

اثربخشی آموزش مهارت ارتباطی بر کاهش اختلالات رفتاری دانش آموزان دبستانی منطقه ۷ تهران

دکتر فرهاد محمدی - زینب آرامش - گلنوش فرهنگ - بهنوش فرهنگ

چکیده

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی مهارت های ارتباطی بر کاهش اختلالات رفتاری دانش آموزان دبستانی بود. این پژوهش از نوع مطالعات شبه تجربی است که با طرح پیش آزمون، پس آزمون به همراه گروه کنترل می باشد. برای رسیدن به این هدف جامعه آماری آن شامل همه دانش آموزان دبستانی منطقه ۷ شهر تهران می باشد. حجم نمونه با توجه به هدف پژوهش و با استفاده از شیوه نمونه گیری تصادفی، ۳۰ نفر با توجه به اهداف انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵) قرار داده انتخاب شدند. در این پژوهش پرسشنامه مسئولیت پذیری و مداخله آموزشی مهارت های ارتباطی بر روی گروه نمونه اجرا شد. در این پژوهش در این پژوهش داده های جمع آوری شده پس از ثبت در نرم افزار 22SPSS بر اساس روش های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل واریانس چندمتغیره) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین مسئولیت پذیری کل در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی با حذف تأثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعدیل شده مسئولیت پذیری کل بر حسب گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته ها می توان گفت مداخله آموزشی مهارت های ارتباطی در پس آزمون باعث افزایش نمرات در فهرست کاهش اختلالات رفتاری شده است.

کلمات کلیدی: مهارت های ارتباطی، کاهش اختلالات رفتاری، دانش آموزان دبستانی.

مقدمه

آموزش مهارت های ارتباطی قابل یادگیری و تقویت بوده و می توان با تمرین و آموزش آن را در خود تقویت کرد. اما همین عدم داشتن مهارت ارتباطات سبب آسیب می شوند، پس باید درک عمیقی از فرآیند ارتباطات برای موفقیت در جنبه های مختلف زندگی داشته باشیم. عدم برقراری ارتباط موثر با دیگران می تواند به دلایل مختلفی چون عدم اعتماد به نفس و یا مشکلات دوران کودکی رخ دهد. فن بیان یکی از مهارت هایی می باشد که می تواند هم در کودکی و هم در بزرگسالی شما را به سمت موفقیت و آینده خوب هدایت کند. کودک زمانی که بتواند خوب صحبت کند در آینده می تواند در زمینه های شغلی، تحصیلی، زندگی شخصی و ... قدم در راه پیشرفت بگذارد.

دوران کودکی از مهم ترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه ریزی می شود و شکل می گیرد. اغلب اختلالات و ناسازگارهای رفتاری پس از این دوران ناشی از کمبود توجه به دوران حساس کودکی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل است. این بی توجهی منجر به عدم سازش و انطباق با محیط و بروز انحرافات گوناگون در ابعاد مختلف برای کودک می شود (کهریزی، مرادی و مؤمنی، ۱۳۹۹).

اختلالات رفتاری کودکان یکی از شایع ترین مشکلات در دوران کودکی است. بر طبق راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان پزشکی آمریکا شیوع این اختلال ۵ تا ۱۰ درصد در کودکان برآورد شده است. فراوانی این اختلال در پسران نسبت به دختران بیشتر گزارش شده است. در صورت درمان این کودکان، تا ۷۵ درصد موارد بهبود شایان توجهی را در کارکرد فردی و اجتماعی و نیز کاهش نشانه های بیماری مشاهده می شود، اما در صورت عدم درمان منجر به بروز پیامدهایی جبران ناپذیر خواهد شد (حسینی، ۱۳۹۹).

یکی از مشکلات دانش آموزان مشکلات رفتاری آن ها در مدرسه می باشد. اختلالات رفتاری به کلیه رفتارهای غیرعادی، تکراری و آزاردهنده مانند ناخن جویدن^۱، کندن مو^۲، مکیدن شست^۳، تیک^۴، پرخاشگری^۵، اختلالات اضطرابی^۶، اختلالات خلقی^۷، سوء مصرف

¹. Nail chewing

². Scratching hair

³. Sucking thumb

⁴. Tick

⁵. Aggression

⁶. Anxiety Disorders

⁷. Mood disorders

مواد^۸، کم توجهی^۹، بیش فعالی^{۱۰} و ... می شود که باعث اختلال در عملکرد اجتماعی، یادگیری، ارتباطات و پیشرفت تحصیلی فرد می شود (جاری، کلیشادی، گلابول، طاهری، تسلیمی، ۱۳۹۵).

