

تأثیر قصه گویی مبتنی بر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهبود  
مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری دانش آموزان پسر هشت تا ۱۰  
ساله مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی (ODD)

رسول روشن چسلی<sup>۱</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۲/۳/۲۰

تاریخ وصول: ۹۱/۱۰/۲

#### چکیده

پژوهش حاضر جهت بررسی تأثیر قصه گویی مبتنی بر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری دانش آموزان پسر هشت تا ده ساله مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی (ODD) شهر گرگان انجام شده است. این مطالعه از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه است. ۴۵ دانش آموز که بر اساس فهرست رفتاری کودک (CBCL) و فرم گزارش معلم (TRF)، مبتلا به ODD تشخیص داده شده بودند انتخاب شده و سپس توسط فرم معلم مقیاس درجه بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت (۱۹۹۰) (SSRS) مورد ارزیابی قرار گرفتند. در نهایت ۲۸ نفر از دانش آموزان مذکور که نمره مهارت‌های اجتماعی آنها در مقیاس SSRS پایین بوده و وجود مشکلات رفتاری آنها در بخش مشکلات رفتاری SSRS نیز تأیید شد، انتخاب شده و به شکل تصادفی

---

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد [Rasolroshan@yahoo.com](mailto:Rasolroshan@yahoo.com)

به دو گروه آزمایش ( $n=14$ ) و گواه ( $n=14$ ) تقسیم شدند. سپس قصه گویی مبتنی بر آموزش مهارت های اجتماعی به مدت ۲ ماه در ۱۵ جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه ای برای آزمودنی های گروه آزمایش اجرا شد. در پایان دوره آموزش، آزمودنی ها دوباره به کمک مقیاس درجه بندی مهارت های اجتماعی گرشام و الیوت ارزیابی شدند. تحلیل داده ها نشان داد که گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه، پس از پایان جلسات قصه گویی مبتنی بر آموزش مهارت های اجتماعی، بر اساس ارزیابی معلم، افزایش معناداری در خرده مقیاس های همکاری ( $P<0/001$ )، ابراز وجود ( $P<0/05$ )، مهار خود ( $P<0/001$ ) و نمره کلی مهارت های اجتماعی ( $P<0/001$ ) و کاهش معنادار در نمره مشکلات رفتاری ( $P<0/01$ ) پیدا کرده است.

**واژگان کلیدی:** آموزش مهارت های اجتماعی، مهارت های اجتماعی، مشکلات رفتاری، اختلال رفتار مقابل ای و بی اعتنائی، دانش آموز.

#### مقدمه

بیش از یک میلیارد نفر از جمعیت جهان را کودکان تشکیل می دهند که ۸۵ درصد آن ها در کشورهای در حال توسعه به سر می برند (ماش و بارکلی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). در ایران نیز بیش از ۵۰ درصد جمعیت را افراد زیر ۱۵ سال تشکیل می دهند. با توجه به جمعیت بالای کودکان زیر ۱۵ سال، توجه به مشکلات و مسائل روانی آنها از اهمیت بسزایی برخوردار است (قهاری و همکاران، ۱۳۸۲).

تعداد کودکانی که وخامت مشکلات آنها در حدی است که نیاز به درمانگری را مطرح می کند در حدود ۱۵ تا ۲۲ درصد تخمین زده شده است (کاستلو<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۳)، با این حال آنها در ۷۰ تا ۸۰ درصد موارد، مداخلات مناسب را دریافت نمی کنند (ایوانز<sup>۳</sup> و همکاران،

1. Mash & Barkley

2. Castello

3. Evans

(۲۰۰۵). از جمله اختلالاتی که به شدت نیازمند خدمات درمانی هستند اختلالات رفتاری می‌باشند (وو<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). اختلالات رفتاری به نقص عملکرد در مدرسه، تحصیل و خانواده منجر می‌شوند و در نهایت ممکن است به افت تحصیلی و اخراج از مدرسه و بروز رفتارهای بزهکارانه بینجامند و منشأ پیامدهای طولانی ناگواری شوند (ایوانز و همکاران، ۲۰۰۵).

یکی از شایعترین اختلالات رفتاری که در سن دبستان بروز می‌کند، اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی<sup>۲</sup> است (انستیتو ملی سلامت روان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱، به نقل از فلانگان و اسکویول<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶؛ موگان<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). میزان شیوع آن در سنین دبستان بین دو تا ۱۶ درصد (-*DSM-IV*)، *TR*، ۲۰۰۰؛ به نقل از نیکخو، ۱۳۸۱؛ ریگا<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۶) و حتی تا ۲۲ درصد (*APA*)<sup>۷</sup>، ۱۹۹۴ و *AMI*<sup>۸</sup>، ۱۹۹۷، به نقل از میلن<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۱، گزارش شده است. این اختلال اغلب تا قبل از هشت سالگی و حداکثر تا اوایل نوجوانی ظاهر می‌شود (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲).

اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی (*ODD*) یکی از اختلال‌های طبقه بندی شده در طبقه<sup>۱۰</sup> اختلال‌های ایدایی است که مهمترین مشخصه<sup>۱۱</sup> آن الگوی پایدار رفتار تکراری منفی‌گرایی، لجبازی، نافرمانی و خصومت در برابر مظاهر قدرت است که حداقل شش ماه دوام داشته است، متناسب با سن تحولی کودک نیست و باعث اختلال قابل ملاحظه<sup>۱۲</sup> بالینی در کنش وری تحصیلی، اجتماعی و شغلی فرد می‌شود (*DSM-IV-TR*)، ۲۰۰۰؛ به نقل از نیکخو، ۱۳۸۱). رفتارهای خاص این اختلال عبارتند از، سرپیچی از قوانین روزمره، قهر کردن و قشقرق راه

1. *wu*
2. *Oppositional Defiant Disorder (ODD)*
3. *National Institute of Mental Health*
4. *Flanagan & Esquivel*
5. *Maurghan*
6. *Rigau*
7. *American Psychiatric Association (APA)*
8. *Applied Medical Informatics (AMI)*
9. *Milne*

انداختن، بحث و جدل با قدرت های مافوق، آزار دیگران، مقصر دانستن دیگران در بروز مشکلات، ناسزاگویی و ... (بلوم کویست<sup>۱</sup>، ۱۳۸۳).

