

Effectiveness of problem solving skill training on reducing of behavioral problems among students

Bakhshayesh AR. *PhD*[✉], Dehghan-Zardeini R. *MSc*¹

[✉] *Department of Educational Sciences & Psychology, Humanities Faculty, Yazd University, Yazd, Iran*

¹ *Department of Educational Sciences & Psychology, Humanities Faculty, Yazd University, Yazd, Iran*

Received: 2013.7.24

Accepted: 2014.1.18

Abstract

Introduction: The present study aimed to investigate the effectiveness of problem solving skill training on reducing behavioral problems among students referred to the Yazd Education Counseling Center.

Methods: The method of research was experimental with pre-test, post-test and follow-up tests along with placebo and control group. The subjects of this study were the students who had referred to Imam Hossein Clinic in Yazd at the academic year 2011- 2012. The sample of this study were 85 students selected by available sampling method and substituted randomly to three groups (29 students in experimental group, 28 students in control group and, 28 students in placebo group). In order to survey the subjects, Children Symptom Inventory (CSI) was used.

Findings: The results of variance analyses with repeated measures showed that problem solving skill training could reduce behavioral problems among students. According to study's results, problem solving skill training could help the students with behavioral disorders to develop their social skills, and also, it increased their abilities to be effective and to plan. Besides, it helped them to overcome the problem. Therefore, problem solving skill increases appropriate behavior in students.

Conclusion: problem solving skill training has an effective role in reducing student's behavioral disorders.

Key words: Problem Solving Skill, Behavioral Problems, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder

اثربخشی آموزش مهارت حل مسأله بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان

علیرضا بخشایش[✉]، راضیه دهقان زردینی^۱

[✉]گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

^۱گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۵/۲

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت حل مسأله بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان انجام شد. **روش:** روش پژوهش حاضر، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه کنترل و پلاسیبو بود. جامعه مورد مطالعه دانش‌آموزان ارجاعی به کلینیک امام حسین (ع) یزد در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ بودند. تعداد ۸۵ نفر از دانش‌آموزان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه جایگزین شدند (۲۹ دانش‌آموز گروه آزمایش، ۲۸ دانش‌آموز گروه کنترل و ۲۸ دانش‌آموز گروه پلاسیبو). جهت سنجش آزمودنی‌ها از پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که آموزش مهارت حل مسأله بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان تأثیر داشت. بر اساس یافته‌های این پژوهش، آموزش مهارت حل مسأله به دانش‌آموزان مبتلا به این نوع اختلالات موجب پرورش مهارت‌های اجتماعی و رفتاری لازم در آن‌ها می‌گردد، توانایی مؤثر بودن، غلبه بر مشکل، توانایی برنامه‌ریزی و رفتار هدفمند و متناسب با مشکل را در آن‌ها افزایش می‌دهد. **نتیجه‌گیری:** آموزش مهارت حل مسأله در کاهش ابتدای دانش‌آموزان به انواع ناهنجاری‌های رفتاری آنان نقش مؤثری دارد.

کلید واژه‌ها: حل مسأله، مشکلات رفتاری، اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک

مقدمه

اختلال‌های رفتاری معمولاً نخستین بار در سال‌های آغازین دوره ابتدایی مشاهده می‌شود. اختلال رفتاری به رفتار فردی اطلاق می‌شود که بدون پایین بودن بهره هوشی، تعادل روانی و رفتاری از اندازه عمومی اجتماع دور و دارای شدت، تکرار و مداومت در زمان‌ها و مکان‌های متعدد باشد به طوری که در عملکردهای تحصیلی- رفتاری دچار درماندگی و یا کاهش میزان کارایی فرد گردد [۱]. اختلال‌های درونی‌سازی شده و اختلال‌های برونی‌سازی شده دو دسته کلی از الگوی جدید طبقه‌بندی اختلال‌های دوران کودکی هستند. در این میان، نشانگان افسردگی/اضطراب، کناره‌گیری/افسردگی و شکایات جسمی در دسته مشکلات درونی‌سازی شده قرار می‌گیرند که معمولاً فرد را آزار می‌دهند و مشکلات مربوط به قانون‌شکنی و پرخاشگری که بیشتر با آزار و اذیت دیگران در ارتباط هستند، در طبقه مشکلات برونی‌سازی شده قرار می‌گیرند [۲]. از جمله این اختلال‌های رفتاری دوران کودکی، اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)، اختلال نافرمانی مقابله‌ای (Oppositional Defiant Disorder)، و اختلال سلوک (Conduct Disorder) می‌باشد. شیوع این اختلالات در میان دانش‌آموزان از جمله مشکلاتی است که خانواده‌ها، مدارس و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلالات نه تنها کودک و خانواده وی را در زمان حال درگیر می‌سازند، بلکه آینده ناخوشایندی را برای کودکان و اطرافیان آن‌ها در پی دارند [۳]. اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، از جمله شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی محسوب می‌شود. کودکان مبتلا به این اختلال نشانه‌های زیر را از خود نشان می‌دهند: کمبود توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری. این نشانه‌ها غالباً در بسیاری از حوزه‌های زندگی فرد مانند عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی با همسالان و همچنین بزرگسالان، ایجاد اختلال می‌کنند. علاوه بر این، چنین کودکانی در نوجوانی و بزرگسالی در معرض خطر ابتلا به رفتارهای ضداجتماعی، سوء مصرف مواد و الکل قرار دارند [۴]. مطابق با DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) نیز شیوع این اختلال در جمعیت عادی حدود ۳ تا ۷ درصد می‌باشد [۵]. (سادوک) از دیگر اختلالات شایع روان‌پزشکی اختلال نافرمانی مقابله‌ای است. اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال نسبتاً جدید در کودکانی است که ملاک‌های کامل اختلال سلوک را ندارند. این اختلال، الگوی پایدار رفتارهای منفی‌کارانه، خصومت‌آمیز و گستاخانه در غیاب نقص جدی موازین اجتماعی یا حقوق دیگران است [۶] اختلال نافرمانی مقابله‌ای با درجات بالایی از آسیب در مهارت‌های اجتماعی، تعاملات خانوادگی و عملکرد تحصیلی مرتبط است [۷]. اختلال سلوک به الگویی از رفتارها اطلاق می‌شود که علیه قانون و حقوق اساسی دیگران اعمال شده و به طور قابل

