



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

عنوان:

بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر اختلال بی‌اعتنایی - مقابله‌ای و پر خاشگری
دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر اهواز

پژوهشگر

لیلا نقدی نسب

استاد راهنما

دکتر نجمه حمید

استاد مشاور

دکتر مهناز مهربابی زاده هنرمند

۱۳۸۹

| | |
|---|-----------------------------|
| نام خانوادگی: نقدی نسب | نام: لیلا |
| عنوان پایان نامه: بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر اختلال بی‌اعتنایی - مقابله‌ای و پرخاشگری دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر اهواز. | |
| استاد راهنما: دکتر نجمه حمید | |
| استاد مشاور: دکتر مهناز مهربابی زاده هنرمند | |
| رشته: روان شناسی گرایش: بالینی | |
| دانشگاه: شهید چمران شناسی | دانشکده: علوم تربیتی و روان |
| تاریخ فارغ التحصیلی: نامه: | تعداد صفحات پایان |
| کلید واژه ها: گروه درمانی شناختی - رفتاری، اختلال بی‌اعتنایی - مقابله‌ای، پرخاشگری | |
| <p>چکیده:</p> <p>هدف این پژوهش بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر اختلال بی‌اعتنایی - مقابله‌ای و پرخاشگری دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر اهواز است. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی است. نمونه پژوهش به صورت تصادفی چند مرحله ای انتخاب شد. تعداد ۳۰ نفر از ۶۵ دانش آموزی که با توجه به مصاحبه بالینی با والدین و پرسشنامه بی‌اعتنایی - مقابله‌ای (ODBI)، که توسط والدین تکمیل شده بود، تشخیص اختلال بی‌اعتنایی - مقابله‌ای دریافت کرده بودند، به شیوه تصادفی انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. هر دو گروه پرسشنامه پرخاشگری باس و پری را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند. گروه آزمایش ۸ جلسه گروه درمانی شناختی - رفتاری دریافت کردند اما گروه کنترل مداخله ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. داده های حاصل از پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها بیانگر آن بود که گروه درمانی شناختی - رفتاری، در کاهش علائم اختلال بی‌اعتنایی - مقابله‌ای ($p < 0/001$) و پرخاشگری ($p < 0/001$) موثر واقع شده است. علاوه بر این، یافته‌ها نشان داد که مداخله گروه درمانی شناختی - رفتاری در ابعاد پرخاشگری نیز کاهش معنی داری ایجاد کرده است.</p> | |

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: موضوع پژوهش

| | |
|----|--|
| ۱ | مقدمه |
| ۳ | بیان مسأله |
| ۶ | اهمیت و ضرورت تحقیق |
| ۷ | اهداف تحقیق |
| ۸ | سؤال‌های پژوهش |
| ۸ | فرضیه‌های تحقیق |
| ۹ | تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای تحقیق |
| ۹ | تعاریف مفهومی متغیرها |
| ۱۱ | تعاریف عملیاتی متغیرها |

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه‌ی تحقیق

| | |
|----|--|
| ۱۴ | مقدمه |
| ۱۴ | اختلال بی‌اعتنایی - مقابله‌ای |
| ۱۵ | ویژگی‌های تشخیصی |
| ۱۷ | ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال بی‌اعتنایی - مقابله‌ای |
| ۱۸ | ویژگی‌ها و اختلال‌های توأم |
| ۲۰ | ویژگی‌های خاص وابسته به سن و جنسیت |
| ۲۱ | شیوع |
| ۲۱ | دوره یا سیر |
| ۲۲ | الگوی خانوادگی |
| ۲۲ | تشخیص افتراقی |
| ۲۸ | سبب‌شناسی اختلال بی‌اعتنایی - مقابله‌ای |
| ۲۹ | ویژگی‌های مزاجی کودک |
| ۳۰ | تعاملات خانوادگی |
| ۳۲ | عوامل محیطی |

