

اثربخشی روش واقعیت‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی

مقابله‌ای در دانش‌آموزان پسر

عسگر چوبداری^{۱*}، فرنگیس کاظمی^۲، شهلا پزشک^۳

تاریخ دریافت: ۹۴/۵/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۴/۸/۱۷

چکیده:

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی روش واقعیت‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان پسر پایه پنجم و ششم دبستان در شهر تهران انجام شد. روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش-آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را دانش‌آموزان پسر پایه پنجم و ششم دبستانهای پسرانه شهر تهران در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری به روش تصادفی خوشه‌ای چند-مرحله‌ای انجام شد. پس از تکمیل پرسش‌نامه نشانه‌هایی مرضی کودکان توسط معلمان تعداد ۳۰ دانش‌آموز که در شاخص نافرمانی مقابله‌ای پرسش‌نامه نشانه‌های مرضی کودکان نمره بالاتر از نمره برش کسب کردند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. به دانش‌آموزان گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روش واقعیت‌درمانی آموزش داده شد. بعد از پایان جلسات، پس‌آزمون اجرا شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، در مرحله پس‌آزمون کاهش معناداری در

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی تهران (نویسنده مسئول)

asgar_choobdari@yahoo.com

۲. استادیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی تهران

۳. دانشیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی تهران

شدت نشانه‌هایی اختلال نافرمانی مشاهده شد. با توجه به یافته‌های این پژوهش، روش واقعیت‌درمانی، منجر به کاهش نشانه‌هایی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان می‌شود و می‌توان از آن به عنوان یک روش مداخله‌ای موثر برای این گروه استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، روش واقعیت‌درمانی، دانش‌آموزان

مقدمه

افزایش شیوع اختلال‌های روانی در کودکان در سال‌های اخیر موجب بروز نگرانی در مورد بهداشت روانی و تاثیر آن بر رشد و عملکرد کودکان شده است. بر همین اساس متخصصان بر اهمیت ارزیابی و درمان به موقع اختلال‌های روان‌شناختی تاکید می‌کنند. از آنجا که الگوهای هیجانی و رفتاری در بزرگسالی به دشواری تغییر می‌کنند، تشخیص هر چه زودتر مشکلات سلامت روانی در دوران کودکی یکی از جنبه‌های پیشگیرانه بهداشت همگانی است (تیگز، ۲۰۱۰؛ به نقل از صفری، فرامرزی و عابدی، ۱۳۹۱). در حدود هفتاد و پنج درصد از اختلال‌های روانی تشخیص داده شده در کودکان و نوجوانان، در طبقه اختلال‌های رفتاری قرار می‌گیرد (کوای^۲، ۱۹۹۵؛ به نقل از بردالی و مندلی^۳، ۲۰۰۵). کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری چالش‌های بسیاری را برای والدینشان به وجود می‌آورند. این کودکان رفتارهایی را از خودشان نشان می‌دهند که تاثیر منفی بر اطرافیان و جامعه می‌گذارد (بلوم کویست^۴، ۲۰۰۲؛ ترجمه علاقه‌بندراد، ۱۳۸۴). برآورد می‌شود که افراد با رفتارهای ضداجتماعی در کودکی دست کم

-
1. Tiggs
 2. Quay
 3. Bradley & mandell
 4. Bloomquist

۱۰ برابر بیشتر از یک فرد ۲۸ ساله بهنجار، هزینه بر دوش جامعه می گذارند (اسکات^۱، ۲۰۰۱). همچنین، اختلال های رفتاری یکی از چالش های اصلی معلمان در برخورد با دانش آموزان و یکی از دلایل اصلی ارجاع کودکان به مراکز درمانی است (کینان^۲، ۲۰۱۲).

اختلال نافرمانی مقابله ای^۳ نوعی اختلال رفتاری مخرب محسوب می شود؛ زیرا در بسیاری از کودکان مبتلا به این اختلال نقایص شناختی، اجتماعی و مشکلات رفتاری همانند سایر انواع اختلال های رفتاری دیده می شود (ویتمن^۴، ۲۰۰۶؛ کینان، ۲۰۱۲). پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی^۵، اختلال نافرمانی مقابله ای را الگویی از عصبانیت-تحریک پذیری خلق، رفتار چالشی-مقابله ای یا کینه جویانه معرفی می کند و ملاک های این اختلال باید دست کم هر هفته یک بار به مدت ۶ ماه دوام داشته باشد. این ملاک ها به این شرح است که افراد مبتلا اغلب خلقشان پایین است، به آسانی از کوره در می روند، اغلب عصبانی اند، با مراجع قدرت درگیرند، نافرمان و لجباز هستند، اغلب به طور عمدی دیگران را ناراحت می کنند، دیگران را به خاطر بدرفتاری و اشتباه های خودشان سرزنش می کنند، غرض ورز و کینه جو هستند. همچنین در این مدت باید عملکرد اجتماعی فرد دچار مشکل شده باشد. نشانه های این اختلال اغلب بخشی از یک الگوی تعاملی آسیب دیده در ارتباط با دیگران است. افزون بر این، کودکان توجهی به رفتارهای منفی گرایانه و پرخاشگرانه خود ندارند و در مقابل،

1.Scott
5. Keenan
3.Oppositional Defiant Disorder (ODD)
4. Weitmann
5. DSM-5

رفتارهایشان را توجیهی برای خواسته‌ها و شرایط غیرمنطقی می‌دانند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳).