ملاحظه‌ای به کنش روانی و اجتماعی کودک و نوجوانان در منزل، مدرسه و جامعه آسیب می‌رساند. این الگوی رفتاری با آشفته‌گی‌های عاطفی و اجتماعی، رفتارهای پرخاشگرانه و زورمندانه نسبت به والدین و معلمان، ضعف در عملکرد تحصیلی، حرمت نفس پایین، نارسایی در مهارت‌های اجتماعی و غیر کلامی همراه گردیده و تصویر پیچیده‌ای از اختلال سلوک را نمایان می‌سازند [۸]. مانیس و لاجپن در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که پسران مبتلا به اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای در هنگام انتخاب پاسخ از میان پاسخ‌های متعدد، بیشتر پاسخ‌های پرخاشگرانه و کمتر پاسخ‌های رفتار مطلوب را بر می‌گزینند [۹]. انجمن روانپزشکی آمریکا، شیوع اختلال سلوک در پسران زیر ۱۸ سال را از ۶ تا ۱۶ درصد و برای دختران از ۲ تا ۹ درصد در نوسان دانسته است و میزان اختلال نافرمانی ۲ تا ۱۶ درصد گزارش شده است [۱۰]. مهارت‌های زندگی به مهارت-های شخصی و اجتماعی گفته می‌شود که به افراد در کنترل مشکلاتی نظیر افسردگی، اضطراب، تنهایی، ترس از طرد شدن، کمروبی، خشم و عصبانیت کمک می‌کند و کودکان و نوجوانان باید آن‌ها را یاد بگیرند تا بتوانند در مورد خود، انسان‌های دیگر و کل اجتماع به طور شایسته، مؤثر و مطمئن رفتار نمایند [۱۱]. از جمله مهارت‌های زندگی مهارت حل مسأله (Problem Solving Skill) می‌باشد. حل مسأله، مهارتی مقابله‌ای و عملی است که موجب افزایش اعتماد به نفس می‌شود و با سازگاری شخصی خوب ارتباط دارد و شامل پنج گام است؛ ادراک خوب‌شدن، تعریف مسأله، تهیه فهرستی از راه‌حل‌های مختلف، تصمیم‌گیری در مورد مناسب‌ترین راه‌حل و امتحان کردن راه‌حل انتخابی [۱۲]. آموزش مهارت حل مسأله، ارایه منظم آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری است که به فرد کمک می‌کند تا مؤثرترین راه‌حل مشکل را شناسایی کرده و به طریقی مؤثر با مشکلاتی که در آینده پیش می‌آید برخورد نماید [۱۳]. لازرکیدیو بیان می‌کند آموزش مهارت حل مسأله باعث افزایش قدرت تصمیم‌گیری، خودگردانی و مسئولیت‌پذیری در دانش‌آموزان می‌گردد [۱۴]. همچنین نتایج تحقیقات چیناوه نشان داد که آموزش مهارت حل مسأله باعث بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان از طریق افزایش نگرش مثبت به حل مسأله و ترویج تغییرات مثبت در عملکرد مقابله‌ای می‌شود [۱۵]. تحقیقات سلورستون و سالسالی نیز حاکی از آن است که سبک حل مسأله برای درمان عزت‌نفس آسیب‌دیده دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاری قابل دفاع به نظر می‌رسد. با بهره‌گیری از روش حل مسأله که از ساختارها و فرایندهای شناختی- رفتاری است، فرد راه‌های مؤثر سازگاری با موقعیت‌ها و رویدادهایی که منجر به واکنش‌های رفتاری ارتباطی می‌شود، را کشف می‌کند. بنابراین آموزش شیوه‌های حل مسأله راهی است برای دستیابی به ساخت‌های شناختی افراد با عزت‌نفس پایین [۱۶]. محمدی تأثیر آموزش حل مسأله اجتماعی را بر اختلال رفتاری دانش

نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. اما انتساب آزمودنی‌ها در سه گروه آزمایش، پلاسیبو و کنترل به صورت کاملاً تصادفی بود. به این صورت که از طریق گمارش تصادفی ۲۹ نفر در گروه آزمایش، ۲۸ نفر در گروه کنترل و ۲۸ نفر در گروه پلاسیبو قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که: ابتدا با همکاری مدیر کلینیک، لیست دانش‌آموزانی که در سال ۹۰-۹۱ به کلینیک ارجاع داده شده، و اختلالات رفتاری در آن‌ها تشخیص داده شده بود، استخراج گردید. سپس با والدین آن‌ها تماس گرفته شد و از آن‌ها خواسته شد به کلینیک مراجعه فرمایند. بعد با اجازه والدین از آن‌ها خواسته شد تا پرسشنامه CSI-4 فرم والدین قسمت A، B و C که مختص تشخیص اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک است را در مورد فرزندانشان تکمیل کنند. سپس پرسشنامه‌ها را جمع‌آوری نموده و با توجه به اینکه نقطه معیار این پرسشنامه به ترتیب ۱۲، ۴ و ۳ می‌باشد، هر کدام از دانش‌آموزانی که در ارزیابی والدین‌شان نمره بیش‌تر از ۱۲، ۴ و ۳ گرفته بودند به عنوان دانش‌آموزان با اختلالات کاستی توجه/بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و سلوک تشخیص داده شدند. پس از انتخاب نمونه و گمارش تصادفی در سه گروه آزمایش، کنترل و پلاسیبو، روان‌شناسان مرکز آزمون CSI-4، قسمت A، B و C که مختص ارزیابی اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک است به عنوان پیش‌آزمون در مورد سه گروه به اجرا درآوردند. این پرسشنامه‌ها توسط والدین دانش‌آموزان تکمیل گردید. برای گروه آزمایش جلسات آموزش مهارت حل مسأله برگزار شد. این جلسات به مدت دو ماه طول کشید. تعداد جلسات آموزش مهارت حل مسأله هشت جلسه بود. این جلسات هر هفته یکبار و به مدت ۹۰ دقیقه تشکیل می‌شد. برای گروه کنترل، آموزشی اعمال نشد و برای گروه پلاسیبو در هر جلسه دو الی سه داستان کوتاه خنثی بیان می‌شد و در پایان هر جلسه از آن‌ها خواسته می‌شد برداشت خود را از داستان بر روی کاغذی یادداشت کنند و تحویل دهند. جلسات گروه پلاسیبو شبیه گروه آزمایش تشکیل شد. بعد از اتمام جلسات، بر سه گروه آزمایش، کنترل و پلاسیبو آزمون CSI-4 مجدداً اجرا گردید و باز توسط والدین تکمیل گردید. همچنین دو ماه بعد از اجرای پس‌آزمون، به منظور پی‌گیری تأثیر آموزش، مجدداً آزمون CSI-4 بر سه گروه اجرا و توسط والدین دانش‌آموزان تکمیل گردید. با اجازه والدین در انتها، طرح درمانی گروه آزمایش برای گروه پلاسیبو و کنترل هم اجرا شد.

آموزان بررسی کرد و به این نتیجه رسید که آموزش حل مسأله اجتماعی، اختلال رفتاری دانش‌آموزان را کاهش می‌دهد [۱۷]. در پژوهشی، نشاط‌دوست و همکاران و صاحبان و همکاران به بررسی اثر کوتاه مدت آموزش حل مسأله بر کاهش نشانه‌های کمبود توجه/بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی پرداختند. نتایج نشان داد که آموزش روش حل مسأله در کاهش علائم کمبود توجه/بیش‌فعالی تأثیر بسزایی دارد [۱۸، ۱۹]. از طرفی یافته‌های پژوهشی ساخودولسکی و همکاران، بوتوین و گریفین، رونن، یئو و همکاران و دال‌نیک نشان داد که آموزش راهبردهای شناختی- رفتاری مثل حل مسأله موجب کاهش پرخاشگری و رفتار ایذایی در دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات رفتاری از جمله اختلال نافرمانی و سلوک می‌گردد و باعث نیرومند ساختن رفتارهای اجتماع‌پسند و افزایش شناخت اجتماعی و بهبود روابط با همسالان می‌شود و رفتارهای ناسازگارانه را در آن‌ها تا حد زیادی کاهش می‌دهد [۲۰، ۲۱]. [۲۲، ۲۳، ۲۴]. علاوه بر این گرین و همکاران به آزمون تأثیر-پذیری مدل مداخله‌ای شناختی- رفتاری که حل مسأله همیاری نامیده می‌شود، در مقایسه با روش آموزش والدین در اختلال نافرمانی مقابله‌ای پرداختند. در طول ۴ ماه پیگیری، نتایج نشان داد که روش حل مسأله همیاری، تأثیر بیشتری در بهبود علائم اختلال دارد [۲۵]. رفتارهای بزهکارانه دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات رفتاری معلول تجربه ناکافی یادگیری اجتماعی آنان است. یعنی محیط گذشته آنان آموزش‌ها، سرمشق‌ها و بازخوردهای لازم برای یادگیری رفتارهای مناسب را فراهم نکرده است. لذا کمبود رفتارهای مناسب، آن‌ها را مجبور می‌سازد تا به افراد منحرف همسال خود متکی شوند که این امر باعث توسعه مشکلات رفتاری در آن‌ها می‌گردد [۲۶]. یکی از راه‌های پیشگیری از بروز مشکلات رفتاری ارتقای ظرفیت روان‌شناختی (توانایی شخص در مواجهه با انتظارات و دشواریهای زندگی روزمره) افراد است که از طریق آموزش مهارت حل مسأله جامعه عمل می‌پوشد [۲۷]. بنابراین برنامه ریزی آموزش مهارت حل مسأله برای این دانش‌آموزان از اولویت خاصی برخوردار است. در نتیجه هدف عمده پژوهش حاضر را به بررسی تأثیر آموزش مهارت حل مسأله در کاهش مشکلات رفتاری این‌گونه دانش‌آموزان قرار دارد.