اختلال رفتار مقابله ای و بی اعتنائی، اختلالی تدریجی و مزمن است که تقریباً همیشه در روابط بین فردی و عملکرد تحصیلی کودک تداخل می کند. این کودکان اغلب دوست و رفیقی ندارند و روابط انسانی برای آنها رضایت بخش نیست (بلوم کویست، ۱۳۸۳). کودکان مبتلا به این اختلال علیرغم هوش کافی، بدلیل عدم مشارکت و مقاومت در برابر توقعات خارجی و اصرار بر حل مشکلات بدون کمک دیگران، در مدرسه پیشرفتی ندارند و ممکن است رد شوند. این مشکلات موجب کاهش اعتماد به نفس، تحمل کم برای ناکامی، خلق افسرده و حملات کج خلقی می شود (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲). پیش آگهی اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سالهای آینده در خطر رشد مشکلات بعدی از جمله شکست تحصیلی و ناسازگاری هیجانی هستند (هادزیاک<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). گذشته از تاثیر که این اختلال بر مسائل اجتماعی و تحصیلی و ارتباط با اعضای خانواده می گذارد، چنانچه بدون درمان رها شود در بیش از ۷۵ درصد موارد به اختلال سلوک و اختلال ضد اجتماعی و دیگر آسیب های روانی بزرگسالی که مرتبط با پرخاشگری و خشونت هستند، تبدیل می شود (مایلن و همکاران، ۲۰۰۱؛ لوبر<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۵، به نقل از هاردا<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

در باب علت شناسی اختلال عوامل زیادی مطرح شده است که از مهمترین آنها می توان به ناتوانی والدین در اداره صحیح مشروط کودک، نقص در کنترل خشم بوسيله کودکان و مهمتر از همه، نقص در مهارت های اجتماعی و به طور کل مهارت های زندگی آنان اشاره کرد (بالیس و دیویس، ۱۹۹۷). نقش الگوی نادرست رفتارهای اجتماعی در شکل گیری رفتارهای مقابله ای در نتایج بسیاری از تحقیقات برجسته است (تگلاسی و راسمن، ۲۰۰۱). بسیاری از

- 
1. Bloom Quist
  2. Hudziak
  3. Loeber
  4. Harda
  5. Bullis & Davis

محققین (گلدستین و کراشر<sup>۱</sup> ۱۹۸۷؛ سام<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۰، لاگریکا و سانتوگروسی<sup>۳</sup> ۱۹۹۱، به نقل از لاول و باربارا<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳)، نداشتن مهارت های لازم در شرایط بحرانی از جمله مهارت‌های اجتماعی را از اساسی ترین مشکلات کودکان نافرمان می دانند. فراوانی این مسأله در کودکان مبتلا به اختلال *ODD*، ۷۲٪ گزارش شده است (بالیس و دیویس، ۱۹۹۷).

برخی پژوهشگران چگونگی تأثیر نارسایی در مهارت های اجتماعی بر بروز اختلال را این گونه تبیین می کنند: در سطح اجتماعی، تعامل اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی با منابع قدرت مانند معلمان، والدین و... فاقد ظرفیت و توانایی لازم است (کازدین<sup>۵</sup>، ۱۹۸۷؛ هوگز<sup>۶</sup>، ۱۹۸۸). در واقع گستره مشکلات اجتماعی این افراد را می توان در ضعف روابط بین فردی، ناتوانی در استفاده از مهارت‌های اجتماعی، پائین بودن سطح توانایی ابراز وجود<sup>۷</sup>، ناتوانی در بیان احساسات و فقدان رفتارهای مودبانه در تعاملات اجتماعی خلاصه کرد. اشکال در رفتارهای اجتماعی محصول فقدان مهارت های اجتماعی است که با رفتارهای پرخاشگرانه و حدت می یابد و نظام روابط اجتماعی فرد را به سطح گسیختگی می کشاند. وجود اشکال در رفتارهای اجتماعی و عدم استقرار روابط بین فردی دوستانه، احساس طرد شدگی را نیز در پی دارد. وقتی این احساس با رفتارهای پرخاشگرانه توأم می شود، شکل گیری رفتارهای مقابله‌ای و بی‌اعتنایی در کودک حتمی خواهد بود (تگلاسی و راسمن<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱).

یکی از وظایف اجتماعی کودکان فراگرفتن مهارت در ایجاد رابطه متقابل و موفق با همسالان است. کودکان از طریق تعامل با همسالان رفتارهایی مانند رعایت نوبت، مشارکت،

- 
1. *Goldstein & krasher*
  2. *Summe*
  3. *Lagreca & Santogrossi*
  4. *Lowell & Barbara*
  5. *Kazdin*
  6. *Hughes.*
  7. *assertiveness*
  8. *Teglasi & Rottman.*

