

مقایسه اثربخشی دوروش مداخله آموزش کیفیت زندگی والدین و آموزش یادگیری اجتماعی-هیجانی دانش آموزان بر کاهش علایم اختلال سلوک

فریبا اسفندیاری^۱، مجید برزگر*^۲، آذرمیدخت رضایی^۳، سلطانعلی کاظمی^۴

تاریخ دریافت: ۹۷/۱۲/۱۳ صص ۲۳۴-۲۰۳ تاریخ پذیرش: ۹۸/۲/۲۹

چکیده

پژوهش حاضر به منظور مقایسه اثربخشی دو روش مداخله آموزش کیفیت زندگی والدین و آموزش یادگیری اجتماعی هیجانی دانش آموزان بر کاهش علایم اختلال سلوک دانش آموزان انجام شد. این پژوهش به روش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش، دانش آموزان پسر پایه های چهارم، پنجم و ششم ابتدایی مبتلا به اختلال سلوک، شهر شیراز، درسال تحصیلی ۹۷-۹۶ بودند. نمونه پژوهش شامل؛ ۴۵ نفر از این دانش آموزان بود که با روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. گروه آزمایشی اول؛ والدین ۱۵ نفر از این دانش آموزان دارای، که برنامه آموزشی مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی را طی ۸ جلسه ۲ ساعتی، دریافت نمودند. گروه آزمایشی دوم ۱۵ نفر از دانش آموزان دارای اختلال سلوک که برنامه آموزشی یادگیری اجتماعی - هیجانی را، طی ۸ جلسه ۱ ساعتی، دریافت نمودند و گروه سوم؛ گروه کنترل که دانش آموزان و والدین آنها هیچ گونه آموزشی دریافت نکردند. پس از انجام مداخلات آموزشی، پرسشنامه علایم مرضی کودکان، به عنوان پس آزمون توسط والدین، تکمیل گردید. در تحلیل داده ها از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. براساس نتایج به دست آمده، در گروه های آزمایش، نسبت به گروه گواه، در مرحله پس آزمون، کاهش معنادار علایم اختلال سلوک مشاهده شد ($P \leq 0/001$). هر دو مداخله بر بهبود علایم اختلال سلوک تاثیر مثبت داشته است. اما مداخله به روش یادگیری اجتماعی- هیجانی دانش آموزان، نسبت به آموزش کیفیت زندگی در مادران، اثربخشی بیشتری داشته است.

واژه های کلیدی: اختلال سلوک، یادگیری اجتماعی هیجانی، کیفیت زندگی

۱. دانشجوی دکترای روان شناسی، گروه روان شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.
۲. استادیار گروه روان شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.
* نویسنده مسئول: Mbarzegar55@gmail.com
۳. استادیار گروه روان شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.
۴. استادیار گروه روان شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

مقدمه

اختلال سلوک یکی از متداول ترین اختلالات دوره کودکی و نوجوانی است، این اختلال به طور قابل ملاحظه‌ای به کنش‌وری روانی- اجتماعی کودک و نوجوان در منزل، مدرسه و اجتماع آسیب می‌رساند. این الگوی رفتاری با آشفتگی‌های عاطفی جدی و سازش نایافتگی اجتماعی، رفتارهای پرخاشگرانه، ضعف در عملکرد تحصیلی، عزت نفس پایین، نارسایی در مهارت اجتماعی کلامی و غیرکلامی، ناتوانی در حل مسئله همراه گردیده و تصویر پیچیده‌ای از اختلال سلوک نمایان می‌سازد (American Psychiatric Association, 2013). رفتارهای این کودکان می‌تواند به صورت کله شقی، خشونت جسمی، و رفتار بی‌رحمانه نسبت به همسالان تظاهر نماید. چنین کودکانی ممکن است؛ متخاصم، بددهن، گستاخ و بی‌اعتنا بوده و نسبت به بزرگترها رفتار منفی نشان دهند. دروغگویی مستمر، فرار مکرر از خانه، ولگردی، دزدی، خشونت فیزیکی، رفتار جنسی، مصرف دخانیات، مشروب، ژست‌های خودکشی و اعمال خود آزارانه نیز از خصوصیات دیگر آنهاست (Sadock & Sadock, 2011). این اختلالات با پیامدهای طولانی مدت و منفی زیادی از جمله افت تحصیلی، سوء مصرف مواد، فعالیت‌های جنایتکارانه و زندانی شدن ارتباط دارند (Biederman et al, 2004). کودکانی که مشکلات رفتاری آن‌ها در سنین پایین‌تری شروع شده است، بیشتر احتمال دارد که پیش‌آگهی پایدارتر و بدتری در طول زندگی نشان دهند (Fairchild et al, 2009). شیوع این اختلال در سال در جمعیت عمومی از ۲ تا ۱۰ درصد با میانگین ۴ درصد برآورد شده است. میزان شیوع از کودکی به نوجوانی افزایش می‌یابد و در بین پسران بیشتر از دختران است (American Psychiatric Association, 2013).

عوامل فردی و خانوادگی مرتبط با اختلال سلوک بسیار متنوع بوده و مواردی از قبیل خلق و خوی کودک، جنسیت، آسیب‌های مغزی و بدکارکردی‌های عصب شیمیایی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده، مشکلات روانی والدین، تعارضات شدید والدین، شیوه‌های انضباطی و سبک‌های والدگری نامطلوب والدین را در بر می‌گیرد (Mash & Wolfe, 2010). سلوک کودکی اغلب با نقص در حوزه‌هایی که شامل تمرکز، هماهنگی حرکتی، تنظیم هیجانی، کارکرد کلامی و فهم زبانی می‌شود، همراه است، اگر چه این نقایص مسلم نیستند و در کودکان دچار تاخیرات رشدی خاص نیز وجود دارند، اما نمره‌های پایین و پایدار کودکان دارای سلوک در آزمون‌های زبان، خودکنترلی و توانایی‌های شناختی پیشنهاد می‌کند که ممکن است مبنای ارگانیکی یا عصب شناختی برای این نقایص در کودکان دارای سلوک وجود داشته باشد (O'Reilly, 2005). پیش‌آگهی این اختلال چندان امیدوارکننده نیست. هرچه شروع اختلال زودتر باشد، پیش‌آگهی آن بدتر است. به‌طوری که اگر نشانه‌های اختلال

قبل از یازده سالگی دیده شود، احتمال تداوم آن بعد از بیست سالگی، دو برابر بیشتر از زمانی است که نشانه‌های اختلال بعد از یازده یا دوازده سالگی دیده شود (Sohrabi, Khanjani, & Zeinali, 2015).

میزان کیفیت زندگی خانوادگی کودک، مهمترین عامل در رشد و گسترش اختلال‌های رفتاری است (Faramarzi, Abedi, & Ghanbari, 2012). نتایج یافته‌های شریفی و ایروانی (Sharifi & Irvani, 2018) بیانگر این است که کیفیت زندگی مادران می‌تواند به طور معناداری اختلالات رفتاری کودکان را پیش‌بینی کند. کیفیت زندگی با بیماری و شرایطی که سلامت را به خطر می‌اندازد در ارتباط است، و از طرفی وجود کودک مشکل‌دار باعث ایجاد استرس جسمانی و روحی و روانی بر خانواده و به ویژه مادر شده و والدین کودکان مبتلا به ناتوانی‌های رشدی، استرس زیادی را تحمل می‌کنند (Schieve et al, 2007). خانواده‌ای که کودکش مشکلات شدید دارد ممکن است کیفیت زندگی خود را بسیار متفاوت با خانواده‌های عادی ارزیابی کند (Payot, Keith & Barrington, 2011). مادران کودکان دارای مشکل، ممکن است توسط مشکلات کودکان درهم شکنند و با احساسات منفی نسبت به توانایی‌هایشان در رسیدن به اهداف و از دست دادن امیدشان دچار نگرانی شوند و این می‌تواند بر معنا و کیفیت زندگی آن‌ها تاثیر گذار باشد (Ogston, Mackintosh & Myers, 2011). داده‌های پژوهشی، شان لیونگ و لی تسانگ (Shan Leung & Li-Tsang, 2003) نشان دادند که؛ بین کیفیت زندگی والدین و سطح معلولیت فرزندان‌شان رابطه مثبت معناداری وجود دارد. والدینی که کودکان دارای معلولیت دارند، ممکن است استرس بیشتری را در هنگام مراقبت از آن‌ها تجربه کنند.

در همین راستا وگان و دیگران (Vaughan et al, 2013) در مطالعه‌ای، رابطه بین علایم اختلالات رفتاری - هیجانی نوجوانان و فشار روانی و استرس والدین‌شان را بررسی کردند؛ مشخص گردید که والدین نوجوانان مبتلا به اختلالات درونی‌سازی و بیرونی‌سازی بالاترین فشار و استرس را گزارش کردند. نتایج این تحقیقات علاوه بر تاکید بر حمایت و ارائه خدمات آموزشی و پشتیبانی به نوجوانان؛ بر ارائه خدمات پشتیبانی و آموزشی به والدین و مراقبان آن‌ها نیز اصرار دارد. از طرفی یادگیری مهارت‌های اجتماعی هیجانی و ایجاد رابطه اثربخش با دیگران، یکی از مهم‌ترین دستاوردهای دوران کودکی است، متأسفانه همه کودکان موفق به فراگیری این مهارت‌ها نمی‌شوند؛ نارسایی در مهارت‌های اجتماعی-هیجانی، با طیف وسیعی از اختلال‌ها و مشکلات روانشناختی مانند افسردگی، اضطراب، اختلال‌های شخصیت و حتی بیماری‌های روانی شدیدتر مرتبط است (Vyskocilova & Prasko, 2013). بسیاری از تنش‌ها و ناآرامی‌ها در مدرسه ناشی از رفتارهای بین فردی دانش‌آموزان است که

بدون در نظر گرفتن زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی متفاوت در کنار هم در مدرسه تحصیل می‌کنند و هرگز آموزشی برای تفاهم و بهبود مهارت‌های اجتماعی لازم دریافت نمی‌کنند (Ahrari & Habibi, 2017).

از این رو کمبود مهارت‌های اجتماعی کودکان دچار اختلال سلوک در مقایسه با دیگر کودکان دامنه‌ای از رفتارهای آزارنده را نشان می‌دهند. فزون‌رفتاری کودکان دچار اختلال سلوک با کمبود مهارت‌های اجتماعی-هیجانی مانند ناتوانی در شروع تعاملات اجتماعی مناسب، مشارکت کردن، نوبت گرفتن و حل مسئله همراه است. کمبود مهارت‌های اجتماعی-هیجانی کودکان دچار مشکل سلوک به وسیله تحریفات شناختی و ضعف در توانایی حل مسئله همراهی می‌شود.