نرخ شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای از ۱ تا ۱۱ درصد با میانگین تقریبی ۳/۳ درصد برآورد شده است (کاستلو^۲، ۲۰۰۳؛ موفان^۳، ۲۰۰۴؛ انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). برآورد نرخ شیوع به عواملی از قبیل منابع جمع‌آوری اطلاعات (والدین، معلمان یا خود کودک)، نوع گزارش (هم اکنون یا پس‌رویدادی) و همچنین داشتن ملاک‌های اختلال سلوک، بستگی دارد. با وجود این، نرخ اختلال نافرمانی مقابله‌ای ممکن است بسیار وابسته به جنس کودک باشد. اختلال نافرمانی مقابله‌ای تا پیش از نوجوانی در پسران شایع‌تر از دختران است (ناک، کازدین، هیریپی و کسلر^۴، ۲۰۰۷؛ ری^۵، ۲۰۱۲).

نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای ممکن است فقط به یک زمینه محدود باشد و به‌طور مکرر در خانه دیده شود. با وجود این در بیشتر موارد، نشانه‌هایی این اختلال در چند زمینه دیده می‌شود. اختلال نافرمانی مقابله‌ای، بیشترین شیوع را در خانواده‌هایی دارد که والدین یا مراقبین آنها، پاسخ‌دهنده نبوده یا در مراقبت از کودک اهمال می‌کنند (آکادمی روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان آمریکا^۶، ۲۰۰۷). افراد مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای به‌طور قابل توجهی روابطشان با والدین، معلمان و همسالان تخریب شده است. این کودکان نه تنها در مقایسه با همسالان نشان

-
1. American Psychological Association
 2. Costello
 3. Maughan
 4. Nock, Kazdin, Hiripi & Kessler
 5. Rey
 6. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

دارای اختلال هستند، بلکه بیش از ۲ انحراف استاندارد پایین تر از مقیاس درجه بندی برای سازگاری اجتماعی عمل می کنند. همچنین، این گروه آسیب اجتماعی بیشتری را نسبت به کودکان با اختلال دوقطبی، افسردگی و اختلال اضطرابی تجربه می کنند (گرین^۱، ۲۰۰۲؛ همیلتون^۲ و آرماندو^۳، ۲۰۰۸). کودکان با اختلال نافرمانی مقابله ای در مدرسه پیشرفت خوبی ندارند و در روابط بین فردی دچار مشکل هستند. آنان در کارکردهای اجرایی مشکل دارند و به طور معمول فاقد مهارت های شناختی و اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگسالان هستند (برت، کروگر، مک گیو و لاکونو^۴، ۲۰۰۱؛ همرسون، مورای، جان و جانستون^۵، ۲۰۰۸). کری و مک آنای^۶ (۱۹۸۴) معتقدند که اقدامات بزهکارانه در اغلب موارد غیرمنطقی، غیرقابل پیش بینی و بی معنی نیستند؛ بلکه معنی این دست رفتارها در کودکان و نوجوانان این است که مهارت های اجتماعی را در طول کودکی یاد نگرفته اند. ناکارآمدی شایستگی اجتماعی با مشکلات روان شناختی رابطه دارد. از این رو، به برنامه ای متناسب با مشکلات رفتاری کودک نیازمندیم تا به واسطه آن از تشدید شدن این رفتارها پیشگیری کنیم.

در طول سالیان متمادی روش های درمانی متنوعی برای مواجهه با مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای به کار گرفته شده است. در این زمینه بخشی از درمان ها بر مداخله های فردی و بخشی دیگر بر مداخله های خانوادگی، متمرکز شده اند؛ به

-
1. Greene
 2. Hamilton
 3. Armando
 4. Burt, Krueger, McGue & Iacono
 5. Hommersen, Murray, Johan & Johnston
 6. Carey & McAnany

نحوی که برنامه‌های متنوعی از قبیل آموزش والدین برای کمک به مدیریت رفتار کودک، روان‌درمانی فردی برای مدیریت خشم، خانواده‌درمانی برای بهبود ارتباط، آموزش مهارت‌های اجتماعی برای افزایش انعطاف‌پذیری و تحمل ناکامی در بین همسالان و درمان شناختی-رفتاری برای آموزش حل مساله و کاهش منفی‌گرایی طراحی شده است (آکادمی روان‌پزشکی کودک و نوجوان آمریکا، ۲۰۰۷).

ویلیام گلاسر^۱ در سال ۱۹۶۵ نظریه‌ی جدیدی را در زمینه آسیب‌شناسی روانی و اختلال‌های رفتاری و روش درمان آن ارائه کرد که نام آن را واقعیت‌درمانی^۲ نامید. واقعیت‌درمانی بر اساس نظریه انتخاب توضیح می‌دهد که افراد چرا و چگونه رفتار می‌کنند. این نظریه، شیوه‌های کارکرد آدمی برای صدور رفتار را تبیین می‌کند. نظریه انتخاب معتقد است هر آنچه از ما سر می‌زند یک رفتار است، برای مثال غذا خوردن، دعوا کردن، دیر سر قرار حاضر شدن، خشمگین شدن هر کدام رفتار مشخصی هستند (گلاسر، ۲۰۰۳؛ ترجمه صاحبی، ۱۳۸۹). گلاسر (۲۰۰۸) بیان می‌کند افراد برای برخورداری از احساسات بهتر نسبت به خود و زندگی باید مسئولیت‌پذیر باشند. بر اساس نظریه انتخاب، هر موجود آدمی از ۵ نیاز اساسی برخوردار است که عبارت‌اند از تعلق خاطر و رغبت اجتماعی، پیشرفت و قدرت، آزادی، تفریح و نیاز به بقا.