همچنین اختلالات رفتاری طیف وسیعی از مشکلات کودکی را از رفتارهای پر خاشگروانه و تکانشی تا رفتارهای تکراری و غیرعادی و آزاردهنده و انزوا و گوشه گیری را در بر می گیرد (دییاجنیا، آقای و اشک کش، ۱۳۹۹).

یکی از روش های مؤثر بر کاهش اختلالات، مهارت های ارتباطی می باشد. بسیاری از افراد در رویارویی با مسائل زندگی و محیط کاری خود فاقد توانایی های ارتباطی اساسی اند و همین امر آن ها را در مواجهه با این مسائل آسیب پذیر کرده است. مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب، تنهایی، طرد شدن، کمرویی، خشم و تعارض در روابط بین فردی از جمله مشکلاتی هستند که بسیاری از این افراد با آن دست به گریبان بوده و به نوعی ریشه بسیاری از آسیب های اجتماعی نیز محسوب می شوند (فاطمی، ۱۴۰۱). به گونه کلی مهارت های ارتباطی در بستر تجربه ارتباط با اعضای خانواده، پدر، مادر، خواهر، برادر و دوستان به دست می آید و افرادی که ارتباط را در خانواده می آموزند این امکان را دارند که از آموزش بهتری برخوردار شوند. را که الگوها و نقش ها در دسترس تر و کمتر تغییر پذیرند (شن و همکاران، ۲۰۲۰). مهارت های ارتباطی توانایی هایی است که ما برای برقراری ارتباط و تعامل با دیگران از طریق حرکات، کلامی و غیر کلامی (زبان بدن) یا تعامل این دو از آن استفاده می کنیم (فراندز-آنتون و همکاران، ۲۰۲۰).

تاکنون طبقه بندی مختلفی از اختلالات رفتاری ارائه شده است و برخی از محققان اختلالات رفتاری را به دو دسته بزرگ تقسیم کرده اند: ۱- اختلالات رفتاری درونی سازی^{۱۱} از قبیل اضطراب و افسردگی که از دنیای درون فرد نشأت می گیرد و با تعارض های روانی و هیجانی همراه است؛ ۲- اختلالات رفتاری برون سازی^{۱۲} که مشتمل بر موضوعات مرتبط با مشکلات فرد با دیگران است (ستاری، حسینی، رضافیانی، محمودی قرابی، بیگلریان و ترکش اصفهانی، ۱۳۹۶).

تحقیقات انجام شده نشان داده اند که عوامل درون خانواده مانند عدم سازگاری والدین، تهدید، کتک زدن، مسایل اقتصادی و ... و عوامل مربوط به مدرسه همچون عدم ارتباط درست بین معلم و دانش آموز، وضعیت مدرسه و .. و عوامل فرهنگی، اجتماعی و وراثتی در بروز اختلالات رفتاری نقش مهمی ایفا می کنند (جاری و همکاران، ۱۳۹۵).

⁸ . Drug abuse

⁹ . Carelessness

¹⁰ . ADHD

¹¹ . Internalization

¹² . Extraction

براساس تحقیقات انجام شده در جهان نشان داده شده که میزان اختلالات رفتاری در کودکان سنین دبستانی در مناطق مختلف متغیر بوده و معمولاً بین ۱۰ تا ۲۶ درصد است. در ایران میزان شیوع اختلالات رفتاری دوران کودکی بین ۱۰ تا ۲۱ درصد برآورد شده است که در غالب موارد بررسی شده، میزان شیوع این اختلالات در پسران بیشتر از دختران بوده است (اکپان، اوجیناکا و کانم^{۱۳}، ۲۰۲۰). بین ۶ تا ۱۰ درصد کودکان و نوجوانان مدرسه رو به مشکلات جدی و پایدار رفتاری و هیجانی مبتلا هستند که در مطالعه داشی پور و شکیباز (۱۳۹۹) هم نشان داد که میزان شیوع برخی علائم روانی در کودکان زنجانی حدود ۲۵ درصد است (خداکرمی و همکاران، ۱۴۰۱).