الگوی کمبود مهارت‌های اجتماعی-هیجانی پیشنهاد می‌کند که رفتار آزارنده کودک دارای اختلال سلوک که منجر به طرد همسالان می‌شود؛ می‌تواند با آموزش مهارت‌های مخصوص کودکان، مانند نوبت گرفتن، مشارکت کردن، گوش دادن و مدیریت خود اصلاح شود (O'Reilly, 2005).

امروزه روش‌های درمانی جدیدی در حوزه روان‌شناختی برای درمان افراد مبتلا به اختلالات سلوک به کار گرفته شده است. از میان این درمان‌ها، درمان‌های شناختی-رفتاری خانواده محور و کودک محور از اهمیت فراوانی برخوردار بوده است. در این بین، آموزش کیفیت زندگی درمانی والدین، اثربخش مثبتی بر کاهش مشکلات روان پزشکی کودکان داشته‌اند؛ زیرا تحقیقات زیادی بیانگر این است که آموزش والدین در قالب آموزش کیفیت زندگی درمانی؛ به صورت تغییر شرایط، نگرش، معنا و هدف زندگی نه تنها باعث کاهش رفتارهای چالش‌برانگیز مانند پرخاشگری، خشم، تخریب و تکانشگری شده، بلکه می‌تواند به عنوان برنامه‌ای پیشگیرانه از رفتارهای ضداجتماعی در بزرگسالی محسوب شود.

مبنای برنامه‌های خانواده درمانی این است که ریشه مشکلات رفتاری به ویژه اختلال سلوک کودکان به خانواده بر می‌گردد، فرض این برنامه‌ها آن است که خانواده، نظامی با بخش‌های به هم مرتبط است. رفتار انحرافی کودک در واقع یک نوع انطباق با خانواده است و بنابراین خانواده در برابر رفتار کودک مقاومت می‌کند. درمان هم بر معضلاتی متمرکز است که رفتار انحرافی کودک را تداوم می‌بخشند. همچنین راه‌های مناسب تر تعامل و ارتباط را به‌اعضای خانواده می‌آموزد (Kazdin, 1995).

آموزش کیفیت زندگی^۱ یا کیفیت زندگی درمانی^۲ از رویکرد رضایت از زندگی حمایت می‌کند. در این رویکرد، اصول و مهارت‌های شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود. هدف کیفیت زندگی درمانی افزایش خود مراقبتی، غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی است (Frisch, 2006). کیفیت زندگی درمانی برای تعدیل مشکلات غیرقابل تغییر زندگی؛ هم‌چون فرزند دارای مشکل رفتاری، روش مناسبی بوده و پیامد بهبود کیفیت زندگی، کاهش علائم اختلال رفتاری محسوس و قابل ملاحظه می‌باشد (Aghaei & Yousefi, 2017). یافته‌های پژوهشی زکی و میربهاء‌الدینی (Zaki & Mirbahaedini, 2012) بیانگر ارتباط معنادار بین ارتقاء کیفیت زندگی و جامعه‌پذیری فرزندان می‌باشد. براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی World Health Organization (2002)؛ کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که سلامت جسمانی، رشد شخصی، حالات روانشناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و ارتباط با محیط را در بر می‌گیرد که مبتنی بر ادراک فرد از این ابعاد است. در واقع، کیفیت زندگی در برگیرنده ابعاد عینی و ذهنی^۳ است که در تعامل با یکدیگر قرار دارند. از سوی دیگر، کیفیت زندگی مفهومی پویا^۴ است؛ چون ممکن است ارزش‌ها، نیازها و نگرش‌های فردی و اجتماعی طی زمان در واکنش به رویدادها و تجارب زندگی دگرگون شوند.

درمان مبتنی بر کیفیت زندگی^۵ فریش (Frisch, 2006): این مدل که شالوده و پایه اصلی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهد دارای پنج مفهوم است که مدل پنج راهه کاسیو^۶ نامیده می‌شود؛ این مدل تشکیل شده است از: شرایط عینی^۷ یک حوزه یا شرایط زندگی (C)، نگرش^۸ نسبت به ادراک این حوزه‌ها (A)، استانداردهایی^۹ جهت تحقق تحقق این حوزه‌ها (S)، اهمیتی^{۱۰} که برای شادی کلی نسبت به یک حوزه قائل می‌شویم (I) و رضایتمندی^{۱۱} شخص در دیگر حوزه‌های مهم که فرد، فعلاً به آن اهمیت نمی‌دهد

-
1. Quality Of Life
 2. Quality Of Life Therapy(QOLT)
 3. Subjective
 4. Dynamic
 5. Quality of life
 6. CASIO
 7. Circumstance
 8. Attitude
 9. Standards of fulfillment
 10. Importance
 11. Overall satisfaction

(O). سرخط درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، ۱۶ حوزه اصلی زندگی است که از توسعه معنویت و خودپنداره در خانه شروع شده تا همسایگان، اجتماعات و این‌که چگونه رضایت از زندگی و شادی را در هر یک از حوزه‌ها افزایش دهیم، ادامه می‌یابد. این ۱۶ حوزه اصلی که مداخلات بر آن متمرکز می‌شود عبارتست از: ۱- بهداشت و سلامت جسمانی ۲- عزت نفس ۳- اهداف و ارزش‌ها ۴- پول و مادیات ۵- کار ۶- بازی ۷- یادگیری ۸- خلاقیت ۹- کمک به دیگران ۱۰- عشق ۱۱- دوستان ۱۲- فرزندان ۱۳- خویشاوندان ۱۴- خانه و همسایه‌ها ۱۵- جامعه ۱۶- همسر.

در پژوهشی که عابدی و وستانیس (Abedi & Vostanis, 2010) به منظور ارزیابی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی برای والدین کودکان مبتلا به افسردگی در ایران انجام دادند، نتایج نشان داد که درمان QOLT باعث کاهش نشانه‌های افسردگی کودکان، و افزایش میزان کیفیت زندگی مادران گردید.

نتایج پژوهش بابایی، افروز و ارجمندنیا (Babaei, Afrooz & Arjmandnia, 2017) نشان داد که برنامه طراحی شده ارتقاء کیفیت زندگی، تأثیر معناداری بر سطح سلامت روان مادران کودکان آهسته گام با نشانگان داون دارد. با افزایش عملکرد روانی و عاطفی خانواده کودکان آهسته گام، خصوصاً در مادران، علاوه بر افزایش سلامت روان مادران و بهبود کیفیت روابط در اعضای خانواده، همکاری مادران در روند توان بخشی کودکان آهسته گام بیشتر شده و این امر موجب پیشرفت کودکان آهسته گام در زمینه‌های مختلف می‌شود. همچنین بیاتی و دیگران (Bayati et al, 2017) در مطالعه‌ای نشان دادند، آموزش برنامه ارتقای کیفیت زندگی والدین، به‌طور معناداری بر نشانه‌های بالینی رفتاری - هیجانی کودکان مبتلا به دیابت تأثیر داشته و آن‌ها را کاهش داده است.

یکی دیگر از درمان‌هایی که می‌تواند در درمان اختلالات رفتاری کودکان سودمند باشد، آموزش مهارت‌های اجتماعی- هیجانی است. آموزش یادگیری اجتماعی- هیجانی^۱ از مداخلات درمانی کودک محور می‌باشد که نقش به‌سزایی در مداخلات پیشگیرانه و درمانی و افزایش سلامت روان کودکان مبتلا به اختلال سلوک داشته باشد. یادگیری اجتماعی و هیجانی فرایندی است که به موجب آن، افراد توانایی‌های اجتماعی و هیجانی اساسی خود را گسترش می‌دهند، توجه و تفکر خود را نسبت به دیگران توسعه می‌دهند، ارتباطات مثبتی را به وجود می‌آورند، یاد می‌گیرند مسئولانه تصمیم بگیرند و یاد می‌گیرند که چگونه موقعیت‌های مشکل‌زا را به‌طور موثر اداره کنند. شواهد به‌دست آمده از فراتحلیلی که توسط

انجمن علمی یادگیری اجتماعی-هیجانی^۱ انجام شده، نشان داده است که برنامه‌های SEL تأثیرات مثبتی بر مهارت‌های اجتماعی، هیجانی، رفتارهای اجتماعی، مشکلات رفتاری، تنش‌های هیجانی، عملکردهای علمی و رفتار فرد با خودش، دیگران و در مدرسه دارد (Payton et al, 2008). برنامه‌های یادگیری اجتماعی هیجانی مناسب شرایط اساسی برای یادگیری و رشد ظرفیت‌های یادگیری دانش‌آموزان را فراهم می‌آورد. بهترین عملکرد شامل الگودهی مدیران و معلمان برای ارائه مهارت اجتماعی هیجانی در محیطی ایمن، مراقب، حمایتی و مشارکتی است. یادگیری اجتماعی هیجانی برای رشد سلامت کودکان ضروری است و مدارس را قادر می‌سازد تا دانش‌آموزان را به شهروندانی مراقب، مسئول که حل‌کننده خوب مشکلات هستند، تبدیل کند. شواهد تحقیقاتی برنامه‌های یادگیری اجتماعی هیجانی در سطح مدرسه و کلاس‌ها جهت برآورده ساختن نیازهای دانش‌آموزان، بدون لحاظ نمودن هر نوع خاصی از مشکل رفتاری است (Ahrari & Habibi, 2017). آموزش مهارت‌های اجتماعی-هیجانی به کاهش مشکلات رفتاری، کاهش پرخاشگری و اضطراب، افزایش رفتارهای جراتمندی و باورهای مثبت در رابطه با خودکارآمدی و کاهش رفتارهای پرخاشگری نوجوانان و افزایش سازگاری اجتماعی در محیط‌های شغلی منتهی می‌شود (Quoidbach et al, 2009).

در این راستا ویسکوسی‌لاوا و پراسکو (Vyskocilova & Prasko, 2013) در یک مطالعه فراتحلیل با موضوع تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی - هیجانی بر مبتلایان به اختلال‌های روان‌پزشکی، به این نتیجه دست یافتند که آموزش مهارت‌های اجتماعی گامی موثر در جهت کاهش اختلال‌های روان‌پزشکی مانند اختلال‌های سازش‌نیافتگی، اختلال‌های خلقی و اضطرابی است. پژوهش‌های پراتی (Prati, 2016)، پولان، سیوینگ و مک موریس (Polan, Sieving & McMorris, 2013) بیانگر این است که؛ بین مهارت‌های اجتماعی - هیجانی و رفتارهای قلدرانه و خشونت نوجوانان رابطه معکوس وجود دارد. کیمبر، ساندل و بریمبرگ (Kimber, Sandell & Bremberg, 2008) آموزش برنامه یادگیری اجتماعی - هیجانی را در مدارس سوئد جهت ارتقاء سلامت روان بررسی کردند و نتیجه گرفتند که؛ برنامه یادگیری اجتماعی - هیجانی بر سلامت روان موثر است. در این برنامه آموزشی، به فراگیران خودکنترلی، همدلی، انگیزش و خودآگاهی آموزش داده شده است.