بر اساس نظریه انتخاب هر فرد زمانی می‌تواند احساس مسئولیت‌پذیری، توانمندی، اعتماد و احترام به خویشتن کند که بتواند نیازهای اساسی خود را به‌طور موثر برآورده سازد و باور کند

1. Glasser

2. Reality Therapy

که سر رشته امور زندگی اش در دست خودش است و می تواند شرایط بهتری برای خود فراهم سازد. مبتنی بر نظریه انتخاب، روش واقعیت درمانی یکی از مداخله های درمانی رایج در حوزه روان شناسی شناختی در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی رسیدن به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می شود. در این شیوه درمان، مواجه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت نیازهای اساسی، قضاوت اخلاقی درباره ی درست و یا نادرست بودن رفتار و تمرکز بر اینجا و اکنون مورد تأکید است (کاترین^۱، ۲۰۰۸). کیم (۲۰۰۲) در پژوهشی که بر روی مسئولیت پذیری دانش آموزان کلاس پنجم در یکی از مدارس ابتدایی کره جنوبی انجام داد به این نتیجه رسید که واقعیت درمانی باعث افزایش مسئولیت پذیری دانش آموزان شده است.

ماستری فراهانی (۱۳۹۰) در پژوهشی به بررسی اثر بخشی آموزش مسئولیت پذیری مبتنی بر واقعیت درمانی بر کاهش پر خاشگری دانش آموزان پسر راهنمایی شهر ساوه پرداخت. نتایج نشان داد که واقعیت درمانی باعث کاهش پر خاشگری و تهاجم می شود. همچنین تاثیر روش واقعیت درمانی در حوزه هایی مانند کنترل خشم، افزایش مسئولیت در کودکان مدارس ابتدایی، سوء مصرف مواد، بزه کاری، پیشگیری از تکرار جرم، خشونت خانوادگی، افسردگی و مدیریت بیماری های مزمن مانند حملات قلبی و ام اس تایید شده است (وبولدینگ^۲، ۲۰۰۰؛ کیم^۳، ۲۰۰۲؛ ماسن و دوبای^۴، ۲۰۰۹).

-
1. Caterin
 2. Wubbolding
 3. kim
 4. Mason & Duba

به طور کلی، بسیاری از مداخله‌ها نتیجه‌ی چشمگیر و مداوم در اختلال نافرمانی مقابله‌ای نداشته است و همچنین با توجه به نتایج ویلیام گلاسر در مورد دختران بزهکار و اینکه این روش مداخله در ۸۰ درصد دختران بزهکار موثر بوده است؛ از این رو و با توجه به سودمندی روش واقعیت‌درمانی در این حوزه‌ها، به نظر می‌رسد که انجام پژوهش حاضر بتواند پشتوانه علمی مناسبی را جهت کاهش رفتارهای چالش‌انگیز در دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای فراهم آورد. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روش واقعیت‌درمانی بر کاهش رفتارهای چالش‌انگیز دانش‌آموزان پسر با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. با توجه به یافته‌های پژوهش‌های مختلف در این زمینه، سوال اساسی پژوهش حاضر این بود که آیا روش واقعیت‌درمانی بر نشانه‌هایی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان تاثیر دارد؟

روش

روش این پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را همه دانش‌آموزان پسر پایه پنجم و ششم دبستان در مدارس شهر تهران در سال تحصیلی ۹۴ تشکیل می‌دادند که نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را دارا بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. به این صورت که از بین مناطق نوزده‌گانه آموزش و پرورش شهر تهران، یک منطقه به صورت تصادفی انتخاب شد و سپس از میان مدراس ابتدایی موجود در این منطقه، یک مدرسه به تصادف برگزیده شد. پس از آن نسخه چهارم پرسش‌نامه نشانه‌های مرضی کودکان^۱ توسط معلمان

1. Child Symptoms Inventory

دانش‌آموزان پسر پایه پنجم و ششم تکمیل گردید. پس از نمره‌گذاری پرسش‌نامه‌ها، ۳۵ دانش‌آموز بر اساس نتایج به دست آمده ملاک‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را نشان دادند که از میان آنها ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند.