| | |
|----|---|
| ۳۲ | نظریه روانکاوی |
| ۳۳ | عوامل زیست شناختی |
| ۳۴ | تئوری دلبستگی |
| ۳۵ | عوامل اجتماعی |
| ۳۵ | درمان‌های مطرح شده برای اختلالات ایدایی |
| ۳۶ | درمان‌های غیر دارویی |
| ۳۶ | مداخلات شناختی - رفتاری |
| ۳۷ | آموزش والدین |
| ۳۸ | درمان چند سیستمی |
| ۳۹ | درمان دارویی |
| ۴۰ | پرخاشگری و خشم |
| ۴۱ | تعریف پرخاشگری |
| ۴۴ | علل پرخاشگری |
| ۴۴ | صاحب‌نظران علوم اجتماعی |
| ۴۵ | طرفداران ذاتی بودن پرخاشگری |

| | |
|----|---|
| ۴۶ | طرفداران منشا اجتماعی پرخاشگری |
| ۴۷ | دیدگاه زیست شناختی |
| ۴۷ | عوامل خانوادگی پرخاشگری |
| ۵۱ | گروه درمانی شناختی- رفتاری |
| ۵۲ | ویژگی‌های اصلی درمان شناختی |
| ۵۵ | مبانی نظری درمان شناختی - رفتاری |
| ۵۸ | هدف درمان شناختی- رفتاری |
| ۵۹ | استفاده از درمان شناختی - رفتاری برای کودکان و نوجوانان |
| ۶۳ | مطابقت دادن تکنیک‌های بازسازی شناختی برای درمانجویان نوجوان |
| ۶۵ | تکنیک‌های درمان شناختی - رفتاری |
| ۶۵ | آموزش حل مسئله |
| ۶۷ | آموزش مهارت‌های اجتماعی مطلوب |
| ۶۹ | تحقیقات مربوط به بی‌اعتنایی - مقابله‌ای |
| ۶۹ | پژوهش‌های داخلی |
| ۷۱ | پژوهش‌های خارجی |

| | |
|----|--|
| ۸۰ | تحقیقات مربوط به پرخاشگری |
| ۸۰ | پژوهش‌های خارجی |
| ۸۲ | پژوهش‌های داخلی |
| ۸۴ | تحقیقات مربوط به درمان شناختی - رفتاری |
| ۸۴ | پژوهش‌های داخلی |
| ۸۷ | پژوهش‌های خارجی |
| ۸۷ | تحقیقات مربوط به درمان شناختی - رفتاری اختلال بی‌اعتنایی - مقابله‌ای |

فصل سوم: روش پژوهش

| | |
|----|---|
| ۹۲ | مقدمه |
| ۹۲ | جامعه آماری |
| ۹۱ | نمونه آماری و روش نمونه‌گیری |
| ۹۲ | ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها |
| ۹۵ | ابزار پژوهش |
| ۹۵ | ۱- پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (BPAQ) |
| ۹۶ | پایایی پرسشنامه پرخاشگری باس و پری |

| | |
|-----|--|
| ۹۹ |روایی پرسشنامه باس و پری..... |
| ۱۰۴ |مقیاس افسردگی کودکان و نوجوانان جان بزرگی..... |
| ۱۰۵ |پایایی و روایی مقیاس افسردگی کودکان و نوجوانان..... |
| ۱۰۵ |پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان اسپیلبرگر..... |
| ۱۰۵ |پایایی و روایی پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر..... |
| |جلسات مداخله..... |
| ۱۰۷ |شرح جلسات درمان..... |
| ۱۱۵ |طرح تحقیق..... |
| ۱۱۶ |روش تجزیه و تحلیل داده‌ها..... |
| ۱۱۷ |مقدمه..... |
| ۱۱۷ |یافته‌های توصیفی..... |
| ۱۲۰ |بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس..... |
| ۱۲۰ |همگنی واریانس‌ها..... |
| ۱۲۱ |یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش..... |
| ۱۳۱ |یافته‌های جانبی..... |