همکاری، توجه به نظر دیگران و کنترل خشم را فرامی‌گیرند. همچنین کودکان مهارت‌های اجتماعی را به آسانی از راه تعامل با پدر و مادر و سایر اعضای خانواده فرامی‌گیرند. فرا نگرفتن این مهارت‌ها سبب ناسازگاری‌های رفتاری و شکست تحصیلی کودک در آینده می‌گردد (بلوم کویست و همکاران، ۱۳۸۳؛ سرجین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که امروزه جهت پیشگیری و اصلاح بسیاری از اختلالات رفتاری و از جمله اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی به عنوان اولین یا مهمترین گام می‌بایست به ارزیابی و پرورش مهارت‌های فردی و اجتماعی کودکان و نوجوانان پرداخته شود. زیرا اگر این افراد بخواهند از حداکثر ظرفیت‌های ذهنی و توانمندی‌های بالقوه خود بهره‌مند شوند می‌بایست از نگرشی مثبت نسبت به خود و همچنین انگیزه‌های قوی برای تلاش برخوردار شوند (هارجی و ساندرز، ۱۳۷۷). اگرچه تاثیر نسبی آموزش مستقیم مهارت‌های شناختی و اجتماعی در مطالعات متعدد گزارش شده است (کازدین، ۱۳۸۱)، به طور کلی پژوهشگران عدم تعمیم پذیری مهارت‌های آموخته شده به محیط طبیعی را، بزرگترین مشکل آموزش سنتی مهارت اجتماعی (آموزش، ارایه الگو، تمرین، بازخورد و تقویت) می‌دانند. زیرا در این شیوه، آموزش یک مهارت تنها دستورالعملی مستقیم درباره یک نحوه عمل مشخص در یک موقعیت خاص است و انعطاف پذیری لازم را برای تطبیق با موقعیت جدید ندارد (راحیل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). بر همین اساس به کارگیری شیوه‌های غیر مستقیم مثل بازی و قصه در آموزش مهارت‌ها یک ضرورت به حساب می‌آید. به نظر می‌رسد از انجایی که آموزه‌ها و پندها در خلال قصه به خوبی برای کودک قابل فهم و معنادار می‌شود، احتمال به کارگیری و تعمیم آن توسط کودک در زمینه‌های مشابه افزایش می‌یابد. از طرف دیگر به دلیل شرایط خاص دوره کودکی، از نظر توانای شناختی و عدم علاقه کودکان بویژه پسران به شرکت در جلسات درمانی، کودکان می‌توانند از روش قصه درمانی استفاده بیشتری کنند. در واقع مجاورت و نزدیکی کودکان به

---

1. *Sergin*

2. *Rahill, S. A.*

رویدادهای مهم بین فردی در زندگی روزمره و غوطه ور بودن آنها در جنبه های حسی و عینی تجربه ها موجب می شود که این رویدادها نفوذ قوی تری در قصه های زندگی آنها داشته باشد (اشنایدر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ ترد<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). همچنین نگرستن به رخدادها از دور، می تواند به کودک کمک می کند تا پیچیدگی موقعیت را با دفاع کمتر، کاهش دهند (فربرین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲).

پژوهش های مختلف اثر بخشی قصه و قصه گویی در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش رفتار های مثبت در کودکان نشان می دهد (سانسوستی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ واتز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸؛ آگوستا<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ شستمن<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹؛ شستمن و ناشول<sup>۸</sup>، ۱۹۹۶؛ تگلوسی و روتمن، ۲۰۰۱؛ فرگان<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲؛ هفنز<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۳؛ سیدی، ۱۳۸۲؛ و نصیر زاده و روشن، ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰).

در حال حاضر، متخصصان بر این امر واقفند که مداخلات بهداشت روان برای کودکان دبستانی به منظور پیشگیری اولیه، درمان اولیه و توسعه بهداشت روان لازم است (کارون و پارتز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴). در همین راستا و با در نظر گرفتن این مسأله که دو سوم کودکان مبتلا به **ODD** مشکلاتی را در مهارت های اجتماعی دارند، پژوهش حاضر قصد دارد تا از طریق قصه، مهارت های اجتماعی را به کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای آموزش دهد. در این شیوه، مهارت هایی که کودک برای برخورد مناسب در موقعیت های گوناگون اجتماعی لازم دارد، در محتوا و فرایند مجموعه ای از قصه ها گنجانده و به کودک ارائه می شود. فرض بر این است که قهرمان داستان به عنوان الگو عمل کرده و کودک در جریان یادگیری مشاهده ای و شرطی سازی جانشینی رفتار جدیدی را از او بیاموزد (هفنز، ۲۰۰۳) یا به زبان روان تحلیل گری

- 
1. *Schneider P*
  2. *Trad PV*
  3. *Fairbairn GJ*
  4. *Sansosti, F. J.*
  5. *Watts, K.*
  6. *Agosta, E*
  7. *Shechtman, Z*
  8. *Nachshol, R.*
  9. *Forgan, J. W*
  10. *Heffner, M*
  11. *Charron & Parns*

کودک با قهرمان داستان همانند سازی کرده و قالب رفتاری او را برای خود برگزیند (آدامز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). کودک قواعد خودساخته ای را بر اساس پیام استعاره ای قصه شکل می دهد که به جریان واقعی زندگی او تعمیم می یابد و رفتار کودک را هدایت خواهند کرد (گریتز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). کودک در فضای ایمن قصه به دور از اضطراب، سرزنش و تنبیه، با مقایسه وضعیت های موجود در قصه، با زندگی واقعی خود، به بینش و خودآگاهی دست می یابد (کالسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). این خودآگاهی می تواند باعث خودتنظیمی و خودکنترلی در کودک شود. لذا این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی قصه گویی مبتنی بر آموزش مهارت های اجتماعی بر مهارت های اجتماعی و مشکلات رفتاری دانش آموزان پسر هشت تا ده ساله<sup>۴</sup> مبتلا به اختلال رفتار مقابله ای و بی اعتنایی طراحی و اجرا گردید.

### روش پژوهش

این مطالعه از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه است و جامعه<sup>۵</sup> مورد مطالعه<sup>۶</sup> آن دانش آموزان پسر هشت تا ۱۰ ساله<sup>۷</sup> مقطع ابتدایی شهرستان گرگان می باشند. ابتدا پنج مدرسه به شکل تصادفی از میان دبستان های پسرانه انتخاب و سپس به آن مدارس مراجعه و با مسئولین آنها در ارتباط با تحقیق حاضر و ویژگی های دانش آموزانی که به عنوان آزمودنی مورد بررسی قرار خواهند گرفت، گفتگو شد. بعد از هماهنگی های لازم با مسئولین این مدارس، از آنها درخواست شد تا دانش آموزانی را که در مدرسه نافرمانی و ناسازگاری دارند، معرفی نمایند. سپس پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته و فهرست رفتاری کودک (CBCL) همراه با توضیحاتی در مورد هدف تحقیق، توسط دانش آموزان معرفی شده هر مدرسه برای والدین آنها ارسال شد. پس از تکمیل پرسشنامه ها توسط والدین و ارجاع مجدد آن به مدرسه، دانش آموزانی که در مقیاس رفتار مقابله ای و بی اعتنایی فهرست

- 
1. Adams I
  2. Graetz, J. E
  3. Carlson, R.



