌اند و از طرف دیگر پژوهش‌های مبتنی بر این برنامه جهت پیشبرد اهداف تحصیلی به وفور دیده می‌شود، اما پژوهشی در نمونه کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای یافت نشد. در پژوهش‌های مرتبط که با نمونه‌های متفاوت اجرا شده است، درمان مبتنی بر یادگیری اجتماعی هیجانی به طور معناداری مؤثر بوده است. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد هر دو رویکرد درمانی در کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر می‌باشند. نتایج این پژوهش با یافته‌های بیکر ویدمن و همکاران، 2010؛ تاکاهاشی، 2009؛ ویسبرگ، 1981؛ فیک و ربکا، 2004؛ تگلازی و راتمن، 2001؛ محمدی، 1381؛ احدی و همکاران، 1387؛ نصرآبادی، 1382 در زمینه آموزش حل مسئله اجتماعی و با یافته‌های دولارک و همکاران، 2011؛ کیمبر و همکاران، 2008؛ دفور، 2009؛ فری، 2005؛ رایت، 2007؛ جیلن، 2008؛ زینس، 2000؛ صدری، 1387؛ اکبرزاده، 1388؛ در زمینه برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی همخوان می‌باشد. در زمینه آموزش حل مسئله اجتماعی، تحقیقات بسیاری اثربخشی آموزش حل مسئله اجتماعی را بر سایر اختلالات روانی از جمله پرخاشگری، رفتارهای مخرب، اختلال سلوک، افسردگی، شیزوفرنیا، اسکیزوفرنی، کمرویی، بررسی نمودند که تا حدودی با نتایج پژوهش حاضر همخوان می‌باشند (بیکر ویدمن و همکاران، 2010؛ فیک و ربکا، 2004؛ تگلازی و راتمن، 2001؛ محمدی، 1381؛ احدی و همکاران، 1387؛ چانگ و همکاران، 2009؛ مک موران و همکاران، 2007؛ دیزوریل و همکاران، 2003؛ پاکسالاتی، 2000؛ تاکاهاشی، 2009).

در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت از آنجا که وجود رفتارهای نافرمانی و پرخاشگرانه، در کودکان محصول نقص در تصمیم‌گیری یا سوگیری در اسنادهایی است که

درباره رویدادهای اجتماعی دارند همچنین کودکان مستعد ابتلا به نافرمانی و پرخاشگری، اغلب در شناسایی و تفسیر نشانه‌ها سوگیری داشته و کمبودهایی رانشان می‌دهند و تمایل دارند نیات خصمانه خود را به دیگران نسبت داده و همچنان اعتقاد دارند که مبارزه و دعوا تنها راه مقابله با شرایط می‌باشد، لذا می‌توان آموزش حل مسئله اجتماعی را در کاهش نشانه‌های نافرمانی، لجبازی و پرخاشگری آنها اثربخش ذکر نمود. در همین راستا بسیاری از برنامه‌های آموزشی شناختی رفتاری اکنون به کودکانی که با مشکلات بین فردی مواجه هستند آموزش داده می‌شوند.

با توجه به استفاده از رویکرد مبتنی بر آموزش حل مسئله اجتماعی و تمرکز درمان بر آموزش کودکان در ابعاد برگرفته از مدل آموزشی دیزوریل مبتنی بر جهت‌گیری مثبت به مسائل و حل مسئله منطقی، می‌توان نتیجه گرفت که این رویکرد توان قابل توجهی در بهبود نشانه‌های نافرمانی و لجبازی در کودکان دبستانی دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای داشته است و جلسات گروهی دانش‌آموزان و استفاده از تکنیک‌های الگوگیری، ایفای نقش، پسخوراند گروهی مبتنی بر درمانهای شناختی رفتاری در بهبود مشکلات رفتاری کودکان مؤثر می‌باشند. با استناد به این می‌توان گفت که مهارت‌های شناختی متعددی که از رهگذر آموزش حل مسئله اجتماعی به دست می‌آیند؛ مانند تشخیص مسئله، تولید پاسخ‌های تناوبی، بررسی پیامد راه حل‌های انتخاب شده، توقف تفکر قبل از عمل، تفکر در خصوص راه حل‌های مناسب و... ابزار و راهکار مقابله‌ای هستند، که نتیجه به کارگیری آنها مهار مشکلاتی است که افراد در زندگی اجتماعی با آنها مواجه می‌گردند. حل مسئله اجتماعی فرایند شناختی رفتاری و عاطفی است که در آن افراد تلاش می‌کنند تا مشکلاتی را که آنها در محیط اجتماعی زندگی واقعی شان تجربه می‌کنند را حل نمایند.

