

شيوه نگارش مقاله برای نشریه تعلیم و تربیت استثنایی

۲

اثربخشی روان‌شناسی مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی



۹

مهرناز آزاد یکتا

اثربخشی کارکردهای اجرایی بر سطح تعاملات اجتماعی، خودانگی و اضطراب کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی



۲۱

عبدالمجید طاهری، امیرقمرانی، پرویز عسگری، سالار فرامرزی، فریبا حافظی

مقایسه‌ی اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری و آموزش ترکیبی به مادران بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی



۳۱

مسعود برشان، مریم چرامی، رضا احمدی، احمد غضنفری

نقش همدلی عاطفی، ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی والدین در سازگاری اجتماعی نابینایان



۴۱

سارا مختارنژاد، علی زینالی

اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تنیدگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم



۵۱

نسیم شهم، کبری کاظمیان مقدم، همایون هارون رشیدی

الگوی برنامه درسی مکمل ویژه دانش‌آموزان با اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی با تأکید بر مغز



۶۱

اشرف اصیلان، حسین مؤمنی مهموئی، علی‌اکبر عجم

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم: مطالعه‌ی موردی



۷۹

ساناز زارع زاده، خلیل اسماعیل پور، جلیل باباپور خیرالدین

چکیده انگلیسی مقاله‌ها

۹۰





رایانامه ✉

Exceptional.education@yahoo.com

سامانه دریافت مقاله 🌐

www.Exceptionaleducation.ir

راهنمای نگارش مقاله برای نشریه تعلیم و تربیت استثنایی

نشریه تعلیم و تربیت استثنایی به عنوان مجله رسمی سازمان آموزش و پرورش استثنایی، نشریه‌ای علمی است. براساس آیین‌نامه وزارت علوم، تحقیقات، فناوری مبنی بر حذف رتبه‌های علمی ترویجی، و علمی پژوهشی از تاریخ ۱۳۹۸/۰۲/۰۲ همه مجله‌ها با درجه‌بندی علمی A، B و ... شناخته می‌شوند. مجله تعلیم و تربیت استثنایی در درگاه نشریات علمی وزارت علوم با رتبه B قابل مشاهده است.

استادان، صاحب‌نظران، آموزگاران و مربیان، دانشجویان و سایر علاقه‌مندان می‌توانند مقاله‌های پژوهشی (Research/Original/Regular Article)، مروری (Review Article)، و گزارش موارد جالب و نادر (Case Report) خود را در زمینه مسائل آموزشی، توان‌بخشی، روان‌شناسی و ... گروه‌های مختلف استثنایی با جهت‌گیری یاد شده و شرایط زیر به دفتر نشریه ارسال کنند.

شرایط تدوین و ارسال مقاله

مقاله ارائه شده باید به نحوی به کودکان استثنایی مرتبط باشد. محورهای اصلی مورد نظر نشریه عبارت‌اند از:

- روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی
- خانواده‌های کودکان استثنایی
- مسائل اجتماعی و حقوقی کودکان استثنایی
- سلامت روانی و جسمانی کودکان استثنایی
- توان‌بخشی کودکان استثنایی
- سایر زمینه‌های مرتبط با کودکان و دانش‌آموزان استثنایی

فقط مقاله‌هایی پذیرفته می‌شوند که پیش از این در جای دیگر چاپ نشده باشند. ارسال مطالب به این نشریه به معنای تأیید این موضوع است و هر گونه مسئولیتی متوجه ارسال‌کننده مقاله است.

■ مطلب ارسالی با قلم می‌ترا ۱۴ در محیط نرم‌افزاری Word (آفیس ۲۰۱۳ به بالا) تایپ و از طریق سامانه exceptionaleducation.ir به دو صورت با و بدون نام نویسندگان، به دفتر نشریه ارسال شود. راهنمای مربوط در وب‌گاه موجود است.

■ مطلب از نظر غلط‌املائی یا تایپی، نشانه‌های سجاوندی، فاصله و نیم‌فاصله، مورد بررسی و ویرایش دقیق ارسال‌کننده قرار گرفته باشد.

- دارای چکیده فارسی و انگلیسی باشد.
- ارسال مطلب به این نشریه به معنای اعطای حق امتیاز به نشریه تعلیم و تربیت استثنایی است و هیئت تحریریه در هر مرحله‌ای در رد، قبول یا اصلاح و ویرایش مقاله آزاد است.
- تمام مقالات دریافت شده از طریق سامانه، برای بررسی ارتباط موضوعی و چارچوب کلی مقاله برای دبیر علمی ارسال می‌شوند.
- در یک بازه زمانی کمتر از ده روز بررسی اولیه مقالات دریافتی (اعلام نظر به نویسنده یا آغاز فرآیند داوری) انجام خواهد شد. پس از تأیید دبیر علمی، مقاله جهت داوری (نخست‌روشناسی، و پس از تأیید روش‌پژوهش برای دو داور محتوایی) فرستاده می‌شود.
- در هر مرحله از روند بررسی ممکن است نیاز به انجام ویرایش‌های متفاوتی باشد و نویسنده موظف است همه موارد را کامل و دقیق انجام داده یا توضیحاتی غنی مبنی بر عدم نیاز به اعمال اصلاحات خواسته‌شده به داور(ان) ارائه دهد.
- در فایل اصلاحی همه موارد اصلاح شده را حتماً مشخص کنید.
- زبان مقاله، فارسی معیار بوده و لازم است آیین نگارش کاملاً رعایت شده و از به کار بردن اصطلاحات خارجی که معادل دقیق و پذیرفته‌شده فارسی دارند، خودداری شود.

۲) عضو هیئت علمی: مرتبه علمی، گروه، دانشکده، دانشگاه، شهر، کشور.

مثال برای عضو هیئت علمی: دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

نکته مهم: در نوشتن وابستگی سازمانی به انگلیسی، به هیچ وجه عنوان گروه، دانشکده، دانشگاه و حتی شهر را از خودتان به انگلیسی ننویسید بلکه دقیقاً از وب‌گاه همان دانشگاه جستجو کرده و بنویسید.

وابستگی سازمانی دانشگاه آزاد

۱) عضو هیئت علمی: مرتبه علمی ...، گروه ...، واحد ...، دانشگاه آزاد اسلامی، شهر، کشور

مثال: دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲) عضو غیر هیئت علمی

□ مثال برای دانشجوی کارشناسی ارشد ...، واحد ...، دانشگاه آزاد اسلامی، شهر، کشور
□ مثال برای فارغ‌التحصیل غیر هیئت علمی: دکتری ...، واحد ...، دانشگاه آزاد اسلامی، شهر، کشور

وابستگی سازمانی دستگاه‌های دولتی

دکتری ...، دستگاه ...، شهر ...، کشور ...

مثال: دکتری شنوایی شناسی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور، تهران، ایران.

روش نگارش چکیده فارسی و انگلیسی

پس از عنوان مقاله، نام و وابستگی سازمانی نویسنده / نویسندگان، چکیده‌های فارسی و انگلیسی آورده شود.

۱. چکیده سازمان‌یافته و حداکثر ۲۵۰ کلمه را در خود جای داده باشد.

معیار نشریه در مورد دستور خط و اصلاحات تخصصی، فرهنگستان زبان و ادب فارسی است.

■ چنانچه مقاله ارسالی برای اصلاح برگشت داده شود، زمان برگشت در حکم تاریخ واقعی دریافت مقاله منظور می‌شود.

■ مقالات پذیرفته‌شده با تأیید سردبیر یا جانشین وی در نوبت چاپ قرار خواهند گرفت.

■ فقط پس از تغییر وضعیت مقاله به «پذیرفته‌شده» نویسندگان می‌توانند گواهی پذیرش مقاله خود را به دو زبان فارسی و انگلیسی از صفحه شخصی خود دریافت نمایند.

عنوان مقاله

عنوان مقاله باید خلاصه ایده اصلی و حاوی متغیرهای اصلی باشد و موضوع اصلی را در یک جمله کوتاه بیان کند.

نام و نشانی نویسنده (نویسندگان) و وابستگی سازمانی آن‌ها

■ نام و نام خانوادگی نویسنده یا نویسندگان به طور کامل در وسط زیر عنوان نوشته شود و رتبه علمی و وابستگی سازمانی آن‌ها در جلوی نام شان درج شود. (وابستگی فرد شامل گروه آموزشی و مؤسسه است)

■ مقاله‌هایی که بیش از یک نویسنده دارند نام نویسنده مسئول با علامت ستاره * مشخص و رایانامه نویسنده مسئول در زیرنویس نوشته شود. در غیر این صورت نویسنده اول، نویسنده مسئول محسوب می‌شود.

وابستگی سازمانی دانشگاه‌های دولتی

۱) عضو غیر هیئت علمی: نباید نام گروه نوشته شود. فقط مقطع تحصیلی، رشته تحصیلی، دانشکده، دانشگاه، شهر، کشور.

مثال برای دانشجو: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی ...، دانشکده ...، دانشگاه ...، شهر ...، کشور ...

مثال برای فارغ‌التحصیل غیر هیئت علمی: کارشناسی ارشد رشته ...، دانشکده ...، دانشگاه ...، شهر ...، کشور ...

- زمینه از کلیات شروع و به سمت جزئیات حرکت می‌کند.
- زمینه باید شامل مبانی نظری، بیان مسئله، پیشینه، ضرورت و اهمیت پژوهش باشد.
- باید در حدود یک صفحه بیان شود.
- از نوشتن مطالب عمومی، غیرضروری و غیرمفید خودداری شود.

● مواد و روش‌ها:

- این قسمت شامل: طرح پژوهش و آزمودنی‌ها، ابزار یا تکالیف، شیوه اجرا و ملاحظات اخلاقی است.
- **آزمودنی‌ها:** توضیح مختصری در مورد جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری و ویژگی‌های آماری نمونه ارائه می‌شود.
- **ابزار:** ضمن معرفی ابزار، چگونگی تهیه و ساخت و روایی و پایایی ابزار و نحوه اجرا و نمره‌گذاری آن به‌طور مختصر اشاره می‌شود.
- **شیوه اجرا:** به توضیح پیرامون روش گردآوری اطلاعات و چگونگی بررسی یا کنترل متغیرها پرداخته می‌شود.
- **ملاحظات اخلاقی:** به اصلی‌ترین موارد رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه اشاره شود.

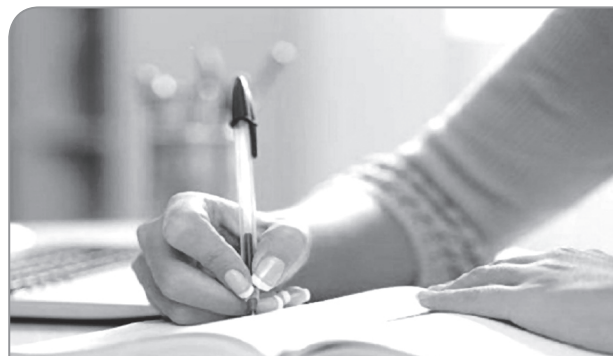
● یافته‌ها:

- پژوهشگر باید یافته‌ها و نتایج به‌دست‌آمده در بررسی‌های خود را به همراه جدول‌ها، تصویرها، نمودارها و نتایج آماری لازم ارائه کرده و تأیید یا رد شدن فرضیه‌های پژوهشی خود را نیز مشخص کند.
- در بیان نتایج مقدار آمار تا دو رقم اعشار، درجه آزادی، جهت تأثیر، فاصله اطمینان و اندازه اثر را بیان کند.

● بحث:

- در این بخش لازم است پژوهشگر نتایج به دست آمده را با نتایج پژوهش‌های دیگران مقایسه کند. پژوهشگر باید دلایل احتمالی مشابهت یا مغایرت نتایج پژوهش خود را با نتایج پژوهش‌های دیگر توضیح دهد. ضروری است محدودیت‌های موجود در مراحل انجام پژوهش را توضیح

- چکیده مقاله‌های پژوهشی باید دربردارنده زمینه و هدف (Background & Purpose)، روش بررسی شامل جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری، ابزار و روش تحلیل آماری، مقدار P (Materials and Methods)، یافته‌ها (Results) و نتیجه‌گیری (Conclusion) باشد.
- ۲. کلیدواژه‌ها (Keywords): این واژه‌ها باید اصلی‌ترین و مرتبط‌ترین کلمات مرتبط با متن مقاله باشند. تعداد واژه‌ها بین ۴ تا ۷ کلمه بوده و الفبایی تنظیم شوند.
- ۳. از ذکر مطالب خارج از متن مقاله خودداری شود، چکیده در واقع خلاصه بسیار فشرده‌ای از محتوا و یا نتایج پژوهش است.
- ۴. اطلاعات مهم و کلیدی در چکیده آورده شود.
- ۵. برای شماره‌ها، از ارقام استفاده شود، مثلاً به جای «دوازده»، ۱۲ نوشته شود. (مگر اینکه عدد، در ابتدای جمله آمده باشد).
- ۶. فقط گزارش شود، ارزشیابی و نقد و اظهار نظر نشود، چون این موارد در متن مقاله آورده شده است.
- ۷. در چکیده انگلیسی از کلمات کوتاه شناخته شده استفاده شود (مانند i.e و e.g و v.s و ...).
- ۸. متن چکیده نباید از هم گسسته باشد، خواننده باید تداوم و ارتباط جملات و محتوای مقاله را حس کند.



مقاله‌های پژوهشی

در تهیه و ارسال مقاله‌های پژوهشی موارد زیر را رعایت کنید:

● مقدمه:

در این بخش، پژوهشگر باید ضمن اشاره به زمینه و خاستگاه پژوهش، مفاهیم اصلی موجود در پژوهش خود را توضیح دهد و منابع معتبر را در قسمت پایانی همین بخش مطرح کند.

هر شماره فقط یک منبع باید در نظر گرفته شود. ارجاع به چکیده‌های مقالات خارجی فقط برای مقالات منتشر شده در سال جاری و یا سال گذشته مجاز است؛ در غیر این صورت حتماً باید به مقاله کامل ارجاع داده شود. در زمان ارجاع به چکیده باید در انتهای منبع (در فهرست منابع) عبارت [Abstract] داخل قلاب قرار داده شود.

منابعی که از طریق اینترنت امکان دسترسی به اطلاعات کتاب‌شناختی‌شان نیست (نظیر پایان‌نامه‌ها و یا طرح‌های منتشر نشده و ...) نباید مورد ارجاع قرار بگیرند. باید همه منابع در فهرست منابع، به صورت انگلیسی آورده شود، منابع فارسی نیز به صورت انگلیسی آورده شوند؛ برای وارد کردن عنوان و اسامی انگلیسی مقالات فارسی حتماً از نسخه چکیده انگلیسی همان منبع استفاده شود؛ در صورت وجود نداشتن چنین چکیده‌ای، ترجمه عنوان و اسامی تنها در موارد بسیار محدود قابل انجام است که در این صورت باید دفتر مجله مطلع شود.

فهرست منابع؛ باید مطابق قالب استاندارد ونکوور (Vancouver) با استفاده از نرم‌افزار EndNote و یا Zotero تنظیم شود.

● مجله:

نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده (گان) (از نفر هفتم به بعد نام سایر نویسندگان با واژه et.al جایگزین شود). عنوان مقاله. عنوان اختصاری مجله و یا عنوان کامل مجله. سال انتشار؛ دوره (شماره): صفحات انتخابی. زبان مقالات غیر انگلیسی در انتهای منبع داخل قلاب نوشته شود.

مثال:

■ فارسی:

Nobahar M, Vafaei A. Elderly sleep disturbances and management. Geriatric. 2007; 2(4): 263-268. [Persian]

■ انگلیسی:

Von Wild KR. Philosophy of neurosurgical posttraumatic rehabilitation at the beginning of the next millennium. Neurol Neurochir Pol. 2000;34(6 Suppl):131-7.

Ruppar TM, Conn VS. Interventions to Promote Physical Activity in Chronically Ill Adults. AJN The Am J Nursing. 2010;110(7):30-7.

داده، کاربردهای احتمالی نتایج به دست آمده را شرح دهد. رایج چند پیشنهاد برای پژوهشگران بعدی در این قسمت می‌تواند به غنای کار بیفزاید.

● نتیجه‌گیری:

در این قسمت لازم است براساس یافته‌ها و بحث انجام شده نتیجه‌گیری کلی پیرامون سؤال و هدف پژوهش به بیان مختصر آورده شود.

● تشکر و قدردانی:

در این بخش از افراد و یا سازمان‌هایی که به نحوی از طریق مالی یا فنی در انجام مطالعه همکاری نموده‌اند، قدردانی شود.

● تضاد منافع:

نویسندگان باید هر گونه تعارض احتمالی منافع مثل دریافت وجه در قبال مقاله، یا به دست آوردن موجودی یا سهم در یک سازمان که ممکن است از طریق انتشار مقاله به دست بیاید و یا از دست برود را به صورت مشخص بیان کنند.

مقاله‌های مروری

در مقالات مروری مواد و روش‌ها، و یافته‌های پژوهش ضروری نیست.

پانویس‌ها

■ لازم است همه نام‌های خاص و اصلاحات تخصصی، و سرواژه‌ها برای نخستین بار پانویس شوند.
■ هر کلمه پانویس باید با حرف بزرگ انگلیسی آغاز شود.

منابع

جهت ایجاد اعتبار مقاله، ارجاعات باید به منابعی که یافته‌های اصلی را گزارش می‌کنند داده شود؛ ارجاعات باید به ترتیب شماره از اول متن شروع شده و شماره‌ها بر روی خط در پرانتز قرار داده شوند؛ در انتهای متن مقاله، فهرست منابع به همان ترتیب شماره‌گذاری شده آورده شود. شماره‌گذاری از عدد «۱» شروع می‌شود و به ترتیب جلو می‌رود، برای

● کتاب:

نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده (گان). عنوان کتاب. نوبت ویرایش. محل انتشار: ناشر؛ سال انتشار، صفحات انتخابی [ابتدا عبارت «pp:» نوشته شود]. زبان کتب غیر انگلیسی در انتهای منبع داخل قلاب وارد شود. مثال:

■ فارسی:

Nilipoor R, Shemshadi H, Heravabadi S, Yadegari F, Hayati L. Fundamentals of speech science. First edition. Tehran: Country Welfare Organization; 2001, pp: 127-145. [Persian]

■ انگلیسی:

Matata BM, Elahi MM. Oxidative stress: a focus on cardiovascular disease pathogenesis. Hauppauge, N.Y.: Nova Science; 2010, pp: 216-228.

TetrES Consultants Inc. Canada. Prairie Farm Rehabilitation Administration, Canada. Agriculture and Agri-Food Canada, Manitoba. Manitoba Water Stewardship. Environmental impact assessment issues, scoping report for Canada-Manitoba Shellmouth Dam Consolidation Agreement upgrading of Shellmouth Dam: final report to Prairie Farm Rehabilitation Administration, Agriculture and Agri-Food Canada and Manitoba Water Stewardship. Manitoba: TetrES Consultants Inc. 2004.

● فصلی از کتاب:

نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده (گان) فصل. عنوان فصل. آوردن عبارت «n:» نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده (گان) کتاب. عنوان کتاب. نوبت ویرایش. محل انتشار: ناشر؛ سال انتشار. صفحات انتخابی (ابتدا عبارت «pp:» نوشته شود). زبان کتاب غیر انگلیسی در انتهای منبع داخل قلاب وارد شود.

مثال:

Landsberg L, Young JB. Pheochromocytoma. In: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, et al. editors. Harrison's principles of internal medicine. 14th ed. New York: McGraw-Hill; 1998. pp: 2057-60.

● منابع ثانویه:

گاهی در مقاله‌ای به منبع‌های دیگری اشاره می‌شود که حاوی مطالب مورد نیاز فرد است، ولی دسترسی به آن منبع ثانویه برای فرد امکان‌پذیر نیست. اگر چنین بود باید به منبع ثانویه ارجاع داده نشده و کاملاً مشخص باشد که منبع ثانویه در اختیار نبوده است. در عوض از شکل منبع‌نویسی زیر باید استفاده شود.

مثال:

Johnson VA, Brun-Vezicnet F. Update of the drug resistance mutations is HIV-1. Top HIV Med 2005; 13:125-131, In: Deeks SG. Antiretroviral treatment of HIV infected adults. BMJ 2006; 332: 1489-93.

● ترجمه کتاب:

نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده (گان). عنوان کتاب. نام خانوادگی و حرف اول نام مترجم (مترجمان). درج عبارت «Persian translator» نوبت ویرایش. محل انتشار: ناشر؛ سال انتشار، صفحات انتخابی (ابتدا عبارت «pp:» نوشته شود)

مثال:

Deepak S. Principles of Manual Therapy (A Manual Therapy Approach to Musculoskeletal Dysfunction). Akbari M, Arab AM, Karimi N, Moghadam Salimi M. (Persian translator). First edition. Tehran: University of social welfare and rehabilitation sciences; 2007, pp: 33-51.

● پایان‌نامه:

نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده. عنوان پایان‌نامه [مقطع و رشته تحصیلی]. [محل تحصیل]: نام دانشکده، نام دانشگاه؛ سال تحصیلی، صفحات انتخابی (ابتدا عبارت «pp:» وارد شود). زبان پایان‌نامه‌های غیر انگلیسی در انتهای منبع داخل قلاب وارد شود.

نکته: از ارجاع به پایان‌نامه‌هایی که از طریق اینترنت، حتی اطلاعات کتاب‌شناختی‌شان در دسترس نیست، پرهیز شود.

مثال:

مثال:

15 Free Tools for Web-based Collaboration [Internet]. 2010 Nov 10 [cited 2010 Nov 10]; Available from: <http://sixrevisions.com/tools/15-free-tools-for-web-based-collaboration>.

■ فارسی:

Bandarianzadeh D. Evaluation of pregnant women irontherapy in primary health care system at the villages of Kerman city [Thesis for M.Sc. in nutrition sciences]. [Tehran, Iran]: Nutrition and nutritional researches institute, Shahid Beheshti university of medical sciences; 1993, pp: 25-27. [Persian].

■ انگلیسی:

Kaplan S.J. Post-hospital home health care: the elderly access and utilization [Ph.D. dissertation]. [St. Louis (MO)]: Nursing Faculty, Washington Univ; 1995, pp:57-61.

سیاهه پایانی

پیش از ارسال مقاله، مطابق سیاهه زیر از رعایت تمامی موارد ذکر شده مطمئن شوید:

■ صفحه عنوان باید شامل عنوان مقاله، نام نویسنده یا نویسندگان و مدرک (رشته و مقطع تحصیلی) آنها، رتبه هیئت علمی، دانشکده، دانشگاه، شهر و کشور مربوط و یا مسئولیت و سازمان متبوع ایشان (به فارسی و انگلیسی) به همراه رایانامه نویسنده مسئول باشد.

■ چکیده سازمان یافته تا ۲۵۰ کلمه به فارسی و انگلیسی در صفحات جداگانه ارسال شود. (مطابق قالب اعلام شده) ■ منابع به روش Vancouver و کاملاً منطبق با آنچه در

این راهنما توضیح داده شده باشد.

■ از کامل بودن عنوان و شماره جدولها و تکراری نبودن اطلاعات آنها نسبت به متن مطمئن باشید. عکسها، نمودارها و سایر شکلها دارای عنوان باشند. ■ دقت کنید اعداد به فارسی نوشته شده باشند.

■ منابع بودجه و حمایت پژوهش یا افراد و سازمانهایی که از نتایج پژوهش بهره‌مند و متأثر هستند یا چنانچه هرگونه تأییدیه از کمیته اخلاق در پژوهش یا مجوز از مؤسسات مرتبط وجود دارد، بیان شود.

■ نامه‌های تعهد نویسندگان، و تعارض منافع به امضای همه نویسندگان رسیده و پیوست شده باشند.

■ شناسه ORCID نویسندگان نوشته شود.

■ فایل‌های مقاله به درستی پیوست شده باشند.

■ فاصله و نیم‌فاصله، نشانه‌های سجاوندی، دستور خط و مصوبات فرهنگستان زبان و ادب فارسی رعایت شده باشند.

● منابع الکترونیک:

مجله الکترونیک

نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده (گان). عنوان مقاله. مخفف عنوان نشریه الکترونیکی و سپس ذکر نوع رسانه داخل قلاب که در مورد مجله الکترونیک [serial on the Internet/online] می‌باشد. سال و ماه نشر [تاریخ دسترسی به صورت کامل که با کلمه «cited» شروع می‌شود]; شماره جلد یا دوره (شماره نشریه): عبارت «Available from»: نشانی اینترنتی دسترسی.

مثال:

Morse SS. Factors in the Emergence of Infectious Diseases. Emerg Infect Dis [serial on the Internet]. 1995 [cited uly 7 2010]; 1(1): Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol1no1/morse.htm>.

استناد به وب‌گاه

نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده (گان). عنوان مقاله (یا صفحه وب) [عبارت انگلیسی «Internet»]. سال و ماه و روز ایجاد صفحه [تاریخ دسترسی به صورت کامل که با کلمه «cited» شروع می‌شود]; عبارت «Available from»: نشانی دسترسی به وب‌گاه

اثربخشی روان‌شناسی مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی

□ مهرناز آزاد یکتا*، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اسلام‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۹ - ۲۰

چکیده

زمینه: کودکان کم‌توان ذهنی به واسطه‌ی نیازهای مراقبتی، آموزشی و توان‌بخشی تنش و فشار زیادی را به خانواده وارد می‌کنند و این عوامل می‌توانند فرآیند سازگاری و بهزیستی روان‌شناختی والدینشان را تحت تأثیر قرار دهند.

هدف: هدف این پژوهش، اثربخشی روان‌شناسی مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود.

روش پژوهش: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مرکز توان‌بخشی معلولان نمونه شهرستان شهریار بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰ نفر انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایشی ۸ جلسه ۲ ساعته آموزش مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر دریافت کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۲۰۰۲) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس یک طرفه انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی تأثیر دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش، روان‌شناسی مثبت‌نگر می‌تواند به‌عنوان یک روش برای توانمندسازی مادران با کودک کم‌توان ذهنی مطرح باشد.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، روان‌شناسی مثبت‌نگر، کم‌توان ذهنی

مقدمه

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت^۱ (۲۰۱۸)، سالانه ۱۵ درصد از جمعیت دنیا با گونه‌هایی از ناتوانی زندگی می‌کنند که ۲ تا ۴ درصد آنها با مشکلات جدی کارکردی دست به‌گیریانند (۱). بر اساس آمار سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۷) سالانه ۲۹ تا ۳۵ هزار نوزاد معلول در ایران متولد می‌شوند (۲). در این میان، کودکان و افراد کم‌توان ذهنی اهمیت و توجه بسزایی را در دهه‌های اخیر به خود جلب کرده‌اند، چرا که وجود کودک کم‌توان ذهنی آسیب‌ها و آثار جبران‌ناپذیری بر اعضای خانواده وارد می‌کند و به طرق مختلف موجب فشار روانی، انزوای اجتماعی و اختلال در سلامت روانی آنها می‌شود (۳). کودکان کم‌توان ذهنی به واسطه نیازهای مراقبتی، آموزشی و توان‌بخشی، درخواست‌های جدیدی برای والدین ایجاد می‌کنند و این عوامل به نوبه‌ی خود می‌توانند فرآیند سازگاری و بهزیستی روان‌شناختی^۲ والدینشان را تحت تأثیر قرار دهند (۴) و به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی، اضطراب (۵)، تعارضات زناشویی (۶)، اختلالات خواب (۷) منجر شوند. با تولد فرزند معلول، خانواده، طیف گسترده‌ای از هیجاناتی مانند خشم، غم، گریه و سوگ را بروز می‌دهند. در این میان، مادران کودکان با نیازهای ویژه در مقایسه با پدران، بیشتر با مشکلات رفتاری کودک درگیرند و استرس و بحران‌های روانی بیشتری را تجربه می‌کنند (۸). مادران همچنین بیشتر از سایرین در معرض افسردگی هستند (۸). مادران معمولاً به خاطر نقش ویژه‌شان در تولد و مراقبت از یک کودک معلول فشار روانی بیشتری را نسبت به پدران تجربه می‌کنند. مشکل مضاعف این است که حتی با بالغ شدن کودکان، عدم سازگاری والدین با ناتوانی‌های آنها همچنان باقی می‌ماند، به‌گونه‌ای که همواره با فشارهای هیجانی همچون احساس شرم یا گناه دست به‌گیریانند (۹). ضمن اینکه، این مسأله به شدت در روابط و سازگاری زناشویی تأثیر گذار است (۲). بررسی بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و مادران دارای فرزندان عادی نشان داد که مادران کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی، سلامت و بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند. در چنین موقعیتی اگر چه همه اعضای خانواده و کارکرد آن آسیب

می‌بینند، اما مادران به علت ارتباط تنگاتنگ و مسئولیت‌های بیشتر در قبال فرزند کم‌توان ذهنی خود، با مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند (۹ و ۱۰). استرس بالای والدین باعث می‌شود که آنها گرایش بیشتری به استفاده از شیوه‌های انعطاف‌ناپذیر، تهدیدآمیز و پرخاشگرانه‌ی والدگری داشته باشند و کمتر از برنامه‌های درمانی و خدمات ارائه شده برای کودکان بهره‌برند (۱۲). با توجه به نتایج پژوهش‌های به‌عمل آمده، فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل‌دار، والدین، به‌ویژه مادر را بیشتر در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روان قرار می‌دهند و اگر مادران از سلامت جسمی و بهزیستی روانی کافی برخوردار نباشند، به‌درستی نمی‌توانند از عهده‌ی مسئولیت‌ها و وظایفشان برآیند و این وضعیت، تأثیر منفی بر پیکره‌ی وجودی خانواده برجای خواهد گذاشت. بنابراین، پرداختن به بازسازی و سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توانی ذهنی از اهم مسایل در این حوزه می‌باشد.