فصل پنجم: نتیجه‌گیری و پیشنهادات

| | | |
|-----|-------|--|
| ۱۳۶ | | مقدمه |
| ۱۳۶ | | تبیین یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش |
| ۱۴۱ | | محدودیت‌های پژوهش |
| ۱۴۱ | | پیشنهاد‌های پژوهشی |
| ۱۴۲ | | پیشنهاد‌های کاربردی پژوهشی |

فهرست منابع

| | | |
|-----|-------|-------------|
| ۱۴۳ | | منابع فارسی |
| ۱۴۸ | | منابع لاتین |

فهرست جداول

| صفحه | عنوان |
|------|--|
| ۹۲ | جدول ۳-۱ فراوانی و درصد آزمودنی‌ها بر حسب سن..... |
| ۹۳ | جدول ۳-۲ فراوانی و درصد آزمودنی‌ها از لحاظ ترتیب تولد..... |
| ۹۴ | جدول ۳-۳ قومیت آزمودنی‌ها..... |
| ۹۸ | جدول ۳-۴ ضریب پایایی پرسشنامه پرخاشگری باس و پری..... |

- جدول شماره ۳-۵ نگاره طرح تحقیق..... ۱۱۴
- جدول ۴-۱ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره بی‌اعتنایی - مقابله‌ای..... ۱۱۶
- جدول ۴-۲ یافته‌های توصیفی مربوط به نمره پرخاشگری دانش آموزان ۱۱۷
- جدول ۴-۳: یافته‌های توصیفی مربوط به نمرات ابعاد پرخاشگری دانش‌آموزان..... ۱۱۸
- جدول ۴-۴: نتایج آزمون لوین بین دو متغیر وابسته (بی‌اعتنایی - مقابله‌ای و پرخاشگری)..... ۱۲۱
- جدول ۴-۵: نتایج حاصل از مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون بی‌اعتنایی - مقابله‌ای و پرخاشگری دانش آموزان دو گروه..... ۱۲۲
- جدول ۴-۶: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون ODD آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل..... ۱۲۳
- جدول ۴-۷ نتایج حاصل از تحلیل کواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون پرخاشگری آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل..... ۱۲۴
- جدول ۴-۸ نتایج آزمون لوین بین ابعاد پرخاشگری در گروه‌های آزمایش و کنترل..... ۱۲۵
- جدول ۴-۹: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون ابعاد پرخاشگری..... ۱۲۶
- جدول ۴-۱۰: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون پرخاشگری فیزیکی..... ۱۲۷
- جدول ۴-۱۱: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون پرخاشگری کلامی..... ۱۲۸

- جدول ۱۲-۴: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون
 ۱۲۸خشم
- جدول ۱۳-۴: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون خصومت
 ۱۲۹
- جدول ۱۴-۴: نتایج حاصل از تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون بی‌اعتنایی مقابله
 ۱۳۱ و پرخاشگری با کنترل سن.....
- جدول ۱۵-۴: نتایج حاصل از تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون بی‌اعتنایی مقابله
 ۱۳۲ ای و پرخاشگری گروه آزمایش و کنترل، با کنترل قومیت.....
- جدول ۱۶-۴: نتایج حاصل از تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون بی‌اعتنایی -
 ۱۳۳ مقابله ای و پرخاشگری گروه آزمایش و کنترل، با کنترل ترتیب تولد.....