در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان گفت، هم در برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی و هم در آموزش حل مسئله اجتماعی به کودکان دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای مهارت‌هایی آموزش داده می‌شوند که کودکان بتوانند در موقعیت‌های متفاوت در برابر بزرگترها (والدین، معلمین، خواهر و برادرها) بر هیجانات خود کنترل داشته و بهتر بتوانند با دیگران ارتباط برقرار نموده و مشکلات خود را در مسائل اجتماعی برطرف نمایند، لذا تفاوت‌چندانی در آموزش این دو رویکر بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای وجود نداشت. در هر دو رویکرد آموزشی شناخت‌ها، احساسات، ادراک و شیوه پردازش اطلاعات نقش محوری را در پیشرفت و بازسازی رفتاری و مشکلات سازگاری بازی می‌کنند. در تبیین این موضوع می‌توان گفت؛ از آنجایی که افراد مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در روابط بین فردی، راه‌حل‌های محدودی را آزمایش می‌کنند و به اهداف بلند مدت توجهی نداشته و در پیشاپیش نگرانی پیامدهای رفتاری خود و شناخت هیجانات و چگونگی ابراز آن مشکل دارند لذا شیوه آموزش شناختی رفتاری<sup>17</sup> که هدف اساسی آن، شناخت هدف‌های بین راهی، پیامد و تنوع راه‌حلها و همچنین شناخت مراجع تفکر مبتنی بر علیت و جنبه‌های اجتماعی آن، یعنی روابط بین فردی می‌باشد، در درمان کودکان دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر می‌باشد. درمان شناختی رفتاری مبتنی بر این فرضیه است که افکار، احساسات و رفتار متقابلاً با هم در ارتباطند و اینکه تغییرات یکی از آنها لزوماً منجر به تغییر در دیگری خواهد شد. این روابط متقابل بین افکار، احساسات و رفتارها به عنوان اصل اساسی تمام درمان‌های شناختی رفتاری به کار می‌رود.

همچنین افراد دارای هوش هیجانی بالا احساسات و تمایلات خود را بیشتر ابراز می‌کنند و در نتیجه شبکه اجتماعی وسیع‌تر و حمایت اجتماعی بیشتری برای خود فراهم می‌آورند. برخورداری از حمایت اجتماعی نیز به نوبه خود باعث ارتقاء سلامت روانی و محافظت در



برابر فشارهای روانی می‌شوند. کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای فاقد مهارت‌های عاطفی و شناختی مورد نیاز برای انجام تقاضای بزرگترها هستند و اینکه دیگران را به خاطر بد رفتاری خود مقصر دانسته و سرزنش می‌کنند نشان دهنده نقص در مهارت‌های اجتماعی هیجانی و مهارت‌های شناختی اجرایی آنها می‌باشد، در نتیجه با کار بر روی این مهارت‌ها از طریق افزایش خودآگاهی، شناسایی هیجانات، مدیریت هیجانات، ابراز هیجانات و درک هیجانات دیگران، آشنایی با افکار و هیجانات، آموزش روش‌های کنترل احساس و هیجان و مهارت‌های ارتباطی شامل آشنایی با مهارت‌های گوش دادن و مشاهده کردن فعال، آشنایی با مهارت برقراری تماس چشمی، آشنایی با مهارت همدلی از طریق فعالیت‌های گروهی و ایفای نقش می‌توان کاهش معنادار نشانه‌های نافرمانی را در کودکان گروه آزمایش تبیین کرد. همچنین ویژگی خاص برنامه آموزشی حاضر، از جمله اجرای برنامه در قالب فعالیت‌های گروهی و تنوع در فعالیت‌ها می‌تواند مبین تاثیرات درمانی باشد. نتایج حاصل در چندین مطالعه و پژوهش و همچنین اجرای این برنامه‌ها نشان می‌دهد که همواره در نتیجه انجام موفقیت‌آمیز چنین برنامه‌هایی و ایجاد محیطی گرم و مطلوب با درجه بالایی از همکاری، سطح هوش هیجانی و اجتماعی یادگیرندگان افزایش می‌یابد و این برنامه‌ها سبب بهبود عملکرد آنان از نظر رفتاری، تحصیلی و اجتماعی می‌شود. در مجموع نتایج به دست آمده حاکی از آن است که آموزش مبتنی بر برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی در وهله اول جهت کاهش اختلالات رفتاری مؤثر می‌باشد و در نتیجه باعث بهبود پیشرفت تحصیلی و رفتارهای مطلوب اجتماعی می‌شود. هوش هیجانی با افزایش قدرت حل مسئله، تحمل فشار روانی، احساس خودشکوفایی و افزایش عزت نفس می‌تواند بر باورهای انگیزشی فرد تاثیر بگذارد و آنها را بهبود بخشد به واقع با تقویت باورهای انگیزشی به واسطه هوش هیجانی، فرد با باورهای جدیدتر و بهتر می‌تواند در مسیر زندگی قدم بگذارد و موفقیت و رسیدن به زندگی بهتر و سالمتر را از باورهای اصلی خود خواهد پنداشت.