ابزار این پژوهش شامل نسخه چهارم پرسش‌نامه نشانه‌های مرضی کودکان بود. این پرسش‌نامه از ابزارهای غربال‌گری رایج برای اختلال‌های روان‌پزشکی است که بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ساخته شده است. نسخه اولیه پرسش‌نامه با نام فهرست اسپرافینک^۱، لانی^۲، یونیتا^۳ و گادو^۴ را اسپرافینک، لانی، یونیتا و گادو در سال ۱۹۸۴ بر اساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ ساله تهیه کردند. بعدها به دنبال تجدید نظر در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در سال ۱۹۸۷ نسخه سوم پرسش‌نامه نشانه‌های مرضی کودکان نیز ساخته شد تا اینکه نسخه چهارم در سال ۱۹۹۴ با انتشار چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، با تغییرهای اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی از سوی گادو و اسپرافینک تجدید نظر شد. آخرین ویرایش پرسش‌نامه نشانه‌های مرضی کودکان همانند نسخه‌های قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. در پژوهش حاضر، از نسخه معلمان استفاده شده است. نسخه معلمان دارای ۴۱ سوال است که ۴۱ عبارت آن مربوط

-
1. Sprafkin
 2. Loney
 3. Unita
 4. Gadow

به اختلال‌های رفتار ایدایی است. هر یک از عبارات یادشده، در مقیاس چهار درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. پرسش‌نامه استفاده شده در پژوهش حاضر، گروه B دارای ۸ سوال (۲۶-۱۹) که اختلال نافرمانی مقابله‌ای را می‌سنجد، مورد استفاده قرار گرفت. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسش‌نامه نشانه‌های مرضی کودکان طراحی شده است که عبارت‌اند از شیوه نمره‌برش غربال‌کننده و شیوه نمره بر حسب شدت نشانه‌های مرضی. در بیشتر پژوهش‌ها به علت کارآمدی و اطمینان بیشتر، روش نمره برش غربال‌کننده مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این پژوهش نیز از روش نمره غربال‌کننده استفاده شد. در این روش شیوه نمره‌گذاری با جمع زدن تعداد عباراتی که با گزینه‌های گاهی اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده‌اند به دست می‌آید (محمد اسماعیل، ۱۳۸۰). پرسش‌نامه نشانه‌های مرضی کودکان در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار، پایایی، حساسیت و ویژگی آن محاسبه شده است. در پژوهشی که توسط گرایسون و کارلسون (۱۹۹۱) بر روی نسخه سوم پرسش‌نامه نشانه‌های مرضی کودکان انجام گرفت، حساسیت و پایایی آن برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای به ترتیب، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ گزارش شد. پژوهش‌های دیگری همبستگی بین سومین نسخه بازبینی شده پرسش‌نامه نشانه‌های مرضی کودکان را در همین اختلال ۰/۶۶ گزارش کرده‌اند (گادو و اسپرافکین، ۱۹۹۴). در پژوهش کلاتری و همکاران (۱۳۸۰) پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش تصنیف برای فرم معلمان ۰/۹۱ و برای فرم والدین ۰/۸۵ به دست آمد. روایی محتوایی پرسش‌نامه نشانه‌های مرضی کودکان نسخه چهارم در پژوهش محمد اسماعیل (۱۳۸۰) مورد تایید ۹ نفر از روان‌پزشکان قرار گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

جهت اجرای پژوهش، پس از دریافت مجوز از اداره آموزش و پرورش کل و اداره آموزش و پرورش منطقه ۱۴ تهران، به مدرسه پسرانه ابتدایی مربوطه مراجعه شد. پس از مراجعه به مدرسه در ابتدا معلمان پایه پنجم و ششم از روند کار و ویژگی های افراد با اختلال نافرمانی مقابله ای آگاه شدند و دانش آموزانی که این ویژگی ها را داشتند، مورد شناسایی قرار گرفتند. فرم ویژه معلم پرسش نامه نشانه های مرضی کودکان توسط معلم تکمیل گردید و افرادی که نمره ی آنها نشان دهنده اختلال نافرمانی مقابله ای بود، انتخاب شدند. پس از آن شرکت کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. به دانش آموزان گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای روش واقعیت درمانی آموزش داده شد. پس از پایان جلسه های مداخله، دوباره پرسش نامه نشانه های مرضی کودکان توسط معلمان برای هر دو گروه آزمایش و گواه تکمیل و نتایج آن ثبت شد.

روش مداخله ای واقعیت درمانی بر نظریه انتخاب (گلاسر، ۱۹۶۵) استوار است. این روش مداخله ای بر اساس پژوهش های گلاسر (۱۹۶۵) و بعدها توسط پژوهش و بولدینگ (۲۰۰۰) پی ریزی شد. در نظریه یاد شده بر نحوه ی دریافت واقعیت از سوی مراجع و شیوه ی ارزشیابی درونی او از واقعیت تأکید می شود. به نظر گلاسر، مراجع در دنیای بیرونی (دنیای واقعی) و درونی خود زندگی می کند و دنیای واقعی بر رفتار فرد تأثیر نمی گذارد، بلکه دریافت و ادراک او از دنیای واقعی بر رفتار او تأثیر گذار است. جلسات و برنامه درمانی این روش مداخله ای برای پژوهش حاضر، از کتاب های واقعیت درمانی، نظریه انتخاب برای والدین و نوجوانان و همه دانش آموزان می توانند موفق شوند، نوشته ویلیام گلاسر و ترجمه دکتر صاحبی اخذ شده است

که بعد از تایید اساتید و متخصصان در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته دو جلسه به منظور آموزش تهیه شده است. خلاصه برنامه مداخله‌ای واقعیت درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه برنامه مداخله‌ای واقعیت درمانی