یادگیری اجتماعی - هیجانی^۱: فرایندی است که از طریق آن کودکان و نوجوانان دانش، نگرش‌ها، و مهارت‌های ضروری را کسب نموده و آن‌ها را به طور موثری برای مدیریت هیجان‌ها، ایجاد و دستیابی به اهداف مثبت، احساس و نشان دادن همدلی با دیگران، ایجاد و تداوم روابط مثبت، تصمیم‌گیری مسئولانه به کار می‌برند (CASEL, 2015). پارلمان اروپا بر یادگیری اجتماعی - هیجانی به عنوان یکی از شایستگی‌های آموزش و پرورش قرن ۲۱ تاکید داشته و تصویب کرده است که، یادگیری اجتماعی-هیجانی باید بخشی از برنامه‌های آموزشی مدارس باشد. دولت هلند، یادگیری اجتماعی - هیجانی را قانونی نموده و آن را بخشی اجباری از تعلیم و تربیت مدارس قرار داده است (Bongaardt, 2015). یادگیری اجتماعی-هیجانی؛ فرایند کسب دانش، نگرش و مهارت در پنج حوزه مهم زیر می‌باشد: خودآگاهی^۲، مدیریت خود^۳، آگاهی اجتماعی^۴، مهارت‌های ارتباطی^۵ و تصمیم‌گیری مسئولانه^۶ (Durlak et al, 2011).

مداخله بر مبنای یادگیری اجتماعی - هیجانی از تعداد دانش آموزان نیازمند به مداخله می‌کاهد، زیرا شرکت در برنامه‌های یادگیری اجتماعی - هیجانی مهارت‌های مقابله با چالش‌های زندگی را در دانش‌آموزان ایجاد می‌نماید و به مدیران و معلمان کمک می‌کند تا مدرسه و کلاس را به شیوه‌ای مدیریت کنند که علاقه‌مندی به درس و درگیری در یادگیری را ارتقا دهد، این امر در محیط مراقب و دلسوز مدرسه امکان‌پذیر می‌گردد (Ahrari & Habibi, 2017). وانگ، تسانگ و سو (Wong, Tsang & Siu, 2014) به بررسی تاثیر برنامه یادگیری اجتماعی - هیجانی برای دانش‌آموزان مدارس ابتدایی پرداختند که در مدیریت اجتماعی - هیجانی مشکل داشتند. نتایج این مطالعه نشان داد که، رفتارهای چالش‌برانگیز در گروه آزمایش بعد از برنامه یادگیری اجتماعی - هیجانی به‌طور معناداری کاهش یافت، این نتایج بیانگر این است که یادگیری اجتماعی - هیجانی می‌تواند تعداد و مقدار رفتارهای چالش برانگیز دانش‌آموزان را کاهش دهد.

ژای، راور و جونز (Zhai, Raver & Jones, 2015) در یک مطالعه طولی بر روی ۴۱۴ دانش آموز کلاس سوم از خانواده‌های محروم: اثربخشی برنامه آموزشی یادگیری اجتماعی - هیجانی را بررسی کردند؛ نتایج این بررسی نشان داد؛ در صورتی که این دانش‌آموزان به طور

-
- 1 . Social- emotional learning
 - 2 . Self-awareness
 - 3 . Self-management
 - 4 . Social awareness
 - 5 . Relationship skills
 - 6 . Responsible decision making

مکرر از فرصت‌های آموزشی یادگیری اجتماعی - هیجانی استفاده نمایند، پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در زمینه‌های اجتماعی-هیجانی و تحصیلی خواهند داشت؛ از جمله افزایش مهارت‌های اجتماعی، بهبود روابط معلم - شاگرد، افزایش مهارت‌های تحصیلی و کاهش تکانشگری.

یک متاآنالیز، آموزش برنامه‌های مبتنی بر مدرسه شامل ۲۷۰۰۳۴ دانش‌آموز مهد کودک تا دبیرستان، از سال ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۷ نشان داد که برنامه مشارکتی یادگیری اجتماعی-هیجانی باعث بهبود مهارت‌های اجتماعی-هیجانی، بهبود نگرش نسبت به خود، دیگران و مدرسه، بهبود رفتارهای حرفه‌ای و عملکرد تحصیلی و همچنین کاهش رفتارهای مشکل‌دار موثر بوده است (Durlak et al, 2011). از آن‌جا که الگوهای هیجانی و رفتاری در بزرگسالی دشوارتر تغییر می‌کند تشخیص هرچه زودتر مشکلات سلامت روان در کودکی یکی از مسایل پیشگیرانه بهداشت همگانی است. بررسی تاریخچه بزرگسالانی که دچار مشکلات روانی هستند نشان داده است که این افراد دوران کودکی نابسامانی داشته یا در دوره‌ای از رشد خود برخی آشفتگی‌های هیجانی و رفتاری را تجربه کردند (Krieger, Polanczyk & Goodman, 2013). و چون گرایش به تداوم اختلالات دوران کودکی تا سنین بزرگسالی وجود دارد، توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان آن‌ها معطوف شده است (Cartwright et al, 2005). بر اساس پژوهش‌هایی که در زمینه کار با کودکان مبتلا به اختلال سلوک به دست آمده است، می‌توان گفت آموزش به والدین برای نیل به این هدف مناسب است (Santosh et al, 2005). همچنین از آن‌جا که میزان کیفیت زندگی خانواده، پایه و اساس بهزیستی کودکان است، بسیاری از مشکلات روحی و اجتماعی کودکان به اختلال در کارکرد خانواده و روابط خانوادگی وابسته است (Nematollahi & Tahmasebi, 2014). بنابراین رابطه بین میزان کیفیت زندگی والدین کودکان با اختلال سلوک و مشکلات رفتاری آن‌ها، ارتباطی دو طرفه می‌باشد؛ که این اهمیت و ضرورت آموزش کیفیت زندگی درمانی این والدین را بیان می‌کند. از این رو با توجه به آن‌چه گفته شد، کمبود یادگیری اجتماعی - هیجانی منجر به عملکرد تحصیلی پایین، نگرش‌ها و رفتارهای منفی و ناآرامی هیجانی در داخل و خارج کلاس می‌گردد (Durlak et al, 2011). و تحقیقات نشان داده که بیش از نصف همه اختلالات روانی در طول عمر از سن ۱۴ سالگی آغاز می‌شود (Rickwood, 2007). مداخلات مثبت مربوط به سلامت روان به‌ویژه زمانی که عوامل خطرزای متعددی به وسیله یک مداخله، مورد درمان قرار گیرد، اغلب به صرفه هستند (Greenberg, Domitrovich & Bumbarger, 2000).

با توجه به پیش‌آگهی نامطلوب اختلال سلوک و احتمال بالای بروز مشکلات شدید سازشی و رفتاری این کودکان در آینده، مداخله به موقع و آموزش‌های مناسب و تخصصی به والدین و کودکان می‌تواند سبب پیشگیری و درمان این اختلال گردد. از این رو پژوهش حاضر، به بررسی اثربخشی دو روش مداخله آموزش کیفیت زندگی والدین و آموزش یادگیری اجتماعی- هیجانی دانش‌آموزان بر کاهش علائم اختلال سلوک می‌پردازد و فرضیه های پژوهش عبارتند از:

- ۱- بین مداخله به روش آموزش کیفیت زندگی والدین و آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی بر کاهش علائم اختلال تفاوت معنادار وجود دارد.
- ۲- بین تداوم اثر مداخله به روش آموزش کیفیت زندگی والدین و آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی بر کاهش علائم اختلال سلوک تفاوت معنادار وجود دارد.

روش پژوهش، جامعه و نمونه آماری

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح نیمه تجربی، با پیش‌آزمون-پس‌آزمون، همراه گروه کنترل است. متغیر مستقل در این پژوهش روش درمانی، آموزش کیفیت زندگی و آموزش یادگیری اجتماعی-هیجانی می‌باشند که به دو گروه آزمایشی آموزش داده شد و متغیر وابسته نمرات شرکت‌کنندگان در پس‌آزمون و پی‌گیری پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) بود.

جدول ۱: جدول پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری

گروه ها	انتخاب نمونه	پیش آزمون	مداخله	پس‌آزمون	پی‌گیری
آموزش کیفیت‌زندگی	R	T1	X_1 (آموزش کیفیت‌زندگی)	T ₂	T ₃
آموزش یادگیری اجتماعی- هیجانی	R	T1	X_3 (آموزش یادگیری اجتماعی- هیجانی)	T ₂	T ₃
گروه کنترل	R	T1	-----	T ₂	T ₃

جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش، دانش‌آموزان پسر پایه های چهارم، پنجم و ششم ابتدایی مبتلا به اختلال سلوک در محدوده سنی ۱۰ تا ۱۲ سال شهر شیراز، درسال تحصیلی ۹۶-۹۷ بودند.

نمونه و روش نمونه گیری: در پژوهش حاضر از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای استفاده گردید. به این صورت که پس از اخذ مجوز لازم از اداره کل آموزش و پرورش استان فارس و یک ناحیه به نصادف انتخاب و به مدارس پسرانه آن ناحیه مراجعه گردید و ۸ مدرسه انتخاب شد و پرسشنامه CSI-4 (فرم آموزگار) در اختیار آموزگاران و مشاوران مدارس قرار گرفت و دانش‌آموزانی که دارای علائم تشخیصی اختلال سلوک بودند، شناسایی گردیدند (غریب اولیه). سپس از والدین این دانش‌آموزان دعوت به عمل آمده و طی جلسه‌ای پرسشنامه CSI-4 (فرم والدین) در اختیار آنان قرار گرفت و پس از بررسی پرسشنامه‌ها تعداد ۴۵ نفر از دانش‌آموزانی که دارای اختلال سلوک بودند، به طور تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفری که شامل دو گروه آزمایشی (آموزش کیفیت زندگی و آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی) و یک گروه کنترل بود، گمارده شدند. معیارهای حضور در پژوهش عبارت بودند از: دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال سلوک، پایه‌های چهارم پنجم ششم (پسران ۱۰ تا ۱۲ سال)، مادران دارای مدرک حداقل دیپلم، دو والده بودن دانش‌آموزان، عدم مصرف دارو و عدم دریافت خدمات روان‌شناختی توسط دانش‌آموز و عدم شرکت مادر در کلاس‌های آموزشی دیگر، عدم وجود هرگونه اختلال روان‌پزشکی همراه مانند، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه و اختلال‌های دیگر.