باتوجه به اهمیت اختلالات رفتاری و تأثیر آن بر تمامی جنبه‌های زندگی اعضای خانواده در ۳ دهه گذشته تلاش‌های پژوهشگران و درمان‌گران به معرفی درمان‌های اثربخش و راهکارهای مختلفی در جهت کاهش اختلالات رفتاری بوده است. یکی از روش‌های مورد استفاده در بهبود اختلالات رفتاری کودکان، آموزش مهارت‌های ارتباطی (فن بیان) است. فن بیان افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود در آورد (کهریزی، مرادی و مؤمنی، ۱۳۹۸). این نوع درمان‌گری با ایجاد تعادل در رفتارهای هیجانی و برانگیخته، یک روش منحصربه‌فرد برای کمک به کودکان در برقراری ارتباط است (ریچاردز، پیلای و فرریتز^{۱۴}، ۲۰۱۲). تکنیک‌های ارتباطی از هر نوع که باشد، می‌تواند تمام جنبه‌های رشد کودک و مهارت‌های اساسی او را به گونه‌ای مثبت تحت تأثیر قرار دهد؛ به گونه‌ای که چنانچه امکان‌برقراری ارتباط از کودک گرفته شود، کودک در رشد حسی، حرکتی و شناختی با مشکل شدیدی مواجه خواهد بود. یکی از مجموعه آموزش‌های مهارت‌های ارتباطی که نه تنها مورد توجه تمامی کودکان است، بلکه احتمالاً می‌تواند رشد او را تحت تأثیر قرار دهد، آموزش فن بیان است (ملک‌پور و نسانی مقدم، ۱۳۹۸). کودک از طریق این تکنیک‌ها با دنیای بیرون خود بهتر ارتباط برقرار میکند، با تکلیف‌های زندگی سازش و بر مهارت‌ها و فرآیندهای نمادین به روش خود تسلط می‌یابد (فرحزادی، بهرام‌آبادی و محمدی‌فر، ۱۴۰۰).

فن بیان مجموعه خاصی از مهارت‌های ارتباطی است که برای نخستین بار در دهه ۱۹۶۰ معرفی و در پایان این دهه تجدید حیات شد. این مجموعه شامل مهارت‌های خودآگاهی، جرات ورزی، صدا سازی و هوش کلامی می‌باشد.

استفاده از تکنیک‌های ارتباطی سابقه بسیار طولانی در فرایند درمان و التیام بخشی داشته است. تکنیک‌های فن بیان اکنون از نظر بسیاری از فرهنگ‌ها دارای خصوصیات حفاظت کننده می‌باشد. شاید عجیب نباشد که بگوییم مهارت‌های ارتباطی فن بیان جایگاه

¹³ . Akpan, Ojinnaka, Ekanem

¹⁴ . Richards, Pillay& Fritz

جدیدی در جهان درمان به‌ویژه در درمان کودکان یافته است. همچنین علاقه فزاینده به سنت‌های جایگزین ایجاد شده، به‌ویژه آن‌هایی که در زمینه قصه‌گویی (شاهنامه خوانی) و معنویت و آیین‌پرستی امتیاز ویژه دارند. زیرا باعث تسهیل ارتباط با کودکان می‌شوند. در سال ۱۹۸۰، دورا کاف^{۱۵} درمان‌گر پیرو یونگ^{۱۶} و از شاگردان لوئنفلد، مفاهیم و روش‌های لوئنفلد را با مفاهیم یونگ و فلسفه شرق تلفیق نمود و پس از این که چندین سال از تکنیک ارتباطی برای درمان مراجعان استفاده کرد به پیشرفت‌های تکنیکی و تحلیلی در این زمینه دست یافت و روش جدیدی برای کار با کودکان ابداع نمود و در نهایت توانست از روش تکنیک ارتباطی لوئنفلد متمایز باشد. فن بیان درمانی که تاریخچه‌ای بیش از ۶۵ سال در کشورهای اروپایی و آمریکایی دارد به تازگی در کشور ما مورد توجه قرار گرفته و توسط کارشناسان معدودی که در این زمینه پژوهش‌هایی را انجام داده‌اند به کار گرفته می‌شود (سیدی اندی، مکوند حسینی و کیان ارثی، ۱۳۹۲).

حال با توجه به این که مطالب اندکی در رابطه با اثربخشی مهارت‌های ارتباطی بر کاهش اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دبستانی انجام گرفته است بنابراین پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی مهارت‌های ارتباطی بر کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دبستانی خواهد پرداخت.