جلسه	محتوای جلسه	هدف	زمان
اول	معرفی اعضا و ایجاد ارتباط بین اعضا و درمانگر	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، برقراری رابطه‌ی عاطفی میان اعضا و درمانگر	۹۰ دقیقه
دوم	توضیح در رابطه با چگونگی و چرایی رفتار و معرفی رفتارهای سازنده و آزارنده	بررسی مفهوم ارتباط با دیگران، آشنایی با ویژگی‌های ارتباط مؤثر	۹۰ دقیقه
سوم	تمرین عملی و ملموس‌سازی رفتارهای سازنده و آسیب‌زا	قرار گرفتن فرد در جریان عملی رفتار، بررسی عملی و تجربی نتایج حاصل از ضعف ارتباط با دیگران	۹۰ دقیقه
چهارم	معرفی نشانه‌هایی نافرمانی به زبان ساده و اینکه چگونه احساسات، هیجانات و ناسازگاری‌های رفتاری می‌توانند	تبدیل رفتار منجر به شکست رفتار رضایت‌بخش، بررسی موانع کار (کینه‌توزی، عصبانیت، نافرمانی و سرپیچی، ناراحت کردن عمدی افراد، سرزنش کردن)	۹۰ دقیقه

		مخرب باشد
پنجم	معرفی رفتار کلی و آشناسازی افراد گروه با مولفه های رفتار کلی همراه با تجربه از طریق ایفای نقش	آشنایی با معنا و مفهوم تصمیم گیری، اهمیت تصمیم گیری، مراحل انجام تصمیم گیری
۹۰ دقیقه		
ششم	بحث و صحبت در گروه در رابطه با رفتارهایی که در هنگام مواجهه با ناکامی از آنها سر می - زند. نحوه انتخاب و کنترل رفتار مناسب،	نگاه انتقادی به رفتار و ارزیابی سودمندی آن در ارتباط با خود و دیگران و پذیرش مسئولیت در قبال رفتار
۹۰ دقیقه		
هفتم	معرفی تعارض های چهار گانه و رفتارهای اجباری	اهمیت ارتباط و نقش آن در رضایت، احساس خودارزشمندی و برآوردن نیازهای اساسی و ایجاد سلامت روانی
۹۰ دقیقه		
هشتم	شناخت نیازهای اساسی انسان از دیدگاه واقعیت درمانی و فهرست بندی نیازهای اساسی، با تلاش اعضا و کمک درمانگر، بررسی اهمیت برآوردن این نیازها	آشنایی با ابعاد رفتار از دیدگاه گلاسر، نقش انسان در کنترل رفتار
۹۰ دقیقه		
نهم	آموزش اینکه وقایع زمان گذشته، گذشته است و تغییر در آنها ممکن نیست و فقط وضع	تاکید بر زمان حال
۹۰ دقیقه		

موجود و آینده قابل تغییر است

دهم مرور جلسات و ارزیابی میزان پیشرفت آنها
جمع‌بندی
۹۰ دقیقه

در این پژوهش از نرم‌افزار SPSS 18 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. در بخش آمار توصیفی به منظور توصیف داده‌های به دست آمده از شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی با توجه به برقرار بودن همه مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج

شاخص‌های توصیف آماری مربوط به نمره‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در هر گروه به‌طور جداگانه محاسبه شد. داده‌های توصیفی مربوط به آن در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲. توصیف آماری پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات نشانه‌هایی اختلال نافرمانی مقابله‌ای به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها	مراحل	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵/۶۶	۶/۳۶
	پس‌آزمون	۱۱/۳۳	۲/۰۹
گواه	پیش‌آزمون	۱۷/۴۰	۴/۵۰
	پس‌آزمون	۱۸	۳/۲۷

با توجه به جدول ۲ و مقادیر میانگین و انحراف استاندارد، تفاوت میان ارزیابی معلمان از نشانه‌هایی اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان گروه آزمایش و گواه، در پیش‌آزمون چندان قابل توجه نیست. این در حالی است که میانگین نمرات نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای گروه آزمایش در پیش‌آزمون (۱۵/۶۶) و پس‌آزمون (۱۱/۳۳)، تغییرات قابل توجهی را نشان می‌دهد؛ در حالی که در گروه کنترل تفاوتی جزئی و نامحسوس است. بنابراین، به منظور تحلیل دقیق‌تر تفاوت موجود و اینکه آیا تفاوت از نظر آماری معنادار است یا خیر و همچنین به منظور کنترل اثر میانگین، از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

فرضیه پژوهش: روش واقعیت‌درمانی بر کاهش نشانه‌هایی اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان تأثیر دارد.

ابتدا پیش‌فرض‌های روش تحلیل کوواریانس از قبیل نرمال بودن توزیع متغیر وابسته و همگنی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. برای استقلال مشاهدات از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف تک نمونه‌ای استفاده شد که در متغیر شاخص، Z به دست آمده برابر با ۰/۷۸ و سطح معناداری ۰/۵۷ بود. با توجه به سطح معناداری، داده‌ها نرمال است ($p > ۰/۰۵$). از آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها استفاده شده که F به دست آمده برابر با ۰/۰۸ با سطح معناداری ۰/۷۷ بود. بنابراین، فرض تساوی واریانس‌ها نیز برای متغیرهای پژوهش برقرار بود ($p > ۰/۰۵$).