ابزار پژوهش: این پرسشنامه یکی از ابزارهای رایج تشخیص اختلالات روان‌پزشکی در بین کودکان و نوجوانان می‌باشد که بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM ساخته شده است. این پرسشنامه توسط اسپرافکین، لانی و گادو (Sprafkin, Loney & Gadow) در سال ۱۹۸۴ ساخته شد و دارای زیر مقیاس‌های اختلال رفتاری و هیجانی، نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک پرخاشگرانه و غیرپرخاشگرانه می‌باشد. همچنین دارای دو چک لیست والدین و معلمان می‌باشد و در آن فهرست علائم مرضی ۲۱ اختلال رفتاری و هیجانی مطرح گردیده است که شامل ۱۱ جدول می‌باشد؛ که از A تا L نامگذاری شده است. جدول A یا الف در هر دو چک لیست معلمان و والدین دارای ۱۸ سوال می‌باشد که منطبق با ملاک‌های تشخیصی متن تجدیدنظر شده چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی است و دارای چهار شدت (هرگز، گاهی، اغلب، بیشتر اوقات) می‌باشد. طبق دستورالعمل نمره گذاری پرسشنامه علائم مرضی براساس چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، سوالات مربوط به همه گروه‌ها به این صورت نمره‌گذاری می‌شوند: «هرگز = ۰ گاهی = ۰ اغلب = ۱ بیشتر اوقات = ۱». اسپرافکین و لانی و گادو (Sprafkin, Loney & Gadow) در سال ۱۹۸۴ همبستگی این آزمون و مقیاس‌های

رفتاری کودک را در مورد بیش‌فعالی، کمبود توجه، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای، به ترتیب ۶۶، ۵۸، ۷۲ صدم گزارش کردند. ابراهیمی پایایی این آزمون را ۸۹/ تا ۹۶/ به دست آورده است. آخرین ویرایش پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI4) همانند نسخه‌های قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. فرم ویژهٔ معلمان شامل 40 سوال می‌باشد که سه نوع اختلال مجزای کاستی توجه - بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک را می‌سنجد. فرم ویژهٔ والدین شامل 41 سوال می‌باشد سه نوع اختلال مجزای کاستی توجه - بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک را می‌سنجد. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه علائم مرضی کودکان طراحی شده است. شیوه نمره برش غربال کننده و شیوه نمره بر حسب شدت نشانه‌های مرضی. در اکثر پژوهش‌ها به علت کارآمدی و اطمینان بیشتر، روش نمره غربال کننده مورد استفاده قرار می‌گیرد (Mohamadesmaiel & Alipour, 2002). در این پژوهش نیز از روش نمره غربال کننده استفاده شد.

در تحقیق کلانتری و همکاران (۱۳۸۰) اعتبار این پرسشنامه، برای فرم معلمان ۹۱/ و فرم والدین ۸۵/ به دست آمد. روایی محتوایی پرسشنامه در پژوهش محمداسماعیل (۱۳۸۳) مورد تایید 9 نفر از روان‌پزشکان قرار گرفته است. طبق پژوهش توکلی زاده، مهریار و دژکام، (۱۳۷۶) پایایی چک لیست والدین از طریق بازآزمایی ۹۰/ تعیین شده است (Najafi, foolad, Chang, Alizadeh & Mohammadi Fard, 2009). همچنین پایایی این ابزار در این پژوهش از طریق آلفای کرونباخ ۷۸/ محاسبه گردید.

روش اجرای پژوهش: پس از اخذ مجوز لازم از اداره کل آموزش و پرورش استان فارس، به مدارس پسرانه ناحیه منتخب مراجعه گردید و ۸ مدرسه انتخاب شد و پرسشنامه CSI-4 (فرم آموزگار) در اختیار آموزگاران و مشاوران مدارس قرار گرفت و دانش‌آموزانی که دارای علائم تشخیصی اختلال سلوک بودند؛ شناسایی گردیدند (غربال اولیه). سپس از والدین این دانش‌آموزان دعوت به عمل آمده و طی جلسه‌ای در مورد اختلالات رفتاری دانش‌آموزان و اهداف و برنامه‌های پژوهش حاضر توضیحاتی ارائه گردید و از والدینی که تمایل به همکاری و شرکت در این پژوهش داشتند، دعوت به عمل آمده و شماره تماس دریافت گردید. در جلسه دوم؛ والدینی که دعوت به همکاری را پذیرفته بودند؛ حضور یافته، پس از ارائه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه علائم مرضی کودکان (فرم والدین) را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل نمودند. همچنین برای رسیدن به تشخیص قطعی اختلال سلوک، مصاحبه تشخیصی توسط یک روان‌شناس بالینی، بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) انجام شد. پس از بررسی پرسشنامه‌ها و مصاحبه بالینی نمونه مورد نظر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. گروه آزمایشی اول؛ والدین ۱۵ نفر از

دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک، که برنامه آموزشی مبتنی بر کیفیت‌زندگی درمانی را طی ۸ جلسه ۲ساعتی (ذو جلسه در هفته) به مدت یک ماه دریافت نمودند. گروه آزمایشی دوم ۱۵ نفر از دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک که برنامه آموزشی یادگیری اجتماعی-هیجانی را به مدت یک ماه (طی ۸ جلسه ۱ ساعته، دو جلسه در هفته) دریافت نمودند و گروه سوم گروه کنترل که دانش‌آموزان و والدین آن‌ها هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند.

درمان مبتنی بر کیفیت زندگی: برنامه آموزشی مداخله‌ای که در پژوهش حاضر به‌صورت گروهی با والدین کار شد و بسته آموزشی کیفیت زندگی طی ۸ جلسه ۲ ساعته (دو جلسه در هفته) به مدت یک ماه به والدین دانش‌آموزان با اختلال سلوک ارائه شد. به این شکل که درمانگر، ابتدا از افراد می‌خواهد از بین ۱۶ حوزه مطرح در درمان، حوزه‌های مهمی که می‌خواهند در آن تغییراتی ایجاد کنند؛ مشخص‌نمایند و سپس درمان مبتنی بر کیفیت‌زندگی در طول جلسات، روی این حوزه‌ها تمرکز می‌یابد. برای هرکدام از این حوزه‌ها، تکالیف و تمریناتی برای اجرا در درون و بیرون جلسات درمان، طراحی شده است (در این جلسات از بسته آموزشی کیفیت‌زندگی فریش (Frisch, 2006) استفاده گردید). محتوی جلسات آموزشی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی

جلسه	محتوای جلسات درمان مبتنی بر کیفیت زندگی
جلسه اول	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر تعریف نقش کیفیت زندگی در زندگی شخص معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رویکردهای جدید درمانی در روان‌شناسی آموزش مدل پنج راهه CASIO تعیین رؤس و ساختار کلی جلسات تکمیل نیم‌رخ کیفیت زندگی به صورت فردی توافق بر حوزه‌های مهم از بین ۱۶ حوزه مشخص شده در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی

جلسه دوم	<p>بررسی نقش متغیرهای مربوطه در سلامت روانی افراد</p> <p>تعریف عزت نفس بر اساس مدل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی</p> <p>اولین راه موفقیت در دستیابی به عزت نفس</p> <p>آموزش و ارایه تکلیف «یادداشت موفقیت» برای اجرا در منزل</p> <p>دومین راه موفقیت در دستیابی عزت نفس (مسیر «لطفاً سؤال نکنید!!!»)</p> <p>سومین راه موفقیت در دستیابی عزت نفس (مسیر خود پذیری)</p> <p>چهارمین راه موفقیت در دستیابی به عزت نفس (روابط اجتماعی سود بخش)</p> <p>پنجمین راه موفقیت در دستیابی به عزت نفس (یاری رسانی)</p> <p>آموزش و ارایه تکنیک BAT جهت تکمیل در منزل</p> <p>آموزش استفاده از «لیست توانایی ها»</p>
جلسه سوم	<p>تعریف سلامتی مطابق درمان مبتنی بر کیفیت زندگی</p> <p>ارتباط شادکامی با سلامت روانی و جسمانی</p> <p>بررسی عادات غلط در مورد سلامتی</p> <p>آموزش تمرین «سبد تخم مرغ» جهت تکمیل در منزل</p> <p>آموزش برنامه شش مرحله ای کنترل عادات، مطابق با دستورالعمل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی</p> <p>آموزش برنامه ریزی روزانه (DAP)</p> <p>بررسی روند کمک به مسائل مزمن بهداشتی</p> <p>اصل «پذیرش چیزهایی که نمی توانیم تغییر دهیم»</p>
جلسه چهارم	<p>آشنایی با نقش اهداف، ارزش ها و زندگی معنوی در رضایت از زندگی</p> <p>مشخص کردن فلسفه زندگی</p> <p>اجرای تمرین هدف یابی</p> <p>آموزش تکنیک نمایشنامه زندگی</p> <p>کارکردهای مذهبی و معنوی بودن</p> <p>آشنایی با اصول تعیین هدف</p>
جلسه پنجم	<p>تعریف ارتباط در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی</p> <p>آموزش انگاره های اصلی ارتباط در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی</p> <p>آموزش مهارت های ارتقای رضایت خاطر از ارتباط</p> <p>آموزش فن نامه نگاری ۱ و ۲</p> <p>آشنایی و آموزش استفاده از فرهنگ لغات احساسات</p>
جلسه ششم	<p>تعریف یادگیری در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی</p> <p>آموزش مراحل ۵ گانه جهت افزایش یادگیری (در حیطه های مورد علاقه)</p> <p>آموزش مهارت های مطالعه و یادگیری</p>

جلسه هفتم	آموزش تفاوت بین «فعالیت های باید و خواستن» نیاز به بازی و تفریح یعنی چه؟ مشخص کردن بازی هایی که باعث تخریب کیفیت زندگی می شود. بررسی رابطه شادی و تفریح گام های مؤثر برای برقراری عادت کردن به بازی و تفریح آموزش و آرایه تکلیف لیست بازی های جهت تکمیل در منزل
جلسه هشتم	آموزش استفاده از فرم استرس های شخصی و چک لیست اضطراری عود با هدف حفظ نتایج درمان و پیشگیری از عود دریافت بازخورد در خصوص درمان مبتنی بر کیفیت زندگی مروری بر مدل CASIO و تأیید بر استفاده از آن در تمام زندگی

برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی: این برنامه براساس مطالعات صورت گرفته در پیشینه تحقیقات مرتبط و با اقتباس از بسته های آموزشی بدری، فتحی، میرنسب و احراری (Badri, Fathi, Mirnasab & Ehrari, 2016) و جمالی پاقلمه، عابدی، نظری بدیع و میرزایی راد (Jamali paghaleh, Abedi, Nazari badi & Mirzaeirad, 2013) توسط محقق ساخته شد. برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی هشت جلسه و هر جلسه آموزش یک ساعت و دو جلسه در هفته برگزار گردید. مبنای جلسات برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی براساس مولفه های اساسی این رویکرد بوده که عبارتند از: ۱. خودآگاهی: آگاهی از هر آن چه در هر لحظه احساس می کنیم، همراه با ارزیابی واقع بینانه از توانایی ها و اعتماد به نفس. ۲. مدیریت خود: اداره هیجانات و احساسات و مسئول بودن و خویشن داری برای دستیابی به هدف ها و پافشاری در جبران شکست ها و ناکامی ها. ۳. آگاهی اجتماعی (همدلی): درک احساسات دیگران و توانایی در نظر گرفتن دیدگاه های دیگران با وجود تفاوت هایی که با دیدگاه فرد دارند. ۴. تصمیم گیری مسئولانه: داشتن انتخاب های سازنده و اخلاقی درباره افراد و نیز داشتن رفتارهای اجتماعی مفید. ۵. مهارت های ارتباطی: اداره ی مؤثر هیجانات در روابط با دیگران، ایجاد و حفظ روابط سالم مبتنی بر همکاری و درخواست کمک از دیگران هنگام نیاز. هر یک از این مهارت ها با استفاده از روش های خیال پردازی و تجسم، قصه گویی، بازی های نمایشی، بازی های وانمودی، نمایش عروسکی و بازی های گروهی، اجرا گردید. جلسات آموزشی به صورت گروهی و در یکی از مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری و رفتاری شهر شیراز به اجرا در آمد. محتوی جلسات آموزشی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۳. برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی

جلسه	محتوای جلسات برنامه یادگیری اجتماعی - هیجانی
جلسه اول	معارفه و آشنایی اعضای گروه و بیان شرح وظایف افراد توصیف و تشریح برنامه یادگیری اجتماعی / هیجانی اجرای پیش‌آزمون (پرسشنامه یادگیری اجتماعی هیجانی) تعریف مهارت خودآگاهی (قسمت ۱) تعریف هیجان و عملکرد و نقش آن در زندگی
جلسه دوم	آموزش مهارت خودآگاهی (قسمت ۲) شناخت هیجان ها و احساسات خود شناخت احساسات و نام گذاری شناخت تفاوت میان هیجان ها و احساسات شناخت شیوه بیان احساسات و آگاهی از آن ها در روابط بین فردی ارزیابی و شناخت حالات هیجانی قبول مسئولیت درباره احساسات خود راه های صحیح ابراز احساسات و تأثیر آن ها در روابط بین فردی
جلسه سوم	آموزش مهارت خودآگاهی (قسمت ۳) شناخت نقاط ضعف و قوت خویش شناخت ارتباط میان افکار، احساسات و واکنش ها شناخت واژگان برای بیان احساسات راهنمادهای افزایش نقاط قوت و کاهش نقاط ضعف
جلسه چهارم	تعریف مهارت خودمدیریتی آموزش مدیریت هیجان ها نقش کنترل هیجان ها در عملکرد افراد کنترل هیجان ها به شیوه مؤثر ایجاد هیجان های مثبت بدون آسیب به دیگران خود مثبت اندیشی توجه و تمرکز بر توانایی ها و اهداف مواجهه با چالش ها
جلسه پنجم	تعریف مهارت آگاهی اجتماعی آموزش درک و شناخت هیجان های دیگران آموزش همدلی با دیگران: درک احساسات و علایق دیگران و مدنظر قرار دادن دورنمای ذهنی آنان احترام گذاشتن به تفاوت های موجود در احساسات افراد، نسبت به پدیده های مختلف
جلسه ششم	تعریف مهارت تصمیم‌گیری مسئولانه آشنایی با مراحل تصمیم‌گیری بررسی اعمال خود و دیگران و آگاهی بر پیامدهای آن ها

تشخیص این که بر تصمیمی خاص، اندیشه یا احساسات خامی حاکم است آموزش داشتن انتخاب های سازنده و اخلاقی آموزش رفتار اجتماعی سودمند آموزش مهارت جرات ورزی و قاطعیت آموزش دفاع از حقوق خود و احترام به حقوق دیگران آموزش مهارت نه گفتن	
تعریف مهارت های ارتباطی آموزش نحوه گوش دادن فعالانه (تبدیل شدن به شنونده خوب) آموزش مهارت های همدلانه آموزش مهارت های حل مساله (مراحل حل مسئله، برنامه ریزی در حل مسائل زندگی، موانع حل مسئله، آگاهی از نحوه دریافت کمک در حل مسائل اساسی زندگی) آموزش ایجاد ارتباط مثبت (صحبت کردن درباره ی احساسات به صورتی مؤثر) آموزش رفتار مؤثر در برابر تعارضات (حل تعارض به صورت مؤثر) آموزش ارسال پیام هایی که با من شروع می شود به جای سرزنش	جلسه هفتم
مرور فعالیت ها و تمرینات اجرای پس آزمون	جلسه هشتم

روش جمع آوری اطلاعات: داده ها در دو بخش گردآوری شدند: روش اسنادی و کتابخانه ای؛ برای گردآوری مبانی نظری و پیشینه تحقیقات. همچنین از ابزار پرسشنامه برای تدوین اطلاعات قبل و پس از مداخله استفاده شد. پرسشنامه (CSI4) به عنوان ابزار غربال گری اولیه توسط معلمان و مشاوران مدرسه و در مرحله بعد به عنوان پیش آزمون توسط والدین این دانش آموزان تکمیل گردید. و پس از انجام مداخلات آموزشی، پرسشنامه (CSI4) به عنوان پس آزمون توسط والدین این دانش آموزان تکمیل شد. و در پایان داده ها تحلیل گردید. در تحلیل داده های مربوط به فرضیه های پژوهش از شاخص های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی؛ آزمون تحلیل کواریانس یک متغیره به شیوه spss.23، استفاده شد.

نتایج: در این قسمت یافته های توصیفی که شامل میانگین و انحراف استاندارد متغیر اختلال سلوک در گروه های آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری بود، پرداخته شد.

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد متغیر اختلال سلوک در مراحل مختلف

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آموزش کیفیت زندگی	۴/۸۷	۰/۹۹	۳	۱/۳۱	۳/۲۷	۱/۴۹
آموزش یادگیری اجتماعی هیجانی	۴/۸۰	۱/۱۵	۲	۱/۳۱	۱/۹۳	۱/۴۴
کنترل	۴/۹۳	۱/۱۰	۴/۸۰	۰/۸۶	۵	۱/۰۷

فرضیه اول: بین مداخله به روش آموزش کیفیت زندگی والدین و آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی بر کاهش علایم اختلال تفاوت معنادار وجود دارد. به منظور بررسی این فرضیه از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد. نتایج در جداول ۵ و ۶ ارائه شده است.

جدول ۵: آزمون لوین برای تعیین برابری واریانس ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پس آزمون اختلال سلوک	۱/۰۵	۲	۴۲	۰/۳۶

جدول فوق نشان می دهد آزمون لوین در پس آزمون اختلال سلوک معنادار نمی باشد، با توجه به عدم معناداری، واریانس ها برابر هستند. این امر از آن جهت مهم است که پایایی نتایج بعدی را تأیید می کند.

جدول ۶: آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی تاثیر اثربخشی روش آموزش کیفیت زندگی والدین و آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی بر علایم اختلال سلوک

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا
پیش آزمون	۱۸/۱۰	۱	۱۸/۱۰	۲۸/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۴۱
گروه	۷۰/۲۳	۲	۳۵/۱۲	۵۶/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳
خطا	۲۵/۶۳	۴۱	۰/۶۲			
کل	۵۶۶	۴۵				

نتایج پس آزمون اختلال سلوک با توجه به نوع گروه ($F=56/16$ ، $df=2$ ، $P \leq 0/001$) معنی دار بوده است. به این ترتیب که گروه های آزمایش از گروه کنترل کاهش بیشتری داشتند. میزان تاثیر مداخله ها ۷۳٪ بوده است، بدین معنا که این درمان ها بر کاهش علائم اختلال سلوک تاثیر مثبت داشته است.

برای بررسی این که بین کدام گروه ها (آموزش کیفیت زندگی والدین، آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی دانش آموزان و گروه کنترل) تفاوت معنادار وجود دارد از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد؛ که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: نتایج آزمون توکی برای تعیین تفاوت اثربخشی گروه ها

گروه		تفاوت میانگین	سطح معناداری
آموزش کیفیت زندگی	آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی	۱/۲۹*	۰/۰۰۱
	کنترل	-۱/۷۶*	۰/۰۰۱
آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی	آموزش کیفیت زندگی	-۱/۲۹*	۰/۰۰۱
	کنترل	-۳/۰۵*	۰/۰۰۱
کنترل	آموزش کیفیت زندگی	۱/۷۶*	۰/۰۰۱
	آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی	۳/۰۵*	۰/۰۰۱

نتایج آزمون توکی نیز نشان داد که روش آموزش کیفیت زندگی والدین و آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی با گروه کنترل تفاوت معنادار داشتند و دو گروه آزمایش نیز اثربخشی متفاوتی با هم داشتند. با توجه به میانگین ها گروه آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی اثربخشی بیشتری داشته است.

فرضیه دوم

بین تداوم اثر مداخله به روش آموزش کیفیت زندگی والدین و آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی بر کاهش علائم اختلال سلوک تفاوت معنادار وجود دارد.

به منظور بررسی این فرضیه از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد. نتایج در جداول ۸ و ۹ ارائه شده است.

جدول ۸: آزمون لوین برای تعیین برابری واریانس ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
آزمون پیگیری اختلال سلوک	۱/۴۷	۲	۴۲	۰/۲۷

جدول فوق نشان می دهد آزمون لوین در آزمون پی گیری اختلال سلوک معنادار نمی باشد، با توجه به عدم معناداری، واریانس ها برابر هستند. این امر از آن جهت مهم است که پایایی نتایج بعدی را تأیید می کند.

جدول ۹: آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی تاثیر تداوم اثربخشی روش آموزش کیفیت زندگی

والدین و آموزش یادگیری اجتماعی- هیجانی بر کاهش علائم اختلال سلوک

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون	۱۹/۲۵	۱	۱۹/۲۵	۱۷/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۰
گروه	۷۵/۸۹	۲	۳۷/۹۴	۳۴/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳
خطا	۴۴/۶۲	۴۱	۱/۰۹			
کل	۶۴۴	۴۵				

نتایج آزمون پیگیری اختلال سلوک با توجه به نوع گروه ($F=۳۴/۸۷$, $df=۲$, $P \leq ۰/۰۰۱$) معنی دار بوده است. به این ترتیب که نمرات گروه های آزمایش از گروه کنترل کاهش بیشتری داشتند. میزان تاثیر مداخله ها ۰/۶۳ بوده است، بدین معنا که این درمان ها بر کاهش علائم اختلال سلوک در مرحله پی گیری تاثیر مثبت داشته است. برای بررسی این که بین کدام گروه ها (آموزش کیفیت زندگی والدین و آموزش یادگیری اجتماعی- هیجانی دانش آموزان و گروه کنترل) تفاوت معنادار وجود دارد از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد؛ که نتایج آن در جدول ۱۰ ارائه شده است.