روان‌شناسی مثبت‌نگر^۳ به‌عنوان یکی از جدیدترین شاخه‌های روان‌شناسی، برخلاف دیدگاه سنتی که بیشتر بر آسیب‌شناسی روانی و روان‌شناسی مرضی متمرکز بود، بر ابعاد سلامت روانی، بهزیستی روان‌شناختی، موفقیت، شادکامی و رضایت از زندگی تأکید دارد (سلیگمن ۲۰۰۶،^۴؛ به نقل از محمودی و همکاران) (۱۳). زیربنای نظری روان‌درمانی مثبت، ریشه در عقاید سلیگمن (۲۰۰۲) دارد که معتقد است، شادی شامل زندگی لذت‌مند، متعهدانه و معنادار است (۱۴). تجربه‌ی هیجانات مثبتی که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر آن تأکید دارد، اغلب توانایی بهتری در استفاده از توانمندی‌ها و سازگاری در مواجهه با مشکلات زندگی ایجاد می‌کند (۱۵). سلیگمن (۲۰۰۶) معتقد است که زندگی درگیرانه یعنی غرق شدن در کار، رابطه صمیمانه، تفریح و بهره‌بردن از آنها (۱۶). اشتیاق به زندگی با مفهوم غرقگی^۵ یا تجربه‌ی بهینه به‌شکلی که چیکزنت میهای^۶ (۱۹۹۰) مطرح می‌کند، هم‌پوشی دارد. غرقگی، تجربه‌ای روان‌شناختی است که در آن، فرد در کاری که انجام می‌دهد، غرق می‌شود. افزون بر این، زمانی احتمال غرقگی بیشتر می‌شود که فعالیت‌های چالشی با پاداش درونی همراه شود، سلیگمن در نظریه شادکامی خود (۲۰۰۲) بیان می‌کند که با شناسایی توانمندی‌های برجسته منشی و

1. World Health Organization (WHO)
2. 2. psychological well-being
3. 3. Positive Psychology

4. 4. Seligman
5. Flow
6. 2. Csikszentmihaly

مثبت و کارآمد نیز می‌شود. همچنین، این رویکرد معنا را در زندگی مراجعان به‌منظور تسکین آسیب‌شناسی روانی و تقویت شادی، افزایش می‌دهد (۲۳).

تاکنون بررسی‌های زیادی در حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر انجام شده است و نتایج حاکی از اثربخشی آنها است. یافته‌های یک فراتحلیل که به بررسی نتایج ۴۰ پژوهش در این زمینه پرداخته است، نشان می‌دهد، مداخلات مثبت‌نگر موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (۲۴). با توجه به این زمینه، سؤال پژوهش حاضر این است که آیا روان‌شناسی مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی تأثیر دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مرکز توان‌بخشی معلولان نمونه شهرستان شهریار بود. این مرکز دارای ۱۲۰۰ کودک و بزرگسال کم‌توان ذهنی است.

روش نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام شد. بدین صورت که ۳۰ نفر از مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی پسر که شرایط ورود به مطالعه و همچنین تمایل به شرکت در مداخله را داشتند، از طریق فراخوان انتخاب و در دو گروه آزمایشی (۱۵) و کنترل (۱۵) جایگزین شدند. لازم به ذکر است که این پژوهش در سال ۱۳۹۸ و قبل از همه‌گیری کووید ۱۹ صورت گرفته و تمام جلسات ضبط ویدیویی شده است. جلسات مداخله به‌صورت حضوری در مرکز معلولان نمونه شهریار تشکیل شد. مبانی نظری و پیشینه پژوهش از منابع کتابخانه‌ای و اینترنت جمع‌آوری شد. همچنین به‌منظور گردآوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی (ریف) استفاده شد.

□ پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی (ریف)

این پرسشنامه توسط ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی شد. فرم اصلی آن ۱۲۰ سؤال دارد اما در مطالعات بعدی، فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سؤالی، ۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز تهیه شد. بهزیستی روان‌شناختی، دارای ۶ خرده‌آزمون پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد

به‌کار بردن منظم آنها می‌تواند به غرقگی یا زندگی با اشتیاق رسید. در روان‌درمانی مثبت‌نگر، با بهره‌بردن از توانمندی‌های ذاتی درمان‌جویان، شوق و اشتیاق زندگی را می‌توان افزایش داد (۱۷).

ریف^۱ (۲۰۰۲)، بهزیستی روان‌شناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه و واقعی خود می‌داند (۱۸). بهزیستی روان‌شناختی در مدل ریف و همکاران (۲۰۰۲) از ۶ مؤلفه تشکیل شده است: خودمختاری (احساس شایستگی و توانایی در مدیریت محیط پیرامون فرد و ...)، رشد شخصی (داشتن رشد مداوم و ...)، روابط مثبت با دیگران (داشتن روابط گرم و ...)، هدفمندی در زندگی (داشتن هدف در زندگی)، پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت نسبت به خود و ...)، تسلط بر محیط (توانایی انتخاب و ایجاد محیطی مناسب و ... می‌باشد (۱۸). دوکری و استپتو^۲ (۲۰۱۸)، مؤلفه‌های رویکرد مثبت‌نگر را در کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش رضایت از زندگی، سلامت روان، امیدواری و شادکامی افراد، اثربخش اعلام کردند (۱۹). لیبومیرسکی^۳ (۲۰۱۳)، معتقد است که مداخلات روان‌درمانی مثبت‌نگر از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار و رفتارهای مثبت و ارضای نیازهای اساسی افراد مثل خودمختاری، عشق و تعلق خاطر و ارتباط، باعث کاهش اضطراب، افسردگی، افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (۲۰). روان‌شناسی مثبت‌نگر، تأکید بر بنا نهادن و گسترش هیجان‌ات مثبت به‌منظور ایجاد سپری در برابر اختلالات روانی و افزایش بهزیستی و شادکامی افراد دارد (۲۱). در همین رابطه، پژوهش مولر، گرتز، مولتن، تریل، بامبردیر، ادی و جنسن^۴، نیز نشان داد که این شیوه درمانی در ارتقا سلامت روانی افراد با دردها و مشکلات مزمن، مؤثر است (۲۲). نظریه‌ی ساخت و گسترش هیجان‌ات مثبت یکی از مؤلفه‌های مهم در حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر است که به تبیین نقش و اهمیت هیجان‌ات مثبت در زندگی می‌پردازد و شامل مؤلفه‌های گسترش، ساخت، ابطال، تاب‌آوری و بالندگی است. بر اساس اصل گسترش، هیجان‌ات باعث می‌شوند فرد بتواند احتمال‌ها و گزینه‌های مختلف را در شرایط مختلف در نظر بگیرد. گسترش افکار، یکی از عواملی است که منجر به تعدیل و تغییر باورها می‌شود. همچنین بر اساس مفهوم ساخت، هیجان‌ات مثبت باعث ایجاد شناخت‌های

1. Ryff
2. Dockray & Steptoe

3. Lyubomirsky
4. Müller, Gertz, Molton, Terrill, Bombardier, Ehde, & Jensen

از میانگین در آزمون بهزیستی روان‌شناختی ریف، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و امضا موافقت‌نامه‌ی کتبی بود و ملاک‌های خروج از مطالعه، غیبت بیش از ۳ جلسه و عدم تمایل برای ادامه دادن فرآیند مداخله بود. لازم به ذکر است که جلسات رایگان بوده و هیچ هزینه‌ای برای شرکت‌کنندگان نداشت. شیوه اجرا و محتوای جلسات آموزشی پس از انتخاب افراد نمونه به صورت هدفمند و قرار دادن آنها در گروه کنترل و آزمایشی بود. از هر دو گروه، پیش‌آزمون (پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی) به عمل آمد. بعد از اجرای پیش‌آزمون، آزمودنی‌های گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه، هفته‌ای یک بار و به مدت ۲ ساعت تحت آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر قرار گرفتند. اما بر روی گروه کنترل هیچ تغییری اعمال نشد. در پایان اجرای طرح، یک بار دیگر از آزمودنی‌های هر دو گروه، پس‌آزمون به عمل آمد.

شخصی و تسلط بر محیط است. در فرم ۸۴ سؤالی، هر عامل از ۱۴ سؤال تشکیل می‌شود که از آزمودنی درخواست می‌شود، آنها را خوانده و قضاوت درباره‌ی خودش را بر روی یکی از گزینه‌های کاملاً مخالفم، تا حدودی مخالفم، مخالفم، موافقم، تا حدودی موافقم و کاملاً موافقم علامت‌گذاری نماید. هر سؤال به صورت ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰ نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ی بالاتر، نشان دهنده‌ی بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. روایی و پایایی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی^۱، در پژوهش‌های متعدد مناسب گزارش شده است (۱۹). کشاورزی ارشدی و آزموده (۱۳۸۸) همسانی درونی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی را بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند (۲۵). ملاک‌های ورود به مطالعه در این پژوهش، عدم شرکت همزمان در روش‌های روان‌درمانی دیگر، کسب نمره پایین‌تر

جدول ۱-۱) خلاصه جلسات آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر. اقتباس از راشید (۲۶)

محتوای آموزشی	جلسات
<ul style="list-style-type: none"> ■ آشنایی شرکت‌کنندگان با دوره آموزشی ■ اجرای پیش‌آزمون 	جلسه اول
<ul style="list-style-type: none"> ■ آشنایی شرکت‌کنندگان با خشنودی از زندگی، شادی و نشاط و نقش آن در زندگی خوب و مسیرهای دستیابی به زندگی رضایت بخش 	جلسه دوم
<ul style="list-style-type: none"> ■ توانمندی‌های شخصی و استفاده از آنها به شکلی تازه ■ شناخت توانمندی‌های شخصی ■ آشنایی با دسته‌بندی توانمندی‌ها و فضیلت‌های اخلاقی ■ استفاده از توانمندی‌های شخصی به شکل تازه 	جلسه سوم
<ul style="list-style-type: none"> ■ القا هیجانات مثبت و ذکر نعمات و امورات خوب زندگی ■ آشنایی با هیجانات مثبت ■ نقش هیجانات مثبت در نشاط و شادی ■ استفاده از ذکر نعمت‌ها و امور خوب در زندگی روزمره به عنوان امور مثبت در زندگی 	جلسه چهارم
<ul style="list-style-type: none"> ■ میراث شخصی و داشتن قصد و هدف در زندگی ■ بررسی آثار نوشتن ۳ نعمت و یا امر خوب در زندگی ■ قصد و معنا داشتن در زندگی ■ استفاده از فن میراث شخصی 	

محتوای آموزشی	جلسات
■ نامه و دیدار تشکرآمیز (تقدیر و سپاس)	جلسه پنجم
■ تأکید بر خاطرات خوب	
■ حرکت به سمت ایجاد روابط بین فردی مناسب	
■ افزایش خشنودی از زندگی از طریق لذت حاصل از خشنود ساختن دیگران	
■ آموزش فن تقدیر و سپاس (نامه و دیدار تشکرآمیز)	
■ روابط مثبت اجتماعی و شادکامی در زندگی	جلسه ششم
■ آشنایی با روابط مثبت اجتماعی	
■ نقش روابط مثبت در زندگی شادمانه	
■ آموزش و کاربرد فن پاسخ‌دهی سازنده و فعال	
■ کار با تأمل و شکیبایی (پرهیز از شتاب زدگی)	جلسه هفتم
■ آشنایی با نحوه‌ی پایدار کردن لذت‌ها	
■ کار با شکیبایی و نقش آن در خشنودی از زندگی	
■ جشن شادی و پایدارسازی شادکامی	جلسه هشتم
■ بازخورد دوره آموزشی	
■ برگزاری جشن و شادی	
■ اجرای پس‌آزمون	

یافته‌ها

مطرح نمود که توزیع داده‌ها، مفروضه‌ی نرمال بودن را دارا است و می‌توان از میانگین به‌عنوان معرف شاخص گرایش به مرکز استفاده نمود و از مدل‌های آماری پارامتریک استفاده کرد.

□ اطلاعات توصیفی نمونه پژوهش

لازم به توضیح است که خوشبختانه تعداد افرادی که به فراخوان پژوهشگر پاسخ دادند، بیش از حد مورد نیاز بود و این فرصت بیشتری برای هم‌تاسازی بهتر گروه نمونه در اختیار پژوهشگر قرار داد.

سن مادران شرکت‌کننده در دامنه‌ی سنی ۲۷ تا ۵۴ سال بود. از نظر سطح تحصیلات، ۲۴ نفر دیپلمه، ۳ نفر فوق دیپلم و ۳ نفر نیز مدرک کارشناسی داشتند. دو نفر از مادران متارکه کرده، ۱ نفر از مادران همسرش را از دست داده و بقیه با همسرانشان زندگی می‌کردند. ۳ نفر شاغل و بقیه خانه‌دار بودند. سعی شد در هم‌تاسازی بهتر دو گروه، این موارد در نظر گرفته شود.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی از میانگین به‌عنوان شاخص‌های گرایش به مرکز، دامنه تغییرات و انحراف معیار به‌عنوان شاخص‌های پراکندگی و ضریب کجی و ضریب کشیدگی به‌عنوان شاخص‌های توزیع استفاده شد و در راستای تحلیل داده‌ها و پاسخ به پرسش‌های پژوهش، از مدل‌های آماری تحلیل کوواریانس یک‌طرفه (به‌منظور بررسی اثربخشی روان‌شناسی مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی) با آماره‌ی شدت اثر به‌منظور میزان تأثیر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی پرداخته شده است. همچنین در قسمت آمار توصیفی، همگنی واریانس و نرمال بودن توزیع داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به اینکه تفاوت اندکی بین میانگین‌ها وجود داشت و از آنجائی‌که میزان ضریب کجی و ضریب کشیدگی کمتر از ۱ بود، می‌توان

جدول ۱) تحلیل کوواریانس یک‌طرفه مرتبط با اثرات «روان‌شناسی مثبت‌نگر» بر «خودمختاری» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معناداری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۵۴/۹۲	۱	۵۴/۹۲	۳۶/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۵
گروه	۱۲۴/۶۵	۱	۱۲۴/۶۵	۸۲/۴۷	۰/۰۰۱	
خطا	۴۰/۸۰	۲۷	۱/۵۱			
کل	۲۰۶۰۸	۳۰				

با تأکید بر میزان مقادیر F به دست آمده، مطرح می‌شود که ارتباط معناداری بین متغیر وابسته (خودمختاری) و متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، در سطح $\alpha = 0/01$ وجود دارد. بنابراین، اثر معنادار متغیر پیش‌آزمون، مورد همپراش قرار گرفته است و به‌عنوان متغیر کنترل عنوان می‌شود، می‌توان به اثرات متغیر آزمایشی روان‌شناسی مثبت‌نگر با عنوان منبع تغییرات، تأکید کرد.

در نهایت با توجه به میزان $F = 82/47$ در منبع تغییرات

که در راستای شناسایی اثرات روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «خودمختاری» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی می‌پردازد و در سطح کمتر از $\alpha = 0/01$ معنادار است، می‌توان مطرح نمود که روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «خودمختاری» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، از آنجایی که میزان شدت اثر ۰/۷۵ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان تأثیر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «خودمختاری» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مطلوب است.

جدول ۲) تحلیل کوواریانس یک‌طرفه مرتبط با اثرات «روان‌شناسی مثبت‌نگر» بر «تسلط بر محیط» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معناداری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۶۵/۷۲	۱	۶۵/۷۲	۱۲/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲
گروه	۱۰۲/۸۳	۱	۱۰۲/۸۳	۱۹/۹۸	۰/۰۰۱	
خطا	۱۳۸/۹۴	۲۷				
کل	۱۳۲۷۴	۳۰				

با توجه به میزان $F = 19/98$ در منبع تغییرات که در راستای شناسایی اثرات روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «تسلط بر محیط» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی می‌پردازد و در سطح کمتر از $\alpha = 0/01$ معنادار است، می‌توان مطرح نمود که روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «تسلط بر محیط» در مادران دارای فرزند کم‌توان

ذهنی مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، از آنجایی که میزان شدت اثر ۰/۴۲ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان تأثیر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «تسلط بر محیط» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مطلوب است.

جدول ۳) تحلیل کوواریانس یک‌طرفه مرتبط با اثرات «روان‌شناسی مثبت‌نگر» بر «رشد شخصی» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معناداری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۸۶/۰۵	۱	۸۶/۰۵	۱۴/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۲۲
گروه	۴۷/۷۴	۱	۴۷/۷۴	۷/۹۸	۰/۰۰۱	
خطا	۱۶۱/۴۱	۲۷				
کل	۱۷۳۲۴	۳۰				

ذهنی مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، از آنجایی که میزان شدت اثر ۰/۲۲ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان تأثیر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «رشد شخصی» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در حد متوسط است.

با توجه به میزان $F=7/98$ در منبع تغییرات که در راستای شناسایی اثرات روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «رشد شخصی» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی می‌پردازد و در سطح کمتر از $\alpha=0/01$ معنادار است، می‌توان مطرح نمود که روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «رشد شخصی» در مادران دارای فرزند کم‌توان

جدول ۴) تحلیل کوواریانس یک‌طرفه مرتبط با اثرات «روان‌شناسی مثبت‌نگر» بر «رابطه مثبت با دیگران» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معناداری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۱۰۱/۸۹	۱	۱۰۱/۸۹	۱۱۲/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸
گروه	۹۱/۳۹	۱	۹۱/۳۹	۱۰۱/۲۵	۰/۰۰۱	
خطا	۲۴/۳۷	۲۷				
کل	۱۱۹۵۲	۳۰				

دارای فرزند کم‌توان ذهنی مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، از آنجایی که میزان شدت اثر ۰/۷۸ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان تأثیر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «رابطه مثبت با دیگران» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مطلوب است.

با توجه به میزان $F=101/25$ در منبع تغییرات که در راستای شناسایی اثرات روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «رابطه مثبت با دیگران» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی می‌پردازد و در سطح کمتر از $\alpha=0/01$ معنادار است، می‌توان مطرح نمود که روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «رابطه مثبت با دیگران» در مادران

جدول ۵) تحلیل کوواریانس یک‌طرفه مرتبط با اثرات «روان‌شناسی مثبت‌نگر» بر «زندگی هدفمند» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معناداری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۱۲۱/۷۳	۱	۱۲۱/۷۳	۵۳/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴
گروه	۷۴/۵۰	۱	۷۴/۵۰	۳۲/۶۵	۰/۰۰۱	
خطا	۶۱/۵۹	۲۷				
کل	۱۴۰۸۹	۳۰				

ذهنی مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، از آنجایی که میزان شدت اثر ۰/۵۴ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان تأثیر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «زندگی هدفمند» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مطلوب است.

با توجه به میزان $F=32/65$ در منبع تغییرات که در راستای شناسایی اثرات روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «زندگی هدفمند» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی می‌پردازد و در سطح کمتر از $\alpha=0/001$ معنادار است، می‌توان مطرح نمود که روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «زندگی هدفمند» در مادران دارای فرزند کم‌توان

جدول ۶) تحلیل کوواریانس یک‌طرفه مرتبط با اثرات «روان‌شناسی مثبت‌نگر» بر «پذیرش خود» در مادران دارای فرزند کم‌توان

ذهنی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معناداری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۸۸/۲۵	۱	۸۸/۲۵	۴۲/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹
گروه	۵۵/۲۳	۱	۵۵/۲۳	۲۶/۸۱	۰/۰۰۱	
خطا	۵۵/۶۱	۲۷				
کل	۱۰۸۲۱	۳۰				

ذهنی مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، از آنجایی که میزان شدت اثر ۰/۴۹ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان تأثیر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «پذیرش خود» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مطلوب است.

با توجه به میزان $F=۲۶/۸۱$ در منبع تغییرات که در راستای شناسایی اثرات روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «پذیرش خود» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی می‌پردازد و در سطح کمتر از $\alpha=۰/۰۱$ معنادار است، می‌توان مطرح نمود که روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «پذیرش خود» در مادران دارای فرزند کم‌توان

جدول ۷) تحلیل کوواریانس یک‌طرفه مرتبط با اثرات «روان‌شناسی مثبت‌نگر» بر «بهزیستی روان‌شناختی» در مادران دارای

فرزند کم‌توان ذهنی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معناداری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۱۲۱۰/۷۹	۱	۱۲۱۰/۷۹	۷۵/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶
گروه	۲۸۲۳/۷۴	۱	۲۸۲۳/۷۴	۱۷۶/۹۱	۰/۰۰۱	
خطا	۴۳۰/۹۴	۲۷				
کل	۵۱۷۴۱۸	۳۰				

مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، از آنجایی که میزان شدت اثر ۰/۸۶ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان تأثیر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «بهزیستی روان‌شناختی» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مطلوب است.

با توجه به میزان $F=۱۷۶/۹۱$ در منبع تغییرات که در راستای شناسایی اثرات روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «بهزیستی روان‌شناختی» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی می‌پردازد و در سطح کمتر از $\alpha=۰/۰۱$ معنادار است، می‌توان مطرح نمود که روان‌شناسی مثبت‌نگر بر «بهزیستی روان‌شناختی» در

بحث و نتیجه‌گیری

«خودمختاری»، «تسلط بر محیط»، «رشد شخصی»، «زندگی هدفمند»، «پذیرش خود»، «بهزیستی روان‌شناختی» تأثیرگذار است. این نتایج با پژوهش‌های لیوومرسکی (۲۰)، لایوس و همکاران (۲۳)، رضازاده مقدم و همکاران (۲۷)، خدادادی سنگده و همکاران (۷)، دوکری و استپتو (۱۹)، پیتروسکی و میکوتا (۲۸) و سین (۳۰) همسو است. نتایج نشان داد که

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان‌شناسی مثبت‌نگر بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که: میزان تأثیر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی

می‌توان با وجود داشتن فرزند کم‌توان ذهنی، در مسیر رشد قرار گرفت. افرادی که بهزیستی روانی بالایی دارند حتی در مسیرهای پرچالش و ناهموار نیز، دست از تلاش برنمی‌دارند. آموزش روان‌شناسی مثبت این بینش را در مادران ایجاد کرد که با تفکر مثبت و منطقی می‌توان شرایط را به‌گونه‌ای تغییر داد که دنیا محل امن‌تر و قابل قبول‌تری برای زندگی باشد. توانایی تفکر مثبت به‌عنوان یک تسهیل‌کننده، عمل می‌کند و باعث می‌شود هر شخصی ادراکات منفی خود را به ادراکات مثبت تبدیل کند و به رویدادها و وقایع منفی نگاهی معنادار بیندازد تا منافع آن عایدش شود. در نتیجه‌ی داشتن این افکار مثبت، بهزیستی روانی رشد می‌یابد. آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر منجر به کنترل و تسلط بر محیط، شرایط و موقعیت‌ها می‌شود. همانگونه که روان‌شناسی مثبت‌نگر با افزایش انرژی و ایجاد معنا و لذت، نقش مهمی در افزایش خوش‌بینی، امید، شکرگزاری، سرزندگی و مقابله‌ی هر روزه با موانع و مشکلات دارد، در نتیجه می‌تواند رشد شخصی را افزایش می‌دهد. مادران شرکت‌کننده در پژوهش یاد گرفتند که اتخاذ یک رویکرد فعالانه و مبتنی بر هدف، انرژی و سوخت لازم را برای مواجه شدن با چالش‌های زندگی در اختیار آنان قرار می‌دهد. یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر، تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود و دیگران بود. از آنجا که یکی از مشکلات مادران کودکان کم‌توان ذهنی، احساس خجالت و شرمگینی به‌واسطه‌ی داشتن کودک کم‌توان ذهنی است، لذا کم‌کم از دیگران فاصله می‌گیرند و این انزوا و گوشه‌گیری زمینه‌ساز افسردگی و مشکلات روان‌شناختی دیگر را فراهم می‌سازد. لذا با آموزش این رویکرد تلاش می‌شود تا افراد خود را بهتر شناخته و تجربیات مثبت خود را باز شناسند و به نقش این تجربیات مثبت در افزایش و ارتقا احترام به خود پی‌برند. این امر سبب می‌شود که افراد قادر به پذیرش مسئولیت بیشتری شوند و به درک کامل‌تری از خویش نایل آیند. در جریان آموزش مثبت‌نگری، افراد در جهت شناخت توانایی‌ها، قابلیت‌ها و جنبه‌های مثبت خود و اطرفیان گام برمی‌دارند که این امر منجر به بهبود ارتباط‌شان نسبت به دیگران نیز می‌شود. در این رویکرد، با تأکید بر استعدادها و توانایی‌ها، بهینه‌سازی شادی‌ها، توجه و تمرکز کردن بیشتر به مسائل و احساسات مثبت و جلوگیری از ورود احساسات منفی به حیطه‌ی شخصی و نیز افزایش ارتباطات مثبت که یکی از مبنای رویکرد مثبت‌نگر است، می‌توان بر سلامت روانی افراد تأثیر مثبتی گذاشت.

مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر از طریق افزایش هیجانات، افکار و رفتارهای مثبت و ارضا نیازهای اساسی افراد مثل خودمختاری، عشق و تعلق خاطر و ارتباط، باعث کاهش افسردگی و افزایش شادکامی و احساس بهزیستی ذهنی در آنان می‌شود.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت: در برنامه مداخله‌ای روان‌شناسی مثبت‌نگر از مفاهیمی چون شادکامی، خوش‌بینی و امید استفاده می‌شود. دقیقاً همان مؤلفه‌هایی که با تولد کودک کم‌توان ذهنی از خانواده و به‌ویژه مادر رخت بر بسته است. شاید، مهمترین مؤلفه در این مورد شادکامی باشد. با تولد یک نوزاد کم‌توان ذهنی، سایه غم و اندوه بر خانواده و به‌ویژه مادر سنگینی می‌کند و یأس و ناامیدی بر روح و روان مادر می‌نشیند. از آنجا که نگارنده سال‌ها در مدارس کودکان و دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی به‌عنوان مشاور شاغل بوده است، تجربیات زیسته نیز حکایت از آن دارد که این مادران به شدت احساس شرم، گناه، افسردگی و ناامیدی می‌کنند و این احساسات متعارض موجب طیفی از بد اخلاقی‌ها از بی‌توجهی و غفلت و عدم پرداختن به نیازهای عاطفی و جسمی و آموزشی تا تنبیهات شدید بدنی می‌شود که این رفتارها، مادران را در یک چرخه‌ی معیوب قرار می‌دهد و مانع از آن می‌شود که نقش مادرانه‌ی خود را به‌درستی انجام بدهند و همین مسأله باعث پس‌رفت بیشتر فرزند کم‌توان ذهنی آنها می‌شود.

لذا به نظر می‌رسد، آشتی دادن این افراد با خود و پذیرش خود، اولین گام در جهت ارتقا سلامت روانی آنان باشد. یکی از مؤلفه‌های مهم، بالا بردن سطح شادکامی مادران بود. شادکامی دارای اجزایی همچون هیجانات مثبت، روابط مثبت با دیگران و هدفمندی در زندگی است. افراد شادکام، خود و دیگران را مثبت می‌بینند و وقایع را مثبت تفسیر می‌کنند. آنها تصمیمات منطقی و درست می‌گیرند و خوش‌بینی واقع‌بینانه دارند. در حالی که کم‌نیستند مادرانی که به دلیل به دنیا آوردن فرزند معلول، احساس گناه کرده و خود را مستوجب سرزنش و بدبختی می‌دانند. در حالی که آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر به مادران گروه نمونه این آموزش را داد که غمزدگی، افسردگی و سرزنش خود، نه تنها کمکی به آنها و فرزندشان نمی‌کند بلکه ابتکار عمل را نیز از آنها می‌گیرد و آنها را در شرایط سخت و دشوارتری قرار می‌دهد. یکی از دست‌آوردهای مداخله، بالا بردن تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی بود که حتی

هدفمندی در زندگی می‌تواند باعث کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی فرد شود. مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر به افراد دردمند کمک می‌کند تا توجه، حافظه و انتظارات خود از وقایع منفی و فاجعه‌آمیز را به سمت وقایع مثبت و امیدوارکننده سوق دهند.

این پژوهش محدودیت‌هایی نیز داشته است. اطلاعات و داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش از طریق خودگزارش‌دهی آزمودنی‌ها و به‌وسیله‌ی پرسشنامه جمع‌آوری شد که این شیوه همیشه تحت تأثیر عوامل متعدد تأثیرگذار مثل گرایش پاسخ‌دهندگان به ارائه‌ی پاسخ‌های جامعه‌پسند می‌باشد. این پژوهش در سال ۱۳۹۸ انجام شد و قرار بود که در صورت مؤثر بودن برنامه‌ی مداخله، هم مرحله‌ی پیگیری وجود داشته باشد و هم جلسات درمانی بر روی گروه گواه نیز انجام شود. با توجه به اینکه متأسفانه شاهد شیوع و بروز همه‌گیری کووید ۱۹ و محدودیت‌های ناشی از آن بودیم، لذا این مورد هم از محدودیت‌های پژوهش بود که ناخواسته تحمیل شد.

به‌عنوان پیشنهاد می‌توان گفت که از مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر می‌توان به‌عنوان رویکردی مؤثر در بهبود بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی توسط روان‌پزشکان و روان‌شناسان استفاده شود. پیشنهاد می‌شود این مداخلات از سوی مراجع ذیربط، در برنامه‌های آموزشی مراکز ویژه‌ی کودکان کم‌توان ذهنی گنجانده شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسئولان مرکز نگهداری معلولان ذهنی نمونه شهریار و مادران عزیزی که پژوهشگر را در امر پژوهش و به‌ثمر رسانیدن آن یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مراجعان، خصوصاً مراجعان افسرده و ناامید احساس غم و اندوه دارند، لذا روش مثبت‌موقیت، بازشناسی دست‌آوردها و تحسین و تمجید خویشتن نیز، به مادران آموزش داده شد تا تجربیات موفقیت‌آمیز را به محض تجربه کردن یا بلافاصله پس از آن، یادداشت کنند تا به حداکثر تأثیر خلق مثبت و احترام به خویشتن دست یابند. با تأیید خویشتن به شکل لحظه به لحظه، تعادل میان افکار مثبت و منفی به خوبی برقرار می‌شود و سلطه‌ی اشتغال‌های ذهنی افسرده‌کننده را کمتر احساس می‌کنند.

همچنین این مداخله بر اتخاذ «زندگی هدفمند» در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مؤثر بوده است. روان‌شناسی مثبت‌نگر تأثیر معناداری بر افزایش نشاط، خشنودی از زندگی و معناداری زندگی و همچنین کاهش افسردگی دارد. مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر مدام بر شناسایی توانایی‌ها به جای تأکید بر نقاط ضعف به‌عنوان راهی برای افزایش جدایی و معنای بیشتر در زندگی تأکید دارند. مداخله موجب شد که مادران معنایی در زندگی خود بیابند چرا که معنا همانگونه که کامپتون^۱ (۳۱) تأکید دارد، موجب احساس کارآمدی، کنترل و تسلط می‌شود. معنا به آدمی اجازه می‌دهد تا بداند که اسیر اتفاقات نیست و قادر به مهار شرایط است. بنابراین همانگونه که سلیگمن باور دارد؛ زندگی کامل زندگی‌ای است که فرد از ظرفیت‌های خود به‌شکل بهینه استفاده می‌کند تا در خدمت چیزی فراتر از خود قرار گرفته و معنایی در زندگی بیابد.