با توجه به اینکه اختلالهای رفتاری، همه جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، لذا هر گونه تلاشی که در زمینه شناسایی و تشخیص، پیشگیری، کنترل و درمان صورت گیرد و بهداشت روانی جامعه را ارتقا بخشد، ارزشمند است. لازم به ذکر است که آزمودنیهای حاضر در این پژوهش به لحاظ رشدی در موقعیت مطلوب، یعنی سنین کودکی قرار داشتند. لذا، همین امر، امکان تعمیم یافته‌ها را به کودکان سنین پایینتر که درک کمتری از این مهارت‌ها دارند با محدودیت مواجه می‌سازد. همان طوری که نتایج اکثر پژوهش‌ها نشان می‌دهد، شرایط فرهنگی و قومی در آموزش و رشد عوامل هوش هیجانی تأثیر دارد. از این رو، تعمیم نتایج این پژوهش در گروه‌های قومی دیگر در سایر مناطق کشور و در حوزه فرهنگ‌های دیگر با محدودیت همراه است. همچنین ذکر این نکته ضروری است که گروه مورد پژوهش، محدود به پسران و فراگیران یک مقطع تحصیلی خاص بود، لذا نمیتوان این نتایج را با قاطعیت به سایر دانش‌آموزان در مقاطع تحصیلی دیگر تعمیم داد. اگر چه در این پژوهش اثربخشی اجرای گروهی این رویکردها مورد تأکید بوده است، بررسی مقایسه اجرای گروهی و منفرد رویکردهای مبتنی بر یادگیری اجتماعی هیجانی و آموزش حل مسئله اجتماعی پیشنهاد می‌شود. بررسی اثر بخشی هر دو رویکرد آموزشی بر سایر نشانه‌های روانشناختی و جمعیت‌های بالینی و مقایسه اثر بخشی رویکردهای ارائه شده با سایر درمان‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان نیز پیشنهاد می‌شود.

#### پیوست‌ها

##### جلسات آموزشی برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی

پس از اجرای پیش‌آزمون، برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی مطابق با ترکیبی از برنامه‌های آموزشی طراحی و اجرا گردید. برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی هفت جلسه