جدول ۱۰: نتایج آزمون توکی برای تعیین تفاوت اثربخشی گروه ها

گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری

آموزش کیفیت زندگی	آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی	*۱/۴۹	۰/۰۰۱
کنترل	کنترل	*-۱/۶۹	۰/۰۰۱
آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی	آموزش کیفیت زندگی	*-۱/۴۹	۰/۰۰۱
کنترل	کنترل	*-۳/۱۸	۰/۰۰۱
کنترل	آموزش کیفیت زندگی	*۱/۶۹	۰/۰۰۱
	آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی	*۳/۱۸	۰/۰۰۱

نتایج آزمون توکی نیز نشان داد که روش آموزش کیفیت زندگی والدین و آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی دانش‌آموزان با گروه کنترل تفاوت معنادار داشتند و دو گروه آزمایش نیز اثربخشی متفاوتی با هم داشتند. با توجه به میانگین‌ها گروه آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی اثربخشی بیشتری داشته است.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اول: بین مداخله به روش آموزش کیفیت زندگی والدین و آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی بر کاهش علایم اختلال تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه نشان داد که هر دو روش آموزش کیفیت زندگی والدین و آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی دانش‌آموزان تاثیر معناداری بر کاهش میانگین نمره‌های علایم اختلال سلوک در مرحله پس‌آزمون داشته‌اند. به این ترتیب که میانگین پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشتند، به این معنا که این روش‌ها بر کاهش علایم اختلال سلوک تاثیر مثبت داشته است. میزان تاثیر مداخله ها ۷۳٪ بوده است، همچنین آزمون تعقیبی توکی نشان داد که روش آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی با روش آموزش کیفیت زندگی والدین و گروه کنترل از نظر میزان اثربخشی تفاوت معنادار داشت. در نتیجه فرضیه یک مبنی بر تفاوت بین دو گروه آزمایشی (آموزش کیفیت زندگی و آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی) در میزان اثربخشی بر کاهش علایم اختلال سلوک، مورد تایید قرار گرفت.

یافته‌های پژوهشی حاکی از اثربخشی برنامه آموزش کیفیت زندگی والدین بر نشانه‌های بالینی فرزندان دارای مشکلات رفتاری بوده است. حیطة فرزندان و فرزند پروری در خانواده‌ها به طور عام و در خانواده‌های دارای کودک مشکل‌دار به طور خاص یکی از حوزه‌های مهم تأثیرگذار بر چگونگی ادراک کیفیت زندگی در والدین محسوب می‌شود. به

دلیل وجود استرس والدینی بالا و نگرانی و حساس بودن زیاد نسبت به رفتارهای چالش برانگیز کودک، والدین بیش حمایتگر بوده که همین امر اضطراب و مشکلات رفتاری کودک اعم از لجبازی، نافرمانی و پرخاشگری را افزایش می‌دهد. استفاده زیاد از واژه‌های انضباطی و هشدارهای مربوط به رفتارهای چالش برانگیز، احساس عدم امنیت و اضطراب در کودک ایجاد کرده، محبوبیت والدین را نزد کودکان کاهش داده و تمکین قلبی و تبعیت از دستور را پایین می‌آورد.

به طور کلی خانواده درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی با اصلاح نگرش‌های منفی خانواده‌های دارای فرزند با اختلال رفتاری و افزایش دانش خانواده نسبت به مشکلاتی که با آن درگیر هستند و در انتها با تغییر رفتار اعضای خانواده و توانایی تغییر شرایط موجود و رفع نیازهای اعضای خانواده می‌شود. از طریق افزایش دانش خانواده نسبت به اختلال فرزند و آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری متناسب با نیاز خانواده، نظیر مهارت‌های فرزندپروری، ارتباط موثر، حل مسأله، عملاً باعث کاهش پیامدهای منفی اختلال، برای کودک و خانواده‌اش و افزایش عملکرد بالای فرد در رابطه با مشکلات خانوادگی و کنترل وضعیت موجود می‌شود (Onedera, 2006).

نتایج این پژوهش مبنی بر اثربخشی روش خانواده محور آموزش کیفیت زندگی بر کاهش علائم اختلال سلوک، با یافته‌های تحقیقاتی (Bayati et al, 2017) که بیانگر تاثیر مثبت معنادار آموزش برنامه ارتقای کیفیت زندگی بر نشانه‌های بالینی رفتاری-هیجانی کودکان (مبتلا به دیابت) است، و نتایج مطالعه (Babaei, Afrooz & Arjmandnia, 2017) که نشان‌دهنده تاثیر معنادار برنامه طراحی شده ارتقاء کیفیت زندگی بر سلامت روان مادران و پیشرفت کودکان آهسته گام در زمینه‌های مختلف است، همسو می‌باشد. همچنین با یافته‌های پژوهشی (Zaki & Mirbahaedini, 2012) که مبین ارتباط معنادار بین ارتقاء کیفیت زندگی و جامعه‌پذیری فرزندان بوده است همسو می‌باشد.

از دیگر مطالعات همسو با دستاوردهای این پژوهش می‌توان به نتایج حاصل از پژوهش (Abedi & Vostanis, 2010) در ارزیابی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به اختلال وسواس، در اصفهان که نشان داد این درمان باعث کاهش نشانه‌های وسواس فکری - عملی^۱ و اضطراب و افزایش رضایت کلی خانوادگی و موقعیتی کودکان مبتلا به OCD شده است، اشاره نمود. با جستجو در پیشینه پژوهشی کیفیت زندگی درمانی، می‌توان گفت که اغلب پژوهش‌ها در این حیطه به صورت، بررسی کیفیت زندگی کودکان

مبتلا به اختلال سلوک، تعیین رابطه میزان کیفیت زندگی کودک یا والدین با مشکلات رفتاری کودکان و یا تاثیر آموزش‌های تخصصی والدین بر مشکلات رفتاری فرزندان انجام شده است و مطالعات محدودی در زمینه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر کاهش علائم اختلال سلوک یا اختلالات رفتاری کودکان انجام گردیده است، از این رو پژوهش‌های همخوان و همسو با نتایج این پژوهش گسترده نمی باشد.

از جمله پژوهش‌های مشابه و همخوان با حاصل پژوهش حاضر می توان به نتایج مطالعات (Sharifi & Irvani, 2018) مبنی بر این که کیفیت زندگی مادران به طور معناداری پیش‌بینی‌کننده اختلالات رفتاری کودکان است، و دستاورد بررسی‌های (Vaughan et al, 2013) و (Leung & Li-Tsang, 2003) که مبین رابطه بین میزان کیفیت زندگی والدین و سطح معلولیت فرزندان‌شان است، نیز در راستای نتایج پژوهش حاضر می باشد.

در تبیین اثربخشی آموزش کیفیت زندگی درمانی والدین (مادران) بر کاهش علائم اختلال سلوک فرزندان؛ می توان گفت که در جلسات آموزش کیفیت زندگی درمانی، یادگیری، طی آموزش رخدادهای واقعی زندگی شکل گرفته است. در کل می توان گفت کیفیت زندگی درمانی به کمک اصول و فنونش رضایت از زندگی، افزایش هیجانان مثبت و کاهش هیجانان منفی و استرس مادران را در پی داشته است؛ همچنین یادگیری اصل افزایش معنا و هدف باعث شد تا افراد علی‌رغم مشکلات ناشی از فرزند دارای اختلال رفتاری سلوک، راه‌های رسیدن به رضایت و شادمانی را بیاموزند. در نهایت از راه‌حل‌های پنج‌گانه ویژه کیفیت زندگی درمانی، آموخته‌اند که چگونه شرایط عینی زندگی خود را تغییر دهند و چگونه نگرش و زاویه دیدشان را به نحوی تغییر دهند که تحریف‌های شناختی یا منفی‌گرایی ناشی از فرزند دارای مشکل رفتاری، در افکار کاهش یابد. همچنین به کمک فن تغییر استانداردها آموخته‌اند که اهداف و استانداردهایی وضع کنند که باعث آرامش آن‌ها شود، کمتر شکست بخورند و دست از کمال‌گرایی بکشند؛ به نحوی که اعتماد به نفس‌شان افزایش یابد. از سوی دیگر آن‌ها آموختند که چگونه اولویت‌هایشان را تنظیم نموده؛ تا علی‌رغم مشکلات‌شان در زندگی به رضایت‌مندی برسند. همچنین در این جلسات افراد آموختند که زندگی از ۱۶ بعد متفاوت تشکیل شده است و تصویر کلی از زندگی را هم به شکل افقی و هم به شکل عمودی و سلسله‌مراتبی در نظر بگیرند؛ یعنی وقتی در یک حیطه از زندگی‌شان مشکلی هست، ۱۵ حیطه دیگر می‌تواند شرایط بهتری داشته باشد و از لحاظ سلسله‌مراتبی نیز هر مسئله و مشکلی، چنان‌چه در پرتو کل زندگی فرد یا حتی در فاصله زمانی یک‌ساله به آن نگرسته شود، کم اهمیت‌تر می‌شود. روش کیفیت زندگی درمانی برای تعدیل مشکلات غیرقابل تغییر

زندگی هم‌چون فرزند دارای مشکل رفتاری روش مناسبی بوده و پیامد بهبود کیفیت‌زندگی کاهش علائم اختلال رفتاری محسوس و قابل ملاحظه می‌باشد.

اثربخشی آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی دانش‌آموزان بر کاهش علائم اختلال سلوک را می‌توان این گونه تبیین کرد که: برنامه‌های یادگیری اجتماعی- هیجانی رفتارهای مشکل ساز و ناسازگاری‌های هیجانی را که در روند یادگیری و رشد دانش‌آموزان تداخل ایجاد می‌کند، کاهش داده و باعث افزایش نمرات درسی شده و در همان حال سطوح نگرانی هیجانی؛ رفتارهای نابهنجار؛ و مصرف الکل، سیگار و سایر مواد مخدر را پایین می‌آورد (Hagood, 2015) یادگیری اجتماعی- هیجانی توانایی‌های یادگیری اجتماعی- هیجانی یادگیرندگان را افزایش داده و رفتار مشکل ساز را کاهش می‌دهد. تجارب نشان داده که افزایش همدلی و مهربانی نسبت به یکدیگر، مسائل و مشکلات منفی مربوط به هم‌تایان را کاهش داده، و دوستی و مودت را بهبود می‌بخشد (Gilmore, 2015).