رفتاری کودک نمره بالاتر از نقطه ۰ برش ( $T$  بالاتر از ۶۹) کسب کردند انتخاب شدند. به منظور تأیید نظر گاه والدین، فرم گزارش معلم ( $TRF$ ) توسط معلم دانش آموزان انتخاب شده تکمیل شد. پس از هماهنگی دو نظر گاه والدین و معلم، جهت تشخیص دقیق تر مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک های اختلال نافرمانی مقابله ای در  $DSM-IV$ <sup>۱</sup> نیز از مادران کودکان مذکور به عمل آمد تا وجود اختلال در این کودکان محرز شود. در نهایت ۴۵ نفر از دانش آموزانی که دارای اختلال نافرمانی مقابله ای بودند، انتخاب و با استفاده از فرم معلم مقیاس درجه بندی مهارت های اجتماعی مخصوص کودکان دبستانی ( $SSRS$ )<sup>۲</sup> گرشام و الیوت، (۱۹۹۰) ارزیابی گردیدند. در نهایت ۲۸ نفر از دانش آموزان مذکور که نمره مهارت های اجتماعی آنها در مقیاس  $SSRS$  پایین بوده و وجود مشکلات رفتاری آنها در بخش مشکلات رفتاری  $SSRS$  نیز تأیید شد، انتخاب شده و به شکل تصادفی به دو گروه آزمایش ( $n=۱۴$ ) و گواه ( $n=۱۴$ ) تقسیم شدند. (گروه آزمایشی و گواه از لحاظ شرایط اقتصادی- فرهنگی و سطح مهارت های اجتماعی و مشکلات رفتاری با یکدیگر همتا شدند). سپس آزمودنی های گروه آزمایش، در ۱۵ جلسه ۶۰ دقیقه ای به مدت ۲ ماه هفته ای دو بار در جلسات گروهی قصه گویی مبتنی بر آموزش مهارت های اجتماعی شرکت کردند. محور قصه های مطرح شده در این دوره، بر اساس مشکلات رفتاری و ارتباطی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای و با تکیه بر بسته آموزش مهارت های زندگی توسط پژوهشگر تدوین شد. کلیه قصه های تدوین شده توسط یک متخصص بالینی کودک و نوجوان و یک متخصص حوزه ادبیات کودک با در نظر گرفتن اهداف هر جلسه مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. گروه کنترل هیچگونه مداخله ای دریافت نکردند. ترتیب و محور قصه های بیان شده در جلسات به صورت زیر بود:

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*
2. *Social Skills Rating Systems (SSRS)*

- ۱- همکاری و کار گروهی: با هدف آموزش این نکته به کودکان که وقتی وارد کار گروهی می‌شوند، چگونه گروه را با همکاری یکدیگر به هدف نزدیک کنند. از دیگر اهداف این برنامه، آموزش تفاوت کار گروهی با کار انفرادی و شناسایی معایب و مزایای آنها بود.
- ۲- شناسایی نقاط قوت و ضعف: با هدف اینکه کودکان خود را انسان منحصر به فردی ببینند و نقاط قوت، توانایی‌ها و خصوصیات فردی خود را شناسایی و محدودیت‌های خود را به روشی سازنده و مثبت درک کنند.
- ۳- خود آگاهی: شناخت احساسات و توانایی‌های خود و ارتباط بین افکار، احساسات و واکنش‌ها.
- ۴- احساس و هیجان (قسمت اول): تشخیص و بروز هیجانات و احساسات با هدف شناسایی طیفی از احساسات شایع که کودکان به نحوی آن را تجربه می‌کنند. شناسایی راههای کلامی و غیر کلامی ابراز احساسات و هیجانات و کسب توانایی بیشتر در شناخت احساسات و هیجانات خود و حالات هیجانی دیگران.
- ۵- احساس و هیجان (قسمت دوم): مدارا با احساسات شدید و با هدف تشخیص این هیجانات و اینکه همه افراد در زمانهای مختلف تا حدی این احساسات و هیجانات شدید را تجربه می‌کنند. شناخت راههای موثر مدارا با هیجانات شدید، مثل خشم و غم.
- ۶- ارتباط (قسمت اول): تعریف فرایند خوب گوش دادن، شناخت اجزای مختلف گوش دادن فعال و تمرین آن در کلاس.
- ۷- ارتباط (قسمت دوم): شناسایی اجزای مختلف ارتباط، شناخت جنبه‌های مختلف ارتباط کلامی و غیر کلامی، درک اهمیت ارتباط غیر کلامی در تعاملات انسانی و نیز درک اهمیت هماهنگی بین ارتباط کلامی و غیر کلامی.

۸- ارتباط (قسمت سوم): تعریف قاطعیت و "نه" گفتن با هدف فهم تفاوت بین رفتارهای قاطعانه، منفعل و پرخاشگرانه و اینکه کودکان بیاموزند برای نظرات خود و دیگران ارزش قایل شوند و به آنها احترام بگذارند.

۹- تفکر انتقادی: با هدف اینکه کودکان بیاموزند هر اطلاعاتی را که از محیط اطراف به آنها می‌رسد بدون تفکر و تامل نپذیرند و آن را تحلیل و نقد کنند.

۱۰- حل مساله و تصمیم‌گیری: با هدف درک این مسئله که در زندگی روزمره با مسایل و مشکلات زیادی روبرو می‌شوند و ناگزیرند در مورد آنها تصمیم‌گیری و حلشان کنند و اینکه برخی تصمیمات از اهمیت بیشتری برخوردارند و نیز آموزش روش تصمیم‌گیری صحیح.