روان‌شناسی مثبت‌نگر با اختلال روانی و خودانتقادی رابطه منفی دارد (۳۰). لذا مادران با این آموزش و مداخله یاد گرفتند به جای تمرکز بر روی جنبه‌های منفی و احساس شرم و گناه، ضمن پذیرش شرایط موجود بر جنبه‌های مثبت و قابلیت‌های خود تأکید ورزند و به ارزیابی نقاط مثبت، قابلیت‌ها و موفقیت‌های خود بپردازند. این مادران با آگاهی یافتن از توانمندی‌ها و استعداد‌های خود و فرزند خویش، آموختند که به‌راحتی تسلیم شرایط موجود نشوند و با تکیه بر جنبه‌های مثبت و تعهد خود، مسئولیت‌ها را بپذیرند و از خودانتقادی خودتخریبی فاصله بگیرند.

در مجموع می‌توان گفت که مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر بدون تأکید بر علائم منفی افسردگی و فقط از طریق افزایش لذت، تقویت توانمندی‌ها و ویژگی‌های مثبت فردی و استفاده از آنها، در زندگی روزمره و افزایش احساس معنا و

References

1. Health Organization (2018). World report on disability. https://www.who.int/disabilities/world_report.
2. <http://asre-iranian.ir/newspaper/page/2583/1/37924/0>
3. Azadyekta M. Investigating the Effectiveness of Logo Therapy in Mental Health of Mothers with Exceptional Children, *Journal of Disability Studies*. 2015 5(1), 77-83.
4. AMINA HAYA, P. V.; HARIS, F. Parental Stress and Coping Strategies among Parents of Autistic children. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 2018 9(6). 841-844.
5. Azadyekta M . Effectiveness of Coping Strategies in Reducing Anxiety in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder, *Journal of Family and Research*. 2013 10(3), 119.
6. Del Fierro Avil J. Stress and Marital Satisfaction of Parents with Children with Fragile X Syndrome. Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy Clinical Psychology. 2017 Walden University. Ekas, N. V., Timmons, L., Pruitt, M., Ghilain, C., & Alessand
7. Lee, G. (2013). Maternal stress, well-being, & impaired sleep in mothers of children with developmental disabilities: A Literature review. *Research in Developmental Disabilities* 72: 222-227.
8. Khodadadi Sangdeh J, Tavalaeayan S A, Bolghan-Abadi M. The effectiveness of positive group psychotherapy in increasing the happiness among mothers of children with special needs. *ijfp*. 2014; 1 (1) :53-62
9. Pawlus, B. Shame of having a disabled child. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland)*: 1960), . (2016) 69(2 Pt 2), 306-313
10. Azadyekta M exceptional children and mother,s challenges. *Exeptional Education*, 110, 38-44
11. Ros, R., Hernandez, J., Graziano, P. A. & Bagner, D. M. Parent training for children with or at risk for developmental delay: The role of parental homework completion. *Behavior therapy*, 2016 47(1), 1-13.
12. Rabiee kenari F, Jadidian A, Solgi M. Effectiveness of Resilience Training on Reduction of Parental Stress of Autistic Childrens Mothers. *sjimu*. 2015; 23 (4) :95-105
13. Mahmoodi Z .JAFARIF, Zaharakar K, Zabihi R. Designing a Model of Girls' Flourishing Base on Mothers' Secretarial Abilities with the Mediating Role of Parenting Methods, *Journal of Consulting Excellence and Psychotherapy: Issue 9 winter 2020*; pages 1-11
14. Martin E. B. Sligman (2018). Prosperity (Positive Psychology). Translated by Amirkamkar, Sakineh Hejbarian. Tehran: Nashr-e Ravan
15. Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychology Association*, 60: 410-421.
16. Seligman, M. E. P., Rashid. T. & Parks, A. (2006). Positive psychotherapy. *American psychologist*, 61 (8), 86-774.
17. Seligman, C. K., & Rider, E.A. (2006). *Life-Span Human Development*. Canada: Thomson & Wadsworth.
18. Ryff. C. D. Keyes. C. I (2002). Optimal well-being :Empirical Encounter of two traditional. *Journal of Personality and social psychology*. 62 (6).P: 1007-1022.
19. Dockray, S., & Steptoe, A. (2018). Positive affect and psychobiological processes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 69-75.
20. Lyubomirsky, S. (2013). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. New York: Penguin
21. Wagner L, Gander F, Proyer RT, Ruch W. (2019). Character strengths and PERMA: Investigating the relationships of character strengths with a multidimensional framework of well-being. *Applied Research in Quality of Life*
22. Müller R, Gertz, K. J, Molton, I. R, Terrill, A. L, Bombardier, C. H, Ehde, D. M., & Jensen M. P. Effects of a tailored positive psychology intervention on well-being and pain in individuals with chronic pain and a physical disability: A feasibility trial. *The Clinical Journal of Pain*, 2016 32(1), 32-44.
23. Layous K, Chancellor J, Lyubomirsky S, Wang L, Doraiswamy M. (2017). Delivering happiness: Translating positive psychology intervention research for treating major and minor depression disorders. *J Altern Complement Med*; 17(8): 675-83.
24. Segerstrom, s., & miller, G. (2014). psychological stress & the human immune system: A meta-analytic study of 71 years of inquiry. *psychological Bulletin*, 71: 281-271.
25. Keshavarzi Arshadi F & Azmoodeh M .The comparison of mental well- being in parents with

- exceptional kids and parents with normal kids and its explanation in terms of 5- factor personality model, behavior and thought 2009 3(2)1-21
26. Rashid T. Positive psychology in practice : Positive psycho-therapy . The Oxford handbook of happiness 2013 (p. 978-993). New York: Oxford University Press
 27. Reza Zadeh S, Khodabakhshi-Koolaei A, Hamidy Pour R, Sanagoo A. Effectiveness of Positive Psychology on Hope and Resilience in Mothers with Mentally Retarded Children. IJPN. 2018; 6 (3) :32-38
 28. Pietrowsky, R., & Mikutta, J. (2012). Effects of positive psychology intervention in depressive patients A randomized control study. Psychology, 3(12), 1067-1073.
 29. Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. Journal of Clinical Psychology, 65(5), 467-487.
 30. Dempsey, I., Keen, D., Pennell, D., Oreilly, J., Neilands, J. (2009). parent stress, parenting competence and family-centered support to young children with an intellectual or developmental disability. Research in developmental disabilities, 30(3), 558-566.
 31. Compton, W. C. (2015). An Introduction to Positive Psychology. Thomson Wadworth: USA.

اثربخشی کارکردهای اجرایی بر سطح تعاملات اجتماعی، خودانگی و اضطراب کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی

- عبدالمجید طاهری، دانشجوی دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
- امیرقمرانی*، استادیار دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
- پرویز عسگری، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
- سالار فرامرزی، استادیار دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
- فریا حافظی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۲۱ - ۳۰

چکیده

زمینه: کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در تعامل با همسالان خود مشکل دارند، خودانگی، آنها را رنج می‌دهد و سطح اضطراب بالایی دارند. هدف پژوهش حاضر تعیین کارکردهای اجرایی بر سطح تعاملات کودک با همسالان، خودانگی و اضطراب کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی بود.

روش: ۳۰ کودک ۶ تا ۱۴ ساله با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی که به کلینیک مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش و پرورش سبزوار مراجعه کرده بودند به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند و در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تحت آموزش و تمرین کارکردهای اجرایی یک روان‌شناس قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش؛ پرسشنامه کانرز، پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت، مقیاس اضطراب کودکان اسپنس و ابزار سنجش خودانگی مایکل‌کینگ بود که همه‌ی کودکان، قبل و بلافاصله پس از برنامه مداخله آنها را تکمیل کردند. مقایسه بین دو گروه توسط آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات تعاملات اجتماعی، خودانگی و اضطراب در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی قبل از مداخله تفاوت معناداری نداشت، اما میانگین نمرات دو گروه بلافاصله پس از مداخله تفاوت معناداری پیدا کرد؛ به طوری که میانگین نمرات تعاملات اجتماعی، خودانگی و اضطراب کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در گروه کنترل تغییر معناداری نداشت اما در گروه مداخله تغییر معناداری را نشان داد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: مداخله کارکردهای اجرایی توانست تعاملات اجتماعی، خودانگی و سطح اضطراب کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی را بهبود بخشد. با توجه به یافته‌های پژوهش، استفاده از کارکردهای اجرایی برای بهبود تعاملات اجتماعی، خودانگی و اضطراب کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، اضطراب، تعاملات اجتماعی، خودانگی، کارکردهای اجرایی

مقدمه

است، پژوهش‌های حوزه‌ی اصلاح شناختی-رفتاری بوده‌اند که تقریباً با توفیق ۳۵ درصدی همراه بوده‌اند (۸). پژوهش حاضر با توجه به اهمیت مسأله و ضرورت پژوهش در این حوزه استفاده از آموزش و تمرین کارکردهای اجرایی^۱ برای مدیریت فرآیندهای شناختی و منابع هوشی را یک ضرورت اساسی می‌داند و بر این مسأله تأکید دارد که کارکردهای اجرایی نقش اساسی در فهم رفتار و افکار انسان بازی می‌کنند، این کارکردها عبارت‌اند از: کنترل عادت و رفتار، حافظه‌ی کاری^۲ و انعطاف‌شناختی. این کارکردها برای حل مسأله، برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و استدلال ضروری می‌باشند و کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در این کارکردهای اجرایی نقص دارند. این مطالعه به بررسی تأثیر مداخله‌ی آموزش و تمرین کارکردهای اجرایی بر کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی پرداخت تا تأثیر آن را بر روی تعاملات اجتماعی، خودانگی و اضطراب آنان مشخص سازد (۱۰ و ۹).

مواد و روش

روش این پژوهش توصیفی-تحلیلی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و آزمایشی و از نوع نمونه در دسترس بود. جامعه آماری پژوهش شامل ۱۵۰ کودک پسر با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بودند که در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ در مدارس دوره اول و دوم ابتدایی شهر سبزوار مشغول تحصیل بودند و به دلیل مشکلات رفتاری یا تحصیلی به مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر سبزوار مراجعه کرده بودند. این کودکان همگی در رده سنی ۶ تا ۱۴ سال بودند. با توجه به معیارهای ورود و خروج از پژوهش، از بین ۱۵۰ کودک، ۳۰ کودک به طور تصادفی انتخاب شدند و با استفاده از روش تصادفی بلوکی چهارتایی (AABB, ABAB, BAAB, BBAA) که A نشانگر گروه مداخله و B نماینده گروه کنترل بود به دو گروه ۱۵ نفره‌ی مداخله و کنترل تقسیم شدند.

معیارهای ورود به پژوهش و خروج از آن عبارت بودند از:

□ معیارهای ورود به پژوهش: هوش متوسط یا بالاتر از آن، حواس بینایی و شنوایی سالم، تشخیص اختلال نارسایی توجه/

اختلالات رفتاری، هیجانی و عاطفی یکی از مهم‌ترین مسائلی است که امروزه روان‌شناسان حوزه‌های کودکان استثنایی و بالینی بشدت به آن توجه کرده و علی‌رغم انجام پژوهش‌های فراوان هنوز ابعاد زیادی از آن ناشناخته و مبهم باقی مانده است. اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۱ یکی از اختلالاتی است که در صورت عدم توجه، می‌تواند در دوره‌ی کودکی برای این کودکان پیامدهایی در حوزه‌های تحصیلی، رفتاری و تعاملات اجتماعی، و در بزرگسالی در حوزه‌ی اشتغال و اجتماع این کودکان را مخدوش سازد (۱). با توجه به اهمیت این اختلال در تخریب نیروی انسانی جامعه و همچنین شیوع قابل توجه آن که در پنجمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۲، ۱۱ درصد در سنین ۴ تا ۷ سال گزارش شده است، ضروری است پژوهش‌های علمی و مستدلی در جهت پیشگیری، درمان و مدیریت آن صورت پذیرد (۳ و ۲).

از مهم‌ترین مشکلات این کودکان که به عنوان یک ضرورت پژوهشی باید به آن پرداخته شود، وضعیت تخریب‌شده‌ی تعاملات اجتماعی آنان است که تنش‌ها و فشارهای زیادی بر آنها و همسالانشان وارد می‌کند. اضطراب^۳ که یک حالت هیجانی نامطلوب است؛ مانع پاسخ‌دهی مناسب این کودکان در موقعیت‌های اجتماعی مختلف می‌شود به طوری که موجب تخریب استعدادهای آنان و نیز ناسازگاریشان می‌شود (۴). یکی دیگر از مشکلات مهم که دامن‌گیر این کودکان است، انگ می‌باشد که به عنوان یک پیامد مهم اجتماعی است که به صورت یک حس بدنام‌کننده از یک شخص تعریف می‌شود و افراد پیرامون کودک حلقه وسیعی از عیب‌ها و نقص‌ها را بر پایه یک عیب اصلی در کودک می‌بینند. انگ، ننگ اجتماعی یا خودانگی^۴ در کودکانی که دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی هستند، موجب می‌شود که بیشتر استعدادهای توانایی‌هایشان مختل شود (۷ و ۵). پژوهش‌های فراوانی در حوزه اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام شده است. این پژوهش‌ها، راه‌های پیشگیری و درمان متعددی را پیموده‌اند، از جمله: دارودرمانی^۵، رفتاردرمانی^۶، اصلاح شناختی-رفتاری^۷ اما اغلب پژوهش‌هایی که متمرکز بر کودکان ۶ تا ۱۱ ساله بوده

1. Attention Deficit/Hyper activity Disorder (AD /HD)

2. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM5)

3. Anxiety

4. Stigma

5. Drug Treatment

6. Behavior Therapy

7. Cognitive-Behavioral Modification

8. Executive Functions (EF)

9. Working Memory

به کودکان گروه مداخله، یک روز در هفته، به مدت ۸ هفته، هر جلسه ۴۵ دقیقه، آموزش و تمرین‌های کارکردهای اجرایی داده شد؛ که آموزش‌ها شامل: جلسه اول: هدف‌گیری و نشانه‌روی، جلسه دوم: حرکت بین موانع، جلسه سوم: اجرای دستورات مستقیم و معکوس، جلسه چهارم: بازی‌های تعادلی، جلسه پنجم: کار بر روی حافظه مستقیم و معکوس، جلسه ششم: بازداري پاسخ، جلسه هفتم: تمرین تمام آموزش‌ها و جلسه هشتم: اجرای پس‌آزمون بود (۱۱).
محتویات جلسات آموزشی در جدول ۱ آورده شده است.

بیش‌فعالی با مقیاس کانرز، نداشتن اختلال همبود و تمایل شرکت در پژوهش.

□ **معیارهای خروج از پژوهش:** غیبت بیش از ۳ جلسه در آموزش و تمرین، مصرف دارو، نداشتن بیماری خاص، وجود مشکلاتی که روند مداخله را تحت تأثیر قرار دهد، شرکت در سایر جلسات آموزشی و درمانی، و ایجاد اختلال در روند آموزش و تمرین.
لازم به ذکر است که اطلاعات لازم در مورد ملاک‌های خروج از پژوهش از طریق مصاحبه بالینی با والدین کسب شد.

جدول ۱) جلسات آموزشی

جلسات آموزش و تمرین	موضوعات تحت پوشش
جلسه اول	هدف‌گیری: دارت، بولینگ، پرتاب توپ درون حلقه
جلسه دوم	بازی بین موانع: حرکت با توپ بین موانع، مسابقه دو درون موانع
جلسه سوم	اجرای دستورات مستقیم و معکوس: کودک ابتدا دستورات متوالی را از اول به آخر و سپس از آخر به اول اجرا نماید به صورت بازی‌های عملی
جلسه چهارم	بازی‌های تعادلی: لی‌لی‌کردن، روی شیلنگ راه رفتن، پرش با حفظ تعادل
جلسه پنجم	کار بر روی حافظه مستقیم و معکوس: به صورت حافظه‌ی عددی و کلامی
جلسه ششم	بازداري پاسخ: کودک دست در دست آزمونگر می‌گذارد. چشم در چشم آزمونگر از او پرسش‌هایی می‌پرسد، تا آزمونگر دست آزمودنی را فشار نداده جواب نمی‌دهد.
جلسه هفتم	تمام تمرینات به طور خلاصه مرور می‌شود.
جلسه هشتم	اجرای پس‌آزمون

برای اندازه‌گیری شدت علائم اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی به‌کار می‌رود. نمره‌دهی پرسش‌های این پرسشنامه با مقیاس ۴ نمره‌ای لیکرت (از اصلاً تا بسیار زیاد) انجام می‌گیرد. اصلاً ۱ نمره و بسیار زیاد ۴ نمره و دامنه‌ی نمرات بین ۲۶ تا ۱۰۴ قرار می‌گیرد. نمرات ۵۲ تا ۶۹ اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی متوسط، ۶۹ تا ۸۶ اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی زیاد و ۸۶ تا ۱۰۴ اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی شدید را نشان می‌دهد. این مقیاس در کشورهای مختلفی استفاده شده است و روایی و پایایی آن مورد تأیید است. در ایران ضریب پایایی بازآزمایی برای نمره‌ی کل ۰/۵۸ و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره‌ی کل ۰/۷۳ به دست آمده و روایی آن ۰/۸۴ محاسبه شده است (۱۲).

مادران کودکان در جلسات آموزش حضور داشتند و کارهای روان‌شناس و کودکان را تماشا می‌کردند. پدران این کودکان به دلیل مشغله کاری در جلسات حضور نداشتند. بعد از اتمام برنامه، ۴ جلسه آموزش برای پدران در جهت رفع مشکلات فرزندانشان برگزار شد.

۱) برای سنجش سطح اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی کودکان از پرسشنامه کانرز فرم والدین^۱ استفاده شد. ساخت مقیاس‌های چندگانه کانرز در سال ۱۹۶۰ توسط کیت کانرز آغاز شد، مقیاس درجه‌بندی کانرز برای اولین بار جهت ارزیابی تأثیر داروهای محرک بر روی کودکان بیش‌فعال و جهت تشخیص کودکان بیش‌فعال از کودکان عادی ساخته شد.
فرم والدین مقیاس کانرز دارای ۲۷ پرسش است که به وسیله والدین کودک تکمیل می‌شود. این ابزار

۲) پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی گرشام والیوت^۱

برای سنجش تعاملات کودک با همسالان از مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام و والیوت (۱۹۹۰) استفاده شد. این مقیاس رفتار اجتماعی کودکان را که تأثیر بسزایی بر عملکرد تحصیلی و پذیرش میان همسالان دارد، را از دید چند ارزیاب مقایسه می‌کند. این مقیاس، به عنوان یکی از بهترین مقیاس‌های اندازه‌گیری مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای مشکل‌دار معرفی شده است.

مقیاس مهارت‌های اجتماعی شامل سه فرم ویژه‌ی ارزیابی توسط والدین، معلمان و دانش‌آموزان است. تعداد پرسش‌های فرم والدین ۵۲ پرسش می‌باشد، که ۴۰ پرسش مهارت‌های اجتماعی و ۱۲ پرسش مشکلات رفتاری را می‌سنجد؛ که این بخش به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه بر مبنای مقیاس ۳ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود، هرگز نمره صفر، بعضی اوقات نمره ۱، اغلب اوقات نمره ۲ و دامنه‌ی نمرات بین صفر تا ۱۰۴ می‌باشد. نمرات بین صفر تا ۵۲ نشانگر مشکلات مهارت‌های اجتماعی و رفتاری کودک بوده که به ۳ درجه تقسیم می‌شود.

بر پایه یافته‌های گرشام والیوت (۱۹۹۰) ضرایب آلفای کرونباخ برای مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری ۰/۹۴ و ۰/۸۸ است. در ایران پایایی این مقیاس ۰/۷۷ و ۰/۹۹ گزارش شده است و در یک گروه از کودکان عادی این ضرایب از ۰/۴۹ تا ۰/۹۶ برای فرم‌های آموزگاران و والدین متغیر بوده است (۱۳).

۳) مقیاس سنجش اضطراب کودکان اسپنس^۲

برای سنجش اضطراب کودکان از مقیاس اضطراب کودکان اسپنس استفاده شد. این مقیاس شامل فرم خود گزارشی و گزارش والدین است. مقیاس اضطراب کودکان اسپنس شامل ۴۵ گویه است، که ۳۸ گویه، نشانه‌های ویژه‌ی اضطراب را منعکس و ۶ پرسش مثبت تکمیل کننده است. گویه‌ها در یک مقیاس ۴ امتیازی با گویه‌های هرگز، بعضی مواقع، اغلب، همیشه ۴ و همیشه ۴، نمره‌گذاری شده است. دامنه‌ی نمرات بین ۴۵ تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد که نقطه برش ۹۰ می‌باشد.

پایایی: میزان همبستگی بعد از ۱۲ هفته فاصله زمانی ۰/۵۶ تا ۰/۶۹ و بعد از ۶ ماه فاصله زمانی ۰/۴۵ تا ۰/۶۰ بود. محدوده آلفای کرونباخ ۰/۸۰-۰/۷۰ بود. اما برای ترس از

آسیب ۰/۶۰ یا پایین‌تر و برای نمره کلی ۰/۹۰ یا بیشتر بود.

روایی: همبستگی مقیاس اضطراب کودکان اسپنس با اندازه‌گیری‌های دیگر اضطراب ۰/۸۹-۰/۷۱ و با افسردگی ۰/۴۸ بود (۱۴).

۴) ابزار سنجش خودانگی

برای سنجش خودانگی دانش‌آموزان از مقیاس استیگما^۳ که توسط مایکل کینگ و همکاران در سال (۲۰۰۷) ساخته شده است، استفاده شد. فرم اولیه‌ی این مقیاس ۴۲ سؤالی بوده و فرم نهایی آن ۲۸ سؤالی است. اعتبار و روایی مناسب را دارا می‌باشد و در مقیاس لیکرتی ۵ سطحی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم تنظیم شده است. دامنه‌ی نمرات بین صفر تا ۱۱۲ قرار می‌گیرد. به طور کل، سه جنبه‌ی افشاگری، جنبه‌های مثبت و تبعیض را اندازه می‌گیرد، که هر بخش به ترتیب شامل ۱۱ سؤال، ۱۰ سؤال و ۷ سؤال می‌باشد. نقطه برش آن ۵۶ است.

اعتبار درونی آن در نسخه انگلیسی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمده و همین‌طور ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از ۳ خرده مقیاس افشاگری ۰/۸۵، تبعیض ۰/۸۷ و خرده مقیاس جنبه‌های مثبت ۰/۶۴ می‌باشد.

آلفای کرونباخ در نسخه فارسی آن ۰/۹۱ محاسبه شده است. آلفای کرونباخ برای هر یک از ۳ خرده مقیاس افشاگری، تبعیض و جنبه‌های مثبت به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۹۰ و ۰/۷۱ می‌باشد (۱۴).

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش تأثیر یک متغیر مستقل (آموزش و تمرین کارکردهای اجرایی) بر متغیرهای وابسته (تعامل اجتماعی کودک با همسالان، خودانگی و اضطراب) بررسی شد. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات با آزمون شاپیرو ویلک^۴ انجام شد و نمرات پرسشنامه‌های شرکت‌کنندگان با میانگین و انحراف معیار گزارش شد. برای تحلیل آماری نتایج پرسشنامه‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و برای بررسی یکسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. همچنین برای همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته و پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها به ترتیب از آزمون بارتلت و ام باکس استفاده شد. در این پژوهش ۱۵ نفر در گروه مداخله و ۱۵ نفر در گروه کنترل و در کل ۳۰ نفر شرکت داشتند.

1. Social Responsiveness Scale
2. Spence Children's Anxiety Scale

3. Stigma Scale
4. Shapiro Wilk

جدول ۲) آزمون لوین برای یکسانی واریانس‌ها

متغیر	F	DF1	DF2	سطح معنی داری
خودانگی. پس آزمون	۱,۳۸۲	۲	۴۱	۰,۲۵۵
اضطراب. پس آزمون	۰,۵۸	۲	۴۱	۰,۸۱۱
تعاملات اجتماعی. پس آزمون	۰,۲۶۸	۲	۴۱	۰,۷۶۶
خودانگی. پیگیری	۰,۱۱۴	۲	۴۱	۰,۷۳۹
اضطراب. پیگیری	۱,۱۸۵	۲	۴۱	۰,۳۱۶
تعاملات اجتماعی. پیگیری	۰,۱۳۸	۲	۴۱	۰,۸۷۲.

ویلیک نشان دهنده نرمال بودن توزیع این متغیرها در نمونه‌ی مورد مطالعه بود. لذا جهت تحلیل نتایج پژوهش می‌توان از آزمون‌های تحلیل کواریانس استفاده کرد.

برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون (ارتباط خطی بین متغیرها) از آزمون کنش متقابل بین پیش‌آزمون‌ها و گروه‌ها استفاده شد که نتایج به شرح زیر است:

با توجه به نتایج جدول ۲، سطح معنی‌داری تمامی متغیرها از ۰/۰۵ بیشتر است. بنابراین مفروضه یکسانی واریانس در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری مربوط به متغیرهای پژوهش مورد تأیید می‌باشد ($P > 0/05$).

برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش از آزمون شاپیرو ویلیک استفاده شد که نتایج مقادیر احتمال آزمون شاپیرو

جدول ۳) آزمون کنش متقابل بین پیش‌آزمون‌ها و گروه‌ها

منابع تغییر	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
کنش متقابل بین پیش‌آزمون‌ها و گروه‌ها	خودانگی. پس آزمون	۴۴۴,۶۹۷	۳	۱۴۸,۲۳۲	۱,۱۰۴	۰,۳۶۱
	اضطراب. پس آزمون	۷۰۰,۸۱۰	۳	۲۳۳,۶۰۳	۲,۲۴۷	۰,۱۰۰
	تعاملات. پس آزمون	۲۰۶,۹۱۲	۳	۶۸,۹۷۱	۰,۸۱۶	۰,۴۹۴

به منظور بررسی پیش‌فرض تساوی کواریانس‌های نمرات، از آزمون ام‌باکس استفاده شد، که نتایج به شرح زیر است:

جدول ۵) نتایج آزمون ام‌باکس جهت یکسانی واریانس خطا

ام‌باکس	F
۲,۳۴۹	۰,۷۳۸
درجه آزادی صورت	۴۲
درجه آزادی مخرج	۴۹۴۵,۴۲۸
سطح معنی داری	۰,۵۲۹

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد مفروضه یکسانی واریانس خطا در مرحله‌ی پس‌آزمون مربوط به متغیرهای پژوهش مورد تأیید می‌باشد ($P > 0/05$)؛ بنابراین اعتبار و پایایی نتایج بعدی مورد تأیید است.

چون سطح معنی‌داری کنش متقابل گروه‌ها و پیش‌آزمون‌ها در متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، لذا تعامل بین شرایط آزمایش و متغیر همپراش (پیش‌آزمون) معنادار نیست. یعنی اینکه شیب خط رگرسیون برای تمام متغیرها یکسان است.

آخرین مفروضه آزمون تحلیل کواریانس، همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته می‌باشد، که جهت بررسی همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته از آزمون کرویت بارتلت استفاده شد، که نتایج همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته (خودانگی، اضطراب و تعاملات اجتماعی) را نشان می‌دهد. سطح معنی‌داری آزمون (۰/۰۴) کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد. نتایج به شرح زیر است:

جدول ۴) آزمون کرویت بارتلت جهت بررسی همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته

نسبت درست نمایی	۰,۰۰۰
خی دو	۴۵,۴۳۹
درجه آزادی	۲۰
سطح معنی داری	۰,۰۰۱

جدول ۶) میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایشی و کنترل

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
خودانگی	گروه کارکرد اجرایی	۱۱,۷۵۶۲۵	۴۸,۶۰۰	۸,۹۶۶۶۰	۶۰,۰۶۶۷
	کنترل	۱۵,۸۶۰۱۰	۵۲,۰۶۶۷	۱۴,۸۲۹۸۳	۴۷,۶۰۰
اضطراب	گروه کارکرد اجرایی	۸,۷۴۱۲۵	۲۶,۶۰۰	۵,۹۴۹۷۹	۳۸,۸۶۶۷
	کنترل	۱۷,۷۳۲۱۳	۴۲,۲۶۶۷	۱۵,۹۵۹۱۷	۴۲,۸۶۶۷
تعاملات اجتماعی	گروه کارکرد اجرایی	۹,۸۱۸۸۴	۵۸,۶۰۰	۸,۷۵۷۰۴	۴۱,۴۶۶۷
	کنترل	۱۱,۱۹۹۴۹	۴۲,۳۳۳۳	۹,۸۲۴۶۵	۴۵,۰۰۰

براین، براساس جدول مشخص می‌شود که در همه‌ی متغیرهای وابسته، در مرحله‌ی پیش‌آزمون میانگین نمرات گروه آزمایشی و کنترل نسبتاً نزدیک به هم می‌باشد. با وجود این، در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت میانگین دو گروه محسوس است. به منظور بررسی معناداری تفاوت بین میانگین نمرات گروه کنترل و آزمایشی، از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد.