آموزش اجتماعی- هیجانی، حتی اگر مشکلی هم در کار نباشد، همه دانش‌آموزان از آن سود می‌برند؛ دانش‌آموزان، معلمان و تمام کسانی که در مدرسه هستند، زمانی عملکرد بهتری دارند که کلاس هایشان بر یادگیری اجتماعی - هیجانی متمرکز باشد (Desjardins, 2015).

نتایج این پژوهش مبنی بر اثربخشی روش آموزش یادگیری اجتماعی-هیجانی بر کاهش علائم اختلال سلوک؛ با دستاوردهای مطالعاتی (Wong, Zhai, Raver & Jones, 2015) و (Tsang & Siu, 2014) در مورد این که برنامه یادگیری اجتماعی-هیجانی بر کاهش رفتارهای چالش‌برانگیز دانش‌آموزان، و افزایش مهارت‌های اجتماعی تاثیر معنادار دارد؛ همسو می‌باشد. همچنین با حاصل پژوهش‌های (Kimber Sandell & Bremberg, 2008)، در مورد این که برنامه یادگیری اجتماعی - هیجانی باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی - هیجانی، صلاحیت‌های اجتماعی و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای، توانایی حل مسئله سازنده و افزایش سلامت روان در کودکان و نوجوانان می‌شود؛ همخوان است. به علاوه با نتایج تحقیقات Prati (2016) و (Polan, Sieving & McMorris, 2013) مبنی بر تاثیر معنادار آموزش برنامه یادگیری اجتماعی - هیجانی بر کاهش مشکلات رفتاری (پرخاشگری، نافرمانی، قلدری) کودکان و نوجوانان و نیز نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و افزایش کیفیت‌ها و قابلیت‌های اجتماعی، همسو می‌باشد.

در تبیین اثربخشی روش آموزش یادگیری اجتماعی-هیجانی بر کاهش علائم اختلال سلوک؛ می‌توان گفت از آن‌جا که وجود رفتارهای چالش‌برانگیز در کودکان دارای اختلال سلوک، محصول نقص در تصمیم‌گیری یا سوگیری در اسنادهایی است که او درباره

رویدادهای اجتماعی دارند. همچنین کودکان مبتلا به اختلال سلوک اغلب در شناسایی و تفسیر نشانه‌ها سوگیری داشته و کمبودهای را نشان می‌دهند و تمایل دارند نیت خصمانه خود را به دیگران نسبت داده، همچنان اعتقاد دارند که مبارزه و دعوا تنها راه مقابله با شرایط می‌باشد، در روش آموزش یادگیری اجتماعی-هیجانی، به کودکان دارای اختلال سلوک مهارت‌هایی آموزش داده می‌شود که بتوانند در موقعیت‌های متفاوت در برابر بزرگترها (والدین، معلمین، خواهرها و برادرها) بر هیجانات خود کنترل داشته و بهتر بتوانند با دیگران ارتباط برقرار نموده و مشکلات خود را در مسائل اجتماعی برطرف نمایند (Jamali, paghaleh, Abedi, Nazari badi & Mirzaeirad, 2013).

همانطوری که بیان شد هر دو مداخله تاثیر معناداری بر کاهش علائم اختلال سلوک داشته است اما آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی با توجه به ویژگی‌های خاص و این که به طور مستقیم مهارت‌های اجتماعی - هیجانی را که عبارتند از خودآگاهی، مدیریت خود، آگاهی اجتماعی (همدلی)، تصمیم‌گیری مسئولانه، مهارت‌های ارتباطی، به فراگیران یاد می‌دهد اثربخشی بیشتری نسبت به دو مداخله دیگر دارد.

در بیان علل اثربخشی بیشتر روش آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی در مقایسه با روش آموزش کیفیت زندگی، می‌توان گفت که این مداخله با آموزش و کار بر روی مهارت‌ها اجتماعی - هیجانی، از طریق افزایش مهارت‌های آگاهی از احساسات و هیجانات همراه با ارزیابی واقع بینانه از توانایی‌ها و ناتوانی‌های خود، اداره هیجانات و احساسات، مسئول بودن و خویشتن داری برای دستیابی به هدف‌ها و تلاش در جهت جبران شکست‌ها و ناکامی‌ها، درک احساسات دیگران، توانایی در نظر گرفتن دیدگاه‌های دیگران با وجود تفاوت‌هایی که با دیدگاه فرد دارند، داشتن انتخاب‌های سازنده و داشتن رفتارهای اجتماعی مفید، اداره موثر هیجانات در روابط با دیگران، ایجاد و حفظ روابط سالم مبتنی بر همکاری و درخواست کمک از دیگران هنگام نیاز؛ می‌توان کاهش معنادار نشانه‌های اختلال سلوک را در این کودکان تبیین کرد. همچنین اجرای برنامه در قالب فعالیت‌های گروهی و تنوع در فعالیت‌ها می‌تواند مبنای اثربخشی بیشتر این رویکرد مداخله ای باشد.

فرضیه دوم: بین تداوم اثر مداخله به روش آموزش کیفیت زندگی والدین و آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی بر کاهش علائم اختلال سلوک تفاوت معنادار وجود دارد.

میانگین نمرات مرحله پی‌گیری گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشتند، به این معنا که این روش‌ها بر کاهش علائم اختلال سلوک در مرحله پی‌گیری تاثیر مثبت داشته است. میزان تاثیر مداخله‌ها ۰/۶۲ بوده است. نتایج آزمون تعقیبی توکی نیز

نشان داد که میزان تداوم اثر روش آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی دانش‌آموزان با میزان تداوم اثر روش آموزش کیفیت زندگی والدین و گروه کنترل تفاوت معنادار داشت. در نتیجه فرضیه ۲ مبنی بر تفاوت بین دو گروه آزمایشی (آموزش کیفیت زندگی و آموزش یادگیری اجتماعی- هیجانی) در میزان تداوم اثربخشی مداخله بر کاهش علایم اختلال سلوک، مورد تایید قرار گرفت.

علل اثربخشی هر دو روش مداخله در کاهش علایم اختلال سلوک و سرانجام تداوم این اثربخشی، در تبین‌های های قبلی توضیح داده شد. اما در تبین تداوم اثربخشی بیشتر روش آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی می‌توان چنین توضیح داد: هدف آموزش برنامه‌های یادگیری اجتماعی - هیجانی، پرورش رشد دانش‌آموزانی است که آگاه، مسئول و مراقب هستند، در نتیجه موفقیت درسی، رشد و توسعه سالم، توانایی ایجاد و تداوم روابط مثبت، انگیزه برای سهمیم شدن در جامعه، توانمندی‌های کودکان جهت تشخیص و مدیریت هیجان‌ها، احترام به دیدگاه دیگران، ایجاد اهداف مثبت اجتماعی، حل مسائل و استفاده از مهارت‌های مختلف بین فردی در برخورد موثر و اخلاقی با وظایف و عملکردهای رشدی می‌باشد (Gilmore, 2015). از این رو آموزش برنامه یادگیری اجتماعی- هیجانی، محیطی حامی و تقویت کننده فراهم می‌آورد که این‌آموزه‌ها را به نحوی گسترش می‌دهد که کودکان آن چه را که در کلاس درس می‌آموزند، به زندگی خارج از کلاس نیز تعمیم می‌دهند. در نتیجه در موفقیت تحصیلی، رشد و توسعه سالم خود سهمیم شده، در ایجاد و تداوم روابط مثبت توانا شده، برای همکاری با جامعه خود انگیزه پیدا می‌کنند. و مجموعه پیامدهای مطلوب آموزش این برنامه دلیل روشنی است برای تداوم این رفتارها.

و سرانجام در تفسیر و تبیین کمتر بودن نمرات پی‌گیری گروه آموزش کیفیت زندگی نسبت به گروه آموزشی دیگر، به طور خلاصه می‌توان گفت؛ چون میزان کیفیت زندگی، معلول علت واحدی نیست و از طرفی تغییر کیفیت زندگی به عنوان یک مجموعه به هم پیوسته نیازمند بررسی کلیه عوامل و متغیرهای اجتماعی، روانی، فرهنگی، زیستی و اقتصادی در ارتباط با یکدیگر است؛ ممکن است این گستردگی مفهوم و عوامل مربوط به میزان کیفیت زندگی از دلایل تفاوت نمرات پیگیری این روش مداخله نسبت به روش آموزش یادگیری اجتماعی - هیجانی باشد.

محدودیت های پژوهش

این پژوهش نیز مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی همراه بود، که مهمترین آن عبارتند از:

مداخله‌های آموزشی فقط به دانش‌آموزان پسر با اختلال سلوک و والدین آن‌ها ارائه گردید؛ در صورتی که اگر دانش‌آموزان دختر نیز در نمونه آماری قرار می‌گرفتند نتایج پژوهش جامع‌تر و قابل‌تعمیم‌تر می‌گردید.

در این پژوهش تنها مادران دانش‌آموزان با اختلال سلوک در آموزش‌ها شرکت نمودند و پدران از حضور در جلسات امتناع ورزیدند که در صورت حضور هر دو والد، مداخلات موثرتر و مفیدتر واقع می‌شد.

پیشنهاد‌های پژوهش

با توجه به اهمیت برنامه یادگیری اجتماعی - هیجانی در افزایش مهارت‌های جامعه‌پذیر و کاهش مشکلات رفتاری کودکان، این برنامه در سرفصل آموزشی مدارس قرار گیرد.

از آن‌جا که هر دانش‌آموز یک استعداد بالقوه است و سزاوار دریافت فرصت‌هایی برای رشد و شکوفایی این استعدادها، ترکیب یادگیری تحصیلی با یادگیری اجتماعی - هیجانی؛ دستیابی به این هدف بزرگ را تسهیل می‌کند.

ارائه الگوهای آموزشی برنامه یادگیری اجتماعی - هیجانی به مدیران و معلمان جهت کمک به دانش‌آموزان برای رشد و بالندگی و آماده ساختن آن‌ها برای آزمون‌های زندگی و تبدیل آن‌ها به شهروندانی مسئولیت‌پذیر.

تربیت مدیران و مربیان با رویکرد یادگیری اجتماعی هیجانی و با دیدگاهی فراتر از یادگیری شناختی که خودآگاهی، آگاهی اجتماعی، همدلی و تصمیم‌گیری مسئولانه را که اساس عملکرد بهینه در جامعه است؛ نهادینه سازند.