در هر جلسه بر مبنای یکی از موضوعات بالا، قصه‌ای همراه با تصاویر مربوط به آن، برای کودکان گروه آزمایش توسط درمانگر خوانده می‌شد و سپس درباره محتوای داستان با کودکان بحث می‌شد. در پایان هر جلسه تعدادی از کودکان نقش شخصیت‌های موجود در قصه را بازی می‌کردند (بیشتر با هدف ارزیابی اینکه چقدر توانسته‌اند با شخصیت‌های داستان همانند سازی کنند). در پایان هر جلسه کارت‌هایی حاوی تصاویر به کودکان داده می‌شد و از آنها خواسته می‌شد بر اساس تصاویر کارت‌ها و با چسباندن کارت‌ها به هم، داستانی بسازند و در جلسه بعدی به همراه داشته باشند. کارت‌ها به نحوی بودند که کودک می‌توانست از برخی از آنها استفاده نکند. در شروع جلسه بعدی هر کودک داستانش را برای دیگر کودکان می‌خواند و دلایل استفاده و عدم استفاده از برخی کارت‌ها مورد بحث قرار می‌گرفت. به این ترتیب؛ پاسخ‌های مثبت و شرکت فعالانه کودکان؛ به کمک تقویت‌کننده‌های کلامی و غیر کلامی تقویت و از آنها به وسیله خوراکی در پایان هر جلسه پذیرایی می‌شد. در پایان، دوباره همه آزمودنی‌ها با مقیاس درجه بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت ارزیابی شدند.

در این پژوهش از پرسشنامه های فهرست رفتاری کودک (*CBCL*)، فرم گزارش معلم (*TRF*) و نیز فرم معلم مقیاس درجه بندی مهارت های اجتماعی (*SSRS*) (گرشام و الیوت، ۱۹۹۰) استفاده شد. *TRF* و *CBCL* دو فرم نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنابخ<sup>۱</sup> هستند که به ترتیب توسط والد و معلم، بر اساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته تکمیل می شوند. در این پرسشنامه ها مقیاس هایی بر اساس اختلالات *DSM-IV-TR* تنظیم شده است که عبارتند از مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، نارسایی توجه/ فزون-کنشی، تضادورزی جسورانه و مشکلات هنجاری. سؤالات مقیاس های این پرسشنامه ها، بصورت سه گزینه ای کاملاً، معمولاً و اصلاً می باشد که به ترتیب نمرات دو، یک و صفر را دریافت می کنند. برای هنجاریابی نظام سنجشی مبتنی بر تجربه آشنابخ در ایران، مینایی (۱۳۸۴) پس از انطباق های لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی، این فهرست را با استفاده از روش نمونه گیری چند مرحله ای بر روی نمونه ای به تعداد ۱۴۳۸ نفر شامل ۶۸۹ دختر و ۷۴۹ پسر بر اساس مقطع و پایه تحصیلی از ۳ بخش شمال، مرکز و جنوب شهر تهران و تعدادی از مراجعه کنندگان به بخش های روان پزشکی بیمارستان اجرا کرد. همسانی درونی مقیاس های شایستگی نظام سنجشی مبتنی بر تجربه آشنابخ (*ASEBA*) در سطح نسبتاً بالایی قرار دارد و دامنه آن از آلفای ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ برای *CBCL* و ۰/۸۴ برای *TRF* است. ضرایب آلفای مقیاس های سندرمی مبتنی بر *DSM-IV* در سطح رضایت بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ برای *CBCL* و ۰/۶۲ تا ۰/۹۲ برای (*TRF*) است همچنین ضرایب آلفای مقیاس های سندرمی مبتنی بر تجربه نیز در سطح رضایت بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۷ تا ۰/۸۸ برای *CBCL* و ۰/۷۵ تا ۰/۹۵ برای *TRF* گزارش شده است. همچنین پایایی آزمون-آزمون مجدد هر دو فرم سیاهه رفتاری کودک و فرم گزارش معلم با فاصله زمانی ۵ تا ۸ هفته توسط ۱۲۴ نفر از والدین، دانش آموزان و معلمان مجدداً تکمیل شد و داده ها با استفاده از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و آزمون *t* برای

1. Gresham & Elliot  
2. Ashtenbakh System of Empirically Based Assessment

نمونه‌های وابسته مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که کلیه ضرایب همبستگی در سطح  $P < 0/05$  از لحاظ آماری معنادار بوده است. روایی محتوا، وابسته به ملاک و سازه این پرسشنامه‌ها نیز در جامعه ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (مینایی، ۱۳۸۴).

مقیاس درجه بندی مهارت‌های اجتماعی (*SSRS*) در سه فرم ویژه پیش دبستان، دبستان و دبیرستان تهیه شده و بر پایه رشد کودک تنظیم شده است. همچنین این مقیاس در برگیرنده دو فرم ویژه معلم و والد است و هر فرم دارای دو بخش اصلی مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری است. فرم والد دارای ۳۹ گویه در زمینه مهارت‌های اجتماعی و ۱۰ گویه در زمینه مشکلات رفتاری است. همچنین فرم معلم دارای ۳۰ گویه در زمینه مهارت‌های اجتماعی و ۱۰ گویه در زمینه مشکلات رفتاری است. هریک از گویه‌ها دارای پاسخ‌های سه نمره‌ای با گزینه‌های هرگز، برخی اوقات و اغلب اوقات است. در این پژوهش از فرم معلم مقیاس *SSRS* ویژه کودکان دبستانی استفاده گردید. بخش مهارت‌های اجتماعی در برگیرنده رفتارهایی مانند همکاری، ابراز وجود و مهار خود است. بخش‌های یاد شده به صورت خرده آزمون ارائه شده‌اند و از جمع نمرات این خرده آزمون‌ها نمره مهارت‌های اجتماعی بدست می‌آید. بخش مشکلات رفتاری این مقیاس دارای سه خرده آزمون رفتارهای برونی سازی شده، رفتارهای درونی سازی شده و بیش‌فعالی است. فرم ویژه دبستانی مقیاس *SSRS* برای کاربرد در ایران ترجمه شده و انطباق یافته است. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد مورد تأیید قرار گرفت. همچنین پایایی همسانی درونی دو فرم والد و معلم از آلفای ۰/۷۷ تا ۰/۹۹ برای کودکان عقب مانده ذهنی و ۰/۴۹ تا ۰/۹۶ برای کودکان عادی گزارش شده است. روایی محتوایی پرسشنامه نیز با استفاده از نظر صاحب نظران و روایی ظاهری با استفاده از نظر تعدادی از والدین بررسی و تأیید شد (شهم، ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸). برای بررسی روایی سازه مقیاس از تحلیل عوامل با مولفه‌های اصلی و سپس چرخش ابلیمین<sup>۱</sup> برای بخش مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری به طور جداگانه در دو فرم ویژه پدر و مادر و آموزگار بهره گرفته شده