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی که مداخلات مبتنی بر کارکرد اجرایی را دریافت کرده‌اند در متغیرهای خودانگی، اضطراب و تعاملات اجتماعی تفاوت زیادی با پیش‌آزمون دارد. حال آن‌که، نمرات پس‌آزمون گروه کنترل که مداخلات مبتنی بر کارکرد اجرایی را دریافت نکرده‌اند، در متغیرهای وابسته، تفاوت زیادی با پیش‌آزمون ندارد. علاوه

جدول ۷) آزمون‌های چند متغیره تحلیل کواریانس

آزمون‌ها	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلائی	.۵۸۶	۱۰,۸۷۳	۳,۰۰۰	۲۳,۰۰۰	.۰۰۰
لامبدای ویلکز	.۴۱۴	۱۰,۸۷۳	۳,۰۰۰	۲۳,۰۰۰	.۰۰۰
اثر هاتلینگ	۱۰۴۱۸	۱۰,۸۸۳	۳,۰۰۰	۲۳,۰۰۰	.۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۱,۴۱۸	۱۰,۸۷۳	۳,۰۰۰	۲۳,۰۰۰	.۰۰۰

در جدول ۸، چهار آزمون چندمتغیره‌ی تحلیل کواریانس «اثر پیلائی»، «لامبدای ویلکز»، «اثر هاتلینگ» و «بزرگترین ریشه روی» محاسبه شده‌اند. همان‌طور که مشاهده می‌شود، سطح معنی‌داری هر چهار آزمون (۰,۰۰۰) کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد، که نشان‌دهنده‌ی تفاوت حداقل بین دو متغیر وابسته (اضطراب، خودانگی و تعاملات اجتماعی) گروه‌های آزمایشی

و کنترل است. به عبارتی، حداقل آموزش کارکردهای اجرایی بر دو متغیر وابسته تأثیر مثبت دارد. لذا با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. به منظور بررسی تأثیر آموزش کارکردهای اجرایی بر هر یک از متغیرهای پژوهش، از تحلیل کواریانس در متن مانکوا استفاده شد که نتایج به شرح زیر است:

جدول ۸) نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره

متغیرها	مجموع مجذورات بین گروهی	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجدور ایتای سهمی
خودانگی	۲۲۵,۰۳۵	۱	۲۲۵,۰۳۵	۱,۷۶۲	۰,۱۹۶	۰,۰۷۶
اضطراب	۵۰۶,۸۷۷	۱	۵۰۶,۸۷۷	۴,۲۶۲	۰,۰۴۹	۰,۱۴۶
تعاملات اجتماعی	۱۶۲۸,۳۷۷	۱	۱۶۲۸,۳۷۷	۲۰,۰۰۵	۰,۰۰۰	۰,۴۲۸

با نتایج این پژوهش بوده و با اندک تفاوت کمی در گروه‌های نمونه نتایج فوق نتایج این پژوهش را تأیید نمود.

در تبیین تأثیر آموزش و تمرین کارکردهای اجرایی بر تعامل کودک با همسالان، باید گفت که پیش‌نیازهای یک تعامل اجتماعی کارآمد با همسالان، کنترل رفتار و انعطاف‌پذیری شناختی است و همین و همه‌ی این نیازها در سایه حافظه‌ی فعال مناسب حاصل می‌شود. آموزش کارکردهای اجرایی در این پژوهش توانسته است این موارد را بهینه نموده و تعاملات کودک با همسالان را بهبود بخشد.

خودانگی می‌تواند در فرد پریشانی شناختی ایجاد کند و طبعاً پریشانی شناختی می‌تواند عملکرد اجتماعی او را مورد هجوم قرار دهد. نتایج پژوهش‌ها در مورد خودانگی نشان می‌دهد که آموزش و تمرین کارکردهای اجرایی در معنادین موجب بهبود در مسایل شناختی شده و به طور ضعیف عملکرد اجتماعی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۸). میزان خودانگی بر نحوه‌ی تعاملات و مبادلات اجتماعی تأثیر دارد و آموزش و تمرین کارکردهای اجرایی می‌تواند در تعدیل خودانگی قوی تأثیرگذار باشد، ولی برعکس بر خودانگی ضعیف تأثیر چندانی ندارد (۱۹). نتایج مطالعات فوق در مورد خودانگی نتایج این پژوهش را در حد تفاوت میانگین‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تأیید می‌کند، ولی بیشتر پژوهش‌های توصیفی در مورد ننگ اجتماعی در زمینه‌ی معناداری نتایج ضعیف بوده است و این پژوهش نیز توانسته است به نتایج معناداری در زمینه تأثیر آموزش و تمرین کارکردهای اجرایی بر خودانگی دست یابد.

در تبیین این نتایج می‌توان این‌گونه استدلال کرد که با توجه به این‌که مسأله‌ی ننگ اجتماعی و خودانگی پدیده‌ای اجتماعی است، که در دراز مدت شکل گرفته و قطعاً تخفیف و کاهش آن عارضه نیاز به تمرین‌ها، آموزش‌ها و آگاهی‌های طولانی دارد، ولی این پژوهش یعنی تأثیر آموزش و تمرین کارکردهای اجرایی، کوتاه‌مدت بوده و به همین دلیل می‌توان گفت نتوانست نتایج معناداری از داده‌ها استخراج کند.

اضطراب یکی از مشکلات کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است، که می‌تواند شایستگی اجتماعی و تاب‌آوری آنان را تحت تأثیر قرار دهد. آموزش و تمرین کارکردهای اجرایی به طور قابل توجهی در کاهش اضطراب این کودکان تأثیر دارد و می‌تواند سطح اضطراب را کاهش داده و موجب انعطاف‌پذیری شناختی شود (۲۰). لکنت زبان می‌تواند خیلی اوقات نتیجه‌ی اضطراب کودکان باشد و یا با حضور اضطراب

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون در متغیر خودانگی وجود ندارد ($P > 0/05$). از طرف دیگر تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون در متغیرهای اضطراب و تعاملات اجتماعی وجود دارد ($P < 0/05$). بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش کارکردهای اجرایی در خودانگی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دوره ابتدایی تأثیر ندارد، اما آموزش کارکردهای اجرایی در تعاملات اجتماعی و اضطراب کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دوره‌ی ابتدایی تأثیر دارد. از طرف دیگر با توجه به مجذور ایتای سهمی، می‌توان گفت آموزش کارکردهای اجرایی ۷/۶ درصد از واریانس خودانگی، ۱۴/۶ درصد از واریانس اضطراب و ۴۲/۸ درصد از واریانس تعاملات اجتماعی کودکان بیش‌فعال را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه بررسی مداخله آموزش و تمرین کارکردهای اجرایی بر تعاملات کودک با همسالان خودانگی و اضطراب کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود.

نتایج نشان داد آموزش کودکان از طریق کارکردهای اجرایی می‌تواند سطح تعاملات اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با همسالان، میزان اضطراب و همچنین خودانگی آنان را بهبود بخشد.

مهارت‌های بین‌فردی در نوجوانانی که در خانواده‌های پرخطر زندگی می‌کنند، با آموزش و تمرین مهارت‌های کارکردهای اجرایی ارتقا می‌یابد و این خود تسلط بر مهارت‌های زندگی را ایجاد می‌کند (۱۵).

علاوه بر نوجوانان، آموزش و تمرین و ارتقاء کارکردهای اجرایی در کودکان ۵ تا ۶ سال می‌تواند موجب ارتقا و بهبودی اجتماعی شدن کودکان شود و در نتیجه مشکلات با همسالان را در آنها کاهش داده و برایشان مقبولیت اجتماعی ایجاد کند (۱۶). کاهش مشکلات اجتماعی در کودکان با آموزش و تمرین کارکردهای اجرایی، هدف مطالعات زیادی بوده است که نتایج این مطالعات به ما نشان می‌دهد آموزش کارکردهای اجرایی دامنه وسیعی از مشکلات اجتماعی مثل تکانشگری، پرخاشگری و عدم توجه مثبت به اطرافیان را بهبود بخشیده است (۱۷).

به طور کل، نتایج حاصل از پژوهش‌ها بر روی تأثیر آموزش و تمرین کارکردهای اجرایی بر تعاملات کودک با همسالان همسو

توجه/بیش فعالی را مطالعه کرده‌اند و تأثیر مثبت کارکردهای اجرایی بر علائم اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی از جمله حافظه فعال، خودکنترلی، تکانشگری، اضطراب، تعاملات اجتماعی، دامنه توجه کم را به عنوان متغیرهای وابسته‌ی خود قرار داده‌اند، تأییدی بر نتایج پژوهش ما می‌باشد.

پیشنهادات

نتایج پژوهش ما بسیار امیدوارکننده بود و نشان داد که آموزش و تمرین کارکردهای اجرایی بر بهبود علائم اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی کودکان دبستانی مؤثر است. مطالعات وسیع‌تر در دیگر نقاط کشور با انتخاب نمونه‌های وسیع‌تر و روش‌های نمونه‌گیری متنوع‌تر می‌تواند به سنجش رسمی مفید بودن آموزش‌های کارکردهای اجرایی بر علائم اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی بپردازد.

محدودیت‌های پژوهش

دسترسی سخت به منابع خارجی به دلیل تحریم‌های بین‌المللی، همچنین محدود بودن گروه نمونه در یک شهرستان و نمونه‌گیری با استفاده از نمونه‌ی در دسترس، که این محدودیت‌ها تعمیم یافته‌های پژوهش به گروه‌های مشابه را سخت می‌کند و باید در این زمینه احتیاط لازم انجام پذیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود فرض می‌دانند از کلیه‌ی کودکان و والدین آنها که در این پژوهش مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی نمایند.

تضاد منافع

انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافع نداشته است.

این نقیصه تشدید شود، آموزش کارکردهای اجرایی، اضطراب کودکان را کاهش می‌دهد و کاهش اضطراب می‌تواند موجب بهبودی لکنت زبان در کودکان شود (۲۱). برخی از پژوهش‌ها نشانگر این است که آموزش کارکردهای اجرایی در جوانان دانشجو در رشته‌هایی مثل پزشکی که واحدهای استرس‌زایی مثل کارورزی دارند، مؤثر بوده و توانسته است استرس آنها در این زمینه را کاهش داده و موجب توفیق و کارایی بیشتر آنها شود. آموزش کارکردهای اجرایی می‌تواند موجب ارتقاء سواد تعامل اجتماعی کودکان در سنین دبستان شده، همچنین مهارت‌های خودکنترلی در کودکان عادی و کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی را افزایش دهد (۲۳ و ۲۴). بهبود عملکرد حافظه فعال یکی از اهداف مهم پژوهش‌ها در زمینه‌ی بهبود و ارتقاء اختلالات مختلف بوده است. با توجه به اهمیت حافظه فعال در یادگیری و مسایل فراشناخت، یکی از اهداف مهم آموزش و تمرین کارکردهای اجرایی ارتقاء حافظه فعال می‌باشد که این مهم در پژوهش‌های مختلف به اجرا درآمده و اثبات شده است (۲۰). نتایج پژوهش‌های ذکر شده درباره تأثیر آموزش و تمرین کارکردهای اجرایی بر سطح اضطراب معیار و همسو با نتایج این پژوهش بوده و نشان داد که آموزش کارکردهای اجرایی می‌تواند موجب کاهش و تخفیف اضطراب در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی شود.

در تبیین تأثیر آموزش‌های کارکردهای اجرایی بر سطح اضطراب باید گفت که آموزش و تمرین کارکردهای اجرایی موجب تقویت حافظه‌ی کوتاه‌مدت شده و این امر به نوبه خود رفتارهای تکانشگری کودک را کاهش می‌دهد. با کاهش رفتارهای تکانشگری، واکنش‌های اطرافیان نسبت به کودک بهبود یافته و این کاهش اضطراب را موجب می‌شود. همچنین اضطراب در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی بسیار مرتبط با عدم استعداد آنان در برنامه‌ریزی است که عدم برنامه‌ریزی و انعطاف‌شناختی موجب خطا و این خود اضطراب را ایجاد می‌نماید. برنامه آموزش کارکردهای اجرایی، استعداد برنامه‌ریزی و انعطاف‌شناختی را در کودک بهبود می‌بخشد و به دنبال خروجی مطلوب از رفتارها به دنبال معیارهای ذکر شده موجب تخفیف اضطراب در این کودکان می‌شود. با توجه به این‌که، بسته آموزشی اجرا شده در این پژوهش در زمینه کارکردهای اجرایی به صورت بازی انجام گرفت، توفیق این مدل آموزشی بر کاهش اضطراب چشم‌گیر بود.

تمام پژوهش‌ها (۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۲۵) که به‌گونه‌ای تأثیر کارکردهای اجرایی بر علائم و نشانه‌های اختلال نارسایی

References

1. Ghulam Roštami H, Hojjati A. The etiology of attention deficit hyperactivity disorder. Qom: Sepinood: 2016. (Persian).
2. Alex R, Kemper G. R, Maslow Sh. H, Namdari B, Nanci M, L. Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis agecy for healthcare research and ruality. 2015.
3. Kangi M. Psychology of excepttonal children based on DSM-5, 4nd Edition. 2016.
4. Allamed A, Shehniyeelagh M, Hajiyakhchali A.R, Mehrabizade M. The comparison of self- efficacci inpeer in truction and socialcompetance of Male studeents with "ressive and normal behaviors", Social wghition, No2, 2015. (Persian).
5. Koike Sh, Ymajuchi S, Ohta K, Ojio Y. Mental- health-related stigmamong japanese children and their parents and impact of renaming of schizophrenia, Psychiatry and clinical neurosciences. 2017;71: 170-179.
6. Bussing R, Mehta A. Strgmatization and self-perception of youth with attention deficit/ hyperactivity disorder. Dove press; 2013.
7. Mckeague L, Hennessy E, O'Driscoll C, Heary C. Retrospective accounts of self- stigma experien ced by young people with attention- deficit/ hyperactivity disorder (ADHD) or deression, Psychiatric rehabilitation. 2015; 2(38):158-163.
8. Visser S.N, Bitsko R.H, Treatment of ADHD among children with special health care heels, Jornal of Pediatrics. 2015.
9. Jared M. Novick Micael F, Bunting Micael R, Dougherty E, Randall W. Coghitive and working memory training, perspectives from psychonology neuroscience and human development. 2019.
10. Saenz, L.V, Riba S.S, Martinez M.L, Botella J. Sustainability. 11June 2020.
11. Vaziri A, Ahadi H, Makvandi B, Askari P, Bakhtearpour S. Comparison of the effectivenss of executive function training and parental managment in reducing the symptoms of children with anxiety disorders, Psychological models, No 23, 2016. (Persian).
12. Shahyan A, Shahim S, Bashash L, Yosophy F. Standardization of short from factor analysis for parent conners gradian scale for children 6-11 years old in Shiraz, Psychological studies. No3, 2006. (Persian).
13. Shahim S. Scal stadarization of social skills grading metods in a group of primary school children, Psychoogicals tudies, 2016. (Persian).
14. Verhaltst F.C, Corenolis, F. Assessment scales in child and adolescent, Psychiatry. 2006.
15. Perez M, Dolores Calero M, Mata S. Executive functions and in terpersonal skills in preadole scents with high family risk: Effectiveness and a multicomponent intervention program, The journal and early adolescence puplised, janury 2019.
16. Miriam Romero Lopez M. Carmenchardo, judit bembile serano and trinidad 6 arcia- berben, promoting social conducted by teachers, Published 28 May 2020.
17. Christopher. J. Holmes jung meen H, Spoon K, Deater deckard K, linking executive functions and peer problems from early child nood through middle adolescens. abnormal child psycho, 2017.
18. Cheng C.M, Chang C.C, Kunchia J.D.W, Shouyen C, Cin C.Y. Negative impacts of self- stigma on the quality of life of patients in methadone main tenance treatment: The mediated roles of psychogical distress and social functioning, intjenriron res public health, 2019; 16(7):1299.
19. Kevin K.S, Chan Winnie W, Mak, S. Attentional Bias associated with habitual self- stigma in people with mental illness, department of psychological studies. The Hong Kong institueo education. Centre for psycho social health; published july 2015.
20. Sheina A, Godvich C, Senior K.A, Cummings C, Shiffrin N.D, Alvord M. The role of executive functions in treatment out come for child an xiety, Publised on line 20 Feb 2020; pp: 53-66.
21. Soares M, Scottyaruss J, Rato J.R. Temperament executive funtions and anxiety in school age children who stutted, Publish on line 4 Oct 2019; 10:389.
22. Los K, Chmielewski J, Luczyh Ski W. Relation ship between executive function mindfulness, stress and performance in pediatric emergoncy simulations, Published 19 March 2020.
23. Traverso L, Viterbori P, Carmen usai M. Effective in Italian prescholl educations services and far transfar effects to pre academic skills front, Psychology, Sept 2019.

24. Dobel S. Rething excutive function and its development, prespective on psychological science published 29 April 2020.
25. Gilba Y, Helmer A. Self- managment in terrention for attention and executive function using equine, assisted occupation terapy among children gaed 6-14 old diaghosed with ADHD, The jornal of alternative and complementary medicine, published on line 11 March 2020.

مقایسه اثربخشی آموزش گروهی ذهن آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری و آموزش ترکیبی به مادران بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی

- مسعود برشان، دانشجوی دکتری گروه روان شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
- مریم چرامی*، استادیار گروه روان شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
- رضا احمدی، استادیار گروه روان شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
- احمد غضنفری، دانشیار گروه روان شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۳۱ - ۴۰

چکیده

هدف: پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش گروهی ذهن آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری و آموزش ترکیبی به مادران بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی شهر کرمان بود.

روش: پژوهش نیمه تجربی با پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با سه گروه آزمایشی و کنترل بود. جامعه آماری کلیه کودکان پسر پایه های اول تا سوم دوره اول ابتدایی دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی شهر کرمان بود. حجم نمونه شامل ۶۰ نفر (۱۵ نفر در گروه آموزش ذهن آگاهی، ۱۵ نفر در گروه آموزش شناختی-رفتاری، ۱۵ نفر در گروه آموزش ترکیبی و ۱۵ نفر در گروه کنترل) که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و مادران آنها تحت آموزش قرار گرفتند. ابزارهای اندازه گیری شامل پرسشنامه ی ۲۰ سؤالی تنظیم هیجانی هافمن و همکاران (۲۰۱۶) و پرسشنامه ی ۶۳ سؤالی کارکردهای اجرایی جیو (۲۰۰۰) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره و تحلیل کواریانس با اندازه گیری های مکرر استفاده شد.

نتایج: نشان داد تفاوت معناداری بین میانگین نمره های ۳ مرحله ی پیش آزمون-پس آزمون و آزمون پیگیری متغیرهای کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی فرزندان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی وجود داشت. بر اساس نتایج آزمون تعقیبی روش آموزش ترکیبی به طور معناداری نسبت به دو روش آموزشی ذهن آگاهی و شناختی رفتاری بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی، تأثیر بیشتری داشت.

واژه های کلیدی: آموزش ترکیبی، آموزش شناختی-رفتاری، اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی، کارکردهای اجرایی

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۱ در میان انواع مختلف اختلالات رفتاری، بیشترین پایداری را دارد. این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات عصبی-رفتاری در کودکان مدرسه‌ای است و کودکان بسیاری را در جهان تحت تأثیر قرار داده است (۱). این اختلال با اسامی متفاوتی چون بدکارکردی جزئی مغز، آسیب خفیف مغزی، کنش بیش‌فعالی دوران کودکی و نشانگان بیش‌فعالی معرفی شده است. اما در آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی این اختلال را اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نام‌گذاری کرده‌اند. این اختلال که در طبقه‌بندی پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به صورت الگویی از نارسایی توجه/بیش‌فعالی شدید یا بی‌توجهی مداوم با تکرار شونده بیشتر نسبت به کودکان همان سطح رشدی تعریف شده است و به صورت الگوی پایدار نارسایی توجه یا رفتارهای فعال و تکانه‌ای توصیف می‌شود، نوعی اختلال چندعاملی بوده و سبب‌شناسی دقیق آن ناشناخته است. اختلال بیش‌فعالی^۲ اختلالی عصبی-تحوالی با نشانه‌های بیش‌فعالی/تکانشگری^۳ و نارسایی توجه^۴ است (۲). تکانشگری یکی از نشانه‌های مرکزی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است (۳).

علاوه بر رفتارهای تکانشگری، کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مشکلات اساسی در کارکردهای اجرایی^۵ و تنظیم هیجانی^۶ دارند و به همین علت ناکامی بیشتری را تجربه می‌کنند. کارکردهای اجرایی مجموعه‌ای از فرآیندهای شناختی سطح بالا هستند که به کودکان کمک می‌کنند تا فعالیت‌های خود را برنامه‌ریزی کرده و آنها را سازمان دهند، احساس‌هایشان را مدیریت کنند، بر افکارشان نظارت داشته باشند و رفتارهایشان را در بهترین حالت تنظیم کنند (۴). بر این اساس، کارکردهای اجرایی با ظرفیت‌هایی که دارند در فرآیند یادگیری و در زندگی روزانه و فرآیند تحصیلی کودک از اهمیت خاصی برخوردارند (۵). به عبارت دیگر، کارکردهای اجرایی مجموعه‌ای از توانایی‌های عالی، شامل خودگردانی^۷،

خودآغازگری^۸، برنامه‌ریزی^۹، انعطاف‌پذیری شناختی^{۱۰}، حافظه کاری^{۱۱}، سازماندهی^{۱۲}، ادراک پویا از زمان، پیش‌بینی آینده و حل مسأله است که در فعالیت‌های روزانه و تکالیف روزانه یادگیری به کودکان کمک می‌کنند (۶).

بر این اساس، نقص در کارکردهای اجرایی موجب ناتوانی در سازماندهی و تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شده است. این موضوع در پژوهش‌های رامسی و راستین^{۱۳} (۲۰۱۹) و سمپل^{۱۴} (۲۰۱۹) نیز گزارش داده شده است. مهارت تنظیم هیجان، به معنی توانایی فرد در شناخت و تشخیص هیجانات خود و دیگران، مکانیسم تأثیر آنها بر رفتار و واکنش متناسب به هیجانات مختلف است (۷، ۸). مدیریت تنظیم هیجان نقشی اصلی در تحول بهنجار داشته و ضعف در آن، عاملی مهم در ایجاد آسیب‌های روانی به‌شمار می‌رود. بر همین اساس، مدیریت هیجان، یک اصل اساسی در سازماندهی و انجام رفتارهای سازگارانه و پیشگیری از هیجانات منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می‌شود و چون کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در کارکردهای اجرایی با مشکل مواجهند، بنابراین در تنظیم هیجانی نیز سازماندهی خوبی ندارند.

با توجه به اینکه، تکانه‌ای بودن، جدی‌ترین جنبه اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در طول زندگی کودک است که موجب اختلال در عملکرد وی در حال و آینده می‌شود (۹)، نیاز است تا مداخله‌های روان‌شناختی برای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی هر چه سریع‌تر و در سنین پایین اجرا شود. خیرجو و همکاران (۱۳۹۷)، عبداللهی بقرآبادی و قدرتی میرکوهی (۱۳۹۶)، جها و همکاران (۲۰۱۸) و رامسی و راستین (۲۰۱۹) برای بهبود نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در کودکان در پژوهش‌های خود از دو روش درمان شناختی-رفتاری^{۱۵} و درمان ذهن‌آگاهی^{۱۶} استفاده کردند و نتایج درخشانی را نیز به دست آوردند (۷، ۱۰-۱۲). با توجه به روش‌های درمانی در پژوهش‌های مذکور و تأثیرگذاری این دو روش بر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کودکان، در پژوهش حاضر از دو روش درمان شناختی-رفتاری و درمان

1. Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (AD/HD)
2. Hyperactivity Disorder
3. Hyperactivity / Impulsivity
4. Attention Deficit
5. Executive Functions
6. Emotion regulation
7. Self Regulation
8. Self Initiation

9. Planing
10. Cognitive Flexibility
11. Working Memory
12. Organization
13. Ramsay & Rostain
14. Semple
15. cognitive of behavioral therapy
16. Mindfulness-based cognitive therapy

متأسفانه در آموزش و پرورش شهر کرمان تاکنون پژوهشی مداخله‌ای در مورد کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی انجام نشده تا مشکلات آنها حل شود و از این نظر یک خلأ پژوهشی قابل لمس است و نیاز است پژوهش‌های بیشتری در آموزش و پرورش شهر کرمان انجام شود تا خلأ پژوهشی در مورد آموزش کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی به جهت حل مشکلات آنها برطرف شود. با توجه به خلأ پژوهشی مطرح شده، این سؤال پیش می‌آید که آیا درمان ذهن آگاهی به همراه درمان شناختی-رفتاری و درمان ترکیبی از این دو روش، می‌تواند بر بهبود کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی در بین کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی تأثیرگذار باشد؟ آیا بین میزان تأثیرگذاری سه روش مذکور بر بهبود کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی در بین کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی تفاوت معناداری وجود دارد؟ بر همین اساس، پژوهش حاضر به مقایسه‌ی اثربخشی آموزش گروهی ذهن آگاهی، درمان شناختی-رفتاری و ترکیبی از آنها به مادران بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی شهر کرمان می‌پردازد.

روش

روش پژوهش نیمه‌تجربی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با سه گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر پایه‌های اول تا سوم دوره ابتدایی شهر کرمان که در مرکز مشاوره آموزش و پرورش دارای پرونده بودند و تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی برای آنها داده شده بود، تشکیل داد. در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. بدین صورت که پژوهشگر با اخذ مجوز از مدیران اداره آموزش و پرورش شهر کرمان از بین دانش‌آموزان پسر پایه‌های اول تا سوم دوره ابتدایی که با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی بوده و در مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهر کرمان پرونده داشتند، ۶۰ نفر را انتخاب و از مادران آنها تقاضا کرد تا در جلسات آموزشی شرکت کنند و به صورت تصادفی و به‌طور مساوی در ۴ گروه قرار داد. (ملاک‌های ورود: داشتن پرونده تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در مرکز مشاوره آموزش و پرورش، رضایت کامل جهت شرکت در جلسات

ذهن آگاهی و همچنین ترکیبی از آنها برای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی استفاده شد.

درمان ذهن آگاهی اولین بار توسط جان کبات زین^۱ معرفی شد و تلاش نمود با حضور ذهن و بالا بردن سطح آگاهی مراجع، رفتار، هیجانات، عواطف و احساسات او را تحت مدیریت و کنترل خودش درآورد (۱۳). لینهان^۲ (۱۹۸۲) معتقد است درمان ذهن آگاهی، فرد را متوجه لحظه حال می‌کند، توانایی فرد را در پردازش جنبه‌های مختلف کسب تجربه‌ها افزایش می‌دهد و مهارت خودداری از قضاوت را بهبود می‌بخشد. کینگ و همکاران (۲۰۱۱) معتقدند درمان ذهن آگاهی موجب می‌شود تا فرد توانایی لازم را در کنترل و مدیریت رفتار، هیجانات، عواطف و احساسات آگاهانه و غیرقضاوتی به دست آورد (۱۴). در پژوهش‌های هیرن و همکاران (۲۰۱۹)، سمپل (۲۰۱۹)، عبداللهی بقرآبادی و قدرتی میرکوهی (۱۳۹۶) و قربانی و خلیلیان (۱۳۹۵) تأثیر درمان ذهن آگاهی بر بهبود و درمان نشانه‌های کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی مورد تأیید قرار گرفت (۱۱، ۱۵، ۱۶).

روش درمانی دیگر که در این پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد، درمان شناختی-رفتاری است. درمان شناختی رفتاری بر اهمیت باورها و افکار فرد در تصمیم‌گیری و تعیین مدیریت و کنترل رفتار، هیجانات، عواطف و احساسات تأکید دارد (۸). کانون توجه در درمان شناختی رفتاری، درک باورهای غلط و تحریف شده و استفاده از فنون لازم جهت تغییر افکار ناکارآمد است که با احساسات و افکار فرد درهم آمیخته شده و مانعی برای بروز افکار منطقی وی می‌گردد. در فرآیند درمان، افکار فرد که احتمالاً از آن آگاه نیست و نظام باورهای وی را به عنوان «طرح شناختی» تشکیل داده، مدنظر درمانگر قرار می‌گیرد و تلاش می‌شود خطاهای غیرمنطقی طرح شناختی برطرف شود (۱۷).

سومین روش درمانی مورد استفاده، درمان ترکیبی است. این درمان برگرفته از دو روش درمان شناختی-رفتاری و درمان ذهن آگاهی است. بر همین اساس، پژوهشگر با استفاده از فنون دو روش درمانی مذکور درصدد است تا افکار ناکارآمد و غیرمنطقی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی را برطرف نماید و با آگاهی دادن به آنها مهارت کنترل و مدیریت رفتار، هیجانات، عواطف و احساسات را در آنها تقویت کند.

1. Jon kabat zinn

2. Lenhan

«تنبیل بودن، کودن بودن، دیوانه بودن» مواردی هستند که معمولاً افراد با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی با آن دست بگریبانند، به همین جهت در این جلسه در مورد نادرست بودن این برچسب‌ها بحث‌های گروهی صورت می‌گیرد و مراجعان طرح‌واره‌های اشتباهی یکدیگر در مورد این برچسب‌ها را به چالش می‌کشند. به عبارت دیگر، در این جلسه در مورد اختلال به مراجعان بینش داده می‌شود و علت اختلال به طور واقع‌بینانه با همکاری درمانگر مورد بحث قرار می‌گیرد.

□ **جلسه دوم:** به رفتارهای تکانشگری و تحمل ناکافی مراجعان پرداخته می‌شود. به مراجعان در مورد دلیل رفتارهای تکانشگری و تحمل ناکامی پایین آنها که منجر به مشکلات شدید در روابط و زندگی‌شان می‌شود بینش داده می‌شود. از مراجعان خواسته می‌شود تا یاد بگیرند که سرخ‌های درونی برای رفتارهای تکانشگری خود را مشخص سازند و به آنها در مورد سبک‌های مواجهه‌ی کارآمد، به‌هنگام برخورد با موقعیت‌های تنش‌زا آموزش داده می‌شود. در این جلسه مراجعان با همکاری درمانگر از سبک‌های مواجهه‌ی کارآمد برای برخورد با موقعیت‌های ناکام‌ساز به بحث می‌پردازند.

□ **جلسه سوم:** در مورد کارکردهای اجرایی تنظیم رفتاری، فراشناخت و مهارت‌های اجرایی فردی مراجعان بحث می‌شود. آموزش مدیریت و تنظیم رفتاری در مورد موقعیت‌های مختلف افراد با این اختلال مورد بررسی قرار می‌گیرد. در این جلسه، کشف مهارت‌های فراشناخت و مهارت‌های اجرایی بحث می‌شود و از مراجعان خواسته می‌شود تا به بازبینی این چرخه به منظور بهبود کارکردهای اجرایی خود پردازند.

□ **جلسه چهارم:** این جلسه معطوف به ناتوانی در مهارت‌های ارتباطی که به مشکل توجه، کنترل تکانه، تفکر همه یا هیچ که در کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی موجب نقصان در مسائل اجتماعی می‌شود، پرداخته می‌شود.

□ **جلسه پنجم:** در این جلسه درباره مهارت‌های بین فردی و اجتماعی لازم برای ارتباطات اجتماعی بحث می‌شود و همچنین آموزش‌های رفتاری لازم برای افراد با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی داده می‌شود و فنون مهارت‌های ارتباط کلامی توسط افراد به اجرا گذاشته می‌شود.