استفاده از رویکرد جامع یادگیری اجتماعی - هیجانی و ترکیب آن با برنامه درسی و آموزشی مدارس می‌تواند علاوه بر موفقیت‌های آموزشی و کاهش تنش‌ها و چالش‌های مدرسه‌ای، پیام‌آور آینده‌ای بهتر برای کودکان و همچنین آرامش و بهزیستی برای همگان باشد.

با توجه به ضرورت حمایت از والدین کودکان با مشکلات رفتاری، مداخلات آموزشی - تربیتی برای توانمندسازی والدین در جهت سازگاری و حل مشکلات فرزندانشان از طرف سازمان‌ها یا نهادهای مرتبط، صورت گیرد.

مداخلات انجام شده به ویژه آموزش یادگیری اجتماعی هیجانی با نمونه آماری دختران با اختلال سلوک نیز انجام شود.

برنامه کودک محور آموزش یادگیری اجتماعی-هیجانی با درمان خانواده محور آموزش کیفیت زندگی والدین به صورت ترکیبی انجام شود.

References

- Abedi, M.R. & Vostanis, P. (2010). Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19(7), 605 - 613.
- Aghaei, S. & Yousefi, Z. (2017). The Effectiveness of the Quality of Life Therapy on Parental Stress and its Dimensions among Mothers with Intellectually Disabled. *Journal of Family Research*, 13(2), 237-250. (In Persian).
- Ahrari, G. & Habibi, J. (2017). Social Emotional Learning: An approach to decrease violence and increase wellbeing at school. https://www.civilica.com/Paper-TRECONF01-TRECONF01_262.html. (In Persian).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric association.
- Babaei, N., Afrooz, G.A & Arjmandnia, A.A. (2017). Developing a life quality promoting program and investigation of its effectiveness on mental health and marital satisfaction of mothers with Down syndrome daughters. *Journal of Family Psychology*, 4(1), 75-86. (In Persian).
- Badri, R., Fathi, S., Mirnasab, M. & Ehrari, G. (2016). The Effect of Integrative Social and Emotional Learning Program on Students' Psycho-social Competencies. *Scientific Journal of Education Research*, 11 (48), 1-20. (In Persian).
- Bayati, B., Afrooz, Gh. Baghdasarians, A., Ghasemzadeh, S. & Rajab, A. (2017). Effect of the Comprehensive Quality of Life Promotion Program on the Emotional-Behavioral Symptoms of Children of Families with Diabetic Children. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 15(3), 196-208. (In Persian).
- Biederman, J., Monuteaux, M.C., Doyle, A.E., Seidman, L.J., Wilens, T.E., Ferrero, F., Morgan, C.L. & Faraone, S.V. (2004). Impact of executive function deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on academic outcomes in children. *Journal of Consult Cline Psychol*, 72(5), 757-766.
- Bongaardt, M. H. van den. (2015). The Effects of BOOK Training on Social-Emotional Learning: a Research in 6th Grade Children from Low Socioeconomic Status Families. Retrieved from: dare.uva.nl/cgi/arno/show.
- CASEL. (2015). What is social and emotional learning?. Retrieved from: <http://www.casel.org/social-andemotional-learning>.
- Cartwright, S., McNally, D., White, C. & Verduyn, C. (2005). Parenting skills training: an effective intervention for internalizing symptoms in

younger children?. *Journal of Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 18 (2), 45-52.

- Desjardins, K. A. (2015). A Fine Balance: Social Emotional Learning and Academic Rigour in Schools. A Paper Presented to the Gordon Albright School of Education In Partial Fulfillment of the requirements For the Degree of Master of Education.
- Durlak, J., Weisberg, R., Dymnicki, A., Taylor, R. & Schellinger, K. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Journal of Child Development*, 82(1), 405-420.
- Fairchild, G., van Goozen, S.H., Stollery, S.J., Aitken, M.R., Savage, J., Moore, S.C. & Goodyer, I.M. (2009). Decision making and executive function in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder and control subjects. *Journal Bio Psychiatry*, 66(2), 162-180.
- Faramarzi, S., Abedi, A. & Ghanbari, A. (2012). Mother communication patterns and oppositional defiant disorder of children. *Journal of Tabriz University of Medical Science*, 34 (2), 90-96. (In Persian).
- Frisch, M.B. (2006). *Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken: Wiley.
- Gilmore, D. M. J. (2015). *Dimensions of Impact: Implications of Social-Emotional Learning (SEL) In Elementary Education*. Master of Education in Educational Leadership, Vancouver Island University.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2000). *Preventing Mental Disorders in School-Age Children: A Review of the Effectiveness of Prevention Programs*, Prevention Research Center for the Promotion of Human Development. College of Health and Human Development Pennsylvania State University, Retrieved from: scripts.cac.psu.edu/dept/prevention/CMHS.PD.
- Hagoood, D. (2015). *Research in Brief: Social and Emotional Learning in Preschool and Beyond*, Center for Applied Policy, In Education – UC Davis School Of Education.
- Jamali paghaleh, S., Abedi, A., Nazari badi, M. & Mirzaeirad, R. (2013). A Comparison of the Effectiveness of Social-Emotional Learning Program and Social Problem-Solving Training on the Rate of Oppositional Defiant Disorder: An Assessment of Parents. *Journal of Clinical Psychology Studies*, 3(12), 21-40. (In Persian).
- Kazdin, A.E. (1995). *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*. Second edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 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. *Journal Of Health promotion International*, 23 (2), 134-142.

- Krieger, F. V., Polanczyk, G. V., & Goodman, R. (2013). Dimensions of Oppositionality in a Brazilian Community Sample: Testing the DSM-5 Proposal and Etiological Links. *Journal Academic Child Adolescent Psychiatry*, 52(4), 389-400.
- Mash, E.J. & Wolfe, D. A. (2010). *Abnormal Child Psychology*. Wadsworth, Cengage Learning.
- Mohamademaie, E. & Alipour, A. (2002). A Preliminary Study on the Reliability, Validity and Cut off Points of the Disorders of Children Symptom Inventory-4 (CSI-4). *Journal of Research on Exceptional Children*, 2 (3), 239-254. (In Persian).
- Najafi. M., Foolad Chang, M., Alizadeh, H. & Mohammadi Fard, M.A. (2009). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder, conduct disorder and disobedience in front of the elementary school students. *Journal of Research on Exceptional Children*, 9(3).239-54. (In Persian).
- Nematollahi, M. & Tahmasebi, S. (2014). The Effectiveness of Parents' Skills Training Program on Reducing Children's Behavior Problems. *Journal of Family Research*, 10(2), 159-174. (In Persian).
- Ogston, P.L., Mackintosh, V. H. & Myers B. J. (2011). Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4):1378-1384.
- Onedera, J. D. (2006). Functional family therapy: An interview with Dr. James Alexander. *The Family Journal*, 14 (3), 306-311.
- O'Reilly, D. (2005). Conduct disorder behavioral parent training: Research and practice.
- Payot, A., Keith, J. & Barrington, K. (2011). The Quality of Life of Young Children and Infants with Chronic Medical Problems: Review of the Literature. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 41, 91-101.
- Payton, J., Weissberg, R. P., Durlak, J. A., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2008). The positive impact of social and emotional learning for kindergarten to eighth-grade students: Findings from three scientific reviews. Chicago: Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning.
- Prati, L. M. (2016). Emotional intelligence as a facilitator of the emotional labor process. *Florida State University Libraries*.
- Polan, J. C., Sieving, R. E. & McMorris, B. J. (2013). Are young adolescents' social and emotional skills protective against involvement in violence and bullying behaviors? *Health promotion practice*, 14(4), 599-606.
- Quidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M. & Mikolajczak, M. (2010). Positive Emotion Regulation and Well-being: Comparing the Impact of Eight Savoring and Dampening Strategies. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 368-373.
- Rickwood, D. (2007). Conceptual framework for PPEI and applications in general practice: Overview of the literature. *Monograph in A*.

- O'Hanlon, A. Patterson & J. Parham (Series Eds.), Promotion, prevention and early intervention for mental health in general practice. Adelaide: Australian Network for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health (Auseinet). Retrieved From: <http://>.
- Sadock B.J., & Sadock, V.A. (2011). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry: Published by Lippincott Williams and Wilkins and Wolter Kluwer Health, Philadelphia Indian Reprint.
 - Santosh, P.J., Taylor, E., Swanson, J., Wigal, T., Chuang, S., Davis, M., Greenhill, L., Newcorn, J., Arnold, L.E., Jensen, P., Vitiello, B., Elliott, G., Hinshaw, S., Hechtman, L., Abikoff, H., Pelham, W., Hoza, B., Molina, B., Wells, K., Epstein, J., & Posner, M. (2005). Refining the diagnosis of inattention and over activity. *Clinical Neuroscience Research*, 5, 307-314.
 - Schieve, L.A., Blumberg, S.J., Rice, C., Visser, S.N., & Boyle, C. (2007). The relationship between Autism and parenting stress. *Journal of Pediatrics*, 119(1), 114-121.
 - Shan Leung, C. Y., & Li-Tsang, C. W. P. (2003). Quality of Life of Parents who have Children with Disabilities. *Hing Kong journal of Occupational Therapy*, 13(1), 19-24.
 - Sharifi, S. & Iravani, M.R. (2018). Predict Behavioral Disorders on the Basis of the Quality of Life of Mother's and Internet Addiction in Elementary Girl's School Students. *Studies of Psychology and Educational Sciences*, 4(11), 194-204. (In Persian).
 - Sohrabi, F., Khanjani, Z. & Zeinali, Sh. (2015). Efficacy of adolescent parent management training in conduct disorder symptoms and Improve parents' parenting styles. *Journal of Gorgan university of Medical sciences*, 17(2), 24-30. (In Persian).
 - Vaughan, E.L., Feinn, R., Bernard, S., Brereton, M., & Kaufman, J. S. (2013). Relationships between Child Emotional and Behavioral Symptoms and Caregiver Strain and Parenting Stress. *Journal of Family Issues*, 34(4), 534-556.
 - Vyskocilova, J., & Prasko, J. (2013). Social skills training in psychiatry. *Activities Nervosa Superior Rediviva*, 54, 159-170.
 - Wong, A., Li-Tsang, C., & Siu, A. (2014). Effect of a Social Emotional Learning Program for Primary School Students. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 24, 56-63.
 - World Health Organization. (2002). the world health report 2002: reduce risks, promoting healthy life.
 - Zaki, M.A. & Mirbahaedini, R. (2012). Quality of life and its role in the socialization of children. *Journal of Woman & study of family*, 7(20), 1-33. (In Persian).
 - Zhai, F., Raver, C., & Jones, S. (2015). Social and Emotional Learning Services and Child Outcomes in Third Grade: Evidence from a Cohort of

Head Start Participants. Children and Youth Services Review.1 (56), 42-51.