و هر جلسه آموزش یک ساعت و به صورت هفتگی برگزار می‌شد. زیربنای اساسی برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی شامل فعالیتهایی بود که به صورت داستانهای تصویری موجب آشنایی کودکان با هیجانات خود و تقویت هوش اجتماعی هیجانی کودک می‌شد. توانایی‌های اساسی که در برنامه‌های یادگیری اجتماعی - هیجانی جای داده می‌شود، عبارتند از: 1- خودآگاهی: آگاهی از هر آنچه در هر لحظه احساس می‌کنیم، همراه با ارزیابی واقع‌بینانه از توانایی‌ها و اعتماد به نفس. 2- همدلی یا آگاهی‌های اجتماعی: درک احساسات دیگران و توانایی در نظر گرفتن دیدگاه‌های دیگران با وجود تفاوت‌هایی که با دیدگاه فرد دارند. 3- مدیریت خود: اداره هیجانات و احساسات و مسئول بودن و خویشتن‌داری برای دستیابی به هدف‌ها و پافشاری در جبران شکست‌ها و ناکامی‌ها. 4- مهارت‌های ارتباطی: اداره‌ی موثر هیجانات در روابط با دیگران، ایجاد و حفظ روابط سالم مبتنی بر همکاری و مساعدت و درخواست کمک از دیگران هنگام نیاز. هر یک از این مهارتها با استفاده از فنونی مانند داستانهای ناتمام، ایفای نقش، تشخیص هیجانات مختلف (مانند: خشم، خوشحالی، هراس، تنفر، تعجب) از بین تصاویر مختلف، رنگ آمیزی هیجانات، بحث و گفتگوی آزاد، آموزش زبان بدن، حالات چهره، لحن صدا جهت تشخیص هیجانات، چرخه احساسات، افزایش و تقویت مهارتهای گوش دادن برای افزایش همدلی، به کودکان آموزش داده شد. همچنین پایان هر جلسه آموزش برای والدین نیز تکالیفی برای انجام بعضی از تمرینات داده می‌شد. ضمناً آموزش به صورت گروهی اجرا شد.

### جلسات آموزش حل مسئله اجتماعی

پس از اجرای پیش آزمون، آموزش حل مسئله اجتماعی مطابق با ترکیبی از برنامه‌های آموزشی طراحی و اجرا گردید. آموزش حل مسئله اجتماعی 7 جلسه و هر جلسه آموزش یک ساعت و به صورت هفتگی برگزار می‌شد. زیربنای اساسی آموزش حل مسئله اجتماعی شامل فعالیتهایی بود که به صورت داستانهای تصویری و ایفای نقش موجب آشنایی کودکان با مهارتهای اجتماعی و روابط بین فردی می‌شد. برنامه آموزشی با استفاده از مدل حل مسئله اجتماعی که ابتدا توسط دی زوریلا و گلدفرید (1971) توصیف شد و سپس دی زوریلا و نزو (1982) با اصلاحاتی آن را گسترش دادند، تدوین شد. (به نقل از دی زوریلا و شدی، 1992) اهداف این مدل عبارت‌اند از: کمک به فرد تا بتواند مسائل گوناگون خود را شناسایی کند، کمک به فرد تا بتواند از روش منظمی برای غلبه بر مسائل روزمره و جاری زندگی استفاده کند. به فرد کمک شود تا بتواند منابع و امکاناتی (فردی، خانوادگی، اجتماعی) را که در اختیار دارد شناسایی کند و از آنها در جهت حل مسائل خود، بهره بگیرد. احساس کنترل بر شرایط و موقعیت، توانمندتر کردن فرد در حل مسائلی که در آینده با آنها روبه رو خواهد شد. در این برنامه آموزشی بیشتر از شیوه داستانهای تصویر و ایفای نقش و تصور موقعیتهای فرضی استفاده شد، به این صورت که داستان نیمه تمام راجع به مشکلاتی که کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای با آنها روبرو بودند خوانده می‌شد و بعد راجع به آن در کلاس بحث می‌شد. ضمناً آموزش به صورت گروهی اجرا شد. اهداف فوق در طی هفت جلسه به شرح زیر آموزش داده شد:

جلسه اول: معارفه و تشخیص موقعیت کلی؛ این جلسه با هدف آشنایی دانش‌آموزان با پژوهشگر و فراهم کردن زمینه درک و تفاهم متقابل و بیان انتظارات پژوهشگر از