درمانی). در این پژوهش از دو ابزار اندازه‌گیری استفاده شد که اولین آنها پرسشنامه‌ی ۲۰ سؤالی تنظیم هیجانی^۱ هافمن^۲ و همکاران (۲۰۱۶) که سؤالات آن به صورت بسته‌پاسخ با طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت (همیشه ۵ نمره، اغلب نمره ۴، مرتباً نمره ۳، گاهی نمره ۲، هرگز نمره ۱) می‌باشد. حداقل نمره ۲۰ و حداکثر نمره ۱۰۰ است. این پرسشنامه دارای ۴ خرده‌مقیاس عاطفه‌ی مثبت (سؤالات ۱ تا ۵)، دیدگاه‌گیری (سؤالات ۶ تا ۱۰)، آرام‌بخشی (سؤالات ۱۱ تا ۱۵)، نقش اجتماعی (سؤالات ۱۶ تا ۲۰) است روایی و پایایی پرسشنامه توسط هافمن و همکاران (۲۰۱۶) به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۸۷ گزارش شده است. هافمن و همکاران (۲۰۱۶) پایایی حیطة عاطفه‌ی مثبت ۰/۸۸، دیدگاه‌گیری ۰/۸۴، آرام‌بخشی ۰/۸۶ و نقش اجتماعی ۰/۸۱ را گزارش نموده‌اند. دومین ابزار، پرسشنامه‌ی ۶۳ سؤالی کارکردهای اجرایی BRIEF-P^۳ جیو (۲۰۰۰) بود. این پرسشنامه شامل ۲ نسخه‌ی یکسان والدین و معلم است که شامل ۶۳ ماده است و از والدین یا معلم می‌خواهد که پاسخ خود به سؤال چقدر کودک دچار این مشکل است را بر روی یک مقیاس ۳ درجه‌ای (هرگز نمره صفر، گاهی نمره ۱، همیشه نمره ۲) علامت بزنند. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۲۶ است. مقیاس شامل یک شاخص کلی کارکرد اجرایی و ۳ شاخص تنظیم رفتاری، فراشناخت (۲۱ سؤال) و مهارت‌های اجرایی فردی (۲۱ سؤال) است. روایی هم‌زمان و پایایی پرسشنامه توسط جیو (۲۰۰۰) به ترتیب ۰/۵۴ و ۰/۸۳ گزارش شده است. ابراهیمی (۱۳۹۳) ضریب پایایی این مقیاس را ۰/۸۳ گزارش داده است. سه گروه آزمایشی (آموزش گروهی ذهن‌آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری، آموزش ترکیبی) هر کدام به صورت جداگانه در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای شرکت کردند.

مراحل اجرای جلسات درمان شناختی-رفتاری (محتوای جلسات آموزشی برگرفته از درمان شناختی-رفتاری یانگ^۴ و همکاران، ۲۰۰۸)

□ **جلسه اول:** در جلسه اول، به آموزش روانی در مورد اختلال و تأثیر آن بر کارکردهای زندگی اختصاص داده می‌شود. به مراجعان در مورد اساس عصبی اختلال آموزش داده می‌شود. این آموزش از این رو اهمیت دارد که مراجعان عزت نفس خود را می‌توانند بهبود ببخشند و برچسب‌هایی نظیر

1. emotion regulation

2. Hafman

3. Behavior Rating Inventory of Executive Functions (BRIEF)

4. Young

جهت انجام یک کار، مرور و بررسی مهارت‌های آموخته شده به وسیله افراد با کمک درمانگر

جلسه‌های درمان ترکیبی (درمان ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری)

جلسه‌های درمان ترکیبی (درمان ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری) برگرفته از دو روش ذکر شده می‌باشد و در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش داده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها تحلیل واریانس چندمتغیره (مانکوا) و تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، به شرکت‌کنندگان (مادران) توضیح داده شد که آنها در یک پژوهش روان‌شناختی شرکت می‌کنند. به آنها این اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با ایشان به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج به صورت گروهی بررسی می‌شود و هر زمان که بخواهند می‌توانند از ادامه‌ی کار انصراف بدهند.

یافته‌ها

جدول ۱) نتایج آزمون شاپیروویک فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ی آماری بر اساس مقیاس کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجانی

متغیر وابسته	شاپیروویک	سطح معنی داری
کارکردهای اجرایی	۰/۹۰	۰/۲۰
تنظیم هیجانی	۰/۷۷	۰/۳۸

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، با توجه به اینکه آماره‌ی آزمون شاپیروویک در نمره‌های کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجانی معنادار نبوده، بنابراین با ضریب ۰/۹۵ اطمینان می‌توان فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ی آماری را پذیرفت.

فرضیه پژوهش: بین اثربخشی آموزش گروهی ذهن آگاهی، الگوهای شناختی-رفتاری و ترکیبی به مادران بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی فرزندان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد.

□ **جلسه ششم:** در این جلسه به نقش مهارت تنظیم هیجانی در زندگی شخصی و اجتماعی این کودکان پرداخته می‌شود و با استفاده از نظرهای آزمودنی‌ها این بحث در جهت انتخاب بهترین راهکار جهت مهارت تنظیم هیجانی هدایت می‌شود.

□ **جلسه هفتم:** این جلسه به مهارت‌های سازماندهی و برنامه‌ریزی و کاربرد منظم تقویم کاری و سیستم فهرست تکالیف برای قرارها، برنامه‌ها و کارهایی که باید انجام داده شود، می‌پردازد.

□ **جلسه هشتم:** بحث در مورد واکنش عاطفی-هیجانی و آگاهی از علائم روانی تکانشگری و شناخت علائم بدنی تکانشگری و طرح نادیده گرفتن بعضی از موانع و مشکلات (واکنش به طرح) جهت رسیدن به آرامش و کاهش رفتارهای تکانشگری و بهبود تنظیم هیجانی می‌پردازد.

مراحل اجرای جلسات درمان ذهن آگاهی (محتوای جلسات آموزشی برگرفته از درمان ذهن آگاهی مدل وندی ویجر-برگسما، ۲۰۱۲)

□ **جلسه اول:** آشنایی کلی با علائم آن و برنامه‌ریزی، بازی کردن با توجه دیداری و غیر دیداری، آگاه شدن از حواس پنج‌گانه و توجه آگاهانه

□ **جلسه دوم:** توضیح در مورد اهمیت تنفس با ذهن آگاهی، توجه به تنفس در سوراخ‌های بینی، سینه و شکم و تنفس با ذهن آگاهی

□ **جلسه سوم:** گوش دادن به موسیقی، ذهن آگاهی صدا، تنفس و بدن و تمرین ایست

□ **جلسه چهارم:** کاوش بدن، حرکت با ذهن آگاهی، راه رفتن آگاهانه و اداره کردن بی‌قراری

□ **جلسه پنجم:** توضیح در مورد ارتباط دوطرفه‌ی ذهن-بدن، تمرین کاوش بدن

□ **جلسه ششم:** ثبت رویدادهای روزانه

□ **جلسه هفتم:** توقف در جریان صحبت کردن، گوش دادن و صحبت کردن آگاهانه و حضور آگاهانه

□ **جلسه هشتم:** استفاده از تمرین ایست هنگام انجام کارها، مراقبه کوه، تمرین تصویرسازی برای احساس آمادگی

جدول ۲) نتایج آزمون لوین فرض همگنی واریانس نمرات کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی

متغیر	مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
کارکردهای اجرایی	۰/۱۹	۳	۵۵	۰/۹۰
تنظیم هیجانی	۰/۷۴	۳	۵۵	۰/۴۸

جدول ۳) نتایج آزمون کرویت موچلی مفروضه کرویت در اندازه‌گیری‌های مکرر

متغیر وابسته	آماره موچلی	df	سطح معنی داری
کارکردهای اجرایی	۰/۳۱	۲	۰/۱۲
تنظیم هیجانی	۰/۴۵	۲	۰/۳۶

F مشاهده شده برای آزمون لوین در سطح $\alpha = 0/05$ تفاوت معناداری را بین واریانس نمرات کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجانی فرزندان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی نشان نمی‌دهد. بنابراین فرض صفر یعنی فرض همگنی واریانس‌ها پذیرفته می‌شود.

طبق نتایج به دست آمده، آماره‌ی موچلی در سطح $\alpha = 0/05$ معنادار نیست. بنابراین، با مقایسه‌های درون آزمودنی برای اثرهای تعاملی، همسانی ماتریس کوواریانس خطا در داده‌ها مورد پذیرش قرار می‌گیرد و نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره قابل تفسیر است.

جدول ۴) نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر برای اثرهای تعامل درون‌گروهی (لامبدای ویلکز)

آزمون	عامل	ارزش	F	خطا df	سطح معنی داری	مجذوراتا
کارکردهای اجرایی	زمان	۰/۵۷	۲۱/۲۸	۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	تعامل گروه و زمان	۰/۸۴	۵/۱۸	۵۶	۰/۰۰۹	۰/۱۶
تنظیم هیجانی	زمان	۰/۳۳	۱۳/۵۲	۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳
	تعامل گروه و زمان	۰/۱۲	۳/۷۴	۵۶	۰/۰۳	۰/۱۲

نتایج جدول ۴، F مشاهده شده در سطح $\alpha = 0/05$ رابطه میان ترکیب خطی متغیر وابسته (کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجانی) با متغیرهای مستقل (آموزش گروهی ذهن آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری، آموزش ترکیبی) معنادار است. یعنی

حداقل بین میزان تأثیرگذاری یکی از متغیرهای مستقل (آموزش گروهی ذهن آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری، آموزش ترکیبی) بر متغیرهای وابسته (کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجانی) تفاوت معناداری وجود داشت.

جدول ۵) نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، مقایسه‌ی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری و آموزش ترکیبی بر کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجانی فرزندان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	اندازه اثر
کارکردهای اجرایی	زمان	۱۷۶۴/۹۱	۲	۸۸۲/۴۵	۲۷/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۳۳
	تعامل گروه و زمان	۲۶۸/۵۷	۲	۱۳۴/۲۸	۴/۲۱	۰/۰۲	۰/۱۶
تنظیم هیجانی	زمان	۱۶۲۳/۴۴	۲	۸۱۱/۷۲	۲۵/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱
	تعامل گروه و زمان	۲۹۱/۹۶	۲	۱۴۵/۹۷	۴/۶۳	۰/۰۲	۰/۱۴

بین ۳ روش آموزش ذهن آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری و آموزش ترکیبی بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی فرزندان تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول (۶) تفاوت بین میزان اثربخشی ۳ روش آموزشی اجرا شده را نشان می دهد.

نتایج جدول ۵، F مشاهده شده در سطح $\alpha = 0/05$ تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات پس آزمون و آزمون پیگیری متغیرهای کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجانی و تکانشگری فرزندان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی نشان می دهد. بنابراین می توان گفت،

جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی LSD مقایسه ی میانگین میزان اثربخشی ۳ روش آموزش ذهن آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری و آموزش ترکیبی بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی

متغیر	گروه ها	اختلاف میانگین	سطح معنی داری
کارکردهای اجرایی	آموزش ترکیبی - آموزش ذهن آگاهی	۱۲/۳۹	۰/۰۰۱
	آموزش ترکیبی - آموزش شناختی- رفتاری	۸/۵۴	۰/۰۰۱
تنظیم هیجانی	آموزش ترکیبی - آموزش ذهن آگاهی	۹/۲۵	۰/۰۰۱
	آموزش ترکیبی - آموزش شناختی- رفتاری	۵/۸۱	۰/۰۰۱

و تنظیم هیجانی، به طور معناداری نسبت به روش آموزش ذهن آگاهی تأثیر بیشتری دارد.

طبق نتایج به دست آمده از آزمون تعقیبی LSD مشخص شد که روش آموزش ترکیبی به طور معناداری نسبت به ۲ روش آموزشی ذهن آگاهی و شناختی-رفتاری بر کارکردهای اجرایی

جدول ۷ نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) اثربخشی روش آموزش ذهن آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری و آموزش ترکیبی بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	اندازه اثر (ضریب اتا)	توان آماری
گروه	کارکردهای اجرایی	۹۱/۴۲	۱	۹۱/۴۲	۲۷/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱
	تنظیم هیجانی	۶۶/۱۲	۱	۶۶/۱۲	۲۰/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱

می توان نتیجه گرفت، آموزش ذهن آگاهی بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی تأثیر معناداری داشته است.

نتایج جدول ۷، F مشاهده شده در سطح $\alpha = 0/05$ تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات پس آزمون کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی گروه آزمایشی و گواه نشان می دهد. بنابراین

جدول ۸ نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) اثربخشی روش آموزش ذهن آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری و آموزش ترکیبی بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	اندازه اثر (ضریب اتا)	توان آماری
گروه	کارکردهای اجرایی	۷۶/۳۳	۱	۷۶/۳۳	۲۳/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
	تنظیم هیجانی	۸۷/۵۰	۱	۸۷/۵۰	۲۵/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱

می‌توان نتیجه گرفت، آموزش شناختی-رفتاری بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی تأثیر معناداری داشته است.

نتایج جدول ۸، F مشاهده شده در سطح $\alpha = 0/05$ تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات پس‌آزمون کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی گروه آزمایشی و گواه نشان می‌دهد. بنابراین

جدول ۹) نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) اثربخشی آموزش ترکیبی بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر (ضریب اتا)	توان آماری
گروه	کارکردهای اجرایی	۱۰۱/۳۹	۱	۱۰۱/۳۹	۳۱/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
	تنظیم هیجانی	۱۱۲/۸۸	۱	۱۱۲/۸۸	۳۵/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱

(۱۳۹۶)، شوشتری و همکاران (۱۳۹۵)، نریمانی و سلیمانی (۱۳۹۲)، حسن‌آبادی و همکاران (۱۳۹۱)، عابدی و ملک پور (۱۳۸۹)، رامسی و راستین (۲۰۱۹)، هیرن، وان بورک و فیلیپوت^۱ (۲۰۱۹)، سمپل (۲۰۱۹)، اسمالی^۲ و همکاران (۲۰۱۸)، جها و همکاران^۳ (۲۰۱۸)، هربرت، رینگگولد و گولدستین^۴ (۲۰۱۸)، مورفی^۵ (۲۰۱۷)، دوکر^۶ (۲۰۱۶) و ویلنت^۷ (۲۰۱۶)، قرار دارد (۷، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۸-۲۶).

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت، از آنجایی که کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در برخی موارد ذهنی، فاقد قابلیت‌ها و توانایی‌های خاص می‌باشند، لذا در این پژوهش، پژوهشگر با استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی مواردی همچون تمرکز، توجه و دقت در این کودکان را تقویت نمود و فرصت به دست آوردن موفقیت‌های بیشتر را در زندگی برای آنان فراهم کرد. تا بدین ترتیب از رفتارهای تکانشگری آنها کاسته و قدرت توجه و تمرکزشان افزایش یابد. از طرفی دیگر، با آموزش شناختی-رفتاری، کودکان با احساس امنیت بیشتری در بیان احساسات و افکار خود عمل نمودند و فرصتی برای آنان مهیا شد تا به راحتی و با آزادی کامل به تخلیه‌ی هیجانی خود بپردازند و تجربیات و خاطرات و احساسات خود را بیان کنند و با راهنمایی والدین (با توجه به آموزش‌های داده شده به آنها) به طور شفاهی ارتباط زبانی مشترک و صمیمی‌تری بین خود و والدین بوجود بیاورند که در نتیجه باعث تسهیل روابط بین آنها شده و از این طریق کنترل و مدیریت بهتری بر رفتارهای

نتایج جدول ۹، F مشاهده شده در سطح $\alpha = 0/05$ تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات پس‌آزمون کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی گروه آزمایشی و گواه نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، آموزش ترکیبی بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی تأثیر معناداری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه‌ی اثربخشی ۳ روش آموزش گروهی ذهن‌آگاهی، الگوهای شناختی-رفتاری و ترکیبی به مادران بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی فرزندان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بود که نتایج نشان داد، تفاوت معناداری بین میانگین نمرات ۳ مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری متغیرهای کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجانی فرزندان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی وجود داشت. بنابراین می‌توان گفت، بین ۳ روش آموزش ذهن‌آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری و آموزش ترکیبی بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی فرزندان تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی مشخص نمود که روش آموزش ترکیبی به طور معناداری نسبت به ۲ روش دیگر بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی، به طور معناداری تأثیر بیشتری دارد. یافته‌های پژوهش حاضر در مورد اثربخشی روش‌های آموزش ذهن‌آگاهی و رفتاری-شناختی در راستای یافته‌های پژوهش محبی (۱۳۹۸)، عبداللهی بقرآبادی و قدرتی میرکوهی

1. Heeren, Van Broeck & Philippot

2. Smalley

3. Jha, Stanley, Kiyonaga, Wong & Gelfand

4. Herbert, Rheingold, & Goldstein

5. Murphy

6. Dowker

7. Vaillant

اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی شهرهای دیگر و همچنین محدودیت‌های ناشی از شیوع بیماری کرونا اشاره کرد. پیشنهاد اساسی با توجه به نتایج پژوهش این است که برای کاهش رفتارهای تکانشگری در دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی به آنها «مهارت‌های شناسایی و تشخیص خطاهای شناختی» داده شود. در وجه تمایز پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌ها، می‌توان به استفاده از روش آموزش ترکیبی در بهبود تنظیم هیجان و کارکردهای اجرایی در کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی اشاره نمود.

References

1. Yoshimasu K, Yamashita H, Kiyohara C, Miyashita K. Epidemiology, treatment and prevention of attention deficit/hyperactivity disorder a review Nippon Koshu Eisei Zasshi. Japanese journal of public health. 2019 May;13;5(6):398-410.
2. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in adults: What the science says: Guilford press; 2010.
3. Arfee A. Introduction of Psychology and education of exceptional children: Neujerse University; 2019 may 2.
4. Cubukcu F. Metacognition in the classroom. Journal of procedia social and Behavioral sciences. 2015 Apr 1:559- 63.
5. Hain LA. Exploration of specific learning disability subtypes differentiated across cognitive, achievement, and emotional/behavioral variables. 2009.
6. Desoete A, Roeyers H, Buysse A. Metacognition and mathematical problem solving in grade 3. Journal of learning disabilities. 2001;34(5):435-47.
7. Serine AD, Rosenfield B, DiTomasso RA, Collins JM, Rostain AL, Ramsay JR. The Relationship Between Cognitive Distortions and Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder After Accounting for Comorbidities and Personality Traits. Cognitive Therapy and Research. 2020;44:967-76.
8. Hansen GR. Management of chronic pain in the acute care setting. Emergency Medicine Clinics. 2005;23(2):307-38.
9. Weinberger DA, Schwartz GE. Distress and restraint as superordinate dimensions of self-reported

تکانشگری خود داشته باشند. بدین ترتیب، اگرچه درمان‌های روان‌شناختی می‌توانند به قدر کفایت علائم اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی را کاهش دهند اما طبق نتایج پژوهش حاضر، درمان ترکیبی جهت بهبود چشمگیر سایر حوزه‌های عملکردی ضروری می‌باشد و تأثیر بیشتری بر عملکرد این کودکان دارد، زیرا به تناسب افزایش آگاهی و شناخت کامل مادران و انتقال آن به فرزندان، آنها به درک بهتری از رفتار خود نیز دست می‌یابند و این افزایش آگاهی طبعاً موجب می‌شود که میزان وقوع رفتار در صورت مناسب بودن، افزایش و در صورت نامناسب بودن کاهش یابد.

در تبیینی دیگر، وجود نقص‌هایی در تنظیم هیجانات و کنترل شناختی در کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی موجب می‌شود که این کودکان در بازداری از هیجانات مخصوصاً هیجانات مربوط به ناکامی، عدم صبر و حوصله و رفتار تکانشگری، کمتر موفق شوند و پیامد نقص در بازداری، موجب تقویت رفتارهای تکانشگری آنان شده که پژوهشگر با آموزش روش ترکیبی (آموزش شناختی- رفتاری و ذهن آگاهی) به مادران و انتقال این آموزش‌ها از طریق آنها به فرزندان، بسترهای مداخله‌ای ذهنی-بدنی برای کودکان را فراهم کرد تا موجب فعال شدن قسمت‌های پایینی مغز آنها شده که به نوبه خود در مؤثرتر کردن عملکرد قسمت‌های بالاتر مغز نقش داشته و با ایجاد تعاملات پیچیده بین قسمت‌های مختلف مغز، پاسخ جدیدی به موقعیت‌ها بدهند و بر روی تغییرهای هیجانی و رفتاری خود بیشتر تلاش کنند. همچنین در یک تبیین دیگر، آموزش روش ترکیبی (آموزش شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی) با هماهنگ کردن قسمت‌های مختلف مغز بر سیستم عملکرد اجرایی کودکان و همچنین سیستم بازداری تأثیر گذاشته و موجب می‌شود که کودک بهتر بتواند تکانه‌های خود را کنترل کند و به شکلی مؤثر به موقعیت‌ها پاسخ بدهد و رفتار تکانشگرانه کمتری داشته باشد و در جلساتی که برنامه‌ها نیازمند کنترل رفتاری بیشتری بودند، به مرور عملکرد بهتری از خود نشان دهند. آموزش روش ترکیبی (آموزش شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی) با کمک به ابراز هیجانات می‌تواند در تنظیم هیجانی مؤثر بوده و هر چه میزان تنظیم هیجانی در کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی بیشتر شود، تکانشگری آنها کاهش می‌یابد.

از مهمترین محدودیت‌های پژوهش می‌توان به محدود بودن قدرت تعمیم‌دهی نتایج پژوهش به کودکان پسر با

- adjustment: A typological perspective. *Journal of personality*. 1990;58(2):381-417.
10. Keirjoo E, Ghareh Daghi A, Jafari Roshan F, Herfeh Doost M. The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on improving the symptoms of ADHD in adults and its accompanying depression, anxiety and self-esteem 2018. [Persian].
 11. Abdollahi Boghrabadi G, Ghodrati Mirkoohi M. The effectiveness of mindfulness training on reducing clinical symptoms of male adolescents with ADHD. *Journal of Psychological Studies*. 2017. [Persian].
 12. Jha AP, Stanley EA, Kiyonaga A, Wong L, Gelfand L. Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. *Emotion*. 2010;10(1):54.
 13. Praissman S. Mindfulness based stress reduction: A literature review and clinician's guide. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2008;20(4):212-6.
 14. Keng S-L, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review*. 2011;31(6):1041-56.
 15. Heeren A, Van Broeck N, Philippot P. The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. *Behaviour research and therapy*. 2009;47(5):403-9.
 16. Ghorbani M, Khalilian R. Effects of Mindfulness Training on Working Memory and Behavioral Inhibition for Adults with Attention Deficit/Hyperactivity. *Advances in Cognitive Science*. 2016;18(3):90-100. [Persian].
 17. Car J, Sheikh A. Telephone consultations. *BMJ open*. 2003 May 3;326(7396):966-9.
 18. Borhani H. Investigation of the effect of group cognitive-behavioral therapy on impulsivity and executive functions of children with ADHD in Ramsar city: Lorestan University. [Persian].
 19. Mohebi S. Investigation of the effectiveness of mindfulness therapy on impulsivity and executive functions in children with hyperactivity disorder: Lorestan University; 2019. [Persian].
 20. Molaei Z. Investigation of the effectiveness of educational interventions based on cognitive-behavioral approach on improving executive functions and the level of attention in children with learning disability in reading and math: Ferdowsi University of Mashhad; 2018. [Persian].
 21. Shooshtari M, Malek Poor M, Abedi A. Ghomrani. Investigation of the effectiveness of Sternberg's successful intelligence program on active memory and executive functions of pre-school prodigy children. *Journal of Exceptional Children*. 2016 Dec 10;16(3):5-14. [Persian].
 22. Narimani M, Soleymani E. The effectiveness of cognitive rehabilitation on executive functions (working memory and attention) and academic achievement in students with math learning disorder. 2013. [Persian].
 23. Hasan Abadi S, Mohammadi M, Ghodsi A. Investigation of the effect of cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy and comparison of their effect on reducing the symptoms of children with ADHD. *Journal of Disability Studies*. 2019. [Persian].
 24. Abedi A, Malek Poor M. The effectiveness of early educational-psychological interventions on improving executive functions and attention in children with neuro-psychological learning disabilities. *New educational approaches*. 2010. [Persian].
 25. Herbert J, Rheingold A, SG Goldstein B. Mindfulness-based cognitive therapy for social anxiety disorder and impulsivity. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2018 9(1):1-8.
 26. Dowker A. The Spectrum Project for Students With Mathematics Difficulties. *Journal of Learning Disabilities*. 2016 may 6:328-31.

نقش همدلی عاطفی، ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی والدین در سازگاری اجتماعی نابینایان

- سارا مختارنژاد، کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
 □ علی زینالی*، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۴۱ - ۵۰

چکیده

زمینه و هدف: هدف این پژوهش بررسی نقش همدلی عاطفی، ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی والدین در سازگاری اجتماعی نابینایان بود. مطالعه حاضر مقطعی از نوع همبستگی بود.

روش: جامعه آماری پژوهش حاضر، همه افراد نابینای عضو انجمن نابینایان شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۷ بود (۲۵۷ نفر) که همگی به عنوان نمونه‌ی آماری پژوهش انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش، پرسشنامه‌های همدلی عاطفی (دویس، ۱۹۸۳)، ارتباط خانوادگی (کوثرنر و فیتزپاتریک، ۲۰۰۲)، مهارت‌های ارتباطی (بارتون، ۱۹۹۰) و سازگاری اجتماعی (سینها و سینگ، ۱۹۹۳) بود. داده‌ها با روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با مدل همزمان تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که با افزایش نمرات همدلی عاطفی، الگوهای ارتباط گفت‌و شنود، هم‌نوایی، مهارت‌های ارتباطی، بازخورد، و گفت‌و شنود؛ نمره‌ی سازگاری اجتماعی نابینایان به‌طور معناداری کاهش می‌یابد. با توجه به اینکه، در پرسشنامه‌ی سازگاری اجتماعی، نمره‌ی بالاتر به معنای سازگاری پایین‌تر است، پس با افزایش همدلی عاطفی، الگوهای ارتباط گفت‌و شنود و هم‌نوایی و مهارت‌های ارتباطی بازخورد، شنود و کلامی میزان سازگاری اجتماعی نابینایان افزایش می‌یابد. همچنین همدلی عاطفی، ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی والدین به‌طور معناداری توانستند ۴۰/۵ درصد از تغییرات سازگاری اجتماعی نابینایان را پیش‌بینی کنند ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: برای بهبود سازگاری اجتماعی نابینایان می‌توان میزان همدلی عاطفی، ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی والدین را از طریق کارگاه‌های آموزشی ارتقا داد.

واژه‌های کلیدی: ارتباط خانوادگی، سازگاری اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی، نابینایان، همدلی عاطفی

بینایی یکی از حواس انسان است که بخش مهمی از اطلاعات محیطی را به فرد منتقل می‌کند؛ به طوری که ۷۵ درصد ادراک افراد از بینایی حاصل می‌شود. مسلماً، محرومیت از چنین حس مهمی می‌تواند تغییرات اساسی در توانمندی‌های شخصی فرد ایجاد و نحوه‌ی تعامل او با محیط را تحت تأثیر قرار دهد (۱). نابینایی^۱ آسیبی است که سالانه بسیاری از افراد به آن دچار می‌شوند و نابینا کسی است که تیزبینی او در چشم برتر، کمتر از یک دهم باشد (۲). افراد نابینا به دلیل محرومیت از حس بینایی نمی‌توانند تجربیات زیادی از محیط به دست بیاورند. در نتیجه، در شکل‌گیری مفاهیم دچار وقفه شده و رشد شناختی آرامی دارند (۳). نابینایی آثار همه‌جانبه‌ای بر کارکرد فرد دارد و باعث بروز مشکلات عاطفی و اجتماعی از جمله دشواری در سازگاری اجتماعی^۲ می‌شود (۴). سازگاری در دهه‌های اخیر به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت، توجه بسیاری از متخصصان تعلیم و تربیت، روان‌شناسان و جامعه‌شناسان را به خود جلب کرده است. سازگاری مفهومی پیچیده و چندوجهی و فرآیندی مداوم و پویا است که نشان‌دهنده تطابق فرد با محیط می‌باشد (۵). یکی از ابعاد مهم سازگاری، یعنی سازگاری اجتماعی به معنای توانایی برقراری ارتباط متقابل با دیگران به طریق خاص است که این سازگاری در نتیجه‌ی تغییر خود یا تغییر محیط به دست می‌آید (۶).

یکی از عوامل مرتبط با سازگاری اجتماعی، همدلی عاطفی^۳ است (۷). همدلی به عنوان قابلیت درک دیگران و تجربه احساسات آنها و دادن پاسخ مناسب به موقعیت خاصی، تعریف می‌شود (۸). همدلی مفهومی چندبعدی و دارای ابعاد عاطفی، اخلاقی، شناختی و رفتاری است که همدلی عاطفی به توانایی تجربه و شناسایی عواطف دیگران، دادن پاسخ‌های هیجانی در برابر حالت‌های عاطفی آنها و برقراری یک ارتباط عاطفی اشاره دارد (۹). یکی دیگر از عوامل مرتبط با سازگاری اجتماعی، ارتباط خانوادگی^۴ است (۱۰). ارتباط خانوادگی مناسب، افراد خانواده را قادر می‌سازد تا نیازها، خواسته‌ها و علایق خود را با هم در میان بگذارند، علاقه و محبت خود را نسبت به یکدیگر ابراز نمایند و از عهده‌ی حل مشکلات

برآیند، اما فقدان ارتباط خانوادگی مناسب امکان چنین عملکردی را از اعضای خانواده سلب می‌کند (۱۱). خانواده‌ها با روش‌های تربیتی و تعاملات متفاوت بر زندگی آینده فرزندان خود تأثیر می‌گذارند. زیرا فرزندان بیشتر زمان خود را در خانه سپری می‌کنند و به دلیل ارتباطات میان اعضای خانواده از یکدیگر تأثیر می‌پذیرند (۱۰). در ارتباط خانوادگی دو الگو، شامل الگوی ارتباطی گفت‌وگوشنود و الگوی ارتباطی هم‌نواپی وجود دارد. منظور از الگوی ارتباطی هم‌نواپی، میزان فشاری است که خانواده بر اعضای خود برای هم‌رأیی و یکسان‌سازی گرایش‌ها، ارزش‌ها و باورها وارد می‌کند. در این الگو ارتباط میان نسل‌ها بر حرف‌شنوی از بزرگسالان استوار است. الگوی ارتباطی گفت‌وگوشنود به فضایی اشاره دارد که اعضای خانواده به تعاملات خودانگیخته و مشارکت در مباحث به‌طور باز و آزاد در مورد طیف وسیعی از موضوعات و ابراز ایده‌های جدید تشویق می‌شوند (۱۲). یکی دیگر از عوامل مرتبط با سازگاری اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی^۵ است (۱۳). مهارت‌های ارتباطی مهارت‌هایی هستند که افراد به‌واسطه آنها می‌توانند در تعاملات بین فردی شرکت نمایند. یعنی فرآیندی که افراد بر اساس آن، اطلاعات، افکار و احساسات خود را از طریق مبادله‌ی کلامی و غیرکلامی با دیگران به اشتراک می‌گذارند (۱۴). سه مهارت ارتباطی مهم شامل مهارت‌های کلامی، شنود و بازخورد است. مهارت کلامی یعنی مهارت در انتقال پیام به صورت کارآمد به دیگران به نوعی که شخص پیام را به درستی و مطابق با خواسته و هدف فرستنده‌ی پیام، رمزگشایی کند. مهارت شنود همان هنر گوش دادن فعال است که به فرآیند کشف رمز، تعبیر و تفسیر پیام‌های کلامی به‌طور فعال اطلاق می‌شود. مهارت بازخورد یعنی واکنش‌های کلامی و غیرکلامی که شنونده در برابر فرستنده پیام می‌دهد. ارتباط فرآیندی، دوجانبه است و هر شخص هنگامی که با دیگران ارتباط برقرار می‌کند باید مطمئن شود که طرف مقابل منظورش را متوجه شده که این کار از طریق بازخوردی که از دیگران دریافت می‌کند، مشخص می‌شود (۱۵).