روش

روش پژوهش حاضر، آزمایشی با استفاده از طرح پیش-آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه کنترل و پلاسیبو می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، شامل دانش‌آموزان مقطع راهنمایی بودند که به کلینیک امام حسین (ع) یزد ارجاع داده شده و دارای اختلال رفتاری بودند. حجم نمونه مورد نظر در این پژوهش، ۸۵ نفر بود که از طریق روش

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش مهارت حل مسئله

جلسه اول	(مرحله جهت‌گیری) معارفه و آشنایی با اعضای گروه، بحث در مورد اهمیت مهارت حل مسئله، تعیین جهت‌گیری افراد به سمت حل مشکل و مشخص کردن شیوه مسأله‌مدار یا هیجان‌مدار بودن آن‌ها.
جلسه دوم	(تقویت مرحله جهت‌گیری) تمرین شناسایی نوع مقابله افراد در برابر مشکلات، توضیح درباره افکار اتوماتیک منفی و بحث و گفتگو در این زمینه، توضیح اصل توقف افکار.
جلسه سوم	(تعریف دقیق مسأله) بحث در مورد لزوم تعریف دقیق‌تر مسأله، تقسیم‌کردن مشکلات پیچیده به قسمت‌های ساده و اولویت‌بندی کردن آن‌ها، روشن نمودن مسائل مبهم، پرهیز از اهداف بلندمدت و دست نیافتنی.
جلسه چهارم	(تهیه فهرستی از راه‌حل‌های مختلف) تولید راه‌حل‌های مختلف برای یک مشکل بدون قضاوت درباره درستی یا نادرستی آن، توضیح تکنیک بارش فکر، سیال‌سازی ذهن و یادداشت کردن تمامی راه‌حل‌های ممکن.
جلسه پنجم	(ارزیابی راه‌حل‌های مطرح شده و انتخاب بهترین راه‌حل) آموزش روش‌گزینی یکی از راه‌حل‌های مناسب با مقایسه کردن آن‌ها، آموزش روش اگر... آن وقت... غربالگری کلی و کنار گذاشتن راه‌حل ضعیف، راه‌حل انتخابی باید متناسب با اعتقادات و ارزش‌های فرد باشد، امکان عملی بودن آن نیز مورد توجه قرار گیرد.
جلسه ششم	(تصمیم‌گیری و اجرای راه‌حل انتخاب شده) بحث در مورد تصمیم برای انتخاب یک راه و اجرای آن، توضیحات در مورد واکنش‌دهی به تضادها و اختلاف‌های بین افراد، تمرین در زمینه روابط بین‌فردی.
جلسه هفتم	(تأکید بر تفکر وسیله‌ای-هدفی و ارزیابی) سازماندهی شناختی مرحله‌ای که تاکنون آموزش داده شده، تبیین، تشریح و مرور مراحل طی شده از ابتدا تا انتها، تشریح روش ارزیابی پس از انتخاب راه حل و پیامد آن، در صورت مواجهه با شکست از به کارگیری راه‌حل انتخابی، به مرحله یا مراحل قبل‌تر بازگردند و با سعی مجدد در جهت حل مشکل اقدام نمایند.
جلسه هشتم	(مرور مراحل قبل) عملکرد آزمودنی‌ها در به کارگیری تفکر وسیله‌ای-هدفی مورد بررسی، تمرین و تشویق قرار می‌گیرد، ارائه یک داستان نیمه‌تمام و به پایان رساندن آن توسط افراد، مرور تمام مراحل حل مسئله در ارتباط با داستان مطرح شده.