است. تحلیل عوامل پس از محاسبه ضریب های  $KMO$ <sup>۱</sup> و با ترسیم نمودار اسکری<sup>۲</sup> منجر به استخراج سه عامل با مقدار آیکن<sup>۳</sup> بیشتر از یک در پرسشنامه های مهارت های اجتماعی ویژه والدین و آموزگار گردید که خویشتن داری، قاطعیت و همکاری نام گرفت. گویه های این سه عامل دارای وزن عاملی بیشتر از ۴۰٪ بودند. تحلیل عوامل در بخش مشکلات رفتاری پرسشنامه ویژه آموزگار، استخراج سه عامل با مقدار آیکن بیشتر از یک را در پی داشت که رفتارهای درون زا، برون زا و پرتحرکی را اندازه گیری می کند. به طور کلی تحلیل عوامل نشان دهنده روایی سازه مقیاس بود (شهیم، ۱۳۸۱).

در نهایت داده های قبل و بعد از آموزش به کمک برنامه کامپیوتری *SPSS* و آزمون *U* من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره مهارت های اجتماعی و مشکلات رفتاری در پیش آزمون، پس آزمون را نشان می دهد.

جدول ۱. شاخص های توصیفی مربوط به نمره مهارت های اجتماعی و مشکلات رفتاری در پیش آزمون، پس آزمون

میانگین		انحراف معیار		شاخص
متغیر	گروه	آزمون	گروه	
نمره کل مهارت های اجتماعی	۲۵/۹	۳/۷	۲۵/۹	پیش آزمون
مشکلات رفتاری	۱۳/۴۷	۲/۶۱	۱۳/۴۷	
نمره کل مهارت های اجتماعی	۲۸	۳	۲۸	پس آزمون
مشکلات رفتاری	۱۳/۴۰	۱/۵۴	۱۳/۴۰	
نمره کل مهارت های اجتماعی	۳۰/۹۰	۲/۷۱	۳۰/۹۰	

1. Kaiser-Meyer-Olkin

2. Scree Plot

3. Eigen Value

مشکلات رفتاری	۱۱/۸۷	۲/۲۳
نمره کل مهارت‌های اجتماعی	۴۲/۲	۳/۲۱
مشکلات رفتاری	۹/۶	۲/۳۲

اطلاعات به دست آمده از دو مرحله ارزیابی (پیش آزمون، پس آزمون) با استفاده از آزمون  $U$  من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتیجه این تحلیل در جدول ۲ آمده است. جدول ۲. مقایسه میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون- پس آزمون مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری بر اساس آزمون  $U$  من ویتنی

شاخص متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین رتبه	- من ویتنی $U$	$Z$	سطح معناداری
مهارت‌های اجتماعی	آزمایش ۱۴/۲۷- گواه ۵-	۳/۹۹ ۴/۲	۱۰ ۱۴	۹/۱۷ ۲۱/۸	۱۷/۵	-۳/۹	۰/۰۰۱
مشکلات رفتاری	آزمایش ۳/۸ گواه ۱/۶	۲/۲۷ ۳/۰۱	۱۰ ۱۴	۲۰/۰۷ ۱۰/۹۳	۴۴	-۲/۸	۰/۰۰۴

نگاهی به نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که  $Z$  مشاهده شده ناشی از آزمون  $U$  من ویتنی در مورد نمرات مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری دو گروه آزمایش و گواه با توجه به مقادیر بحرانی معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تفاضل پیش آزمون و پس آزمون نمره مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری دو گروه آزمایش و گواه معنادار می‌باشد. به عبارت دیگر نمرات مهارت‌های اجتماعی در گروه آزمایش با توجه به تغییرات پس آزمون نسبت به پیش آزمون، افزایش یافته و نمره مشکلات رفتاری با در نظر گرفتن تغییرات پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است. بنابراین با توجه به نتایج بدست

آمده، قصه‌گویی بر مبنای آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی شده است. روند تغییرات متغیرهای برنامه‌ریزی (تعداد خطا و تعداد صحیح) در سه زمان اندازه‌گیری پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری در نمودارهای ۱ و ۲ ارائه شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که کودکان مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی دارای سطوح پایین مهارت‌های اجتماعی هستند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به دنبال قصه‌گویی بر مبنای آموزش مهارت‌های اجتماعی، نشان داد که تغییرات ایجاد شده در نمرات مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری معنی‌دار است. یعنی می‌توان گفت که روش بکار گرفته شده در مورد گروه آزمایش موثر بوده است. بررسی نمره‌های گروه آزمایش، پس از قصه‌گویی بر مبنای آموزش مهارت‌های اجتماعی، نشان داد که تفاوت معنی‌داری در زمینه مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری در مقایسه با گروه گواه وجود دارد.

این یافته‌ها با یافته‌های سانسوستی و همکاران، ۲۰۱۰؛ واتز، ۲۰۰۸؛ شستمن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹؛ شستمن و ناشول<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶؛ تگلوسی و روتمن، ۲۰۰۱؛ فرگان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲؛ هفنر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳؛ سیدی، ۱۳۸۲؛ و نصیرزاده و روشن، ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰، همسویی دارد. این پژوهشگران نشان دادند که قصه و قصه‌گویی در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش رفتارهای مثبت در کودکان تاثیر دارد.