نتایج پژوهش‌ها درباره رابطه‌ی همدلی عاطفی، ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی والدین با سازگاری اجتماعی، متناقض است. برای مثال، نتایج پژوهش نگله^۶ و آناند^۷ (۲۰۱۲)

1. Blindness
2. Social adjustment
3. Emotional empathy
4. Family relationship

5. Communication skills
6. Nagle
7. Anand

هستند. شیوع نابینایی و کم‌بینایی به ترتیب بین ۰/۳ تا ۵/۶ درصد و ۱/۱ تا ۳ درصد در مناطق مختلف گزارش شده است (۲۵). همچنین از یک سو درباره سازگاری اجتماعی نابینایان پژوهش‌های اندکی انجام شده و از سوی دیگر پژوهشی با هدف پیش‌بینی سازگاری اجتماعی نابینایان بر اساس همدلی عاطفی، ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی والدین انجام نشده است و اکثر پژوهش‌ها به مقایسه‌ی ویژگی‌های روان‌شناختی نابینایان با افراد عادی پرداخته‌اند و گاهی نتایج پژوهش‌ها متناقض می‌باشند. نکته دیگر اینکه، نابینایان در زندگی مشکلات فراوانی دارند و علاوه بر آن برای حضور مؤثر در جامعه باید از سازگاری اجتماعی مطلوبی نیز برخوردار باشند. به همین دلیل، ابتدا باید عوامل مؤثر بر سازگاری اجتماعی آنان را شناسایی و سپس با استفاده از آنها برنامه‌هایی جهت ارتقاء سازگاری اجتماعی آنها طراحی و اجرا کرد. بنابراین با توجه به شیوع نابینایی، بار اقتصادی، روانی و اجتماعی ایجاد شده توسط نابینایی، پیشینه پژوهشی اندک و گاه متناقض و لزوم شناسایی عوامل مؤثر در سازگاری اجتماعی نابینایان، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش همدلی عاطفی، ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی والدین در سازگاری اجتماعی نابینایان انجام شد.

روش

مطالعه حاضر مقطعی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش همه افراد نابینای عضو انجمن نابینایان شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۷ به تعداد ۲۵۷ نفر بودند که همگی به عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه، شامل نابینا بودن (تیزبینی چشم برتر کمتر از یک دهم باشد)، عضو انجمن نابینایان شهر ارومیه بودن و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل، انصراف از ادامه همکاری و عدم پاسخگویی به گویه‌های پرسشنامه که به صورت نرم‌افزار صوتی تبدیل شده بودند، بود. پس از بیان رعایت نکات اخلاقی از جمله اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، تحلیل داده‌ها به صورت کلی و غیره، آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های زیر پاسخ دادند.

نشان داد که با افزایش همدلی (عاطفی و شناختی) میزان سازگاری افزایش و علاوه بر آن، همدلی نقش معناداری در پیش‌بینی سازگاری داشت (۷). لبی^۱ و والکو^۲ (۲۰۰۴) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که با افزایش همدلی میزان سازگاری روان‌شناختی به‌طور معناداری افزایش می‌یابد (۱۶). در پژوهشی دیگر کیم^۳ و همکاران (۲۰۱۷) گزارش کردند که الگوهای ارتباطی والد-کودک با سازگاری کودکان رابطه‌ی معناداری داشت (۱۰). رویتر^۴ و کوئر^۵ (۲۰۰۸) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که الگوهای ارتباطی گفت‌و شنود و هم‌نوایی بر سازگاری نوجوانان تأثیر منفی و معناداری داشتند (۱۷). در پژوهشی دیگر آیدا^۶ (۲۰۱۶) گزارش کرد که آموزش مهارت‌های ارتباطی نقش مؤثری در بهبود مهارت سازگاری داشت (۱۳). سیهان^۷ (۲۰۰۶) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید که با افزایش مهارت‌های ارتباطی سطح سازگاری افزایش می‌یابد (۱۸). همچنین نتایج پژوهش برزگر بفرویی (۱۳۹۴) نشان داد که همدلی تأثیر معناداری بر افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش پرخاشگری داشت (۱۹). بشارت، خدابخش، فراهانی و رضازاده (۱۳۹۰) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که همدلی بر کیفیت روابط بین‌شخصی تأثیر مثبت و معناداری داشت (۲۰). در پژوهشی دیگر غلامپور، سهرابی و برجلی (۱۳۹۳) گزارش کردند که الگوهای ارتباطی والدین با سازگاری اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی رابطه معناداری داشتند (۲۱). بهادری خسروشاهی و حبیبی کلیر (۱۳۹۶) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های ارتباطی بر سازگاری تأثیر مثبتی داشت (۲۲). در پژوهشی دیگر عبدی و درخشانی (۱۳۹۵) گزارش کردند که الگوی ارتباط گفت‌و شنود با سازگاری اجتماعی رابطه منفی و معنادار و الگوی ارتباط هم‌نوایی با سازگاری اجتماعی رابطه منفی و غیرمعناداری داشت (۲۳). در مقابل، نتایج پژوهش نمازی و سهرابی شگفتی (۱۳۹۷) نشان داد که الگوهای ارتباط خانوادگی گفت‌و شنود و هم‌نوایی با سازگاری اجتماعی رابطه‌ی معناداری نداشتند (۲۴).

آسیب بینایی هزینه‌های اقتصادی، روانی و اجتماعی قابل توجهی در سراسر جهان به جوامع بشری تحمیل می‌کند و حدود ۲۸۵ میلیون نفر در جهان مشکل بینایی دارند که از این تعداد ۲۴۶ میلیون نفر کم‌بینا و ۳۷ میلیون نفر نابینا

1. Labay
2. Walco
3. Keim
4. Rueter

5. Koerner
6. Aida
7. Ceyhan

مجموع نمره‌ی گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه‌ی نمرات هر بُعد بین ۳۰-۶ است و نمره بالاتر به معنای بیشتر داشتن مهارت‌های ارتباطی کلامی، شنود یا بازخورد می‌باشد. روایی صوری و محتوایی ابزار با نظر متخصصان و روایی سازه آن با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی ابعاد مهارت‌های ارتباطی کلامی، شنود یا بازخورد را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹ و ۰/۸۱ محاسبه شد (به نقل از کلارمیتا و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین صفوی، قاسمی پنجاه، فشارکی و پوربندینی (۱۳۹۵) روایی محتوایی پرسشنامه را با نظر متخصصان تأیید و پایایی ابعاد مهارت‌های ارتباطی کلامی، شنود یا بازخورد را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۱۵، ۰/۷۰۵ و ۰/۷۰۰ گزارش کردند (۲۸). در پژوهش حاضر پایایی ابعاد کلامی، شنود و بازخورد با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۹ و ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه سازگاری اجتماعی^۷: این پرسشنامه توسط سینها و سینگ^۸ (۱۹۹۳) طراحی شد که دارای ۶۰ گویه و ۳ بُعد سازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی (هر بُعد ۲۰ گویه) است که در این پژوهش از بُعد سازگاری اجتماعی استفاده شد. گویه‌ها به صورت بلی و خیر، نمره‌گذاری می‌شوند و نمره پرسشنامه از طریق مجموع نمره‌ی گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه‌ی نمرات سازگاری اجتماعی بین ۲۰-۰ است و نمره بالاتر به معنای سازگاری اجتماعی کمتر می‌باشد. روایی ابزار با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی سازگاری اجتماعی با روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ محاسبه شد (به نقل از تان و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین خوش‌کنش، اسدی، شیرعلی‌پور و کشاورز افشار (۱۳۸۹) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کردند (۲۹). در پژوهش حاضر پایایی سازگاری اجتماعی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. داده‌ها با روش‌های ضرایب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با مدل همزمان به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ در سطح $P < 0/05$ تحلیل شدند.

رعایت نکات اخلاقی توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه با کد IR.IAU.URMIA.REC.۱۳۹۷،۴۰ تأیید شد.

پرسشنامه همدلی عاطفی^۱: این پرسشنامه توسط دیویس^۲ (۱۹۸۳) طراحی شد که دارای ۲۱ گویه است و با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم تا ۵=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. نمره پرسشنامه از طریق مجموع نمره‌ی گویه‌ها به دست می‌آید (گویه‌های ۲، ۴، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند)، لذا دامنه‌ی نمرات بین ۱۰۵-۲۱ است و نمره بالاتر به معنای همدلی عاطفی بیشتر می‌باشد. روایی ابزار با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد (به نقل از میوراگی و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین محمودی و سلیمانی (۱۳۹۶) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ گزارش کردند (۲۶). در پژوهش حاضر، پایایی همدلی عاطفی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه ارتباط خانوادگی^۳: این پرسشنامه توسط کوئرتر و فیتزپاتریک^۴ (۲۰۰۲) طراحی شد که دارای ۲۶ گویه و ۲ بُعد گفت‌و شنود (۱۵ گویه) و همنوایی (۱۱ گویه) است که گویه‌ها با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۰=کاملاً مخالفم تا ۴=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. نمره پرسشنامه از طریق مجموع نمره‌ی گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه‌ی نمرات بُعد گفت‌و شنود بین ۶۰-۰ و بُعد همنوایی بین ۴۴-۰ است و نمره بالاتر به معنای بیشتر داشتن الگوی ارتباطی گفت‌و شنود یا همنوایی می‌باشد. کوئرتر و فیتزپاتریک (۲۰۰۲) روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی ابعاد گفت‌و شنود و همنوایی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۲ گزارش کردند (۲۷). همچنین نمازی و سهرابی شگفتی (۱۳۹۷) پایایی ابعاد گفت‌و شنود و همنوایی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۱ گزارش کردند (۲۴). در پژوهش حاضر پایایی ابعاد گفت‌و شنود و همنوایی با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی^۵: این پرسشنامه توسط بارتون^۶ (۱۹۹۰) طراحی شد که دارای ۱۸ گویه و ۳ بُعد مهارت‌های کلامی، شنود و بازخورد (هر بُعد ۶ گویه) است که با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم تا ۵=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. نمره پرسشنامه از طریق

1. Emotional empathy questionnaire
2. Davis
3. Family relationship questionnaire
4. Koerner and Fitzpatrick

5. Communication skills questionnaire
6. Barton
7. Social adjustment questionnaire
8. Sinha & Singh

یافته‌ها

۲۲-۲۵ سال (۸/۹۵٪)، ۵۰ نفر ۲۶-۲۹ سال (۱۹/۴۶٪) و ۷۵ نفر ۳۰-۳۳ سال (۲۹/۱۸٪) و ۸۰ نفر ۳۴-۳۷ سال (۳۱/۱۳٪) داشتند. نتایج شاخص‌های توصیفی میانگین، انحراف معیار، کمترین مقدار، بیشترین مقدار، کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در نابینایان در جدول ۱ ارائه شد.

در این پژوهش، ۲۵۷ فرد نابینا شرکت داشتند؛ به طوری که ۱۶۳ نفر مرد (۶۳/۶۲٪) و ۹۴ نفر زن (۳۶/۵۸٪) بودند. همچنین از نظر سنی ۲۹ نفر ۲۱-۱۸ سال (۱۱/۲۸٪)، ۲۳ نفر

جدول ۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در نابینایان (n=۲۵۷)

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	کجی	کشیدگی
همدلی عاطفی	۶۳/۲۱۸	۷/۸۸۴	۴۲	۸۱	-۰/۱۲۴	-۰/۳۹۱
الگوی ارتباط گفت‌وشنود	۴۰/۱۵۵	۷/۰۰۳	۱۶	۵۴	-۰/۶۴۴	۰/۳۳۹
الگوی ارتباط همنوایی	۳۰/۳۴۶	۷/۲۴۳	۶	۴۴	-۰/۷۲۴	۰/۵۲۸
مهارت ارتباطی کلامی	۱۹/۷۹۳	۴/۲۲۶	۱۰	۳۰	-۰/۱۳۴	-۰/۴۵۱
مهارت ارتباطی شنود	۱۸/۹۵۷	۳/۵۶۵	۹	۲۸	-۰/۰۸۹	-۰/۲۴۳
مهارت ارتباطی بازخورد	۱۸/۶۳۰	۲/۹۸۲	۸	۲۷	-۰/۰۰۳	۰/۴۱۱
سازگاری اجتماعی	۵۶/۲۹۹	۸/۷۶۲	۲۷	۸۵	-۰/۰۱۳	۰/۶۸۵

بودن چندگانه رد می‌شود. علاوه بر آن مقدار دوربین-واتسون برای متغیر ملاک ۱/۵۷۱ است که در دامنه ۲/۵-۱/۵ قرار دارد، لذا فرض همبستگی باقی‌مانده‌ها نیز رد می‌شود. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون همدلی عاطفی، ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی والدین با سازگاری اجتماعی نابینایان در جدول ۲ ارائه شد.

در جدول ۱، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش قابل مشاهده است که بر اساس مقدار کجی و کشیدگی فرض نرمال بودن تأیید شد. چون اگر مقدار کجی و کشیدگی در دامنه +۱ تا -۱ باشد، تأیید می‌شود. همچنین مقدار عامل تورم واریانس برای متغیرهای پیش‌بین در دامنه ۱/۰۰۰ تا ۱/۹۱۳ است که از ۱۰ فاصله زیادی دارد، لذا فرض هم‌خطی

طبق نتایج جدول ۲، با افزایش نمره همدلی عاطفی، الگوهای ارتباطی خانوادگی گفت‌وشنود و همنوایی و مهارت‌های ارتباطی کلامی، شنود و بازخورد میزان سازگاری اجتماعی نابینایان به طور معناداری کاهش می‌یابد. با توجه به اینکه در پرسشنامه سازگاری اجتماعی نمره بالاتر به معنای سازگاری اجتماعی پایین‌تر است، لذا با افزایش میزان همدلی عاطفی، الگوهای ارتباطی خانوادگی گفت‌وشنود و همنوایی و مهارت‌های ارتباطی کلامی، شنود و بازخورد میزان سازگاری اجتماعی نابینایان افزایش می‌یابد و بالعکس با کاهش آنها میزان سازگاری اجتماعی آنان کاهش می‌یابد ($P > ۰/۰۵$). نتایج رگرسیون چندگانه با مدل همزمان برای بررسی نقش همدلی عاطفی، ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی در سازگاری اجتماعی نابینایان در جدول ۳ ارائه شد.

جدول ۲) نتایج ضرایب همبستگی پیرسون همدلی عاطفی، ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی والدین با سازگاری اجتماعی نابینایان

متغیرهای پیش‌بین / متغیر ملاک	سازگاری اجتماعی	سطح معنی‌داری
همدلی عاطفی	-۰/۳۴۸	۰/۰۰۱
الگوی ارتباط گفت‌وشنود	-۰/۴۳۸	۰/۰۰۱
الگوی ارتباط همنوایی	-۰/۴۰۹	۰/۰۰۱
مهارت ارتباطی کلامی	-۰/۳۱۷	۰/۰۰۱
مهارت ارتباطی شنود	-۰/۳۳۶	۰/۰۰۱
مهارت ارتباطی بازخورد	-۰/۳۲۷	۰/۰۰۱

جدول ۳) نتایج رگرسیون چندگانه با مدل همزمان برای بررسی نقش همدلی عاطفی، ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی در سازگاری اجتماعی نابینایان

متغیرهای پیش‌بین	R	R2	تغییرات F	df	سطح معنی‌داری	Beta	سطح معنی‌داری
همدلی عاطفی						-۰/۱۵۱	۰/۰۰۱
الگوی ارتباط گفت‌و شنود						-۰/۳۴۹	۰/۰۰۵
الگوی ارتباط همنوایی				۶		-۰/۳۲۱	۰/۰۰۱
مهارت ارتباطی کلامی	۰/۶۳۷	۰/۴۰۵	۳/۵۵۳	۲۴۹	۰/۰۰۱	-۰/۱۲۶	۰/۰۰۷
مهارت ارتباطی شنود						-۰/۱۶۲	۰/۰۰۱
مهارت ارتباطی بازخورد						-۰/۲۰۳	۰/۰۰۱

می‌گیرد و با آنچه فرد احساس می‌کند، مشابه است. با توجه به اینکه همدلی عاطفی با درک هیجانات و تشخیص هیجان ارتباط دارد، لذا رابطه‌ی همدلی با سازگاری اجتماعی قابل درک است. افرادی که می‌توانند هیجان و احساس خود و دیگران را شناسایی و درک کنند، بهتر می‌توانند با او همدلی کنند. بنابراین، آنان از لحاظ سازگاری اجتماعی در وضعیت مطلوب‌تری قرار دارند.

همچنین یافته‌ها نشان داد که با افزایش الگوی ارتباط خانوادگی گفت‌و شنود و همنوایی میزان سازگاری اجتماعی نابینایان افزایش می‌یابد. این یافته با یافته پژوهش‌های کیم و همکاران (۲۰۱۷)، رویتر و کوئرتر (۲۰۰۸) و غلامپور و همکاران (۱۳۹۳) همسو و با یافته پژوهش‌های عبدی و درخشانی (۱۳۹۵) و نمازی و سهرابی شگفتی (۱۳۹۷) بود. برای مثال، کیم و همکاران (۲۰۱۷) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که با افزایش الگوهای ارتباطی میزان سازگاری افزایش می‌یابد (۱۰). در پژوهشی دیگر رویتر و کوئرتر (۲۰۰۸) گزارش کردند که الگوهای ارتباطی گفت‌و شنود و همنوایی بر سازگاری نوجوانان تأثیر منفی و معناداری داشتند. همچنین غلامپور و همکاران (۱۳۹۳) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که الگوهای ارتباطی والدین با سازگاری اجتماعی رابطه معناداری داشتند (۲۱). بر خلاف پژوهش‌های قبلی عبدی و درخشانی (۱۳۹۵) گزارش کردند که الگوی ارتباط گفت‌و شنود با سازگاری اجتماعی رابطه منفی و معنادار داشت، اما الگوی ارتباط همنوایی با سازگاری اجتماعی رابطه معناداری نداشت (۲۳). همچنین نتایج پژوهش نمازی و سهرابی شگفتی (۱۳۹۷) نشان داد که الگوهای ارتباط خانوادگی گفت‌و شنود و همنوایی با سازگاری

طبق نتایج جدول ۳، متغیرهای همدلی عاطفی، الگوهای ارتباطی خانوادگی گفت‌و شنود و همنوایی و مهارت‌های ارتباطی کلامی، شنود و بازخورد نقش معناداری در پیش‌بینی سازگاری اجتماعی نابینایان دارند و به طور معناداری توانستند ۴۰/۵ درصد از تغییرات سازگاری اجتماعی نابینایان را پیش‌بینی کنند. با توجه به مقدار بتا، همه متغیرها اثر منفی و معناداری در پیش‌بینی سازگاری اجتماعی نابینایان دارند ($P > ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

نابینایان در زندگی مشکلات فراوانی دارند و پژوهش‌های اندکی با هدف ارائه برنامه‌هایی جهت ارتقاء سازگاری اجتماعی آنان انجام شده است. در نتیجه، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش همدلی عاطفی، ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی والدین در سازگاری اجتماعی نابینایان انجام شد. یافته‌ها نشان داد که با افزایش همدلی عاطفی میزان سازگاری اجتماعی نابینایان افزایش می‌یابد. این یافته با یافته پژوهش‌های نگلی و اناند (۲۰۱۲)، لبی و والکو (۲۰۰۴)، برزگر بفرویی (۱۳۹۴) و بشارت و همکاران (۱۳۹۰) همسو بود. برای مثال، نگلی و اناند (۲۰۱۲) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که با افزایش همدلی عاطفی میزان سازگاری افزایش می‌یابد (۷). در پژوهشی دیگر برزگر بفرویی (۱۳۹۴) گزارش کرد که همدلی تأثیر معناداری بر افزایش سازگاری اجتماعی داشت (۱۹). در تبیین این یافته بر مبنای نظر امیرپور، زکی‌بی و کلهرنیا گلکار (۱۳۹۴) می‌توان گفت که همدلی عاطفی سازه‌ای است که با هیجان ارتباط دارد (۳۰). همدلی را به عنوان پاسخی هیجانی تعریف می‌کنند که از درک حالت هیجانی فرد نشأت

نشان دهند که حاکی از سازگاری اجتماعی بالاست. در نتیجه با افزایش هر دو الگوی ارتباط خانوادگی گفت‌و شنود و همنوایی میزان سازگاری اجتماعی نابینایان افزایش می‌یابد.

علاوه بر آن، یافته‌ها نشان داد که با افزایش مهارت‌های ارتباطی کلامی، شنود و بازخورد میزان سازگاری اجتماعی نابینایان افزایش می‌یابد. این یافته با یافته پژوهش‌های آیدا (۲۰۱۶)، سیهان (۲۰۰۶)، بهادری خسروشاهی و حبیبی کلپیر (۱۳۹۶) همسو بود. برای مثال، سیهان (۲۰۰۶) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید که با افزایش مهارت‌های ارتباطی سطح سازگاری افزایش می‌یابد. در پژوهشی دیگر بهادری خسروشاهی و حبیبی کلپیر (۱۳۹۶) گزارش کردند که آموزش مهارت‌های ارتباطی بر سازگاری تأثیر مثبتی داشت (۲۲). در تبیین این یافته‌ها بر مبنای نظر نقدی بابایی و قهاری^۱ (۲۰۱۶) می‌توان گفت که مهارت‌های ارتباطی (بازخورد، شنود و کلامی) مبتنی بر نظریه یادگیری شناختی اجتماعی هستند، به‌طور مستقیم به فعال شدن کارکردهای اجرایی از جمله توجه، حافظه و غیره منتهی می‌شوند و با فعال شدن این کارکردها نظام بازداری رفتاری به‌کار می‌افتد (۳۱). این تجربه موجب تمایل فرد به درگیر شدن با فعالیت‌های اجتماعی می‌شود. همچنین مهارت‌های ارتباطی به منزله‌ی آن دسته از مهارت‌هایی است که افرادی طی آن، اطلاعات، افکار و احساسات خود را از طریق مبادله‌ی کلامی و غیرکلامی با یکدیگر در میان می‌گذارند و این مهارت‌ها پایه و مبنایی برای ارتباطات میان‌فردی هستند. افرادی که مهارت‌های ارتباطی را به‌طور واقعی یاد می‌گیرند، تمرین می‌کنند و شایستگی خود را به‌کار می‌گیرند، می‌توانند در ورود به گروه همسالان و دوست‌یابی موفق باشند، تعاملی مثبت در روابط خود با همسالان داشته باشند و دامنه‌ای از رفتارهای مقبول را از خود نشان دهند. در نتیجه با افزایش مهارت‌های ارتباطی بازخورد، شنود و کلامی میزان سازگاری اجتماعی افراد نابینا بهبود می‌یابد.

دیگر یافته‌ها نشان داد که همدلی عاطفی، ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی والدین نقش معناداری در پیش‌بینی سازگاری اجتماعی نابینایان داشتند. در تبیین توانمند بودن همدلی عاطفی، ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی والدین در پیش‌بینی سازگاری اجتماعی نابینایان می‌توان گفت که همدلی عاطفی، الگوهای ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی در نتیجه تجارب و روابط با سایر

اجتماعی رابطه معناداری نداشتند (۲۴). دلیل احتمالی ناهمسوایی نتایج پژوهش‌ها با نتایج پژوهش‌های عبدی و درخشانی (۱۳۹۵) و نمازی و سهرابی شگفتی (۱۳۹۷) متفاوت بودن جامعه پژوهشی است. زیرا پژوهش‌های آنها برخلاف سایر پژوهش‌ها بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی که نوجوان محسوب می‌شوند، انجام شده است. نوجوانان به دلیل شرایط خاص سنی و قرار داشتن در سن بلوغ معمولاً رفتارهای دوستان خود را تأیید می‌کنند و رفتارهای والدین را تأیید نمی‌کنند و آنها را مربوط به نسل‌های قبل می‌دانند. به همین دلیل، در سنین نوجوانی برداشت افراد از الگوهای ارتباطی خانواده با سنین دیگر متفاوت است و بین نتایج پژوهش‌ها تناقض وجود دارد. در تبیین این یافته‌ها بر مبنای نظر رویتر و کوثرنر (۲۰۰۸) می‌توان گفت که نحوه ارتباط در خانواده و شیوه‌هایی که اعضای خانواده افکار و احساسات خود را بیان می‌کنند، یکی از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان شناختی اعضای خانواده است. حال اگر نحوه ارتباط افراد در خانواده مناسب باشد، این امر باعث افزایش سلامت روان شناختی و کاهش ناسازگاری می‌شود، در مقابل اگر نحوه ارتباط افراد در خانواده مناسب نباشد، این امر باعث کاهش سلامت روان شناختی و افزایش ناسازگاری می‌شود. از آنجایی که افراد دارای الگوی ارتباط گفت‌و شنود دیدگاه‌ها، ارزش‌ها و عقاید خود را با یکدیگر در میان می‌گذارند، نگاه مثبت‌تری به ارتباطات دارند و از ارتباطات اجتماعی تفسیرهای ذهنی مثبت می‌سازند. در نتیجه افراد دارای الگوی ارتباطی گفت‌و شنود به راحتی مسائل و مشکلات بین‌فردی را با هم در میان می‌گذارند و با کمک یکدیگر بهترین راهکار را برای آنها می‌یابند که این عوامل سبب افزایش سازگاری اجتماعی می‌شوند. همچنین از آنجایی که در الگوی ارتباط همنوایی افراد تلاش می‌کنند مرزها و خطوط بین والدین و فرزندان را حفظ کنند، ترجیح می‌دهند روابط همساز و همنوایی با یکدیگر داشته باشند و والدین چنین خانواده‌هایی تأکید می‌کنند که فرزندان باید از تعارض و مقابله با جمع اجتناب کنند، در بحث‌ها تسلیم آنها شوند و به بزرگ‌ترها احترام بگذارند تا از این طریق جلوی مسائل و مشکلات بین‌فردی را بگیرند. بنابراین هنگامی که افراد در خانواده‌ی خود چنین رفتارهایی را یاد بگیرند و درونی کنند، سعی می‌کنند در هنگام وقوع مشکلات، از بزرگ‌ترها اطاعت کنند که این امر سبب می‌شود که مشکلات حل نشده باقی بمانند، اما در ظاهر رفتارهایی را

عاطفی، ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی والدین را از طریق کارگاه‌های آموزشی ارتقا بخشند.

هر پژوهشی با محدودیت‌هایی مواجه است و از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از ابزارهای خودگزارش‌ده برای جمع‌آوری داده‌ها، تعداد زیاد گویه‌ها برای پاسخدهی، حجم نمونه نسبتاً کوچک (نابینایان عضو انجمن نابینایان شهر ارومیه) و عدم مقایسه نتایج به تفکیک جنسیت اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته یا ساختاریافته استفاده شود و زمانی که تعداد گویه‌ها زیاد است، آنها را به دو بخش تقسیم و با یک فاصله زمانی منطقی اجرا شود. با توجه به محدود شدن جامعه به نابینایان عضو انجمن نابینایان شهر ارومیه باید در تعمیم نتایج احتیاط شود و برای طراحی برنامه‌هایی برای نابینایان بهتر است که این پژوهش بر روی نابینایان سایر شهرها انجام و نتایج آن نیز با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود. آخرین پیشنهاد با توجه به وجود تفاوت‌های جنسیتی در اکثر ویژگی‌های روان‌شناختی از جمله سازگاری اجتماعی اینکه در یک پژوهش مقایسه‌ای، به‌طور جداگانه اقدام به بررسی روابط متغیرها در نابینایان مرد و زن شود و یا اینکه سازگاری اجتماعی آنها با هم مقایسه شود.

اعضای خانواده و حتی دوستان و آشنایان در دوران کودکی ایجاد می‌شوند، تداوم می‌یابند و بر ویژگی‌های شخصیتی و روان‌شناختی آنها در بزرگسالی تأثیر می‌گذارند که این عوامل باعث می‌شوند که همدلی عاطفی، الگوهای ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی والدین توانایی پیش‌بینی مثبت یک ویژگی روان‌شناختی مثبت مثل سازگاری اجتماعی مطلوب را داشته باشند. تبیین دیگر اینکه همدلی عاطفی، الگوی ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی والدین با بسیاری از شاخص‌های منفی مثل استرس، افسردگی، عزت‌نفس پایین و غیره رابطه منفی و با بسیاری از شاخص‌های مثبت مانند شادکامی، امید، سرسختی روان‌شناختی و غیره رابطه مثبت دارند. بنابراین هنگامی که متغیرهای مذکور با هم برای پیش‌بینی یک متغیر مثبت (سازگاری اجتماعی) وارد معادله رگرسیون شوند، می‌توانند به‌طور معناداری آن را پیش‌بینی کنند. همچنین افراد دارای ویژگی‌هایی چون همدلی عاطفی، الگوی ارتباط گفت‌و شنود و همنوایی و مهارت‌های ارتباطی کلامی، شنود و بازخورد در زندگی مشکلات کمتری دارند، استرس کمتری را تجربه می‌کنند، در زندگی شادتر هستند، با چالش‌ها و مشکلات کمتری روبه‌رو می‌شوند، حتی هنگامی که با مسائل استرس‌زا مواجه می‌شوند به تنهایی و یا با کمک دیگران به خوبی بر آنها چیره می‌شوند و از راهبردهای مقابله‌ای سازگار استفاده می‌کنند که در نهایت این عوامل از طریق افزایش رضایت از زندگی و کیفیت زندگی باعث ارتقای سازگاری اجتماعی می‌شوند.