¹⁵ . Dora cuff

¹⁶ . Yong

روش

تحقیق حاضر از نوع طرح‌های آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. روش پردازش داده‌ها در سطح توصیفی و از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی؛ و در سطح استنباطی از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده است. اختلال رفتاری در دو گروه (آزمایشی و کنترل) در سه نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری (۲۵ روز پس از پایان مداخله) اندازه‌گیری شده‌اند. جامعه آماری این مطالعه شامل تمام دانش‌آموزان دبستانی دارای اختلال رفتاری منطقه ۷ تهران است؛ در این مطالعه از روش نمونه‌برداری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بدین صورت که ابتدا با مراجعه به آموزش و پرورش منطقه از هر خیابان تعداد دو مدرسه انتخاب شد. پس از آن پرسش‌نامه اختلال رفتاری دانش‌آموزان توسط معلمان برای تمام دانش‌آموزان (۷ تا ۱۱ سال) تکمیل شد. از ۳۰۰ پرسش‌نامه ارائه شده، ۲۸۹ پرسش‌نامه قابل نمره‌گذاری بود. در مرحله بعد، ۶۷ دانش‌آموز دارای اختلال رفتاری انتخاب شدند که در نهایت با توجه به شرایط ورود و خروج آزمودنی‌ها، تعداد ۳۰ دانش‌آموز (۱۵ دانش‌آموز گروه آزمایش و ۱۵ دانش‌آموز گروه کنترل) به شیوه جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل گمارده شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS20 انجام گرفت.

ابزار اندازه گیری

مصاحبه بالینی: در این پژوهش آزمودنی‌هایی که در نسخه مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز والدین نمره بالاتری از ۳۴ و در نسخه مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز معلم نمره بالاتری از ۵۷ گرفته بودند، بر اساس ملاک‌های ویرایش پنجم راهنمای تشخیص آماری اختلالات روانی، مصاحبه بالینی سازمان یافته انجام شد. آزمودنی‌هایی که ملاک‌های تشخیصی ریخت‌های فرعی اختلالات رفتاری را داشتند در نمونه‌های نهایی قرار گرفتند. برای بررسی روایی و اعتبار مصاحبه بالینی ضریب توافق مصاحبه‌کنندگان (سه نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی) محاسبه شد که ۰/۷۶ به دست آمد؛ بدین صورت که توافق مصاحبه‌کنندگان در سؤال‌های مصاحبه بالینی مد نظر قرار گرفت.

مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز^{۱۷}: این پرسش‌نامه را کانرز و همکاران در سال ۱۹۹۹ استاندارد کرده‌اند. دو نسخه از این مقیاس در دسترس است؛ نسخه ۹۳ گویه‌ای و نسخه ۴۸ گویه‌ای. در پژوهش حاضر از نسخه ۴۸ گویه‌ای که پنج عامل مشکلات رفتار هنجاری، مشکلات یادگیری، روان‌تنی، تکانش‌گری، اجتناب و اضطراب را شناسایی می‌کند، استفاده شد. نشانه‌ها در یک مقیاس ۴ گزینه‌ای ۳-۰ (صفر-هرگز، ۱- فقط کمی، ۲- کمی زیاد، ۳- خیلی زیاد) درجه‌بندی می‌شوند (۶). اعتبار و روایی مقیاس در مطالعات متنوع در کشورهای مختلفی گزارش شده است. کانرز و همکاران (۱۷) اعتبار این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نموده‌اند. گویت، کانرز و اولریچ (۱۸)

همبستگی درونی را بین ۰/۴۱ تا ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند (۱۹). در ایران نیز، مؤسسه علوم شناختی اعتبار این پرسشنامه را ۰/۸۵ گزارش کرده است (کهیزی، مرادی و مؤمنی، ۱۳۹۴).

مقیاس درجه‌بندی معلم کانرز مکمل مقیاس والدین کانرز است و دارای دو نسخه ۲۸ و ۳۹ گویه‌ای است که در پژوهش حاضر از مقیاس ۳۹ گویه‌ای آن استفاده شده است که شش عامل زیر را می‌سنجد: اجتناب، مشکلات رفتار هنجاری، افراط هیجانی، اضطراب-انفعال، غیراجتماعی بودن (شهیم، یوسفی و شهائیان، ۱۳۸۶). در کانادا نمره‌های هنجاری این مقیاس توسط کانرز برای کودکان سنین ۴ تا ۱۱ سال در گروه‌های سنی ۴ تا ۵ ساله، ۶ تا ۸ ساله و ۹ تا ۱۱ ساله فراهم آمده است. کانرز (۱۹۹۸) اعتبار بازآزمایی فرم معلم این مقیاس را در طول یک ماه تا یک سال از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ و اعتبار بین نمره‌گذاری معلمان را ۰/۷۰ گزارش داده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای این مقیاس بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (شهیم، یوسفی و شهائیان، ۱۳۸۶). در سودان این مقیاس توسط الحسن الاواد و سونوگا بارک (۲۰۰۲) مورد مطالعه قرار گرفت و نتایج اعتبار بازآزمایی را ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. در این مطالعه، جهت تعیین روایی، همبستگی بین زیر مقیاس‌ها که از ۰/۵۲ (اضطراب) تا ۰/۸۰ (اجتناب) متغیر بود، بررسی شد (شهیم، یوسفی و شهائیان، ۱۳۸۶). روایی و اعتبار این پرسش‌نامه در ایران با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و با تأیید متخصصان روان‌پزشکی مناسب ارزیابی شد (شهیم، یوسفی و شهائیان، ۱۳۸۶).