فهرست تصاویر و نمودارها

- تصویر ۱-۲ مدل شناختی.....
 ۵۶
- نمودار ۱-۳ فراوانی و درصد آزمودنی‌ها بر اساس سن
 ۹۳
- نمودار ۲-۳: توزیع نمونه اولیه بر اساس ترتیب تولد.....
 ۹۴
- نمودار ۳-۳: توزیع نمونه اولیه بر اساس قومیت.....
 ۹۵
- نمودار ۱-۴: مقایسه میانگین پیش آزمون و پس آزمون نمره‌های بی‌اعتنایی مقابله ای (ODD)
 ۱۲۳.....
- نمودار ۲-۴: مقایسه میانگین پیش آزمون و پس آزمون نمره‌های پرخاشگری کلی.....
 ۱۲۴.....
- نمودار ۳-۴ مقایسه نمرات پس آزمون ابعاد پرخاشگری دانش آموزان گروه آزمایش و کنترل.....
 ۱۳۰

پرسشنامه بی‌اعتنایی مقابله‌ای

پرسشنامه پرخاشگری باس و پری



فصل اول

اختلالات رفتاری^۱ از رایج ترین مشکلات دوران کودکی و نوجوانی هستند، که به اشکال گوناگون بروز پیدا می‌کنند. یکی از شایع‌ترین این اختلال‌ها، اختلال نافرمانی - مقابله‌ای^۲ است، که به نام‌های دیگری مانند اختلال نافرمانی و لجبازی نیز مشهور است. اکثر کودکان و نوجوانان در زمانهای مختلف بخصوص وقتی که گرسنه، خسته یا آشفته‌اند با والدین، و سایر مراجع قدرت مشاجره کرده و درگیر می‌شوند. هر کودک خوش-رفتاری می‌تواند در بعضی از مواقع بخصوص در نوجوانی متخاصم و نافرمان باشد و از همکاری سر باز زند. اما کسانی که اختلال نافرمانی - مقابله‌ای دارند، الگویی دائم و باثباتی از رفتارهای عصبانیت، بی‌اعتنایی و پرخاشگری کلامی، که معمولاً به سوی والدین و سایر مراجع قدرت بر می‌گردد، را نشان می‌دهند. کودکان و نوجوانان دارای این اختلال اغلب طغیان‌گر، لجوج (کله شق)، مشاجره کننده، حرف نشنو و نافرمان هستند. آنها دارای طغیان خشم بوده و در کنترل آن ناتوان هستند (آکادمی روانپزشکی کودکان و نوجوانان آمریکا^۳، ۲۰۰۹).

بعضی از رفتارهای توأم با اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، ممکن است در بچه‌هایی که در دوره انتقال هستند، یا کسانی که تحت استرس‌اند و یا کسانی که دچار یک بحران شده‌اند، دیده شود. این موضوع باعث می‌شود که بعضی وقت‌ها تشخیص نشانه‌های رفتاری اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای از رفتارهای قابل قبول مربوط به استرس، مشکل باشد (آکادمی روانپزشکی کودکان و نوجوانان آمریکا، ۲۰۰۹).

اغلب بچه‌ها به ویژه در نوجوانی یک دوره منفی‌گرایی و نافرمانی خفیف را پشت سر می‌گذارند و بیشتر والدین از خصومت یا جر و بحث‌های گاه و بیگاه فرزندانشان شاکی هستند. اما اگر چنین رفتارهایی بیشتر اوقات وجود داشته باشند، چه پیش می‌آید؟ کودکان و نوجوانان دارای اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، الگوی رفتاری منفی، خصمانه و نافرمان نشان می‌دهند که به مشکلات خانوادگی یا تحصیلی مهمی منجر می‌شود. این اختلال از نافرمانی و لجبازی معمولی در کودکی و نوجوانی خیلی شدیدتر است. کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال بارها از کوره در می‌روند، جر و بحث می‌کنند، از انجام دادن آن چه به آن‌ها گفته شده خودداری می‌کنند، عمداً دیگران را می‌رنجانند، زود رنج، دلخور، ستیزه‌جو، مغرور و حق به جانب هستند. به جای این که خودشان را علت

1. conduct disorders

2. Oppositional Defiant Disorder (ODD).

3. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

مشکلاتشان بدانند دیگران را سرزنش کرده، یا اصرار دارند که آن‌ها قربانی شرایط هستند و بیشتر با والدینشان مقابله می‌کنند تا با غریبه‌ها. اکثراً در همه زمینه‌ها دچار مشکل هستند. رفتار آن‌ها در عملکرد تحصیلی و روابط اجتماعی‌شان به گونه‌ای اختلال ایجاد می‌کند که احترام معلمان، دوستی همسالانشان را از دست می‌دهند و این شکست‌ها باعث می‌شود که احساس بی‌کفایتی و افسردگی کنند (هالچین و کرمان^۴، نقل در اشرف پوری، ۱۳۷۸).