به‌طور کلی یافته‌ها نشان داد که با افزایش همدلی عاطفی، الگوی ارتباط خانوادگی (گفت‌و شنود و همنوایی) و مهارت‌های ارتباطی (کلامی، شنود و بازخورد) میزان سازگاری اجتماعی نابینایان به‌طور معناداری افزایش می‌یابد و متغیرهای مذکور توانستند ۴۰/۵ درصد از تغییرات سازگاری اجتماعی نابینایان را تبیین کنند. بنابراین نتایج حاکی از اهمیت و نقش مؤثر همدلی عاطفی، ارتباط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی والدین در سازگاری اجتماعی نابینایان بود. در نتیجه برنامه‌ریزان و مسئولان انجمن نابینایان می‌توانند برای بهبود سازگاری اجتماعی اعضای انجمن برنامه‌هایی از طریق افزایش همدلی عاطفی، الگوی ارتباط خانوادگی (بویژه گفت‌و شنود) و مهارت‌های ارتباطی طراحی کنند و با اجرای آن توسط افراد متخصص و زبده و کارآموده شرایط را برای بهبود سازگاری اجتماعی نابینایان فراهم نمایند. همچنین مشاوران، روان‌شناسان و درمانگران می‌توانند برای بهبود سازگاری اجتماعی نابینایان میزان همدلی

References

1. aghayi por h vkh, gholami heydar abadi z . The Effect of mobility and orientation training on the social skills and social adjustments for blind student. empowering Exceptional children. 2017;8(1):75-83. [Persian].
2. Mazurkiewicz B, Stefaniak M, Dmoch-Gajzlerska E. Perinatal care needs and expectations of women with low vision or total blindness in Warsaw, Poland. Disability and health journal. 2018;11(4):618-23.
3. Freed B, Assall OP, Panagiotakis G, Bang H, Park JJ, Moroza, et al. Assessing blinding in trials of psychiatric disorders: a meta-analysis based on blinding index. Psychiatry research. 2014;219(2):241-7.
4. Sola-Carmona JJ, López-Liria R, Padilla-Góngora D, Daza MT, Sánchez-Alcoba MA. Anxiety, psychological well-being and self-esteem in Spanish families with blind children. A change in psychological adjustment? Research in developmental disabilities. 2013;34(6):1886-90.
5. Ward A, Arola N, Bohnert A, Lieb R. Social-emotional adjustment and pet ownership among adolescents with autism spectrum disorder. Journal of communication disorders. 2017;65:35-42.
6. Tan E, Mikami AY, Hamlin JK. Do infant sociomoral evaluation and action studies predict preschool social and behavioral adjustment? Journal of experimental child psychology. 2018;176:39-54.
7. Nagle YK, Anand K. Empathy and personality traits as predictors of adjustment in Indian youth. Industrial psychiatry journal. 2012;21(2):125.
8. Gambin M, Sharp C. The relations between empathy, guilt, shame and depression in inpatient adolescents. Journal of affective disorders. 2018;241:381-7.
9. Maurage P, Lahaye M, Grynberg D, Jeanjean A, Guettat L, Verellen-Dumoulin C, et al. Dissociating emotional and cognitive empathy in pre-clinical and clinical Huntington's disease. Psychiatry research. 2016;237:103-8.
10. Keim MC, Lehmann V, Shultz EL, Winning AM, Rausch JR, Barrera M, et al. Parent-Child Communication and Adjustment Among Children With Advanced and Non-Advanced Cancer in the First Year Following Diagnosis or Relapse. Journal of pediatric psychology. 2017;42(8):871-81.
11. Bai J, Swanson KM, Harper FW, Santacroce SJ, Penner LA. Longitudinal Analysis of Parent Communication Behaviors and Child Distress during Cancer Port Start Procedures. Pain Management Nursing. 2018;19(5):487-96.
12. Bakar AA, Afthanorhan A. Confirmatory factor analysis on family communication patterns measurement. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2016;219:33-40.
13. Aida Y. Adaptation skill improvement through communication skills analysis of individuals with over-adaptation. European Psychiatry. 2016;33:S514-S5.
14. Svensberg K, Brandlistuen RE, Björnsdottir I, Sporrang SK. Factors associated with pharmacy students' attitudes towards learning communication skills-A study among Nordic pharmacy students. Research in Social and Administrative Pharmacy. 2018;14(3):279-89.
15. Claramita M, Tuah R, Riskione P, Prabandari YS, Effendy C. Comparison of communication skills between trained and untrained students using a culturally sensitive nurse-client communication guideline in Indonesia. Nurse education today. 2016;36:236-41.
16. Labay LE, Walco GA. Brief report: empathy and psychological adjustment in siblings of children with cancer. Journal of Pediatric Psychology. 2004;29(4):309-14.
17. Rueter MA, Koerner AF. The effect of family communication patterns on adopted adolescent adjustment. Journal of Marriage and Family. 2008;70(3):715-27.
18. Ceyhan AA. An investigation of adjustment levels of Turkish university students with respect to perceived communication skill levels. Social Behavior and Personality: an international journal. 2006;34(4):367-80.
19. Barzegar K. Influence of Teaching Empathy on Aggression and Social adjustment of Girl Students. Research in School and Virtual Learning,. 2015; 3(9): 21-32. [Persian].
20. Besharat M, Khodabakhsh MR, Farahani H, and, Rezazadeh S. The mediating role of narcissism in the relationship between empathy and the quality of interpersonal relationships. Journal of Applied Psychology. 2011;5 (1):7-23.[Persian].
21. Gholampour N, Sohrabi F, and, BORjali A. The relationship between parental communication

- patterns and social adjustment in preschool children. *Journal of Social Psychology Research*. 2014;4(14):67-76.[Persian].
22. bahadorikhosroshahi J, Habibi Kaleybar, R. . The Effectiveness of Communication Skills Training on Academic Motivation and Academic Adjustment of High School Students. . *Journal of Instruction and Evaluation*. 2017;10(39):151-73.[Persian].
23. Abdi H, Derakhshani, S. The relationships of family communication patterns, Internet addiction and academic adjustment of high school students in Ahwaz. . *Information and Communication Technology in Educational Sciences*. 2017; 7(2):39-57.[Persian].
24. namazi f , sohrabi shegefti n. The Mediating Role of the Social Adjustment for Family Communication Pattern and Adolescent Mental Health. *Journal of educational psychology*. 2018;15(29):237-56. [Persian].
25. 25. Shrifian E, Estebsari F, Haghjou L, Nedjat S, Majdzadeh S. Determining Behavioral Preventive Factors of Blindness based on BASNEF Model in the Chaharborj Village, City of Esfarayen. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2014;2(3):186-98.[Persian].
26. Mahmoodi H, Soleymani E. Prediction of psychological well-being based on empathy and self-compassion among nurses. *Quarterly Journal of Nersing Management*. 2018;6(3):78-87.[Persian].
27. Koerner AF, Fitzpatrick MA. Toward a theory of family communication. *Communication theory*. 2002;12(1):70-91.
28. Safavi M, GhasemiPanchah S, Fesharaki M, and, Pourbandbandi M. Nurses' Communication Skills in Gilan Teaching Hospitals: Verbal, Hearing and Feedback. *Journal of Hamadan School of Nursing and Midwifery*.24(1):50-7. [Persian].
29. Khoshkonesh A, Asadi M, Shir Aliipour A, Keshavarzafar H, and, Asadi M. The Role of Basic Needs and Social Support in Social compatibility in High School Students. *Journal of Applied Psychology*. 2010; 4(1):94-82.[Persian].
30. Amirpour B, Zakie A, Kalhornia Golkar M. Relationship between Balanced Emotional Empathy and Life Satisfaction, and Alexithymia in Nurses, Midwives and Operating Room Technicians. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*. 2015;12(2):1-8.
31. Babaee SN, Ghahari S. Effectiveness of communication skills training on intimacy and marital adjustment among married women. *Health Sciences*. 2016;5(8):375-80.

اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تنیدگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم

- نسیم شهام، کارشناس ارشد گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران
- کبری کاظمیان مقدم*، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران
- همایون هارون رشیدی، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۵۱ - ۶۰

چکیده

زمینه: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر میزان تنیدگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران کودکان ۱۲.۶ ساله‌ی با اختلال طیف اُتیسم در سال ۱۳۹۸ بود.

روش: طرح پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در شهر اندیمشک بود که از میان آنان ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایشی و کنترل قرار داده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌ی شاخص تنیدگی والدگری (آبیدین، ۱۹۹۵) و سخت‌رویی روان‌شناختی (کوباسا، مدی و کوهن، ۱۹۸۲) بود. ابتدا پیش‌آزمون در دو گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه تحت آموزش طرح‌واره‌درمانی قرار گرفت. این جلسه‌ها به صورت گروهی و هفتگی برگزار شد. در پایان، هر دو گروه مورد سنجش پس‌آزمون قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نشان داد که برنامه طرح‌واره‌درمانی موجب کاهش تنیدگی والدگری و افزایش سخت‌رویی روان‌شناختی مادران شده است ($P > 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که آموزش طرح‌واره‌درمانی، یک درمان مؤثر برای کاهش تنیدگی والدگری و ارتقاء سخت‌رویی روان‌شناختی و به‌طور کلی بهبود سلامت روان افراد می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: اُتیسم، تنیدگی والدگری، سخت‌رویی روان‌شناختی، طرح‌واره‌درمانی

ویژه بیشتر وقت خود را با مادرانشان صرف می‌کنند، مادران سطح بالایی از تنیدگی را نسبت به پدران دارند (۱۱). پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که والدین کودکان با اختلال طیف اُتسیم در مقایسه با والدین کودکان عادی و والدین کودکانی که بیماری‌های مزمن دارند، تنیدگی بالاتری را تجربه می‌کنند (۱۲). همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که تنیدگی والدگری در مادران کودکان با اختلال طیف اُتسیم در هر دو قلمرو والدگری و قلمرو کودک، همچنین در تنیدگی والدگری کل به‌طور معناداری بالاتر از مادران کودکان بهنجار است. این تنیدگی می‌تواند مربوط به کودک، والد یا جامعه باشد (۱۳). با توجه به مطالب ذکر شده، مادران کودکان با اختلال طیف اُتسیم به دلیل ویژگی خاص و مشکلات متعددی که این کودکان دارند، تنیدگی زیادی را تجربه می‌کنند. لذا افزایش مقاومت و سخت‌رویی‌شان در برابر مشکلات از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

آنچه امروزه در کنار آسیب‌شناسی روانی ناشی از تنیدگی‌های مختلف محیطی نظیر کودکان با نیازهای ویژه مورد توجه قرار گرفته است، مسأله‌ی سخت‌رویی^۱ می‌باشد. اصطلاح سخت‌رویی، در ادبیات پزشکی شکل گرفت و نخستین بار کوباسا آن را به عنوان عامل مقاومت در اواخر دهه ۱۹۷۰ شناسایی کرد. سخت‌رویی روان‌شناختی مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصی است که منبع قدرتمندی را برای روبه‌رو شدن با حوادث تنیدگی‌آور زندگی شکل می‌دهد. سخت‌رویی عبارت است از، توانایی برای سالم ماندن پس از تجربه‌ی درجه بالایی از تنیدگی به‌واسطه‌ی ویژگی‌های شخصیتی برای غلبه بر چالش‌ها (۱۴). کوباسا^۲ بر این باور است که سخت‌رویی، توانایی افراد را به کنترل موقعیت، تعهد به وظایف و رویارویی با پیشامدها بیشتر می‌کند (۱۵). افراد سخت‌رو، برای برخورد با مشکلات از شیوه‌ی فعال حل مسأله یعنی شیوه‌ای که فشار روانی را به تجربه‌ای بی‌خطر تبدیل می‌کند، بهره می‌گیرند و بنابراین سطح نگرانی و احساس خطر در آنها در پیشامدهای ناگوار بسیار پایین است (۱۶). به باور کینگ^۳ افراد سخت‌رو موقعیت‌های ناگوار را چالش برانگیز ارزیابی می‌کنند تا تهدیدکننده، حس تعهد بیشتر نسبت به خود و کار خود دارند، حس بیشتری از کنترل در مورد زندگی‌شان تجربه می‌کنند و

اختلال طیف اُتسیم^۱ یکی از اختلالات عصبی-تحوالی^۲ است که ویژگی‌های اصلی آن نقصان مداوم در برقراری ارتباطات و تعاملات اجتماعی دوجانبه و الگوهای تکراری و محدود رفتار، علایق یا فعالیت‌ها است. این علائم از اوایل کودکی وجود دارند و سبب اختلال یا محدودیت در کارکرد روزمره می‌شوند (۱). نرخ شیوع اختلال طیف اُتسیم در کودکان ۱ در ۴۹ تولد زنده می‌باشد (۲). شیوع این اختلال در پسرها، ۴ برابر بیشتر از دخترها است (۳).

وجود کودک با اختلال طیف اُتسیم در خانواده، با توجه به نیازهای مراقبتی خاص او برای مادران که نسبت به بقیه، بیشتر با کودک سروکار دارند، منبع تنیدگی است و بر سلامت روانی و سازگاری آنان تأثیر می‌گذارد و سطح سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی آنان را تهدید می‌کند و آثار منفی برایشان دارد (۴). بررسی‌ها نشان داده‌اند که مادران کودکان و نوجوانان با اختلال طیف اُتسیم از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند و سطح بالایی از تنیدگی را تحمل می‌کنند (۵). تنیدگی والدگری^۳، آشفتگی روانی است که به دنبال تلاش والدین برای فائق آمدن بر وظایف و درخواست‌های والد بودن ایجاد می‌شود. لازم است این نوع تنیدگی از سایر موقعیت‌های تنیدگی‌آور متمایز شود (۶). اولین بار آبی‌دین^۴ (۷) الگوی مفهومی از تنیدگی والدگری ارائه داده است. تنیدگی بالای والدین کارکردهای روانی آنها را مشکل می‌سازد، اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی و پرخاشگری ایجاد می‌نماید و اسنادهای منفی را افزایش می‌دهد که در نهایت به تفسیر منفی از رفتار کودک، افزایش تنبیه و ایجاد مشکل در تعاملات خانواده منجر می‌شود (۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهند، بیماری مزمن فرزندان باعث آشفتگی شدید اعضای خانواده می‌شود (۹). والدگری برای کودکی که از نظر سلامتی شرایط ویژه‌ای دارد، فرآیندی پیچیده و بالقوه تنیدگی‌زا است. والدین همواره نگران اتفاقات شوک‌آور در ارتباط با کودک هستند و به سختی می‌توانند تعادل بین مراقبت از کودک و سایر مسئولیت‌های خود برقرار کنند (۱۰). نتایج پژوهش دورماز، کانکایا، وهابی، گوندوز، کوگولو و اوزکینای^۵ نشان داد که چون کودکان دارای نیازهای

1. autism spectrum disorder
2. neurodevelopmental
3. parenting stress
4. Abidin

5. Durmaz, Cankaya, Durmaz, Vahabi, Gunduz, Cogulu & Ozkinay
6. hardiness
7. Kobasa
8. King

اولیه، قدیمی‌ترین و عمیق‌ترین مؤلفه‌های شناختی، باورها و احساسات غیرشرطی درباره خودمان هستند و از تعامل خلق و خوی فطری کودک با تجربه‌های ناکارآمد او با والدین، خواهرها، برادرها و همسالان طی سال‌های اولیه‌ی زندگی به وجود می‌آیند (۲۲). این روش درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان ناشنوا، کاهش علائم افسردگی و کیفیت زندگی، افزایش رضایت و کیفیت زندگی اثربخش بوده است (۲۳). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که طرح‌واره‌درمانی نشانه‌هایی همچون افسردگی، اضطراب، خودآسیبی، تنهایی و آسیب‌های عاطفی را کاهش می‌دهد و منجر به بهبود بیشتر کیفیت رابطه زناشویی و رفتار بین‌فردی و کاهش افت تحصیلی می‌شود (۲۴). اسکووس، سامسون، سیمپسون و ونرسویک^۳ نشان دادند که آثار مثبت طرح‌واره‌درمانی بر آشفتگی‌های روانی پس از گذشت زمان تداوم پیدا می‌کند (۲۵). در پژوهشی دیگر رهبر کرباسدهی، ابوالقاسمی و رهبر کرباسدهی نشان دادند که اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر بهبود تاب‌آوری روان‌شناختی و توانمندی اجتماعی دانش‌آموزان با نشانه‌های افسردگی تأثیر دارد (۲۶). در پژوهشی دیگر نودری، خوش‌نما و نجات (۲۷)، ماهور و فرزین‌فر (۲۸) نشان دادند که طرح‌واره‌درمانی بر رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی و سخت‌رویی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم و ناشنوا مؤثر است.

با توجه به ضرورت امر و در جهت کاهش مشکلاتی که مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم با آنها دست و پنجه نرم می‌کنند و با در نظر گرفتن این واقعیت که افزایش سازگاری والدین می‌تواند تأثیر مثبتی در جهت کاهش مشکلات آنها داشته باشد (۲۹ و ۳۰)، هر نوع مداخله‌ای که به این والدین در جهت افزایش سازگاری‌شان کمک کند، قابل پیگیری است. با توجه به اهمیت پرداختن به سلامت روان مادران این گروه از کودکان و شرایط خاص آنها؛ هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تنیدگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم است. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این پرسش بود که آیا طرح‌واره‌درمانی بر تنیدگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم مؤثر است؟

عوامل فشارزا را به عنوان فرصت‌های بالقوه برای تغییر می‌بینند و از این رو سلامت روان خود را حفظ می‌کنند (۱۵). بنابراین می‌توان گفت که افراد سرسخت به دلیل برخورداری از سبک تبیینی خوش‌بینانه، احساس توانمندی در رویارویی با مشکلات، برخورد مسأله‌مدارانه با مشکلات، انتظارات مثبت در مورد پیامدها، و باور به وابستگی پیامد به عمل، می‌توانند سلامت روانی خود را در رویدادهای پیش‌بینی نشده و ناگوار حفظ کنند (۱۶). پژوهش‌ها، گویای آن هستند که سخت‌رویی با سلامت بدنی و روانی رابطه‌ی مثبت دارد و به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی تنیدگی را کاهش می‌دهد و از بروز اختلالات بدنی و روانی پیشگیری می‌کند (۱۷). حاجی‌اکبری نشان داد که بین سلامت روانی، سخت‌رویی و شادکامی بین مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی با مادران دارای کودک عادی تفاوت معناداری وجود دارد (۱۸). در پژوهش صدرمتکلم و رفاهی نشان داده شد که بین سخت‌رویی و معنای زندگی و مؤلفه‌های آن در مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه و عادی تفاوت معناداری وجود دارد (۱۹). همچنین پژوهش جبلی و خادمی نشان داد، بین سخت‌رویی مادران کودکان با نیازهای ویژه (ناشنوا، نابینا، با ناتوانی هوشی) تفاوت معناداری وجود دارد (۲۰).

با توجه به اهمیت روزافزون بروز اختلال طیف اُتیسْم در بین کودکان و نیز توجه به نقش محوری مادران دارای این کودکان و مشکلات روان‌شناختی که با آنها مواجه هستند، از جمله مداخلاتی که بر افزایش سخت‌رویی و کاهش تنیدگی والدگری در این مادران می‌تواند مؤثر باشد، طرح‌واره‌درمانی^۱ است. طرح‌واره‌درمانی نخستین بار به وسیله‌ی یانگ^۲ (۲۱) در قالب یک درمان یکپارچه که غالباً مبتنی بر ایجاد مفهوم می‌باشد، معرفی شد. طرح‌واره‌درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که برنامه‌ی منظمی برای ارزیابی و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه فراهم می‌کند و بر پایه درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است و برای سنجش و تعدیل طرح‌واره‌ها، روش‌های شناختی، رفتاری، بین‌فردی، دلبستگی و تجربی را با هم ترکیب و از روش‌های برانگیزاننده و ارائه‌ی مفهوم سبک‌های مقابله‌ای استفاده می‌کند. طرح‌واره‌درمانی بر تغییر و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تأکید می‌کند. طرح‌واره‌های ناسازگار

1. schema therapy
2. Young

3. Skewes, Samson, Simpson, & Vreeswijk

روش

در پژوهش حاضر پایایی کل مقیاس براساس فرمول آلفای کرونباخ $0/84$ به دست آمد.

مقیاس سخت‌رویی^۲: این آزمون توسط کوباسا، مدی و کوهن^۳ برای اندازه‌گیری میزان سخت‌رویی افراد تهیه شده است (۳۳). این مقیاس دارای ۲۰ عبارت است و هدف آن ارزیابی میزان سخت‌رویی در افراد می‌باشد. شیوه نمره‌دهی آن بدین صورت است که گزینه‌های هرگز، بندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات به ترتیب نمرات ۴، ۳، ۲ و ۱ را کسب خواهند کرد. جمع کل نمرات این پرسش‌ها به عنوان امتیاز سخت‌رویی آزمودنی در نظر گرفته می‌شود و هر چه این نمره بالاتر باشد، بیانگر سخت‌رویی بالاتر پاسخ‌دهنده خواهد بود و برعکس (۳۴). این مقیاس در ایران هنجاریابی شده و همسانی درونی آن مناسب است. همچنین آلفای کرونباخ برای کل مقیاس با $0/91$ نشان دهنده پایایی قابل قبول است (۳۵). در مورد روایی پرسشنامه سخت‌رویی، ناخدا (۳۶) و یارعلی (۳۷) با استفاده از مقیاس‌های متفاوتی برای تعیین روایی مقیاس سخت‌رویی مبادرت ورزیدند. ناخدا برای کل مقیاس سخت‌رویی ضریب $0/53$ و یارعلی ضریب $0/60$ را گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه $0/81$ به دست آمد.

روش اجرا

برای انجام این پژوهش، پس از هماهنگی و اخذ مجوزهای لازم از مسئولان پژوهشی دانشگاه و هماهنگی با یک مرکز خدمات روان‌شناختی، ابتدا برای افراد جامعه‌ی پژوهش علاوه بر بیان هدف و اهمیت پژوهش، درباره‌ی رعایت نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد و آنان رضایت‌نامه‌ی شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضاء کردند. پس از اجرای پیش‌آزمون و پس از تکمیل نمودن مقیاس‌های سخت‌رویی روان‌شناختی و تنیدگی والدگری، تعداد ۳۰ نفر از مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسزم که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه به نسبت برابر ۱۵ نفر در هر یک از گروه‌ها قرار گرفتند. سپس گروه آزمایشی، طی ۸ هفته و در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای ۲ جلسه (شنبه‌ها و سه‌شنبه‌ها) در کلاس‌های طرح‌واره‌درمانی که توسط پژوهشگر در یک مرکز

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، شبه‌آزمایشی بود که به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را تمامی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسزم شهر اندیمشک در سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دهد. تعداد کل برابر با آمار استخراجی ۶۷ نفر بود. نمونه پژوهش حاضر براساس نمونه‌گیری هدفمند از بین مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسزم شهر اندیمشک برحسب شرایط ورود به پژوهش انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه (۱۵ نفر) جایدهی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن (فرزند با اختلال طیف اُتیسزم در سنین ۷ تا ۱۲ سال)، جنسیت (هر دو جنس پسر و دختر)، سطح دچاری اختلال (۱ و ۲ براساس پرونده پزشکی)، محل سکونت (شهر اندیمشک)، میزان سواد (بالاتر از سیکل) و رضایت (تکمیل رضایت‌نامه برای شرکت در پژوهش) و ملاک‌های خروج از پژوهش، غیبت بیش از ۳ جلسه، و تحت آموزش و مداخله‌ی دیگر بودن، بود.

ابزار پژوهش

شاخص تنیدگی والدگری^۱: این شاخص شامل یک نسخه کوتاه شده‌ی ۳۶ گویه‌ای از شاخص اصلی تنیدگی والدگری است که آیدین آن‌را تهیه کرده است (۷). براساس این شاخص می‌توان اهمیت تنیدگی در نظام والدین-کودک را ارزشیابی کرد. شیوه نمره‌گذاری به روش لیکرت برحسب پاسخ‌های ۱ تا ۵ (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) انجام می‌شود. نمره کل فرد براساس جمع نمرات محاسبه می‌شود که عددی بین ۳۶ تا ۱۶۵ را به خود اختصاص می‌دهد. نمرات بالاتر در این شاخص نمایانگر تنیدگی بیشتر می‌باشد. ضریب اعتبار این مقیاس از طریق همسانی درونی در یک گروه از مادران آمریکایی $0/93$ گزارش شده است (۷). این مقیاس را در ایران فدایی، دهقانی، طهماسیان و فرهادی هنجاریابی کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس $0/90$ گزارش شده است (۳۱). در پژوهش بابکری، طهماسبی و امانی، دامنه‌ی همبستگی تنیدگی والدگری با پرسشنامه CBCL از $0/23$ تا $0/68$ محاسبه و همه ضرایب در سطح $0/01$ معنادار بودند (۳۲).

1. Parenting Stress Index
2. Hardiness Scale

3. Kobasa, Maddi & Kahn

می‌گیرند. پیش از شروع و اجرای مداخله، موافقت خانواده‌ها هم به صورت شفاهی و هم به صورت کتبی گرفته شد. همچنین پس از پایان پژوهش، درمان برای گروه کنترل نیز اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد. خلاصه‌ی جلسات آموزشی به شرح زیر می‌باشد:

خدمات روان‌شناختی صورت گرفت، شرکت کردند و طی این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات مداخله، مقیاس‌های سخت‌رویی روان‌شناختی و تنیدگی والدگری به عنوان پس‌آزمون، توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. پس از پایان پژوهش، جهت رعایت ملاحظه‌های اخلاقی، این اطمینان به خانواده‌ها داده شد که اطلاعات و نام آنها حفظ شده و تنها جهت انجام پژوهش مورد استفاده قرار

جدول ۱) جلسات آموزشی طرح‌واره‌درمانی

اهداف جلسات	ردیف
برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه و اهداف و معرفی دوره، تعهد گرفتن و شناخت مشکل فعلی.	جلسه اول
آموزش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، انواع و مشخصات آنها، توضیح سبک‌های مقابله‌ای، برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی فعلی و طرحواره‌ها.	جلسه دوم
بیان منطق روش‌های شناختی و استعاره‌ی جنگ، استفاده از سبک درمانی رویارویی همدلانه، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره.	جلسه سوم
ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های والدگری، برقراری گفتگو بین جنبه طرح‌واره و جنبه سالم، استفاده از بازی مدافع شیطان و آموزش تدوین و ساخت کارهای آموزشی.	جلسه چهارم
بیان منطق فن تجربی و اهداف آن، تصویرسازی ذهنی و ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، انجام گفتگوی خیالی.	جلسه پنجم
بیان منطق و هدف فنون رفتاری، تعیین فهرست جامعی از رفتارهای خاص به عنوان موضوع تغییر و ارائه راه‌هایی برای تهیه فهرست رفتار، اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی و مشخص کردن مشکل‌سازترین.	جلسه ششم
افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی و ایفای نقش غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد تغییرات مهم در زندگی.	جلسه هفتم
جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک اعضا، ارائه پس‌آزمون.	جلسه هشتم

در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی متغیرهای تنیدگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه آزمایشی و گروه گواه شامل میانگین و انحراف استاندارد گزارش شده است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر میانگین سنی آزمودنی‌های شرکت‌کننده ۳۵ سال و یک‌ماه بود.

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی متغیرهای تنیدگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی به تفکیک گروه‌های آزمایشی و گواه

کنترل		طرح‌واره‌درمانی (آزمایشی)		مرحله	متغیرها
SD	M	SD	M		
۱۱/۶۳	۱۰۲/۱۷	۱۲/۹۳	۱۰۱/۴۵	پیش‌آزمون	تنیدگی والدگری
۱۲/۵۷	۱۰۱/۸۱	۱۰/۲۹	۷۴/۷۲	پس‌آزمون	
۶/۶۲	۳۱/۸۶	۶/۴۸	۳۲/۲۱	پیش‌آزمون	سخت‌رویی روان‌شناختی
۶/۰۴	۳۲/۰۸	۷/۲۱	۵۴/۴۱	پس‌آزمون	

والدگری [F(1,28)=2/07 P=0/157 > 0/05]، به لحاظ آماری معنادار نبود، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین مفروضه مهم تحلیل کواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان F در سطح 0/05 در متغیرهای سخت‌رویی روان‌شناختی [F=2/46 P=0/399 > 0/05] و تنیدگی والدگری [F=0/321 P=1/97 > 0/05] بود. علاوه بر این، جهت بررسی پیش‌فرض توزیع نرمال متغیرهای وابسته از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد.

مطابق نتایج این آزمون توزیع نرمال در متغیرها وجود دارد چرا که Z به دست آمده در سطح 0/05 معنادار نمی‌باشد. از آنجایی که پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کواریانس محقق شده است.

برای بررسی تأثیر طرح‌واره‌درمانی بر نمره کل تنیدگی والدگری از تحلیل کواریانس تک‌متغیری (آنکوا) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

همان‌طوری که در جدول ۲ ارائه شده است، در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار نمره‌ی تنیدگی والدگری گروه آزمایشی به ترتیب 101/45 و 12/93 و گروه کنترل 102/17 و 11/63 بوده و در مرحله‌ی پس‌آزمون، میانگین و انحراف معیار گروه آزمایشی 74/72 و 10/29، و گروه کنترل 101/81 و 12/57 می‌باشد. همچنین جدول ۱ نشان می‌دهد، در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار نمره‌ی سخت‌رویی روان‌شناختی گروه آزمایشی به ترتیب 32/21 و 6/48 و گروه کنترل 31/86 و 6/62 بوده و در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار گروه آزمایشی 54/41 و 7/21، و گروه کنترل 32/08 و 6/04 می‌باشد.

با توجه به طرح پژوهشی حاضر از آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری (آنکوا) برای تجزیه نتایج اصلی استفاده شد. در همین راستا، ابتدا برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد سخت‌رویی روان‌شناختی [F(1,28)=2/37 P=0/130 > 0/05] و تنیدگی

جدول ۳) نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری نمرات تنیدگی والدگری دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
تنیدگی والدگری	پیش‌آزمون	421/83	1	421/83	21/76	0/001	0/653
	گروه	52/95	1	52/95	53/12	0/001	0/523
	خطا	20/82	27	6/03			
	کل	2345/00	30				

گروه کنترل (100/42)، موجب کاهش معنادار تنیدگی والدگری در گروه آزمایشی شده است. میزان اثری تفاوت برابر با 0/523 است، یعنی 52 درصد تفاوت‌های فردی در نمرات تنیدگی والدگری مربوط به تأثیر آموزش طرح‌واره‌درمانی است. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید شد.