دانش‌آموزان انجام شد. در این جلسه، مباحثی در زمینه بروز مشکلات رفتاری نظیر لجبازی، خشم، عصبانیت، زورگویی، شیوه‌های مقابله‌ای مؤثر با آنها، با زبانی ساده و در محدوده درک آنها ارائه شد. جلسه دوم: انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مسئله؛ اهمیت این مرحله در جایگاه اولین گام در حل مسئله در ابعاد شناختی و هیجانی، قابل توجه است. نوع نگاه و احساس فرد نقش برانگیزاننده (مثبت یا منفی) در رفتار فرد دارد. افرادی که دارای جهت‌گیری مثبت نسبت به مسائل هستند، به مسائل به صورت یک موقعیت چالش‌انگیز می‌نگرند و چنین باور دارند که می‌توانند با مقاومت و پشتکار، مسئله را حل کنند. بر این اساس در این جلسه سعی بر آن بود که جهت‌گیری مثبت آموزش داده شود. بدین صورت که از دانش‌آموز خواسته می‌شد به هنگام قرار گرفتن در تعاملات و موقعیتهای اجتماعی جملاتی از قبیل: "من به اندازه کافی باهوش هستم، من دارای توانایی‌های مناسبی برای ایجاد روابط با دیگران هستم، اگر در برقراری و یا حفظ رابطه‌ای دچار مشکل شدم، باز کوشش را از سر می‌گیرم. . . . " را با خود تکرار کند. جلسه سوم: تعریف دقیق مسئله؛ هدف از این مرحله آموزش اولویت بندی مسائل برای مشخص شدن مسائل اصلی و کنار گذاردن مسائل کم اهمیت تر و غیر مرتبط است. بدین صورت که داستان خوانده می‌شد و راجع به مشکلات که کودکان در موقعیت فرضی دارا بودند بحث می‌شد. از دانش‌آموز خواسته می‌شد به سؤالهایی راجع به زمان و مکان بروز مشکل و نقش سایر افراد در عمده مسائل مربوط به لجبازی و نافرمانی کودک پاسخ دهند. جلسه چهارم: یافتن راه حل‌های متعدد؛ پس از مشخص شدن مسئله اصلی (نافرمانی و بی‌اعتنایی) در این جلسه با استفاده از روش بارش ذهنی، از دانش‌آموز خواسته شد هر راه حلی را که به ذهنش می‌رسد، ثبت کند. سپس برای ارزیابی سودمندی و غیرسودمندی تک تک راه حل‌ها بدین صورت آموزش داده شد که برای

هر راه حل دو ستون تشکیل دهد، سپس در یک ستون معایب و در ستون دیگر مزایای هر راه حل را بنویسد. جلسه پنجم: اجرای راه حل و بازبینی؛ در این مرحله به دانش‌آموزان آموزش داده شد که بهترین راه حل شناسایی شده، اجرا شود. در صورت موفقیت به خودشان تقویت و پاداش دهند و در صورت عدم موفقیت مراحل قبلی بازبینی شده تا مشخص شود اشکال در کدام مرحله بوده است. در این مرحله، به دانش‌آموز کمک شد تا بتواند منابع و امکاناتی (فردی، خانوادگی، اجتماعی) را که در اختیار دارد، شناسایی کند و از آنها در جهت حل مسائل بهره‌برداری کند؛ مثلاً در زمینه خانوادگی داشتن پدر، مادر، خواهر و یا برادری که فرد نسبت به آنها دید مثبت دارد و در گیرکردن آنها برای کاهش مشکلات، یا در زمینه فردی کسب یک مهارت مثل نواختن آلات موسیقی، نقاشی، و غیره. جلسه ششم: واریسی؛ در این مرحله، طبق الگوی حل مسئله چند نمونه از مشکلات افراد حاضر در کلاس تشریح شد. در این مرحله با استفاده از ایفای نقش، موقعیتهای اجتماعی فرضی تمرین شد. در پایان این جلسه از دانش‌آموزان خواسته می‌شد که برای مرحله بعدی یکی از موقعیتهایی را که در زندگی واقعی برای او ایجاد مسئله و مشکل کرده است، با استفاده از فرایند حل مسئله اجتماعی حل کند. جلسه هفتم: تثبیت؛ در این مرحله موقعیتهای واقعی که دانش‌آموز با آنها مواجه بوده است، در کلاس مطرح و تشریح می‌شد. همچنین در این مرحله، از شیوه‌پس‌خوراند گروهی و تقویت استفاده می‌شد. و از دانش‌آموزان خواسته می‌شد که به تعمیم الگوی حل مسئله در تمام مراحل زندگی، پردازند و در جلسه آخر اجرای پس‌آزمون و جمع‌بندی از جلسات صورت گرفت.