ابزار این پژوهش عبارت بود از:

پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (CSI-4): این پرسش‌نامه یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیرافکین و گادو تهیه گردید و در سال ۱۹۹۴ با تغییرات اندکی توسط آن‌ها تجدید نظر شد. پرسش‌نامه مورد استفاده در این پژوهش ترجمه آخرین نسخه تجدیدنظر شده می‌باشد و در ایران این مقیاس برای ۶ الی ۱۴ سالگی هنجاریابی شده و اعتبار آن به دست آمده است. این پرسش‌نامه دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والد ۱۱۲ سؤال و به منظور غربال ۱۱ اختلال رفتاری و عاطفی، و فرم معلم ۷۷ سؤال و ۹ اختلال را غربال می‌کند. در پژوهش حاضر، از فرم والدین استفاده شده است. ۴۱ عبارت از فرم والدین (گروه A, B, C) مربوط به اختلال‌های رفتار ایذایی و کاستی توجه است. هر یک از عبارات مذکور، در یک مقیاس چهار درجه‌ای: هرگز، گاهی، اغلب اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده می‌شود. پرسش‌نامه‌ای که در این پژوهش استفاده شده است گروه A, B و C پرسش‌نامه اصلی و دارای ۴۱ سؤال است که سه نوع اختلال مجزای کاستی توجه و بیش‌فعالی شامل زیر نوع نارسایی بی‌توجهی (سوالات ۱-۹)، زیر نوع بیش‌فعالی تکانشگری غالب (سوالات ۱۰-۱۸) و زیر نوع ترکیبی (سوالات ۱۸-۱) و همچنین نافرمانی مقابله‌ای (سوالات ۱۹-۲۶) و اختلال سلوک (سوالات ۲۷-۴۱) را می‌سنجد. در این پژوهش، برای نمره‌گذاری پرسش‌نامه CSI-4 از روش نمره برش غربال‌کننده استفاده شده است. شیوه نمره‌گذاری بدین صورت است که تعداد عباراتی که با گزینه‌های هیچگاه و به ندرت نمره صفر و در صورت پاسخ عبارات با گزینه‌های گاهی اوقات و بیشتر اوقات نمره یک داده شود. به استثناء قسمت C که سوالات ۳۲ تا ۴۱ در آن‌ها به

گاهی نمره یک داده می‌شود. پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار، روایی، حساسیت و ویژگی آن، محاسبه شده است. در پژوهشی که گرابسون و کارلسون بر روی این پرسش‌نامه انجام دادند، حساسیت آن برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک و اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش شد [۲۸]. پژوهش‌های دیگری همبستگی بین چک لیست پرسش‌نامه را در سه اختلال ذکر شده به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۵۸ و ۰/۷۲ گزارش کردند. اعتبار این پرسش‌نامه با استفاده از روش تصنیف برای فرم والدین ۰/۸۵ به دست آمد [۳]. روایی محتوایی پرسش‌نامه CSI-4 در پژوهش محمداسماعیل مورد تأیید ۹ نفر از روان‌پزشکان قرار گرفته است [۲۹]. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. روش آماری مورد استفاده در این پژوهش، آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بود.

یافته‌ها

جدول ۲ مشخصات دموگرافیک گروه‌های آزمایش، کنترل و پلاسیبو را برای متغیرهای جنسیت، تحصیلات والدین، وضعیت اشتغال پدر و مادر نشان می‌دهد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که زمان تأثیر معناداری بر نمرات کاستی توجه و بیش‌فعالی گذاشته است ($p < 0/000$). یعنی بین نتایج در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. تعامل بین زمان و گروه در اینجا نیز معنادار است. یعنی اثر مداخله موجب شده است که نتایج در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌ها متفاوت باشد. ولی تعامل بین زمان و جنسیت معنادار نیست.

گروه در اینجا نیز معنادار است. یعنی اثر مداخله موجب شده است نتایج در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌ها متفاوت باشد. همچنین تعامل بین زمان و جنسیت نیز معنادار است. یعنی در اثر مداخله، نتایج اثر متفاوتی بر پسران و دختران داشته است و نمرات در هر دو جنس تغییرات متفاوتی داشته است.

نتایج جدول ۶ بیانگر معناداری تفاوت گروه آزمایش نسبت به گروه پلاسیبو و کنترل در سطح $p < 0.0001$ است و نشانگر اثرات پایداری مداخله آموزشی بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای است.

نتایج جدول ۷ تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر است. در اینجا زمان تأثیر معناداری بر نمرات اختلال سلوک گذاشته است ($p < 0.0001$). یعنی بین نتایج در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. تعامل بین زمان و گروه در اینجا نیز معنادار است. یعنی اثر مداخله موجب شده است نتایج در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌ها متفاوت باشد. همچنین تعامل بین زمان و جنسیت نیز معنادار است. یعنی در اثر مداخله، نتایج اثر متفاوتی بر پسران و دختران داشته است و نمرات در هر دو جنس تغییرات متفاوتی داشته است.