یافته‌ها

در این پژوهش، برای دستیابی به هدف مطالعه، داده‌ها از طریق تحلیل کواریانس مورد تحلیل قرار گرفت. جدول ۱ آماره‌های توصیفی دو گروه نمونه را ارائه می‌کند.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون – پس‌آزمون اختلالات رفتاری کودکان دبستانی

گروه آزمایش				گروه کنترل			
پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
استاندارد							

۱/۵۹	۹/۶۰	۱/۷۵	۸/۲۶	۱/۳۸	۳/۹۳	۱/۹۵	۱۱/۶۶	پرخاشگری
۱/۶۳	۱۰/۴۰	۱/۴۸	۹/۲۶	۱/۳۵	۴/۵۳	۱/۵۶	۹/۸۰	اضطراب و افسردگی
۱/۴۲	۱۰/۲۰	۱/۷۱	۹/۳۳	۱/۳۹	۴/۶۶	۱/۶۴	۱۰/۰۰	ناسازگاری اجتماعی
۱/۶۹	۹/۸۰	۱/۸۳	۹/۰۶	۱/۱۶	۴/۷۳	۱/۹۳	۱۰/۲۰	رفتارهای ضد اجتماعی
۱/۴۰	۶/۱۳	۱/۳۴	۵/۳۳	۰/۹۹	۴/۵۳	۱/۳۰	۶/۱۳	اختلال کمبود توجه
۵/۳۰	۴۶/۱۳	۶/۰۱	۴۱/۲۶	۵/۵۳	۲۲/۴۰	۵/۸۷	۴۷/۸۰	مشکلات رفتاری کل

حال به منظور بررسی اثربخشی آموزش شن درمانی بر نمره مشکلات رفتاری دانش آموزان دبستانی مبتلا به نارسایی توجه/ فزون کنشی

از تحلیل کواریانس استفاده شد. ابتدا پیش فرض های کواریانس بررسی شد.

بررسی کجی، کشیدگی و نرمال بودن داده ها

جدول ۲: کجی و کشیدگی و آزمون کالموگراف اسمیرنف برای اختلالات رفتاری کودکان دبستانی

متغیرهای وابسته	کجی	خطای استاندارد کجی	کشیدگی	خطای استاندارد کشیدگی	KM	P
پرخاشگری	پیش آزمون ۰/۲۵	۰/۴۲	-۱/۰۹	۰/۸۳	۰/۱۵	۰/۰۸
	پس آزمون ۰/۱۰	۰/۴۲	-۱/۳۰	۰/۸۳	۰/۱۳	۰/۱۵
اضطراب و افسردگی	پیش آزمون ۰/۰۵	۰/۴۲	-۰/۸۴	۰/۸۳	۰/۱۳	۰/۱۵
	پس آزمون ۰/۰۸	۰/۴۲	-۱/۴۴	۰/۸۳	۰/۱۳	۰/۱۵
ناسازگاری اجتماعی	پیش آزمون -۰/۰۷	۰/۴۲	-۱/۱۱	۰/۸۳	۰/۱۲	۰/۲۰
	پس آزمون ۰/۰۴	۰/۴۲	-۱/۴۸	۰/۸۳	۰/۱۴	۰/۰۹
رفتارهای ضد اجتماعی	پیش آزمون ۰/۳۴	۰/۴۲	-۰/۷۶	۰/۸۳	۰/۱۶	۰/۰۵
	پس آزمون ۰/۲۴	۰/۴۲	-۱/۲۳	۰/۸۳	۰/۱۴	۰/۱۰
اختلال کمبود توجه	پیش آزمون -۰/۰۰	۰/۴۲	-۰/۸۷	۰/۸۳	۰/۱۷	۰/۰۵
	پس آزمون ۰/۲۴	۰/۴۲	-۰/۵۸	۰/۸۳	۰/۱۵	۰/۰۵
مشکلات رفتاری کل	پیش آزمون -۰/۲۸	۰/۴۲	-۰/۸۸	۰/۸۳	۰/۱۳	۰/۲۰
	پس آزمون ۰/۰۰	۰/۴۲	-۱/۵۲	۰/۸۳	۰/۱۳	۰/۱۵

چنانچه در جدول دیده می شود، مقیاس مورد نظر در پژوهش حاضر از کجی و کشیدگی کمتر از ۱۲۱ برخوردار است؛ این نشان از آن

دارد که آن به لحاظ کجی و کشیدگی در نمونه مورد مطالعه مشکلی ندارد. از سوی دیگر، همان طور که در جدول مشاهده می شود

آزمون کالموگراف – اسمیرنف نیز به که به منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها استفاده شده است؛ نشان می‌دهد که فرضیه نرمال بودن داده‌ها برقرار می‌باشد ($p > 0.05$).