## منابع فارسی

- احدی، ب؛ میرزایی، پ؛ نریمانی، م؛ ابوالقاسمی، ع. (1387). تأثیر آموزش حل مسئله اجتماعی بر سازگاری اجتماعی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان کم‌رو. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، 9، 3، 193-202.
- پوراحمدی، الف؛ جلالی، م؛ شعیری، م؛ طهماسبیان، ک. (1388). بررسی اثر کوتاه مدت برنامه فرزندپروری مثبت بر تغییر شیوه‌های فرزندپروری مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. فصلنامه خانواده‌پژوهی، 5، 20، 519-523.
- خیریه، م؛ شعیری، م؛ آزادفلاح، پ؛ رسولزاده طباطبایی، ک. (1388). اثربخشی روش آموزش فرزندپروری مثبت بر کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. مجله علوم رفتاری، 3، 1، 53-58.
- سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت. (1388). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی. (ترجمه فرزین رضاعی). تهران: ارجمند، جلد سوم.
- کریم زاده، م؛ اخوان تفتی، م؛ کیامنش، ع. (1388). تأثیر آموزش مهارت‌های هیجانی اجتماعی در رشد این مهارت‌ها. مجله علوم رفتاری، 3، 2، 143-149.
- صدری، الف؛ اکبرزاده، ن؛ پوشنه، ک. (1387). تأثیر برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی هیجانی بر هوش هیجانی دانش‌آموزان. پژوهش‌های روان‌شناختی، دوره سوم. شماره 3 و 4، 69-83.
- عابدی، الف. (1377). اعتباریابی و روایی سنجی مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODDRS) بر روی دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر اصفهان، شورای تحقیقات آموزش و پرورش استان اصفهان.
- محمدی، الف. (1389). هنجاریابی مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV (فرم معلم) بر روی کودکان دوره ابتدایی شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد خوراسگان.
- محمدی، م. (1388). بررسی اثربخشی آموزش والدین بر کاهش علائم نافرمانی در کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی، دانشگاه اصفهان.

منصوری نصرآباد، م. (1382). بررسی تاثیر آموزش حل مساله اجتماعی در هوش هیجانی دانش‌آموزان دختر با پیشرفت تحصیلی ضعیف. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس تهران.

محمدی، ن. (1381). بررسی اثر درمانی آموزش توانش اجتماعی بر اختلال رفتار هنجاری در نوجوانان، پایان نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس تهران.

نامداری، پ؛ نظری، ه. (1386). میزان شیوع اختلال‌های رفتار ایزدائی در کودکان دبستانی شهر خرم آباد. دانشگاه علوم پزشکی لرستان، فصلنامه علمی-پژوهشی یافته، دوره نهم، شماره 3، مسلسل 33.

هاشمی، ت؛ بیرامی، م؛ اقبالی، ع؛ واحدی، ح؛ رضایی، ر. (1388). تأثیر خودآموزی کلامی بر بهبود نشانه‌های مرضی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، 9، 3، 210-203.

یوسفی، ف؛ عرفانی، ن؛ خیرآبادی، غ؛ قانعی، ح. (1379). بررسی شیوع اختلال‌های سلوک و نافرمانی در دانش‌آموزان دوره راهنمایی کردستان. فصلنامه علمی-پژوهشی اندیشه و رفتار، سال 6، شماره 2، 3.

- Barkley, A. (1997). *Defiant children: A clinicians manual for assessment and parent training*. New York: Guilford Publication.
- Barry, T. D., Dunlap, S. T. , Cotton, S. J. , Lochman, J. E. & Wells, K. C. (2005). The influence of maternal stress and distress on disruptive behavior problems in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 265-273.
- Becker-Weidman E. GJacobs R. H., Reinecke. M. A. , Silva. S. G. , March. G. S., (2010). Social problem-solving among adolescents treated for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48 , 11-18.
- Behnk. P. (2002). *Enhancing Parent-Child Relation Characteristics of Both Oppositional Defiant Disorder and Attention Deficit Hyperactivity disorder*. Dessertion of Doctor of Philosophy. University of Toronto.
- Brackett MA, Rivers SE, Reyes. MR, Salovey P, (2010). Enhancing academic performance and social and emotional competence with the RULER feeling words curriculum. *Journal of learning individual Differenece*;(43):1-7.
- Burt, S. A., Krueger, R. F., McGue, M., & Iacono, W. G. (2001). Sources of covariation among attention-deficit/ hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment. *Journal of Abnormal*