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک در سه گروه آزمایش، کنترل و پلاسیبو

متغیر	طبقات	تعداد در گروه		
		آزمایش	کنترل	پلاسیبو
جنسیت	مذکر	۱۴	۱۴	۱۴
	مؤنث	۱۵	۱۴	۱۴
تحصیلات والدین	زیر دیپلم	۱۱	۱۰	۱۱
	دیپلم	۱۰	۱۰	۱۱
وضعیت اشتغال پدر	بالای دیپلم	۸	۸	۶
	آزاد	۱۵	۱۷	۱۵
وضعیت اشتغال مادر	کارمند	۱۳	۱۱	۱۳
	خانه‌دار	۲۰	۱۸	۲۰
	شاغل	۹	۱۰	۸

نتایج جدول ۴ بیانگر معناداری تفاوت گروه آزمایش نسبت به گروه پلاسیبو و کنترل در سطح $p < 0.0001$ است و نشانگر اثرات پایداری مداخله آموزشی بر اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد زمان تأثیر معناداری بر نمرات نافرمانی مقابله‌ای گذاشته است ($p < 0.0001$). یعنی بین نتایج در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. تعامل بین زمان و

جدول ۳. تحلیل واریانس مکرر مربوط به نمرات CSI-4 (کاستی توجه و بیش‌فعالی) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه آزمایش، کنترل و پلاسیبو

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
زمان	۴۰۵/۹۷	۱/۳۶	۲۹۷/۱۶	۱۳۲/۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹
زمان*گروه	۶۲۴/۹۴	۲/۷۳	۲۲۸/۷۲	۱۰۲/۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶
زمان*جنسیت	۱/۴۲	۱/۳۶	۱/۰۴	۰/۴۶	۰/۵	۰/۱۱
زمان*جنسیت*گروه	۲/۴۶	۲/۴۷	۰/۹۹	۰/۱۵	۰/۹	۰/۰۷
خطا	۸۵/۰۸	۹۷/۷۵	۰/۸۷	-	-	-

جدول ۴. آزمون تعقیبی و مقایسه‌های چندگانه اندازه‌های متغیر وابسته در سه گروه آزمایش و پلاسیبو و کنترل

گروه‌ها	میانگین‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
۲	۸/۰۱	-۳/۲۰	۰/۸۱۱	۰/۰۰۰۱
۱	۴/۸۱			
۳	۸/۶۸	-۳/۸۷	۰/۸۱۱	۰/۰۰۰۱

جدول ۵. تحلیل واریانس مکرر مربوط به نمرات CSI-4 (اختلال نافرمانی مقابله‌ای) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه آزمایش، کنترل و پلاسیبو

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
زمان	۹۸/۷۷	۱/۸۹	۵۲	۱۷۶/۶۱	۰/۰۰۰۰۱	۰/۹۲
زمان*گروه	۱۶۹/۹۵	۳/۷۹	۴۴/۷۳	۱۵۱/۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸
زمان*جنسیت	۱/۴۲	۱/۸۹	۱/۲۷	۴/۳۳	۰/۰۱	۰/۷۳
زمان*جنسیت*گروه	۱/۹۲	۳/۷۹	۰/۵۰	۱/۷۲۱	۰/۱۵	۰/۵۰
خطا	۴۴/۱۸	۱۵۰	۰/۳۹	-	-	-

جدول ۶. آزمون تعقیبی و مقایسه‌های چندگانه اندازه‌های متغیر وابسته در گروه آزمایش و پلاسیبو و کنترل

گروه‌ها	میانگین‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
۲	۴/۱۶	-۱/۸۴	۰/۴۰۴	۰/۰۰۰۱
۱	۲/۳۲			
۳	۴/۶۰	-۲/۲۸	۰/۴۱۹	۰/۰۰۰۱

جدول ۷. تحلیل واریانس مکرر مربوط به نمرات CSI-4 (اختلال سلوک) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه آزمایش، کنترل و پلاسیبو

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
زمان	۲۲۰/۱۸	۱/۲۴	۱۷۶/۷	۲۵۹/۹۶	۰/۰۰۰۱	۱
زمان * گروه	۳۴۰/۹۴	۲/۴۹	۱۳۶/۸۰	۲۰۱/۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴
زمان * جنسیت	۳/۶۱	۱/۲۴	۲/۹۰	۴/۲۷	۰/۰۳	۰/۵۹
زمان * جنسیت * گروه	۸/۶۵	۲/۴۹	۳/۴۷	۵/۱۱	۰/۰۰۴	۰/۸۷
خطا	۶۶/۹۱	۹۸/۴۳	۰/۶۸	-	-	-

جدول ۸. آزمون تعقیبی و مقایسه‌های چندگانه اندازه‌های متغیر وابسته در گروه آزمایش، و پلاسیبو و کنترل

گروه‌ها	میانگین‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
۲	۵/۳۷۷	-۲/۶۵	۰/۵۴۸	۰/۰۰۰۱
۱	۲/۷۱			
۳	۵/۲۶	-۲/۵۵	۰/۵۶۷	۰/۰۰۰۱

نتایج جدول ۸ بیانگر معناداری تفاوت گروه آزمایش نسبت به گروه پلاسیبو و کنترل در سطح $p < 0.001$ است و نشانگر اثرات پایداری مداخله آموزشی بر اختلال سلوک است.