بررسی همگنی واریانس‌ها

جدول ۳: آزمون لوین جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های خطا

سطح	Df2	Df1	F	معناداری
۰/۳۹	۲۸	۱	۰/۷۵	پرخاشگری
۰/۷۷	۲۸	۱	۰/۰۸	اضطراب و افسردگی
۰/۵۵	۲۸	۱	۰/۳۵	ناسازگاری اجتماعی
۰/۲۳	۲۸	۱	۱/۴۸	رفتارهای ضد اجتماعی
۰/۲۰	۲۸	۱	۱/۷۱	اختلال کمبود توجه
۰/۱۸	۲۸	۱	۱/۸۷	مشکلات رفتاری کل

نتایج لوین در جدول ۳ گزارش شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، سطح معناداری برای خرده مقیاس‌های مشکلات رفتاری کودکان از ۰/۰۵ بزرگتر می‌باشد.

همگنی شیب‌های رگرسیون

جدول ۴: آزمون بررسی همگنی شیب خط رگرسیون برای اختلالات رفتاری کودکان دبستانی

خرده مقیاس‌ها	منبع	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
---------------	------	---------------	----	-----------------	---	--------------

۰/۱۳	۲/۴۳	۳/۹۰	۱	۳/۹۰	گروه*پیش آزمون	پرخاشگری
۰/۳۳	۰/۹۵	۱/۹۰	۱	۱/۹۰	گروه*پیش آزمون	اضطراب و افسردگی
۰/۳۵	۰/۸۸	۱/۴۵	۱	۱/۴۵	گروه*پیش آزمون	ناسازگاری اجتماعی
۰/۳۷	۰/۸۱	۱/۴۹	۱	۱/۴۹	گروه*پیش آزمون	رفتارهای ضد اجتماعی
۰/۹۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۱	۰/۰۱	گروه*پیش آزمون	اختلال کمبود توجه
۰/۱۷	۱/۹۰	۴۱/۶۱	۱	۴۱/۶۱	گروه*پیش آزمون	مشکلات رفتاری کل

در جدول نتیجه آزمون بررسی همگنی شیب خط رگرسیون آورده شده است. همان طور که در جدول مشاهده می گردد، سطح معناداری اثر متقابل در خرده مقیاس های مشکلات رفتاری بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد. لذا می توان گفت که مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون برقرار می باشد.

اجرای آزمون تحلیل کواریانس:

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری روی نمره های پس آزمون اختلالات رفتاری در گروه آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
پرخاشگری	پیش آزمون	۱	۱۶/۸۴	۹/۹۵	۰/۰۰۴	۰/۲۶
	گروه	۱	۱۹۸/۲۹	۱۱۷/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۸۱
	خطا	۲۷	۱/۶۹			
اضطراب و افسردگی	مجموع	۳۰	۱۶۷۷/۰۰			
	پیش آزمون	۱	۹/۵۶	۴/۸۰	۰/۰۳۷	۰/۱۵
	گروه	۱	۲۶۷/۶۶	۱۳۴/۴۱	۰/۰۰۰	۰/۸۳
ناسازگاری اجتماعی	خطا	۲۷	۵۳/۷۶			
	مجموع	۳۰	۱۹۹۴/۰۰			
	پیش آزمون	۱	۱۱/۳۴	۶/۹۰	۰/۰۱۴	۰/۲۰
رفتارهای ضد اجتماعی	گروه	۱	۲۴۰/۹۱	۱۴۶/۵۳	۰/۰۰۰	۰/۸۴
	خطا	۲۷	۴۴/۳۸			
	مجموع	۳۰	۱۹۴۳/۰۰			
پیش آزمون	۱	۱۰/۳۰	۱۰/۳۰	۵/۶۷	۰/۰۲۴	۰/۱۷