برای درمان این اختلال از روان‌درمانی انفرادی، مداخلات شناختی-رفتاری، آموزش مهارت‌های زندگی، به‌خصوص آموزش مهارت حل‌مسئله اجتماعی و آموزش مدیریت خشم به کودک و نوجوان، دارودرمانی و آموزش والدین، استفاده می‌شود. در ایران از روش قصه‌درمانی گروهی نیز برای درمان این اختلال در پسران پایه پنجم دبستان استفاده شده است (اشرف پوری، ۱۳۸۷).

مداخلات شناختی-رفتاری به طور گسترده‌ای به بررسی تأثیر آموزش مدیریت خشم (تکنیک‌های آرامش‌سازی پیشرفته، بازسازی شناختی، مهارت‌های مقابله با خشم و ...)، به کودکان و نوجوانان دارای این اختلال پرداخته‌اند. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که مداخله شناختی - رفتاری مبتنی بر مدیریت خشم، باعث کاهش معنی‌داری در شدت خشم کودکان و نوجوانان دارای اختلال رفتاری و بی‌اعتنایی مقابله‌ای شده و همچنین بهبود معنی‌داری را در مقابله‌های شناختی، رفتاری و کنترل خشم آنها به وجود می‌آورد (سیگل ولف^۵، ۲۰۰۷).

آموزش مهارت‌های حل مسئله که یکی دیگر از تکنیک‌های شناختی-رفتاری است در درمان کودکان و نوجوانان دارای اختلال بی‌اعتنایی - مقابله‌ای منجر به کاهش رفتارهای نامناسب این گروه شده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که نوجوانان بیش از کودکان از این شیوه بهره می‌برند و این شاید به دلیل رشد گستره شناختی بیشتر در نوجوانان باشد (کازدین^۶، ۲۰۰۲).

⁴ Hallchin, & keraman

⁵ Siegel Wolf

⁶ Kazdin

بیان مسأله

اختلال نافرمانی - مقابله‌ای یکی از انواع اختلالات رفتار ایذایی^۷ است که با الگوی باثبات نافرمانی و رفتار خصمانه و منفی کارانه نسبت به مراجع قدرت و نیز ناتوانی برای پذیرش مسئولیت اشتباهات خود و ملامت کردن دیگران، بدون نقض جدی هنجارهای اجتماعی یا حقوق دیگران مشخص می‌شود. کودکان و نوجوانان دارای این اختلال غالباً با بزرگسالان جر و بحث می‌کنند و زودرنج هستند، و این ویژگی به بروز خشم و نفرت در آنها می‌انجامد. کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی - مقابله‌ای ممکن است در کلاس و در روابط با همسالان مشکل داشته باشند، اما معمولاً به خشونت جسمی یا رفتار تخریبی قابل ملاحظه‌ای دست نمی‌زنند. این ویژگی کودکان دارای اختلال نافرمانی - مقابله‌ای را از کودکان دارای اختلال سلوک، که یکی دیگر از اختلالات ایذایی است متمایز می‌کند. کودکان مبتلا به اختلال سلوک مرتکب رفتارهای پرخاشگرانه مکرر می‌شوند، که ممکن است باعث آسیب جسمی خود و دیگران شوند، و معمولاً حقوق دیگران را زیر پا می‌گذارند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳، ترجمه پور افکاری، ۱۳۸۵).