بحث

اصلی‌ترین مشکلات دانش‌آموزان مبتلا به مشکلات رفتاری در برقراری ارتباط، رعایت هنجارهای جامعه و عدم کنترل پرخاشگری می‌باشد. به همین دلیل در این پژوهش آموزش مهارت حل مسئله بر کاهش مشکلات رفتاری (برون‌سازی شده) دانش‌آموزان مورد بررسی قرار گرفت. پژوهش حاضر به منظور پاسخگویی به سه سؤال زیر طراحی و اجرا شد. سؤال نخست این بود که آیا آموزش مهارت حل مسئله بر کاهش اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان دختر و پسر تأثیر دارد؟ دومین سؤال این بود که آیا آموزش مهارت حل مسئله بر کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان دختر و پسر تأثیر دارد؟ و سومین سؤال پژوهش این بود که آیا آموزش مهارت حل مسئله بر کاهش اختلال سلوک در دانش‌آموزان دختر و پسر تأثیر دارد؟ نتایج حاصل از تحلیل واریانس مقایسه بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پی‌گیری در نمرات بیش‌فعالی ۱۳ نشان داد که تفاوت میانگین نمرات بیش‌فعالی در دانش‌آموزان در پس‌آزمون و آزمون پی‌گیری نسبت به پیش‌آزمون به صورت معناداری کمتر است. چون آموزش حل مسئله باعث ایجاد تفاوت در نمرات بیش‌فعالی در بین گروه آزمایشی، پلاسیبو و کنترل شده است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های نشاط‌دوست و همکاران، صاحبان و همکاران و دال‌نیک همخوانی دارد [۱۸، ۱۹، ۲۴]. این پژوهشگران نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت حل مسئله باعث کاهش اختلال بیش‌فعالی و کاستی توجه می‌گردد. همچنین نتایج حاصل از تحلیل واریانس مقایسه بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پی‌گیری در نمرات نافرمانی مقابله‌ای حاکی از تفاوت میانگین

نمرات نافرمانی در دانش‌آموزان در پس‌آزمون و آزمون پی‌گیری نسبت به پیش‌آزمون بود که به صورت معناداری کمتر به دست آمد. بنابراین آموزش مهارت حل مسئله باعث ایجاد تفاوت در نمرات نافرمانی در بین گروه آزمایشی، پلاسیبو و کنترل شده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های گرین و همکاران که نشان داد آموزش مهارت حل مسئله موجب کاهش پرخاشگری، رفتار ایدایی و کنترل خشم در پسران مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود [۲۵] و یافته‌های ساخودولسکی و همکاران، رونن و دال‌نیک که نشان دادند آموزش مهارت حل مسئله و راهبردهای شناختی- رفتاری در کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثرند، همخوانی دارد [۲۰، ۲۲، ۲۴] و در ادامه مقایسه بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پی‌گیری در نمرات سلوک نشان داد که تفاوت میانگین نمرات اختلال سلوک در دانش‌آموزان در پس‌آزمون و آزمون پی‌گیری نسبت به پیش‌آزمون به صورت معناداری کمتر است. بنابراین آموزش حل مسئله باعث ایجاد تفاوت در نمرات اختلال سلوک در بین گروه آزمایشی، پلاسیبو و کنترل شده است. نتایج پژوهش با یافته‌های بوتوین و گریفین و بیو و همکاران همخوانی دارد [۲۱، ۲۳]. آن‌ها نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت حل مسئله باعث کاهش اختلال سلوک می‌گردد. از این رو، با نگرش به اختلالات رفتاری دانش‌آموزان مقطع راهنمایی، چنین می‌نماید که آموزش مهارت حل مسئله راهبردی کارآمد و سودمند در کاهش این اختلالات می‌باشد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش، آموزش مهارت حل مسئله به دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات رفتاری از جمله بیش‌فعالی و کمبود توجه، نافرمانی مقابله‌ای و سلوک، موجب پرورش مهارت‌های روانی، اجتماعی و رفتاری لازم برای حضور در صحنه روابط فردی و اجتماعی می‌گردد، توانایی مؤثر بودن، غلبه بر مشکل، توانایی برنامه

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از همه دست اندرکاران آموزش و پرورش شهر یزد و همکاران کلینیک حضرت امام حسین(ع) مراتب تشکر و سپاس به عمل می‌آید.

ریزی و رفتار هدفمند و متناسب با مشکل را در آن‌ها افزایش می‌دهد و به طور کلی در کاهش ابتلای دانش-آموزان به انواع ناهنجاری‌های رفتاری نقش مؤثری دارند.