- Psychology*, 110, 516–525.
- Chang, E., D`zurilla, Th., Sanna. L., (2003) Social problem solving: Theory, Research, and Training. Published by American Psychological Association. Washington, DC. . R
- Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning. (2003). Safe and sound: An educational leader's guide to evidence-based social and emotional learning (SEL) programs. Chicago: Author.
- Costin, J, Chambers. S. M (2007). Parent Management Training as a Treatment for Children with Oppositional Defiant Disorder Referred to a Mental Health Clinic. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12 (4): 511–524.
- Dallnic, A., Smith, S. W, Brank, E. M., & Penfield, R. D. (2006). "Classroom- based cognitive –behavioral intervention to prevent aggression: Efficiency and Social Validity." *Journal of School Psychology*. 44, 123-139.
- Defoor, L, (2009) Social and Emotional Learning in the Classroom: Do Affect and Community Predict Academic Success? Master Thesis, The Evergreen State College.
- Dell'Agnello. G, Maschietto. D, Bravaccio. C, Calamoneri. F, Masi. G, Curatolo. P, Besana. D, Mancini. F, Rossi. A, Poole. L, Escobar. R, Zuddas. A (2009). Atomoxetine hydrochloride in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid oppositional defiant disorder: A placebo- controlled Italian study. *European Neuropsychopharmacology*, 19, 822–834.
- Donaldson C., & Lam. D., (2004). Rumination, mood and social problem-solving in major depression. *Psychological Medicine*. 34, 1309–1318.
- Durlak. J. A., Weissberg. R. P., Schellinger. K. B., Dymnicki. A. B., & Taylor. R. D. (2011). The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development*, 82: 1, 405–432.
- D`zurilla. T. J., Chang. E. C., Sanna. L. J (2003) Self Esteem and Social Problem Solving as Predictors of Aggression in College Students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, No. 4, 424-440.
- D`zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126 .
- D`zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1999). Problem solving therapy: A social competence approach to clinical intervention (2nd ed. ). New York: Springer .
- D`zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares, A., (2002). Social problem Solving Inventory-Revised: Technical Manual. North Tonawanda, NY: Multi Health Systems
- Elias, M. J. (2006). The connection between academic and social-emotional learning. In M. J. Elias and H. Arnold (Eds. ). *The educator's guide to emotional intelligence academic achievement: Social-emotional learning in the classroom*. Thousand Oaks, CA: Corwin. 4–14.
- Frey, K. S., Nolen, S. B., Schoiack Edstrom, L. V., Hirschstein, M. K. , (2005) Effects of a school-based social–emotional competence program: Linking children's goals,

- attributions, and behavior. *Applied Developmental Psychology*, 26, 171–200.
- Gadow, K. D., & Nolan, E. E. (2002). Differences between preschool children with ODD, ADHD, and ODD+ADHD symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 43, 191–201.
- Greene, R. W., Biederman, J., Zerwas, S., Monteaux, M. C., Goring, J. C., & Faraone, S. V. (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1214–1224.
- 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 Disorders*, 14(2), 118–125.
- Huebner, P., Pearlman, F., (2004). Emotional Intelligence as Basis of Treatment for Adolescents Diagnosed With Oppositional Defiant Disorder. Available online. <http://Proquest, Umi. Com>.
- Jelen, M. (2008). Examining The Effect of Social and Emotional Learning on Proactive and Reactive Aggression in children. A Doctoral thesis in University of Alberta.
- Kazdin, A. E. & Whitley, M. K. (2006). Comorbidity, case complexity, and effects of evidence-based treatment for children referred for disruptive behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 455–467.
- Kimber, B., Sandell, R., & Bremberg, S. (2008). Social emotional training in Swedish classrooms for the promotion of mental health: result from an effectiveness study in Sweden. *Health Promotion International*, 23(2), 134–142.
- Kramer, T. J., Caldarella, P., Christensen, L., Shatzer, R. H. (2010). Social and Emotional Learning in the Kindergarten Classroom: Evaluation of the Strong Start Curriculum. *Early Childhood Educ J*, 37:303–309.
- Lochman, J. E., Barry, T. D., Powell, N., Boxmeyer, C. & Holmes, K. (2008b). Externalizing conditions. In M. L. Wolraich, D. D., Drotar, P. H. Dworkin & E. C. Perrin (Eds.), *Developmental and behavioral pediatrics* (603 – 626). Philadelphia: Elsevier.
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 1. 41–52.
- 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 1. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1468–1484.
- Lovigene, J. V., Lebaillly, S. A., Gouze, K. R., Binns, J. H., Keller, J., Pate, L., (2010). Predictors and Correlates of Completing Behavior Parent Training for the Treatment of ODD in Pediatric Primary Care. *Behavior Therapy*, 41, 198–211.
- Matthys, W., & Lochman, J. E., (2010). *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Childhood*. A John Wiley & Sons, Ltd, Publication.
- McKown, C., Gumbiner, L. M., Russo, N. M., Lipton, M. (2010). Social-Emotional