۰/۸۰	۰/۰۰۰	۱۱۱/۰۹	۲۰۱/۷۱	۱	۲۰۱/۷۱	گروه	
			۱/۸۱	۲۷	۴۹/۰۲	خطا	
				۳۰	۱۸۳۶/۰۰	مجموع	اختلال کمبود توجه
۰/۲۵	۰/۰۰۵	۹/۱۴	۱۲/۳۳	۱	۵/۰۴	پیش آزمون	
			۱/۳۴	۱	۱۲/۳۳	گروه	
				۲۷	۳۶/۴۲	خطا	
				۳۰	۹۱۴/۰۰	مجموع	مشکلات رفتاری کل
۰/۲۶	۰/۰۰۵	۹/۵۱	۲۴۱/۵۰	۱	۲۱۴/۵۰	پیش آزمون	
۰/۸۷	۰/۰۰۰	۱۸۰/۱۵	۴۰۶۲/۴۱	۱	۴۰۶۲/۴۱	گروه	
			۲۲/۵۴	۲۷	۶۰۸/۸۳	خطا	
				۳۰	۴۰۲۷۴/۰۰	مجموع	

همان طور که در جدول بالا دیده می شود، بین میانگین خرده مقیاس های مشکلات رفتاری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این جدول نشان می دهد با حذف تأثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعدیل شده خرده مقیاس های مشکلات رفتاری بر حسب گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته ها می توان گفت آموزش مهارت های ارتباطی در پس آزمون باعث کاهش نمرات پر خاشگری، اضطراب و افسردگی، رفتارهای ضد اجتماعی، ناسازگاری های اجتماعی و اختلال کمبود توجه و به طور کلی در اختلالات رفتاری شده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی (فن بیان) بر کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دبستانی انجام شد. از مجموع نتایج به دست آمده چنین استنباط شد که بین میانگین خرده مقیاس‌های مشکلات رفتاری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این جدول نشان می‌دهد با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعدیل شده خرده مقیاس‌های مشکلات رفتاری بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش مهارت‌های ارتباطی در پس‌آزمون باعث کاهش نمرات پرخاشگری، اضطراب و افسردگی، رفتارهای ضد اجتماعی، ناسازگاری‌های اجتماعی و اختلال کمبود توجه و به طور کلی باعث کاهش اختلالات رفتاری کودکان دبستانی شده است. که این یافته با نتایج کهریزی و همکاران (۱۳۹۸)؛ مؤمنی و همکاران (۱۳۹۷)؛ سیدی اندی و همکاران (۱۳۹۸) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت آموزش مهارت‌های ارتباطی درمان‌گری در درمان کودکان به کار برده شده است، اما صرف نظر از جهت‌گیری خاص، تقریباً همه آن‌ها دارای یک باور مشترکند: استفاده این تکنیک‌ها، ویژگی اجتناب‌ناپذیر در کاهش اثرات اختلالات رفتاری کودکانی است که مشکل دارند. کودک از آموزش این مهارت‌ها می‌توان ارتباط بهتر با والدین و سرپرستان خود بگیرد. او به کشف این امر نایل می‌شود که چطور با جهان پیرامون بهتر رفتار کند، با تکنیک‌های ارتباطی سازش بهتر و بر مهارت‌ها، تکنیک‌ها و فرایندهای نمادین به روش خود تسلط یابد. زمانی که کودک نسبت به خویشتن اعتماد و اطمینان می‌یابد، این آمادگی را پیدا می‌کند که مهارت‌های دیگر را بیاموزد و الگوهای کمتر پذیرفته شده را بپذیرد (کهریزی، مرادی و مؤمنی، ۱۳۹۴). تکنیک‌های ارتباطی این اجازه را می‌دهد تا با تجربه‌های ناخوشایند زندگی‌اش مواجه شود و با تکیه بر ارتباطات غیرکلامی به تسهیل و تقویت منابع درونی بپردازد. همچنین کودک قادر خواهد بود با استفاده از تصاویر غیر تهدیدکننده، احساس خصومت و ناامنی خود را بیان نماید، از این رو مهارت‌های ارتباطی به عنوان یک تکنیک در کاهش اثرات اختلالات رفتاری کودکان، به طور روزافزون مورد استفاده قرار گرفته است (سیدی اندی، حسینی و کیان‌ارثی، ۱۳۹۷).