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس نمره‌های نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای با توجه به گروه‌ها

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۲۱/۹۵	۱	۲۱/۹۵	۳/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۱۰۴
گروه‌ها (مستقل)	۲۹۸/۱۸	۱	۲۹۸/۱۸	۴۲/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱۲
واریانس خطا	۱۸۹/۳۸	۲۷	۷/۰۱			
مجموع	۶۹۹۸	۳۰				

همان‌گونه که مشاهده می‌شود با توجه به نتایج جدول ۳ و با فرض همراه کردن متغیر پیش-آزمون بین میانگین نمره‌های نشانه‌هایی اختلال نافرمانی مقابله‌ای دو گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($P \leq 0/001$). یعنی با توجه به ارزیابی معلمان، دو گروه آزمایش و گواه در متغیر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، در مرحله پس‌آزمون، با یکدیگر متفاوت‌اند. همچنین، با توجه به جدول ۱، میانگین نمره‌های نشانه‌هایی اختلال نافرمانی مقابله‌ای گروه

آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب، ۱۵/۶۶ و ۱۱/۳۳ است که نشان‌دهنده کاهش نشانه‌هایی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان گروه آزمایش در مرحله پس-آزمون است. همچنین، میزان اندازه اثر در این متغیر برابر است با ۰/۶۱ است؛ به این معنا که ۶۱ درصد تغییرات نمرات پس‌آزمون، مربوط به روش واقعیت‌درمانی بوده است.

بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش روش واقعیت‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان پسر انجام شد. نتایج نشان داد که روش واقعیت‌درمانی، شدت نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان پسر پایه پنجم و ششم دبستان را در مرحله پس‌آزمون، به‌طور معناداری کاهش داده است؛ بنابراین، یافته‌های حاصل از این پژوهش، با یافته‌های پژوهش‌های چن (۱۹۸۷)، کیم (۲۰۰۲)، ماوسن (۲۰۰۹) و کورنت^۱ (۲۰۱۲) همسو است و یافته‌های آنها را تایید می‌کند.

در تبیین اثربخشی روش واقعیت‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای ابتدا باید به چند ویژگی اساسی این اختلال اشاره کرد. پژوهش‌هایی که در سال‌های اخیر درباره این افراد انجام شده، وجود نقص‌هایی را در مهارت‌های شناختی و اجتماعی این افراد نشان داده - است. این نقایص اغلب در حوزه کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجان، پردازش زبانی، پردازش

1. Cornett

اطلاعات اجتماعی، حل مساله و سازگاری نمایان است (هاشمی، بیرامی، اقبالی، واحدی و رضایی، ۱۳۸۸). کودکان مبتلا به این اختلال، به‌طور معمول در روابط اجتماعی با والدین، معلمان و همسالان مشکل دارند. پژوهش‌ها نشان داده است که بسیاری از آنها فاقد مهارت‌های اجتماعی مناسب هستند و به‌ندرت از سوی همسالانشان پذیرفته می‌شوند. افزون بر این، این کودکان در شناخت مشکلات و به‌کارگیری راهبردهای حل مساله برای برطرف کردن آنها مشکل دارند و در مقایسه با همسالان خود، راه‌حل‌های مثبت کمتری را به کار می‌برند. این نقایص می‌تواند باعث ایجاد مشکلاتی در مدرسه، جلوگیری از ایجاد و حفظ روابط مثبت با همسالان و جلب محبوبیت کودکان دیگر شده و پیش‌بینی‌کننده رفتارهای ضداجتماعی در نوجوانی و بزرگسالی باشد (اسچيفر^۱، ۲۰۰۹). یکی از شیوه‌های درمانی که می‌تواند موجب کاهش نشانه‌های و رفتارهای چالش‌انگیز این اختلال و در نتیجه کاهش اثرات منفی آن بر زندگی فرد شود، واقعیت‌درمانی است (کارنت، ۲۰۱۲). واقعیت‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا بتوانند رفتار خود را کنترل کنند و انتخاب‌های جدیدی بسازند. همچنین این روش بر این فرض استوار است که افراد بر افکار، خواسته‌ها و کردارشان در زندگی کنترل دارند و در مورد آن مسئول هستند (گلاسر، ۱۹۸۵). گلاسر معتقد است که واقعیت‌درمانی تاکید دارد که افراد باید با شرایط زندگی‌شان مواجه شوند و مسئولیت آن را بر عهده بگیرند. همچنین با مسائل درست و غلط مواجه شوند و تشویق شوند تا رفتار اکنون خودشان را ارزیابی کنند و روش جدیدی را برای ارضای نیازهایشان برگزینند. واقعیت‌درمانی یک چارچوب مفهومی موثری را

1. Schaefer

برای فهم رفتار افراد فراهم می کند (چانگک^۱، ۱۹۹۴). پنج نیاز اساسی در واقعیت درمانی مطرح است که عبارت اند از نیاز به بقا، عشق و تعلق، قدرت، آزادی و تفریح و سرگرمی (کامرون^۲، ۲۰۰۹). راپورت^۳ (۲۰۰۷) نیاز به قدرت را توانایی برای احساس مهم بودن فرد در دنیای کیفی خودش می داند. نیاز اساسی به قدرت در دانش آموزان با اختلال نافرمانی مقابله ای به عنوان مساله اساسی با مراجع قدرت به حساب می آید. کامرون (۲۰۰۹) معتقد است که درماندگی ناشی از فقدان این نیاز اساسی منجر به از دست دادن احساس کنترل فرد می شود. در نتیجه فرد می تواند باعث تصمیم گیری هایی شود که پیامدهای منفی برای افراد با اختلال نافرمانی مقابله ای داشته باشد.