- Learning Skill, Self-Regulation, and Social Competence in Typically Developing and Clinic-Referred Children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38: 6, 858 – 871.
- Nelson-Gray. R. O, Keane S. P, Hurst. R. M, Mitchel. J. T., Warburton. J B, Chok. J. T, Cobb. A. R (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1811–1820.
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 703–713.
- Petty, C., & Mick, E. (2008). Parsing the Familiality of Oppositional Defiant Disorder from that of Conduct Disorder: A Familial risk Analysis. *Journal of Psychiatric research*. 43 (4). 345-352.
- Phaik Ooi. Y. & Rebeca (2004). Social problem Solving Skills Training program For Aggressive Children. *The Korean Journal Of Thinking & problem Solving*, 14: 1, 61-73.
- Ronen, T., (2004). "Imparting self- control skills to Decrease Aggressive behavior in a 12 year old boy". *Journal of Social Work*, 4, 269-288.
- Rutter, M. (2006). *Gens and behavior: Nature- nurture interplay explained*. Oxford: Blackwell.
- Ciarrochi G, Heaven CL, Supavadeepravit S. (2008). The link between emotion identification skills and socio-emotional functioning in early adolescence: A year longitudinal study. *Journal of Adolescence*.; 31: 565–582.
- Skoulos, V. & Tryon, G. S. (2007). Social Skills of Adolescents in Special Education who Display Symptoms of Oppositional Defiant Disorder. *American secondary Education*. 35 (2). 103-114.
- Spencer. TH, Abikoff. H. B, Connor. D. A, Biederman. J, Pliszka. S R, Boellner, S. Read. S. C, Pratt. R (2006). 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: A 4-Week, Multicenter, Randomized, Double-Blind, Parallel- Group, Placebo-Controlled, Forced-Dose-Escalation Study., *Journal of clinical therapeutics*, 28. 3, 402-418.
- Takahashi. F., Koseki. Sh., Shimad. H., (2009) Developmental trends in children's aggression and social problem-solving. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 265–272.
- Teglasi, H., & Rottman, L., (2001) Stories a classroom-based program to reduce aggressive behavior. *Journal of School Psychology*, 39, 49-71.
- Van Goozen, S. H. M., Fairchild, G., Snoek, H. & Harold, G. T. (2007). The evidence of a neurobiological model of childhood antisocial behavior. *Psychological Bulletin*, 133, 149 – 182.
- Vaskinn. A., Sundet. K., Hultman. Ch. M., Friis. S., Andreassen. O. A., (2009). Social

- problem-solving in high-functioning schizophrenia: Specific deficits in sending skills. *Psychiatry Research*, 165, 215–223.
- Watson, S. (2003). *Oppositional Defiant Disordr.* Avelable online. <http://Specialedabout.Com>.
- Wraight, M. E. (2007). The impact of trait emotional intelligence and cognitive style on the academic achievement and life satisfaction of college students, Doctorian Thesis, State university of New York at Buffalo, 17-21.
- Yamashita. Ch., Mizuno. M., Nemoto. T., Kashima. H., (2005). Social cognitive problem-solving in schizophrenia: Associations with fluency and verbal memory. *Psychiatry Research*, 134, 123– 129.