برگر^{۱۸} (۲۰۲۲) معتقد است که مهارت‌های ارتباطی روش مداخله‌ای کم خطر است که خطر آن کم و موفقیت آن زیاد است. همچنین فرایند یادگیری این مهارت‌ها برای کودکان جذاب است و بیان غیرمستقیمی را بدون نیاز به صحبت کردن دربرمی‌گیرد. تمرکز بر فرایندهای خلاق و غیرکلامی و به فعل درآوردن توانایی‌های بالقوه فرد، موجب تقویت نیمکره راست مغز می‌شود که مربوط به

فرایندهای ادراکی، هوش کلامی و احساسات است. همچنین تکنیکهای ارتباطی این فرصت را در اختیار کودکان می‌گذارد تا توسط آن، احساس‌های درونی خود را که ناشی از تنش‌ها، ناکامی‌ها، پرخاشگری‌ها، ترس‌ها، آشفتگی‌ها و سردرگمی‌های اوست به طور واضح و روشن بیان کند. با آشکار ساختن این گونه احساسات، ضمن آن که کودک با آن‌ها روبه‌رو می‌شود، می‌آموزد که آن‌ها را کنترل کند یا کنار بگذارد. هنگامی که کودک به این ترتیب، به آزادسازی عاطفی دست یافت به درک توانایی خود، توفیق می‌یابد، می‌تواند برای خود بیندیشد و تصمیم‌های خود را شخصاً بگیرد و از لحاظ روانی، پخته‌تر شود. زیرا مهارت‌های ارتباطی یک پل دیداری بسیار محرک بین درمان‌های کلامی و بیانی ایجاد می‌کند (مؤمنی و کهریزی، ۱۳۹۸). در نتیجه مهارت‌های ارتباطی به‌خاطر تجربه ارتباط موثرتر، موجب برون‌ریزی و تخلیه هیجانی می‌شود و از نظر شناختی توانایی شناسایی و حل مشکلات را در او به‌وجود می‌آورد و باعث کاهش رفتارهای نادرست می‌شود (لو و همکاران، ۲۰۱۰).

اجرا توسط پژوهش‌گر که ممکن است باعث سوگیری شود و محدود بودن دوره زمان پیگیری، از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌روند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌گران در پژوهش‌های بعدی، برای رفع این محدودیت‌ها تلاش نمایند.

منابع

- باقری، محمدمهدی و نیک پور، فاطمه. (۱۳۹۸). تاثیر آموزش مهارت های اجتماعی - ارتباطی بر مسئولیت پذیری و سازگاری دانش آموزان. مجله روشها و مدل های روانشناختی، ۹(۳۲): ۲۰۷-۲۱۵.
- باوزین، فاطمه و سپه وندي، مهدی. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی بر مسوولیت پذیری اجتماعی دختران دبستانی. مجله آموزش پرستاری، ۷(۱): ۴۷-۵۳.
- سعادت شامیر، ابوطالب؛ نجمی، مهسا و حق شناس، مهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تئوری انتخاب بر مسئولیت پذیری و در دانشجویان متأهل دانشگاه آزاد. مجله پژوهش در نظام آموزشی، ۵(ویژه نامه): ۶۶۹-۶۵۴.
- عزتی نیا، فاطمه و ربیعی نژاد، محمدرضا و هاشمی، اعظم. (۱۴۰۱). مقایسه نقش پذیری جنسیتی، مسئولیت پذیری و سبک دلبستگی در دانش آموزان دبستانی و عادی، هفتمین همایش بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و حقوق کودک در جهان اسلام، تهران.
- فاطمی، وحیده. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر مهارت های ارتباطی دختران نوجوان. نشریه خانواده درمانی کاربردی، ۳(۴): ۴۰-۵۲.
- کاظم پور، اسماعیل و باباپور، مریم. (۱۳۹۶). تاثیر آموزش صلح بر مسئولیت پذیری دانش آموزان. فصلنامه رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، ۸(۴): ۸۲-۶۶.
- مستقیمی، مریم و شفیعی آبادی، عبدالله. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی بر عزت نفس دختران ۱۳ تا ۱۵ ساله بهزیستی. روشها و مدل های روانشناختی، ۲(۹): ۳۰-۱۷.
- یاسینی لیلا، کیانی قمر، مجتبی زاده محمد. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی بر سازگاری اجتماعی و مسئولیت پذیری دانش آموزان دختر زورگو کرج. نشریه طب انتظامی.
- Akpan M U, Ojinnaka N C, Ekanem E.(2010). Behavioural problems among schoolchildren in Nigeria. South Africa Journal of Pediatrics; 16(2):50-55.



- Berger R, Tiry M.(2012). The enchanting forest and healing sand conature therapy with people coping with psychiatric difficulties. *Journal of the Arts in psychotherapy*. 39(5): 412-6.
- Lu, L., Petersen, P., Dess, B. S. W., Lacroix, L., & Rousseau, C. (2010). Stimulating creative play in children_with autism through sand play. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 56-64.
- Richards, D., Pillay, J., & Fritz, E. (2012). The use of tray techniques by school counsellors to assist children with emotional and behavioural problems. *The Arts in Psychotherapy*, 39 (5), 367-373.