با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی در اثر آموزش، می‌توان گفت که

1. Shechtman, Z

2. Nachshol, R.

3. Forgan, J. W

4. Heffner, M



مداخله<sup>۱</sup> بکار گرفته شده در پژوهش حاضر، روش سودمندی جهت افزایش مهارت های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان است. برای تبیین این امر باید توجه داشت که اکثر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال رفتار مقابله ای و بی اعتنایی به دلیل فقدان تجارب اجتماعی مناسب و کافی آنها است (سام و همکاران، ۱۹۹۰، لاگریکا و سانتوگروسی ۱۹۹۱، به نقل از لاول و باربارا، ۱۹۹۳؛ بالیس و دیویس، ۱۹۹۷؛ تگلاسی و راسمن، ۲۰۰۱)، بنابراین می توان پذیرفت که آموزش برنامه ای که مهارت های اجتماعی این کودکان را افزایش می دهد بتواند مشکلات رفتاری این کودکان را کاهش دهد. از طرف دیگر، در این شیوه، مهارت هایی که کودک برای برخورد مناسب در موقعیت های گوناگون اجتماعی لازم دارد، در محتوا و فرایند مجموعه ای از قصه ها گنجانده و به کودک ارائه می شود (مار<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). فرض بر این است که قهرمان داستان به عنوان الگو عمل کرده و کودک در جریان یادگیری مشاهده ای و شرطی سازی جانشینی رفتار جدیدی را از او بیاموزد (هفتر، ۲۰۰۳) یا به زبان روان تحلیل گری کودک با قهرمان داستان همانند سازی کرده و قالب رفتاری او را برای خود برگزیند. کودک قواعد خودساخته ای را بر اساس پیام استعاره ای قصه شکل می دهد که به جریان واقعی زندگی او تعمیم می یابند و رفتار کودک را هدایت خواهند کرد. کودک در فضای ایمن قصه به دور از اضطراب، سرزنش و تنبیه، با مقایسه وضعیت های موجود در قصه، با زندگی واقعی خود، به بینش و خودآگاهی دست می یابد (کالسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). این خودآگاهی می تواند باعث خودتنظیمی و خودکنترلی در کودک شود.

سپاسگذاری

---

1. Marr, D  
2. Carlson, R.

در انتها از همکاری صادقانه آموزش و پرورش کل و مسئولان و معلمان گرامی دبستان‌های پسرانه ۰ شهرستان گرگان و نیز دانش آموزان شرکت کننده در این مطالعه و والدین آنها کمال تشکر را داریم.

### منابع فارسی

- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۰۰). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ترجمه: محمدرضا نیکخو و هامایاک آرادیس یانگ (۱۳۸۱)، تهران، انتشارات سخن.
- بلوم کویست، مایکل. ال. (۲۰۰۳). مهارت های سازگاری با کودکان ناسازگار: راهنمای عملی برای والدین و درمانگران، ترجمه: جواد علاقبندراد (۱۳۸۳)، تهران، انتشارات سنا.
- سادوک، بنیامین، و سادوک، ویرجینیا. (۲۰۰۰). خلاصه روان پزشکی: علوم رفتاری - روان پزشکی بالینی، جلد سوم، ترجمه: نصرت ا... پورافکاری (۱۳۸۲)، تهران، نشر آب.
- سیدی، طاهره. (۱۳۸۱). تاثیر قصه گویی در درمان پرخاشگری، مقاله ارائه شده در اولین همایش بین المللی روانپزشکی کودک و نوجوان، ۱۵۴
- شهیم، سیما. (۱۳۷۷). بررسی روایی و پایایی مقیاس روش درجه بندی مهارت اجتماعی در گروهی از کودکان شیراز، مجله علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، ش ۳ و ۴، ص ۳۸-۱۷.
- شهیم، سیما. (۱۳۷۸). بررسی مهارت اجتماعی در گروهی از کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر با استفاده از نظام درجه بندی مهارت اجتماعی، مجله روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، ش ۴، ص ۳۷-۱۸.
- شهیم، سیما. (۱۳۸۱). گزارش نهایی طرح پژوهشی هنجاریابی مقیاس روش درجه بندی مهارت های اجتماعی برای کودکان دبستانی در شیراز. معاونت پژوهشی دانشگاه شیراز.

عربگل، فریده، داوری، رزیتا، خزائلی، آذین، شیرازی، الهام، و بینا، مهدی. (۱۳۸۳). متن آموزشی بهداشت روان و مهارت‌های زندگی برای زنان، تهران، اداره سلامت روان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر امور زنان، تهران، نشر آرویج.

عطاری، یوسف؛ شهینی، منیژه؛ بشکیده، کیومرث؛ کوچکی، محمد. (۱۳۸۴). بررسی تاثیر آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی در سازگاری فردی-اجتماعی نوجوانان بزهکار در شهرستان گنبد کاووس، *اندیشه و رفتار*، ۱۲، ص ۲۵-۴۶.

قهراری، شهربانو؛ مهریا، امیرهوشنگ؛ و بیرشک، بهروز. (۱۳۸۲). بررسی مقایسه‌ای برخی از اختلالات روانی در کودکان ۷ تا ۱۲ ساله‌شاهد، محروم از پدر، جانباز و عادی شهرستان چالوس. *مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. سال سیزدهم، شماره ۴۱. ص ۸۱-۹۰

هارجی، او و ساندرز، کا. (۱۹۹۴). مهارت‌های اجتماعی در ارتباط بین فردی، ترجمه: خشایار بیگی و مهرداد فیروزبخت (۱۳۷۷). تهران، انتشارات رشد.

همتی، قربان؛ شجاعی، ستاره. (۱۳۸۴). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش اختلال سلوک دانش آموزان دوره راهنمایی مدرسه امام سجاد (ع)، *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۴، ص ۷۳-۹۱.

مینایی، احمد. (۱۳۸۴). هنجار یابی نظام بخشی مبتنی بر تجربه آشنابخ، تهران، انتشارات سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی.

نصیرزاده، راضیه، روشن، رسول. (۱۳۸۹). مقایسه دو رویکرد قصه گویی در کاهش مولفه‌های رفتار پرخاشگرانه از دیدگاه والدین. *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل*، ۱۲(۲)، صفحات ۷۶-۷۰.