منابع

1. Khazaei T, Khazaei MM, Khazaei M. The prevalence of behavioral problems in children of Birjand. *Birjand university Med Sci.* 2005;12(1-2):79-85.
2. Ghanbari S, Nadali H, Seyyed Moosavi p. Relationship between parenting styles and internalizing symptoms in children. *J Behav Sci.* 2009;3(2):167-72.
3. Najafi M, Foulad Chang M, Alizadeh H, Mohammadifar MA. The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorder and oppositional defiant disorder. *Res Except Children.* 2009;9(3):239-54.
4. Bakhshayesh AR. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Diagnosis and Treatment. Yazd: Yazd University Publications; 2010.
5. Kaplan H, Sadock B. Synopsis of psychiatry. Tehran: Shahr-Ab Publications.
6. Greene RW, Ablon JS, Goring JC. A transactional model of oppositional behavior: underpinnings of the collaborative problem solving approach. *J Psychosomatic Res.* 2003;55:67-75.
7. Hashemi T, Beirami M, Eghbali A, Vahedi H, Rezaei R. The Effect of verbal self instruction on improving symptoms of child disease with oppositional defiant disorder. *Res Except Children.* 2009;9(3):203-10.
8. Kamijani M, Maher F. Comparison of parenting practices in adolescents with conduct disorder, and normal adolescents. *Knowl Res Psychol.* 2007;33:63-94.
9. Matthys W, Lochman JE. Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood. In: Sons JW, editor.: Ltd Publications; 2010.
10. Association. AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition. Tehran: Shahed University Publications; 1994.
11. Sobhi-Gharamaleki N, Rajabi S. Efficacy of life skills training on increasing mental health and self esteem of the students. *Procedia Social Behav Sci.* 2010;5:1818-22.
12. Eizadi Fard R, Sepasi Ashtiani M. Effectiveness of cognitive behavioral therapy with problem solving skills training on reduction of test anxiety symptoms. *J Behav Sci.* 2010;4(1):23-7.
13. Zera'at Z, Ghafourian A. Effectiveness of problem solving skill training on students educational self thought. *J Educ Strat.* 2009;-1(2):23-6.
14. Lazakidou G, Retalis S. Using computer supported collaborative learning strategies for helping students acquire self-regulated problem solving skills in mathematics. *Comput Educ.* 2010;54:3-13.
15. Chinaveh M. International Conference on learner diversity training problem solving to enhance quality of life: Implication towards diverse learners. *Procedia Social Behav Sci.* 2010;7:302-10.
16. Silverstone PH, Salsali M. Low self- esteem and psychiatric patients: part 1- the relationship between low self- esteem and psychiatric diagnosis. *J Gen Psychiat.* 2003:1-16.
17. Mohammadi N. Effectiveness of problem solving skill training on normative behavior disorder. Tehran: Tarbiat Modares University; 2003.
18. Neshat Doost HT, Kalantari M, Soltani AP. Effectiveness of problem solving skill training on reducing symptoms of attention deficit/hyperactivity. *Cognitive Sci.* 2001;11(3):46-52.
19. Saheban F, Amiri SH, Kajbaf MB, Abedi A. Effectiveness of Executive function training on reducing symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in elementary school's students in Esfahan. *Adv Cognitive Sci.* 2010;12(1):52-68.
20. Sukhodolsky DG, Solomon RM, Perine J. Cognitive- Behavioral, anger control. Intervention for elementary school children: A Treatment Outcom Study. *J Child Adoles.* 2000;10:159-70.
21. Botvin GJ, Griffin KW. Life skill training: Empirical Findings and Future Direction. *J Prim Prev.* 2004;25(2):211-32.
22. Ronen T. Student Evidents- Based Practice Intervention for Children with Oppositional Defiant Disorder. *Res Social Work Prac.* 2005;15:165-79.
23. Yeo SL, Wong M, Gerken K, Ansley T. Children with sever emotional and/or behavior disorders. *Child Care Lec.* 2005;11:7-22.
24. Dallnic A, Smith SW, Brank EM, Penfield RD. Classroom- based cognitive- behavioral intervention to prevent aggression: Efficiency and Social Validity. *J School Psychol.* 2006;44:123-39.
25. Greene RW, Ablon JS, Mouteaux MC, Goring JC, Henin A, Raezer Blakely L. Effectiveness of collaborative problem solving in affectively disregulated children with oppositional defiant disorder. Initial Findings. *J Consult Clin Psych.* 2004;72:1157-64.
26. Hemmati Alamdarlo G, Shojae S. The Effect of life skills training on reducing conduct disorder at middle school students of Imam Sajjad. *Coun Res Dev.* 2005;16(4):73-91.
27. Ganji H, Amirian K. Effectiveness of problem solving skills training on academic achievement of first year high school students in Songhor city. *J Manage Stud.* 2011;3(1):117-34.
28. Grayson P, Carlson GA. The utility of a DSM-III-R based checklist in screeing child psychiatric patients. *J Am Acad Child Psy.* 1999;30:669-73.
29. Mohammad Esmaeel E. Reliability, validity and determine the cut points disorders of children symptoms inventory on 6-14 years students of primary and secondary schools in Tehran. *Res Except Children.* 2001;3(2):239-54.