از بعد تحولی، رفتار مقابله‌ای و منفی کارانه در اوائل کودکی را می‌توان طبیعی شمرد. مطالعات همه گیرشناسی، صفات منفی کارانه را در جمعیت غیر کلنیک ۱۶ تا ۲۲ درصد، در کودکان دبستانی گزارش نموده‌اند. طبق DSM-IV-TR، میزان شیوع این اختلال بین ۲ تا ۱۶ درصد است. اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای معمولاً تا ۸ سالگی آشکار می‌شود، هرچند ممکن است در ۳ سالگی شروع شود، اما بعد از نوجوانی دیگر آغاز نمی‌گردد. این اختلال قبل از بلوغ در پسرها شایع تر از دخترها است، اما پس از بلوغ به احتمال زیاد نسبت جنسی آن برابر می‌شود. به نظر بعضی از محققین، دختران بیشتر در معرض تشخیص اختلال نافرمانی - مقابله‌ای هستند، حال آن که پسران بیشتر تشخیص اختلال سلوک دریافت می‌کنند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳، ترجمه پور افکاری، ۱۳۸۵).

تحقیقات بسیاری نشان داده‌اند که کودکان بیش فعال، تکانشی، پرخاشگر و بی اعتنا در زمینه استفاده از راهبردهای حل مسئله اجتماعی، دارای مشکل شناختی هستند. این کودکان موقعیت های اجتماعی را به عنوان شرایط خصمانه درک کرده و به طور قابل توجهی کمتر از روش های فرا اجتماعی^۸ برای حل تعارضات بین فردی خود استفاده می کنند، این امر منجر به بروز رفتار پرخاشگری در آنها می شود. این کودکان بدون تأمل برای فکر کردن به راه حل های غیر پرخاشگرانه، یا برای توجه به نقطه نظر دیگران در زمینه راه حل های مثبت، به طور پرخاشگرانه ای عمل می کنند، اما کودکانی که از راهبردهای حل مسئله استفاده می کنند به احتمال بیشتر به همسالان شان شبیه بوده و در خانه و مدرسه تشریک مساعی بیشتری نشان می دهند. لذا آموزش مهارت های حل مسئله می تواند به این کودکان کمک بسیاری کرده و رفتارهای پرخاشگرانه و خصمانه ی آنها را کاهش دهد (وبستر-استراتون و رید^۹، ۲۰۰۳).

بوک اشتاین^{۱۰} (۲۰۰۰)، به بررسی اختلالات ایدایی و سوء مصرف مواد در نوجوانان پرداخت. نتایج تحقیقات او نشان داد اختلالات ایدایی و اختلال^{۱۱} ADHD درمان نشده با افزایش خطرگرایش به سمت سوء مصرف مواد همراه هستند، به علاوه، نوجوانانی که دارای اختلالات ایدایی و ADHD هستند، بیشتر احتمال دارد که در مرادواتشان با دیگران به صورت پرخاشگرانه و خصمانه برخورد کرده و توسط پلیس بازداشت شوند.

کوبیا^{۱۲} و همکاران (۲۰۰۸)، به بررسی تاثیر مداخله شناختی- رفتاری بر روی ۱۷۴ دختر ۸ تا ۱۳ ساله که دارای اختلال ایدایی (ODD, CD, ADHD) همراه با خلق افسرده بودند، پرداختند. بعد از درمان کاهش معنی داری در رفتارهای ایدایی و خلق افسرده این کودکان دیده شد. علاوه بر این، در پی گیری های بعدی که از این کودکان صورت گرفت این کاهش بطور معنی داری در هر دو زمینه مشاهده شد.

یوسفی، عرفانی، خیر آبادی و قانعی (۱۳۷۸) در پژوهشی بر روی دانش آموزان راهنمایی استان کردستان نتیجه گرفتند که پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دارای اختلال سلوک و اختلال نافرمانی - مقابله ای، به ویژه در خواندن و دیگر مهارت های کلامی اغلب پایین تر از سطح انتظار سنی و هوشی آنها است. این

8 .prosocial

9 .Webster-Stratton & Reid

10 .Bukstein

11 . Attention Deficit And Hyperactive Disorder

12 .Cobiya

کودکان با اخراج از کلاس یا مدرسه روبرو هستند و مشکلاتی در سازگاری با دیگران دارند که این امر ممکن است سبب افت تحصیلی آن‌ها شود.