نصیرزاده، راضیه، روشن، رسول. (۱۳۹۰). تاثیر قصه گویی در کاهش پرخاشگری پسران شش تا هشت ساله. *مجله روانپزشکی بالینی ایران*، سال شانزدهم، شماره ۲، ۱۱۸-۱۲۶

## منابع انگلیسی

*American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text rev.) Washington DC: Author.*

- Adams I., Gouvousis, A., Van Lue, M., & Waldron, C. (2004). *Social story intervention: Improving communication skills in a child with autism spectrum disorder. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 19(2), 87-84.
- Agosta, E., Graetz, J. E., Mastropieri, M. A., & Scruggs, T. E. (2004). *Teacher-researcher partnerships to improve social behavior through social stories. Intervention in School and Clinic*, 39(5), 276-287.
- Bullis, M., Davis, C. (1997). *Futher examination of two measures of community-based social skills for adolescents and young with emotional and behavioral disorders, Behavioral Disorders*, 23, 29-39.
- Carlson, R. (2001). *Therapeutic use of story in therapy with children. Guidance & Counseling*, 16, 92-100.
- Castello, E. j, Burns, B., Anggolo, A. & leaf, p. (1993). *How can epidemiology improvemental Helth services of children and adolescents .The intervent, Journal of American Academy of Child and Psychiatry* , 32 , 1106-1117.
- Evans, S. W., Mullett E., Weist, M. D., & Franz K. (2005). *Feasibility of the mind matters' school mental health promotion program in American schools, Journal of Youth and Adolescence*, 34, 51-58.
- Fairbairn GJ. (2002). *Ethics, empathy and storytelling in professional development. Learning in Health and Social Care:1(1): 22-32.*
- Flanagan, R., & Esquivel, G. B. (2006). *Emperical and clinical methods in the assessment of personality and psychopatology: an integrative approach for training, Journal of psychology in the schools.43, 514-525.*
- Forgan, J. W. (2002). *Using biblio therapy to teach problem solving. Intervention in School and Clinic*, 38 (2), 75-83.
- Goldstein, A. P., krasher, G. (1987). *are sive behavior asesment and intervention. pergamon press.*
- Gresham FM, Elliot SN. (1990). *Social skills rating system (Manual). American Guidance Service , USA.*
- Graetz, J. E (2009). *Promoting social behaviors for adolescents with autism using social stories. Unpublished dissertation, George Mason University.*
- Harda, Y., Saitoh, K., Lida, J., Sakuma, A., Lwasaka, H., Imai, J., Hirabayashi, M., Yamada, S., & Amino, N., (2004). *The reliability and validity of the oppositional defiant behavior inventory, Journal of European child & Adolescent psychiatry*, 13, 185-190.
- Heffner, M. (2003). *Excremental support for the use of story telling to guide behavior: The effect of story telling on multiple and mixed ratio (FR)/ differential reinforcement of low rate (DRL) schedule responding. Unpublished Doctoral Dissertation. West Virginia University.*
- Hudziak, J. J., Copeland, W., Stanger, C., & Wadworth, M. (2004). *Screening for DSM-IV externalizing disorders with the child behaviour checklist: A receiver-operating characteristic analysis, Journal of child psychology and psychiatry*, 45, 1299-1307.

- Hughes, J. N. (1988). *Cognitive behavior therapy with children in schools*, New York: Pergamon Press.
- Kazdin, A. E. (1987). *Conduct disorders in childhood and adolescence*, Newbury park, CA: Sage Publications.
- Lowell, M., & Barbara, M. (1993). *Teaching secondary students with mild learning and behavior problems*, New York: Mori Allen.
- Marr, D.; Mika, H.; Miraglia, J., Roerig, M., & Sinnott, R. (2007). *The effect of sensory stories on targeted behaviors in preschool children with autism*, *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 27, 63–79.
- Mash, E.J., & Barkley, R.A. (2002). *Child psychopathology*-New York, The Guild Ford Press.
- Maurghan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). *Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology*, *Journal of child psychology and psychiatry*, 45, 609-621.
- Milne, J. M., Edwards, J. K., & Murchie, J.C. (2001). *Family treatment of oppositional defiant disorder: Changing views and strength based approaches*. *The Family Journal, Counseling and Therapy for Couples and Families*, 1, 17-28.
- Nabors, L. A., Reynold, M. S., & Weist, M. D., (2000). *Qualitative evaluation of a high school mental health program*, *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 1-13.
- Rahill, S. A. (2008). *A comparison of the effectiveness of story-based and skill-based social competence programs on the development of social problem solving and peer relationship skills of children with emotional disability*. Unpublished Doctoral Dissertation, Carlson Albizu University, Maryland [On-Line]. Available: (<http://proquest.umi.com/pqdweb>).
- Rigau, R. E., Garcia, N., & Artigas, P. (2006). *The treatment of oppositional defiant disorder [Abstract]*, *Journal of revista de neurologia*, 2, 83-88.
- Sansosti, F. J. & Powell-Smith, K. A. (2010). *The effects of Social Stories on the social behavior of children with Asperger's Syndrome*. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 8(1), 43–57.
- Schneider P, Dube RV. (2005). *Story presentation effects on children s retell content*. *Am J Speech Lang Pathol*;14:52-60.
- Segrin C, Flora J. (2000). *Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems*, *Human Communication Research* , 26: 489-514.
- Shechtman, Z. (1999). *Biblio therapy: An indirect approach to treatment of childhood aggression*. *Child Psychiatry and Human Development*, 30, 53-39.
- Shechtman, Z., & Nachshol, R. (1996). *A school-based intervention to reduce aggressive behavior in maladjusted adolescents*. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17, 535-552.
- Teglassi, H., & Rthman, L. (2001). *Stories: A classroombased program to reduce aggressive behavior*. *Journal of School Psychology*, 39 (1), 71-94.

- Trad PV. (2008). Use of developmental principles to decipher the narrative of preschool children. J Am Acad Child Adoles Psychiatry;31(4):581-92.*
- Watts, K. (2008). The Effectiveness of a Social Story Intervention in Decreasing Disruptive Behaviors in Autistic Children, Doctoral Dissertation, the Ohio State University.*
- Wu, P., Hoven, C. W., Bird, H. R., Moor, R. E., Cohen, P., Alegria, M., Dulcan, M., Goodman, S. H., Horwitz, S. M., Lichman, J. H., Narrow, W. E., Rae, D. S., Regier, D. A., & Roper, M.T. (1999). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38 , 1081-1090.*
- Zollinger, T. W., Saywell, R. M., Muegge, C. M., Wooldridge. J. S., Cummings, S. F., Caine. V. A. (2000). Impact of the life skills training curriculum on middle school student tobacco use in marion county, Indiana, Arch Surg, 3, 303-308.*