دانش آموزانی که تشخیص اختلال نافرمانی مقابله ای دریافت می کنند، مشکلات کارکردی در مدرسه به ویژه با کارکنان مدرسه پیدا می کنند (فهیم^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). شرکت در جلسه های واقعیت درمانی تا حد زیادی میزان مهارت های ارتباطی آنان را افزایش می دهد و موجب می شود تا کمتر مرتکب رفتارهای غیرمنطقی شوند و به تدریج رفتارهای مخالفت جویانه و نافرمانی هایشان کاهش یافته و یا حذف شود. تجربه رفتار مسئولانه در جریان واقعیت درمانی موقعیت منحصر به فردی برای کودکان ایجاد می کند تا خودفهمی، قضاوت، خودتنظیمی، خودکنترلی و خودجهت دهی را گسترش دهند (ماوسن و دوبا، ۲۰۰۹). بنابراین واقعیت درمانی، با مورد هدف قرار دادن عوامل بروز نافرمانی و لجبازی در کودکان و نوجوانان، در کاهش این

-
1. Chung
 2. Cameron
 3. Rapport
 4. Fahim

مشکلات، مؤثر واقع می‌شود. دانش‌آموزان در جریان واقعیت‌درمانی قادر می‌شوند تا شیوه‌های ناسازگارانه مقابله را با شیوه‌های سازگارانه‌تر جایگزین کنند و مهارت‌های مقابله‌ای مثبت‌تر را از طریق ارزیابی رفتار و کسب مسئولیت در قبال رفتار خود، یاد بگیرند. همچنین، مهارت‌های متنوع و سودمندی را در زمینه‌های مختلف شناختی، عاطفی و اجتماعی به منظور برقراری ارتباط مناسب با دیگران و حل مشکلات به شیوه‌ای مؤثر فرا می‌گیرند و در طول جلسات درمان با انجام فعالیت‌های مختلف در ارتباط با سایر دانش‌آموزان به تمرین این مهارت‌ها پرداخته و بر آنها تسلط می‌یابند. بنابراین، قادر خواهند شد این مهارت‌ها را به موقعیت‌های مشابه در زندگی واقعی تعمیم دهند و با به کارگیری آنها به حل مشکلات هیجانی و اجتماعی خود بپردازند و رفتارهای نابهنجار ناشی از فقدان یا کمبود این مهارت‌ها به تدریج در آنها کاهش یافته و یا حذف می‌شود. همچنین، با توجه به مؤثر بودن روش واقعیت‌درمانی در افزایش مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان، می‌توان از این روش به عنوان وسیله‌ای برای رشد کنترل درونی این دانش‌آموزان استفاده کرد تا بتوانند توانایی کنترل خودشان را افزایش دهند و یاد بگیرند چگونه نیازهایشان را ارضا کنند (کیم، ۲۰۰۲).

با وجود اعمال کنترل‌های لازم در پژوهش حاضر، این پژوهش نیز همانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی همراه بود است؛ از جمله محدودیت زمانی برای انجام پژوهش که منجر به محدود شدن تعداد جلسات درمانی شد، حضور نداشتن معلمان و والدین دانش‌آموزان دارای اختلال در دوره آموزشی و وجود روند تربیتی و آموزشی متفاوت با مداخله مورد نظر از سوی کارکنان مدرسه. از این رو، توصیه می‌شود آموزش‌های لازم به معلمان و والدین، جهت

توجه به نیازهای اساسی و رابطه صحیح با دانش آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای داده شود. همچنین، در پژوهش های بعدی، معلمان و والدین دانش آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای نیز به همراه دانش آموزان در دوره آموزش و مداخله شرکت کنند و پژوهش های بیشتری در رابطه با موضوع پژوهش انجام و بررسی های گسترده تری در چندین مدرسه با نمونه بزرگ تر انجام شود. پیشنهاد می شود تداوم اثر این روش درمانی در مدت زمان بیشتری پایش و در پژوهش ها از آزمون پیگیری استفاده شود و این پژوهش در مورد سایر اختلال های رفتاری کودکان و در سنین متفاوت انجام گیرد. سرانجام، با توجه به تاثیر روش واقعیت درمانی بر کاهش شدت نشانه های در دانش آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای، به همه روان شناسان، روان پزشکان و متخصصان مربوطه پیشنهاد می شود که از این برنامه به عنوان مداخله انتخابی استفاده کنند.

منابع

- بلوم کویست، م. ال. (۲۰۰۲). مهارت های سازگاری با کودکان ناسازگار: راهنمایی عملی برای والدین و درمانگران؛ ترجمه جواد علاقه بندراد (۱۳۸۴). تهران: سنا.
- صفری، س؛ فرامرزی، س؛ و عابدی، ا. (۱۳۹۱). تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای در دانش آموزان. *مجله روانشناسی بالینی*. ۴ (۴)، ۱-۱۱.

کلانتری، م؛ نشاط دوست، ح؛ و زارعی، م. (۱۳۸۰). تاثیر آموزش رفتاری والدین و دارودرمانگری بر میزان نشانه‌های فزون کنشی کودکان مبتلا به اختلال نارسانی توجه/فزون کنشی. *مجله روانشناسی*. ۲، (۵)، ۱۳۵-۱۱۸.