تحقیقات زیادی نشان داده‌اند که ریشه بسیاری از مشکلات و مسائل دوران بزرگسالی در سال‌های اولیه کودکی و نوجوانی است. مطالعات پیگیری نشان داده‌اند ۲۴ تا ۴۷ درصد از کودکانی که اختلال نافرمانی - مقابله‌ای داشته‌اند، ۳ تا ۶ سال بعد تشخیص اختلال سلوک هم دریافت کرده‌اند. بنابراین کودکانی که تشخیص اختلال سلوک گرفته‌اند به احتمال ۸۰ تا ۸۲ درصد قبلاً تشخیص اختلال نافرمانی - مقابله‌ای داشته‌اند (هارادا، یامازاکی و سایتو^{۱۳}، ۲۰۰۲)

گروهی از محققان استدلال می‌کنند که اختلال نافرمانی - مقابله‌ای می‌تواند به سمت اختلال سلوک پیشروی کند. بیدرمن^{۱۴} و همکاران (۱۹۹۶، نقل در هارادا و همکاران، ۲۰۰۴) بیان می‌کنند که یکی از زیر مجموعه‌های اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای که بیشتر همراه با رفتار پرخاشگرانه است، مقدمه اختلال سلوک است. بر اساس نظر لوبر^{۱۵} (۱۹۹۲، نقل در هارادا و همکاران، ۲۰۰۴) اگر درمان به جای نشانه‌های اختلال سلوک بر روی نشانه‌های بی‌اعتنایی متمرکز شود، ممکن است بسیار موثرتر باشد، زیرا نشانه‌های اختلال نافرمانی - مقابله‌ای قابلیت انعطاف پذیری خیلی بیشتری دارند.

مطالعات نشان می‌دهد که مداخلات شناختی-رفتاری به صورت گروهی، یک محافظ قوی در برابر پیشروی اختلال نافرمانی - مقابله‌ای و سایر اختلالات رفتاری در کودکان و نوجوانان است (شیچمن و بن-دیوید^{۱۶}، ۱۹۹۹).

بررسی‌های انجام گرفته در زمینه تحقیقات قبلی در مورد اختلال ODD نشان داد که در ایران تحقیقات اندکی در زمینه این اختلال صورت گرفته است، بر اساس بررسی‌های پژوهشگر در خصوص درمان این اختلال به جز روش قصه درمانی گروهی (اشرف پوری، ۱۳۸۷)، تحقیق دیگری وجود ندارد. تقریباً می‌توان گفت که این اختلال علی‌رغم شیوع بالا در میان کودکان و نوجوانان هنوز ناشناخته مانده است. لذا به نظر می‌رسد با

13. Harada. ., Yamazaki & Saitoh

14. Biederman

15. Loeber

16. Shechtman, & Ben-David

توجه به عوارض و اثرات سوء این اختلال بر زندگی کودکان و نوجوانان، لازم است مورد بررسی بیشتری قرار گیرد. بنابراین در پژوهش حاضر به دنبال روشن شدن این مسأله هستیم که آیا درمان شناختی-رفتاری می تواند بر بهبود اختلال نافرمانی - مقابله‌ای و کاهش پرخاشگری نوجوانان اثر داشته باشد؟

اهمیت و ضرورت موضوع پژوهش

اختلال نافرمانی - مقابله‌ای به عنوان یک رفتار ایدایی در نظر گرفته می‌شود، زیرا بسیاری از کودکان و نوجوانان دچار این اختلال دارای کمبودهای شناختی و اجتماعی و مشکلات رفتاری از قبیل بیش‌فعالی، کمبود توجه و اختلال سلوک هستند و تقریباً همیشه روابط بین فردی و عملکرد تحصیلی آنان دچار اختلال می‌شود. این کودکان اغلب فاقد دوست بوده و روابط انسانی را ناخوشایند می‌دانند. آن‌ها علی‌رغم داشتن هوش کافی، به دلیل خودداری از انتخاب دوست، مقاومت در برابر خواسته‌های خارجی و اصرار بر حل مشکلات، بدون کمک دیگران، دارای عملکرد تحصیلی ضعیف بوده یا در مدرسه مردود می‌شوند (اشرف پوری، ۱۳۸۷).

با توجه به وخیم شدن علائم این اختلال و بروز علائم ثانویه‌ای مانند عزت نفس پایین، تحمل کم ناکامی، خلق افسرده، خوی طغیانگر، اختلال سلوک، سوء مصرف مواد و الکل در نوجوانی، و سطوح بالای اختلالات روانپزشکی همراه (پلیزکا^{۱۷}، ۱۹۹۹، نقل در رید، وبستر و هاموند^{۱۸}، ۲۰۰۳) که در نمونه‌های همه‌گیر شناسی فرهنگی و مذهبی مختلف گزارش شده است. به علاوه با توجه به شیوع بالای این اختلال نسبت به جمعیت کلی کودکان و نوجوانان (۲ تا ۱۶ درصد) و در جمعیت بالینی (۱۶ تا ۲۲ درصد از کودکان دبستانی)، (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۵)، نیاز به درمان زودهنگام و اتخاذ شیوه‌ای جهت مداخله به منظور آموزش مهارت‌های حل مسئله، نام‌گذاری احساسات، درک دیدگاه دیگران، مهارت‌های اجتماعی، احساس می‌شود، زیرا شیوه‌های مداخله می‌تواند این توانمندی‌ها را در کودکان مبتلا به اختلال بی‌اعتنایی - مقابله‌ای ایجاد کند، کودک را به فضای اجتماعی تعامل با بزرگسالان و همسالان بازگرداند، دور باطل کشمکش‌های بین-فردی آن‌ها را بشکند، چرخه مشکلات ارتباطی آن‌ها را باطل کند، از اتلاف استعدادهای آن‌ها جلوگیری کرده و کودک و نوجوان را به جریان رشد طبیعی بازگرداند (اشرف پوری، ۱۳۸۷).

17 Pliszka

18 Reid, Webster-Stratton & Hammond.

با توجه به ضرورت درمان کودکان و نوجوانان دارای اختلال بی‌اعتنایی - مقابله‌ای و جلوگیری از رشد فزاینده این اختلال به سمت اختلالات شدیدتر روانی و اثر منفی آن بر سلامت روان کودکان و نوجوانان، این پژوهش در پی آن است که میزان اثر بخشی درمان گروهی به شیوه شناختی-رفتاری را بر اختلال بی‌اعتنایی-مقابله‌ای در دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر اهواز مورد بررسی قرار دهد. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند مورد استفاده درمانگران، مشاوران، اولیاء مدرسه، والدین و کلیه کسانی که به نحوی با مسائل تربیتی و آموزشی کودکان و نوجوانان سر و کار دارند، قرار گیرد.

اهداف پژوهش

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر اختلال نافرمانی - مقابله‌ای و پرخاشگری دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر اهواز است.

سؤال‌های پژوهش

- ۱ - آیا گروه درمانی شناختی - رفتاری بر اختلال نافرمانی - مقابله‌ای دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی تاثیر دارد؟
- ۲ آیا گروه درمانی شناختی - رفتاری بر پرخاشگری دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر اهواز تاثیر دارد؟
- ۳ - آیا گروه درمانی شناختی - رفتاری بر ابعاد پرخاشگری (فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت) دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی تاثیر دارد؟

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه‌های اصلی

- ۱- گروه درمانی شناختی - رفتاری موجب بهبود اختلال نافرمانی - مقابله‌ای و کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان می‌شود.
- ۲- گروه درمانی شناختی - رفتاری موجب کاهش ابعاد پرخاشگری دانش‌آموزان می‌شود.