گلاسر و. (۱۹۹۹). *نظریه انتخاب؛ ترجمه علی صاحبی (۱۳۸۹)*. تهران: سایه سخن.

ماستری فراهانی، ی. (۱۳۹۱). *اثربخشی آموزش مسئولیت‌پذیری بر پایه واقعیت‌درمانی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان پسر راهنمایی شهر ساوه در سال تحصیلی ۱۹-۹۰*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

محمداسماعیل، ا. (۱۳۸۳). *بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسش-نامه نشانه‌های مرضی کودکان بر روی دانش‌آموزان ۱۴-۶ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی تهران؛ تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی*.

هاشمی، ت؛ بیرامی، م؛ اقبالی، ع؛ واحدی، ح؛ رضایی، ر. (۱۳۸۸). *تاثیر خودآموزی کلامی بر بهبود نشانه‌هایی مرضی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای*. *مجله کودکان استثنایی*. ۴، (۳۳)، ۲۱۰-۲۰۳.

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. (2007). *Behavior problems in children and adolescents*. Center of knowledge on Healthy Child Development. Afford Center for Child Studies. <http://www.aacap.org>.

American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)*. Washington, DC: American psychiatric association, 143-7.

Bradley, M. C. Mandell, D. (2005). Oppositional defiant disorder: A systematic review of evidence of intervention effectiveness. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 343-365

Burt, S. A. Krueger, R. F. McGue, M. Iacono, W. G. (2001). Sources of conversation among attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 516-525.

Cameron, A. (2009). Regret, choice theory and reality therapy. *International Journal of Reality Therapy*, 28(2), 40-42.

Carey, J. T. McAnany, P. D. (1984). *Historical Development of Juvenile Delinquency in the United States (From Introduction to Juvenile Delinquency: Youth and the Law*, P 51-66, 1984, James T Carey and Patrick D McAnany-See NCJ-116445).

Caterin, I. C. (2008). The effect of reality therapy based group counseling on the self Esteem.. *International Journal of Reality Therapy*, 22(3), 130-142.

Chen, L. Jessie, B. (1987). *Reality therapy with delinquent adolescent girls in open probation setting*. The University of Hong Kong (Pokfulam, Hong Kong)

Chung, M. (1994). Can reality therapy help juvenile delinquents in Hong Kong? *Journal of reality therapy* 14(1), 66-78

Cornett, D. (2012). *Oppositional Defiant Disorder: The issues and interventions for positive behavior management*. A Capstone Project submitted in partial fulfillment of the requirements for the Master of Science Degree in Counselor Education at Winona State University

Costello, E. J. Mustillo, S. Erkanli, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60:837-844

Fahim, C., He, Y., Yoon, U., Chen, J., Evans, A., Perusse, D. (2011). Neuroanatomy of childhood disruptive behavior disorders. *Aggressive Behavior*, 37(4), 326-337.

Gadow, K. D., Sprafkin, J. & Pierre, C. (1994). *A test- retest Reliability study of the child symptom Inventory- 4: parent checklist. Unpublished data. Reported in Gadow and sprafkin. (1997). Child symptom Inventory-4 norms manual.* Stony Brook, Ny: Checkmate plus.

Glasser, W. (1985). *Control theory.* New York, NY: HarperCollins.

Glasser, W. (2008). *Station of the mind: New direction for reality therapy.* New York.

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. *Am J psychiatry*. 15(9): 1214-1224.

Hamilton, S. Armando, J (2008). *Oppositional defiant disorder. American family Physician*. 1, 78(7), 861-868. WWW.aafp.org

Hommersen, P. Murray, C. Johan J, Johnston, C (2008). Oppositional Defiant Disorder Rating Scale: Preliminary Evidence of Reliability and Validity. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14(2), 118-125.

Keenan, K. (2012). Mind the Gap: Assessing impairment among children affected by proposed revisions to the diagnostic criteria for oppositional defiant disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 352-359.

Kim, H. K. (2002). The effect of a Reality Therapy Program on the Responsibility for elementary school children in Korea. *International Journal of Reality Therapy*, XXII, 1

Mason, C. & Duba, J. D. (2009). Using reality therapy in schools: Its potential impact on the effectiveness of the ASCA national model. *International Journal of Reality Therapy*, 29(1), 5-12.

Maughan, B, Rowe R, Messer, J. et al (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45:609-621.

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 co morbidity Survey replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48: 703-713.

Rapport, Z. (2007). Using Choice Theory to assess the needs of persons who have a disability and sexual/intimacy/romantic issues. *International Journal of Reality Therapy*, 27(1), 22-25.

Rey, J.M. (2012). *Textbook of Child and Adolescent Mental Health. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions*, IACAPAP, Geneva. Section D, D2Schaefer, C. E.

Scott, S. Knapp, M. Henderson, J. et al (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 19,323-340.

Weitmann, D. (2006). *Internalizing and Externalizing Symptoms among Children with Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder or Depression*. A Doctoral Project Submitted in Partial Fulfillment the Requirements for the Degree of Doctor of Psychology in the Department of Psychology at Pace University New York.

Wubbolding, R.E. (2000). *Reality therapy for 21st century*. New York (NY):
Routledge.