همان‌طوری که در جدول ۳ نشان داده شده است بین گروه‌های آزمایشی و کنترل از لحاظ تنیدگی والدگری تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، طرح‌واره‌درمانی با توجه به میانگین تصحیح شده تنیدگی والدگری گروه آزمایشی (73/56) نسبت به میانگین تصحیح شده تنیدگی والدگری

جدول ۴) نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری نمرات سخت‌رویی دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
سخت‌رویی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	397/56	1	397/56	32/34	0/001	0/521
	گروه	460/58	1	460/58	36/07	0/001	0/567
	خطا	338/97	27	10/24			
	کل	1116/00	30				

به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود. طرح‌واره‌درمانی به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق مراجعان را دقیق‌تر تعریف کرده، آنها را به‌گونه‌ای قابل درک سازماندهی کنند. با به‌کارگیری این مدل افراد می‌توانند طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه خود را به صورت ناهمخوان ببینند، در نتیجه با آگاهی از وجود آنها، برای رها شدن از مشکلات، انگیزه‌ی بیشتری پیدا کنند. نبود حمایت‌های عاطفی اطرافیان، خدمات اجتماعی نامناسب و تنیدگی مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اضطراب و کاهش بهزیستی روانی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم است. مهم‌ترین مسأله و شاید از مشکل‌ترین مسائل مربوط به کودک با اختلال طیف اُتیسم در خانواده، بُعد تربیتی اوست. از آنجا که بیشترین بار تربیتی بر عهده مادر است، وجود کودک با اختلال طیف اُتیسم موجب سنگینی این بار بر دوش مادر می‌شود، و این مسأله باعث افزایش تنیدگی و کاهش بهزیستی روانی او می‌شود. مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم به دلیل شرایط خاص فرزندشان، وقت کمتری برای برقراری روابط اجتماعی دارند. به همین سبب می‌توان علت پایین بودن سطح مؤلفه‌های بهزیستی روانی در آنان را در محدودیت شبکه اجتماعی آنها، ارتباط‌های اجتماعی اندک و مشکلات فرزندشان جستجو کرد. علاوه بر این، می‌توان گفت وضعیت خاص کودکان با اختلال طیف اُتیسم موجب می‌شود مادران آنها بسیار بیش از کودکان عادی برایشان وقت بگذارند. به همین دلیل، فرصت کمتری برای پرداختن به علایق شخصی، فعالیت‌های اجتماعی و افزایش مهارت‌ها دارند، که این مسأله خود به خود بر سلامت روانی آنان تأثیر می‌گذارد، هرچقدر میزان نگرانی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم کاهش یابد، به همان میزان سلامت روانی آنها افزایش پیدا می‌کند. به همین دلیل می‌توان از طرح‌واره‌درمانی به عنوان روش درمانی مؤثر در مورد تنیدگی مادران کودکان اُتستیک استفاده کرد (۲۹).

همچنین یافته‌ها نشان داد با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ سخت‌رویی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، طرح‌واره‌درمانی با توجه به میانگین سخت‌رویی روان‌شناختی گروه آزمایشی نسبت به میانگین سخت‌رویی روان‌شناختی گروه کنترل، موجب افزایش معنادار سخت‌رویی روان‌شناختی در گروه آزمایشی شده است. این نتایج با یافته‌های نودری، خوش‌نما و نجات (۲۷)، ماهور و فرزین‌فر (۲۸) همسو و هماهنگ است و یافته‌های پژوهشی آنها را تأیید می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت،

برای بررسی تأثیر طرح‌واره‌درمانی بر نمره‌ی کل سخت‌رویی روان‌شناختی از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است. همان‌طوری که در جدول ۴ نشان داده شده است بین گروه‌های آزمایشی و کنترل از لحاظ سخت‌رویی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$ و $F = 36/07$). به عبارت دیگر، طرح‌واره‌درمانی با توجه به میانگین تصحیح شده‌ی سخت‌رویی روان‌شناختی گروه آزمایشی (۵۵/۱۹) نسبت به میانگین تصحیح شده‌ی سخت‌رویی روان‌شناختی گروه کنترل (۳۲/۹۷)، موجب افزایش معنادار سخت‌رویی روان‌شناختی در گروه آزمایشی شده است. میزان اثر یا تفاوت برابر با ۰/۵۶۷ است، یعنی ۵۷ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات سخت‌رویی روان‌شناختی مربوط به تأثیر آموزش طرح‌واره‌درمانی است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تنیدگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم بود. یافته‌ها نشان داد با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایشی و کنترل از لحاظ تنیدگی والدگری تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، طرح‌واره‌درمانی با توجه به میانگین تنیدگی والدگری گروه گواه، موجب کاهش معنادار میانگین تنیدگی والدگری در گروه آزمایشی شده است. این نتایج با یافته‌های نودری، خوش‌نما و نجات (۲۷)، ماهور و فرزین‌فر (۲۸) همسو و هماهنگ است. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در واقع نوعی آسیب‌پذیری روان‌شناختی هستند که زمینه‌ی ابتلاء افراد به تنیدگی را بیشتر می‌کنند. هرچقدر آنها انعطاف‌ناپذیرتر و شدیدتر باشند، بیشتر احتمال دارد که این افراد به نشانگان تنیدگی دچار شوند. در تبیین این یافته می‌توان گفت، رویکرد طرح‌واره‌درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین‌فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار روش اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد علاوه بر زیر سؤال بردن طرح‌واره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی هستند، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجان‌های منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن

و اجتماعی را کاهش می‌دهد، ضمن اینکه هر قدر مشکلات کودک بیشتر باشد، این انزوا و کناره‌گیری افزایش خواهد یافت. خانواده‌های کودکان با اختلال طیف اُتیسسم به‌طور کلی، شبکه اجتماعی کوچکتری دارند. بنابراین، طرح‌واره‌درمانی به این مادران کمک می‌کند که دامنه‌ی ارتباطات خود را بیشتر کنند و سخت‌رویی خود را افزایش دهند (۳۰).

در مجموع، نتایج کلی این پژوهش از ارزشمندی و اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تنیدگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسسم حمایت می‌کند. با توجه به اینکه، جامعه‌ی پژوهش حاضر مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسسم بودند؛ این مادران تلخ‌ترین رویداد منفی طرح‌واره‌برانگیزان را شنیدن خبر اُتیسسم فرزندشان ذکر کردند و نوع سبک مقابله‌ای اکثر آنان جبران افراطی و نوع ذهنیت طرح‌واره‌ای اکثر آنها، کودک آسیب‌پذیر بود. مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسسم به علت اطلاع پیدا کردن غیرمنتظره از اختلال کودکشان دچار شوک می‌شوند و سلامت روان آنها دچار اختلال می‌شود و در معرض افسردگی، اضطراب و تنیدگی قرار می‌گیرند. لذا، نیاز مبرم است که طرح‌واره‌درمانی برای همه‌ی مادران جهت درمان تنیدگی، افسردگی و اضطراب و افزایش سخت‌رویی، برنامه‌ریزی شود و پیگیری لازم به عمل آید. انجام این پژوهش (طرح‌واره‌درمانی) در آینده برای پدران این کودکان نیز لازم و ضروری است.

از محدودیت‌های این پژوهش، محدود بودن جامعه آماری به مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسسم شهر اندیمشک بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود کند. همچنین، به دلیل تک‌جنسی بودن آزمودنی‌های این پژوهش در تعمیم یافته‌ها به پدران باید جانب احتیاط را رعایت کرد. با توجه به این که پژوهش حاضر به دلیل محدودیت زمانی، امکان پیگیری و واریسی پیامدهای اجرای برنامه‌ی مداخله‌ای در بلندمدت را نداشت، بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از مرحله پیگیری بهره‌گیرند تا پایداری اثر آموزش بیشتر آشکار شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده این پژوهش در سایر مناطق و شهرها با در نظر گرفتن متغیرهای محیطی، خانوادگی و اقتصادی و اجتماعی انجام شود. همچنین می‌توان در پژوهش‌های آتی روش‌های این پژوهش را با سایر روش‌ها مثل شناختی- رفتاری، فراشناختی، واقعیت‌درمانی، درمان عاطفی- عقلانی و غیره مقایسه کرد. با توجه به نتایج پژوهش به سایر پژوهشگران، مشاوران و روان‌شناسان فعال در این

هدف نهایی طرح‌واره‌درمانی بهبود طرح‌واره‌ها است. از آنجایی که طرح‌واره‌ها مجموعه‌ای از خاطرات، هیجانات، احساسات بدنی و شناخت‌واره‌ها هستند و بهبود طرح‌واره‌ها به کاهش تمام این موارد مربوط می‌شود. همزمان با بهبود طرح‌واره‌ها، شدت و تعداد دفعات فعال شدن آنها به‌طور قابل توجهی کاهش می‌یابد و افراد درماندگی کمتری را تجربه می‌کنند که این عوامل باعث افزایش سخت‌رویی روان‌شناختی و تاب و تحمل فرد می‌شوند.

تیبین دیگر برای این یافته توانایی طرح‌واره‌درمانی گروهی برای الگوشکنی رفتاری است. این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کند. برای مثال، در رابطه‌ی درمانی، درمانگر تلاش کرد در قالب اصول اخلاقی مرزهای درمان، نیازهای ارضا نشده‌ی مراجعان را ارضا کند. برای مثال، درمانگر شرایطی را فراهم کرد که مراجعه‌کننده‌ای که از طرح‌واره‌ی ناسازگار اطاعت داشت، کمتر اطاعت کند. برای مثال، به او تکلیفی مبنی بر نوشتن چند انتقاد از درمانگر و جلسه‌ی درمان داده شد. یا برای مراجعه‌کننده‌ای که طرح‌واره‌ی بزرگ منشی داشت، پژوهشگر او را محدود کرد. برای مثال، اگر او زمان بیشتری می‌خواست، با او موافقت نمی‌شد و همچنین مقدار صحبت کردن او محدودتر می‌شد. در نهایت، مزایای زیاد و کاربردی طرح‌واره‌درمانی باعث افزایش سخت‌رویی روان‌شناختی می‌شوند. همچنین در تبیین این یافته بر مبنای نظریانگ می‌توان گفت، هدف نهایی طرح‌واره‌درمانی بهبود طرح‌واره‌ها است. از آنجایی که طرح‌واره‌ها مجموعه‌ای از خاطرات، هیجانات، احساسات بدنی و شناخت‌واره‌ها هستند و بهبود طرح‌واره‌ها به کاهش تمام این موارد مربوط می‌شود. همزمان با بهبود طرح‌واره‌ها، شدت و تعداد دفعات فعال شدن آنها به‌طور قابل توجهی کاهش می‌یابد و افراد درماندگی کمتری را تجربه می‌کنند که این عوامل باعث افزایش سخت‌رویی روان‌شناختی و تاب و تحمل فرد می‌شود (۲۹).

مادران کودکان دارای نیازهای ویژه، از جمله مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسسم با چالش‌های جدیدی مواجه می‌شوند که نحوه‌ی واکنش اطرافیان و بستگان یکی از آنها است. آشنایان درک کمتری از موضوع دارند و واکنش‌های آنها عمدتاً به صورت دلسوزی و ترحم است. از این رو، مادران معمولاً به نوعی انزوا و کناره‌گیری اجتماعی روی می‌آورند که سطح روابط صمیمانه

7. Abidin, R. R. Parenting Stress Index: Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1995; Inc.
8. Shokoohi Yekta, M. Parand, A. & Akbari Zaradkhaneh, S. The effectiveness of problem solving skills training on stress and parenting style. Knowledge and Research in Applied Psychology, 2014; 15 (3): Pp 53-45. [In Persian].
9. Tsiouli, E., Alexopoulos, E. C., Stefanaki, C., & Darviri, C. Effects of diabetes-related family stress on glycemic control in young atients with type 1 diabetes: Systematic review. Canadian Family Physician, 2013; 59, Pp. 143- 149.
10. Smith, J., Cheater, F., & Bekker, H. Parents' experiences of living with a child with a long-term condition: A rapid structured review of the literature. Health Expect, 2015; 18, pp: 452-474.
11. Durmaz, A., Cankaya, T., Durmaz, B., Vahabi, A., Gunduz, C., Cogulu, O. & Ozkinay, F. Interview with parents of children with Down syndrome: their perceptions and feelings .Indian J Pediatr, 2010; 78(6): 698-702.
12. Osborne, L.A., & Reed, P. Stress and self-perceived parenting behaviors of parents of children with autistic spectrum conditions. Research in Autism Spectrum Disorders, 2010; 4(3), Pp. 405–414.
13. Keen D, Couzens A, Muspratt S, Rodger S. The effects of a parent focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. Res Autism Spect Dis. 2010; 2: 229–241.
14. Maddi, S. Hardiness: The courage to grow from stresses. J Pers. 2006; 1(3): 160-168.
15. Abde Pour Sabzqbaei, E. The effectiveness of problem solving training on increasing self-perception and inability of primary school students in Dezful. Master Thesis in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ilam Branch. 2015; [In Persian].
16. Rahimian Booger, I. & Asgharnejad, A. A. The relationship between psychological hardiness and self-efficacy with mental health in youth and adults survivors of the Bam earthquake. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008; 14(1): 70-62. [In Persian].
17. Shirbim, Z. Sudani, M. Shafiabadi, A. The Relationship between Students 'Mental Health and Students' Psychological Hardiness, Behavioral Thought, 2009; 4(13): 7-16. [In Persian].
18. Haji Akbari Farizah, Haghightat S. Comparison of mental health, psychological hardiness and happiness

عرصه توصیه می‌شود با توجه به آن که خانواده به عنوان یکی از ارکان اصلی اجتماعی حمایت و جهت‌دهی به کودک خصوصاً کودکان با اختلال طیف اُتسیم شناخته می‌شود، چنانچه سایر پژوهشگران در کنار آموزش به مادران، در صورت امکان سایر افراد خانواده از جمله پدران را نیز مورد توجه قرار دهند، گامی مهم در جهت کاهش مشکلات و فشار روانی موجود بر روی نظام خانواده برداشته‌اند. این آموزش می‌تواند از طریق برگزاری کلاس‌های آموزشی و جلسات گفتگو و مشاوره انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی‌ارشد می‌باشد. از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و افرادی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

تضاد منافع

نویسندگان این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

References

1. Association AP. Diagnostic and Statistical of Mental Disorders. 5th ed. USA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Centre for Disease Control and Prevention identified prevalence of Autism spectrum disorder: 2018, ADDM network 2000-2010, combining data from all site. <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>.
3. Baio, J. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2010 Surveillance Summaries, Morbidity and Mortality Weekly Report. 2014; 63(2): 1–21.
4. Shaykh al-Islami, A. Mohammadi, N. & Sidasmali Qomi, N. Comparison of parenting stress, happiness and cognitive flexibility of mothers with children with mental retardation and learning disabilities. Journal of Learning Disabilities. 2016; 5(4): 25-42. [Persian].
5. Gobrial, E. The Lived Experiences of Mothers of Children with the Autism Spectrum Disorders in Egypt. Social Sciences. 2018; 7(133): 1-11.
6. Golfenshtein, N., Srulovici, E., & Medoff-Cooper, B. Investigating parenting stress across pediatric health conditions: A systematic review. Comprehensive Child and Adolescent Nursing. 2015; 39, Pp: 41-79.

- in mothers with low-grade children and mothers with normal children [Master Thesis in Psychology]. [Garmsar, Iran]: Islamic Azad University of Garmsar; 2015, pp: 23-29 [Persian].
19. Sadr Motakalam H, Welfare J. Comparison of psychological toughness and meaning of life in mothers with exceptional and normal children of education in Shiraz region 1 [Master Thesis in Psychology]. [Marvdasht, Iran]: Islamic Azad University, Marvdasht Branch; 2015, pp: 28-39 [Persian].
 20. Jebeli M, Khademi A. Comparison of the Flexibility and Psychological Hardiness among Exceptional Children Mothers (Blind, Deaf and Mental Retardation). Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2020; 10 (18): 1-6.
 21. Young .J. Cognitive therapy for personality disorders: A schema – Focused approach . Sarasota . FL. Professional resource exchange Inc . 1990.
 22. Young JE, Klosko J, Weishaar ME. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. 2015.
 23. Seyf Hosseini A, Asadi J, Sanagoo A, Khajvandkhoshly A. Comparison of Schema Therapy Based on Group Therapy and Mindfulness–Based Stress Reduction on resiliency in mothers of children with cancer. MJMS. 2019; 22 (62):411-420. [In Persian].
 24. Bamelis LL, Evers SM, Spinhoven P, Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. Am J Psychiatry. 2014; 171(3): 305-322.
 25. Skewes S A, Samson R A, Simpson S G, & Van Vreeswijk M. Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: A pilot study. Frontiers in Psychology. 2015; 5: 1-9.
 26. Rehbar Karbasdehi, F. Abolghasemi, A. & Rehbar Karbasdehi, E. The effectiveness of schema therapy on psychological resilience and social empowerment of students with depressive symptoms. Psychological Studies, 2019; 15(4): 73-90. [In Persian].
 27. Nozari, S., Khoshnama, A. & Nejat, A. The effectiveness of schema therapy on marital satisfaction of mothers of children with autism spectrum disorder, family conference, autism disorder and related challenges, Tehran, 2019, <https://civilica.com/doc/918949>
 28. Mahour, H. & Farzinfar, K. The effectiveness of schema therapy on the psychological well-being of mothers of children with deafness. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2017; 24(5), 311-318.
 29. Nearde A, Tambs K, Mathiesen K, Dalgard OS, Samuelsen S. Symptoms of anxiety and depression among mothers of pre-school children: effect of chronic strain related to children and child-care taking. J of Affective Disorder. 2000; 58(3):181-199.
 30. Jackson CW, Wegner JR, Turnbull AP. Family quality of life following early identification of deafness. Lang Speech Hear Serv Sch. 2010;41(2):194-205
 31. Fadai, Z. Dehghani, M. Tahmassian, K. & Farhadi, F. Evaluation of factor structure, validity and validity of short form - parenting stress index in mothers of normal children aged 7-12 years in Tehran. Behavioral Science Research, 2011; 8(2): 81-92. [In Persian].
 32. Babakri H. Tahmasbi S, Amani Sh. Validation of the parenting stress index (PSI) among mothers of Preschool children in Tehran Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2018; 5, (4): 29-39. [In Persian].
 33. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: a prospective study. J Pers Soc Psychol. 1982; 42(1): 168-177.
 34. Maddi, S. R., Harvey, R. H., Khoshaba, D. M., Lu, J. L., Persico, M., & Brow, M. The personality construct of hardiness, III: Relationships with repression, innovativeness, authoritarianism, and performance. Journal of personality, 2006; 74(2): 575-598.
 35. Zare, H. & Aminpour, H. Psychological tests. Tehran: Ayizh. 2011. [In Persian].
 36. Nakhoda, H. "The simple and multiple relationship of stubbornness and social support with the mental and physical health of women in Shushtar", [Master Thesis in Psychology]. [Ahwaz, Iran] ; 1998, pp: 24-30. [In Persian].
 37. Yar Ali, Kh. "simple & multiple relation of obstinacy & social protection With body health of women in Shoshtar", Master Thesis in Psychology]. [Ahwaz, Iran] ; 2000, pp: 41-57. [In Persian].

الگوی برنامه درسی مکمل ویژه دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با تأکید بر مغز

- اشرف اصیلیان، دانشجوی دکتری برنامه‌ریزی درسی، واحد تربیت حیدریه، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت حیدریه، ایران
- حسین مؤمنی مهموثی*، دانشیار گروه علوم تربیتی، واحد تربت حیدریه، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت حیدریه، ایران
- علی‌اکبر عجم، استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۶۱ - ۷۸

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر طراحی و اعتباریابی الگوی برنامه درسی مکمل سازگار با مغز کودکان و دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود.

روش: پژوهش آمیخته، از نوع اکتشافی است. بخش کیفی از تحلیل اسنادی و محتوای کیفی و بخش کمی از روش پژوهش پیمایشی استفاده شد. جامعه آماری کیفی، اسناد، پایگاه‌های اطلاعاتی، خبرگان برنامه‌ریزی درسی، روان‌شناسی، علوم مغز و کمی، کارشناسان آموزش، مشاوره و معلمان مقطع ابتدایی مشهد بودند که با نمونه‌گیری هدفمند و خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای اعتباربخشی الگو از پرسشنامه‌ی محقق ساخته و مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته که با ۱۷ مصاحبه به اشباع رسید، استفاده شد. روایی و پایایی داده‌ها با بررسی اعضا، روایی محتوایی و آلفای کرانباخ تأیید شد. اعتبارپذیری داده‌های مصاحبه‌ها با راهبرد کنترل با داده‌های اسناد علمی معتبر انجام گرفت و ویژگی‌های عناصر و مؤلفه‌های برنامه درسی موردنظر شناسایی شد.

یافته‌ها: در اعتبارسنجی الگو، توافق متخصصان، ۷۹/۹۳ درصد برآورد شد. سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. بنابراین، ویژگی‌ها و نیازهای مغزی این دانش‌آموزان در اولویت برنامه درسی مکمل قرار می‌گیرد، محدودیت‌های زمانی حذف، حجم واحدهای درسی، تکالیف و ارزیابی‌ها کاسته و روش‌های آموزشی که فعالیت و تعامل بیشتری می‌خواهند، در قالب‌هایی متنوع و جذاب ارائه شوند.

نتیجه‌گیری: برای کاهش مشکلات دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، توجه به نقش عناصر برنامه درسی مکمل مبتنی بر مغز الزامی است. بر اساس نتایج سازمان‌دهی اهداف و محتوا برای دانش‌آموزان مورد نظر دستخوش تغییراتی خواهد شد، تأکید بیشتری بر برخی از اهداف صورت گیرد و بر محتوای مهارت‌آموزی، تکالیف و ارزیابی‌ها در قالب‌هایی جذاب و متنوع مانند نرم‌افزارها تأکید شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، برنامه درسی مکمل، سازگار با مغز، عناصر برنامه درسی

مقدمه

کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی علاوه بر افت تحصیلی به مشکلات قابل توجه دیگری در حوزه‌های مختلف اجتماعی تحصیلی، رفتاری، شناختی و هیجانی دچار شده است (۱) و این مشکلات، مزاحم کارکرد و کاهش کیفیت یا پیشرفت فرد می‌شود. از آنجا که هدف برنامه درسی ایجاد شرایط بهینه برای یادگیری طبیعی مغز یادگیرنده است، تبیین عناصر برنامه درسی منطبق با مسائل زندگی واقعی دانش‌آموزان می‌تواند انگیزه‌ی یادگیری و پیشرفت دانش‌آموزان را تقویت کند. با توجه به اینکه مغز شبکه‌ای منحصر به فرد و آهنگ رشد کودکان متفاوت است، بنابراین برنامه درسی را صرفاً متناسب با سن زمانی دانش‌آموزان نمی‌توان تهیه کرد. این نوع برنامه به غنی‌سازی محیط یادگیری تمایل دارد، بر فضای عاطفی^۱ مناسب (جوی که در آن دانش‌آموزان فعال باشند، نه منفعل و باعث شکفته شدن شخصیت عقلی، اخلاقی و سازمان یافتن مبادلات فکری کودکان شود، فرد را به ابداع و نوآوری وادارد، انگیزه و رغبت او را افزایش داده و باعث یادگیری واقعی شود) تأکید می‌کند، برنامه زندگی اجتماعی در مدرسه را پشتیبانی کرده و تفاوت سبک‌ها و ترجیحات دانش‌آموزان را مورد توجه قرار می‌دهد (۲). دستیابی به آموزش، ارزش بنیادینی است که نشان می‌دهد هر فردی باید فرصت یادگیری و رشد توانایی خود را تا بالاترین حد ممکن داشته باشد. کودکان با نیازهای ویژه حق دارند از برنامه درسی ویژه و خاص خود بهره‌مند شوند در حالی که فرصت‌های برابر آموزشی برای آنان فراهم می‌شود، مگر اینکه برخلاف منفعت این کودکان یا در تضاد با فراهم کردن آموزش مؤثر برای دیگر کودکان باشد (۳). برنامه‌های درسی برای این دسته از دانش‌آموزان، برنامه درسی عمومی می‌باشد بدون اینکه برنامه درسی مکملی برای آنها فراهم و تدوین شود. از آنجا که بیش‌فعالی باعث ایجاد اختلال در کارکردهای اجرایی مغز می‌شود، بسیاری از کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، به دلیل اختلالات کارکردهای اجرایی مغز، با یادگیری یا حل تکالیف خود مشکل دارند، اما این مشکلات به اندازه‌ای نیست که بتوان آنها را به عنوان اختلال یادگیری تشخیص داد. کاهش توجه، موجب مشکلات تحصیلی، اجتماعی و خانوادگی شده و بر عملکرد کودکان تأثیر

سوء می‌گذارد و در نهایت منجر به احساس بی‌کفایتی و کاهش اعتماد به نفس در آنها شده و آنان را از جامعه و مدرسه متنفر می‌سازد. در مجموع کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در سطوح پیشرفته کارکردهای مختلف اجرایی از جمله: توجه، برنامه‌ریزی، بازداری پاسخ، خودتنظیمی، نظارت و حل مسأله، تحول و رسش‌کنندگی دارند (۴). نظام آموزشی فعلی تنها درصد کوچکی از مغز را نشانه رفته است و آموزش‌های مدرسه‌ای بر جزء باریکی از مغز تمرکز دارند و منزوی شدن (دور ماندن و در زاویه قرار گرفتن) سمت‌های خاص مغز همبستگی و انسجام نظام‌مند آن را از میان برده است (۵). یادگیری مبتنی بر مغز برخاسته از ضرورت بهره‌برداری از ظرفیت‌ها و قابلیت‌های مغز در فرآیند یاددهی-یادگیری بوده و بر اساس ساختار و عملکرد مغز انسان طراحی می‌شود (۶). از آنجا که سازمان‌دهی برنامه درسی مبتنی بر مغز از نوع تلفیقی است که به پیوند و ارتباط موضوعات مختلف درسی با یکدیگر و نیز با موقعیت‌های زندگی واقعی تأکید می‌شود (۷). آموزش سازگار با مغز، مجموعه‌ای از وقایع پیش‌بینی‌شده بر اساس ساختار و قوانین یادگیری در مغز جهت دستیابی به هدف اصلی آموزش است. برنامه درسی بر اساس چگونگی دریافت، پردازش و تفسیر اطلاعات توسط مغز، ذخیره‌سازی و یادآوری پیام‌ها توسط مغز طراحی می‌شود و بیشتر بر فضای یادگیری تأکید دارد تا مکان یادگیری؛ آنچه که خود را به ما نشان می‌دهد و عینی آن را درک می‌کنیم، فضا و آنچه که در پس‌زمینه ذهن همانند خاطره باقی خواهد ماند، مکان آن خواهد بود. در واقع می‌توان گفت فضا فقط با حضور در آن و لمس کالبد آن احساس می‌شود و در جایی خارج از آن درک‌شدنی نیست، ولی مکان از آنجایی که قابلیت خاطره شدن دارد و در ذهن متبلور می‌شود، در ذهن خواهد ماند و در هر جای دیگری قابل بازگویی است و تأکید آن بر یادگیری هم‌پارانه^۲ است. در برنامه درسی مبتنی بر مغز، یادگیری به مفهوم تغییر رفتار، زمانی رخ خواهد داد که دانش‌آموزان تصاویری را که در مورد رفتارها در ذهن دارند، تغییر دهند (۱۵). هیوگ^۳ معتقد است حرکت به سمت آموزش فراگیر در انگلستان منجر به تغییر خواسته‌های مجریان آن برای پاسخ‌گویی به نیازهای کودکان و ارائه یک نظام منسجم و هم‌آهنگ برای حمایت و پشتیبانی و آموزش کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شده است. در این راستا لازم است

1. Emotional
2. Collaborative learning

3. Hughes

کودکان خردسال با اختلال یادگیری، نارسایی در کارکردهای اجرایی و کم‌توجهی است (۱۳). آزادی و همکاران در مطالعه خود، بیان می‌کنند که می‌توان از روش یادگیری مستقل برای بهبود فرآیند تحصیلی و کنترل تکانه دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی استفاده کرد (۱۴). باس^۴ به نقل از افراخته و همکاران در پژوهشی اثربخشی فعالیت‌های یادگیری مبتنی بر مغز بر سطوح پیشرفت تحصیلی فراگیران را بررسی کرد (۱۵). دومان^۵ در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر مغز، پیشرفت یادگیری فراگیران در درس ریاضی بررسی نمود (۱۶). آکورک و آفاکان^۶ دریافتند که استفاده از رویکرد یادگیری سازگار با مغز بر سطوح انگیزش و نگرش دانش‌آموزان پایه هشتم در کلاس‌های علوم مؤثر بوده است (۱۷). لگوسیفو^۷ طی پژوهشی به این نتیجه رسید که فعالیت‌های سازگار با مغز بر یادگیری زبان و نگهداری ذهنی آن در دانش‌جویان زبان انگلیسی مؤثر بوده است (۱۸). کیداینگر^۸ طی پژوهشی به این نتیجه رسید که به‌کارگیری راهبردهای یادگیری سازگار با مغز در چارچوب مدارس ابتدایی در پیشرفت خواندن دانش‌آموزان بویژه دانش‌آموزان ضعیف، مؤثر است (۱۹). با توجه به نتایج پژوهش‌های ذکر شده، از جمله راهکارهایی که برای کم کردن مشکلات دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌توان در نظر گرفت، تهیه برنامه‌های درسی مکمل سازگار با مغز آنها می‌باشد. با توجه به اینکه بیش‌فعالی باعث ایجاد اختلال در کارکردهای اجرایی مغز می‌شود و یادگیری شامل استفاده از کارکردهای اجرایی مغز بویژه توانایی تمرکز، توجه، مشارکت در کار و استفاده از حافظه فعال می‌باشد، نیاز به آموزش مکمل در این دسته از دانش‌آموزان بیشتر احساس می‌شود. جمع‌بندی این دیدگاه‌ها، رسالت و وظیفه همگانی و همه چیز، از جمله آموزش‌های مکمل مدرسه را تعیین می‌کند. بنابراین بر نظام تعلیم و تربیت هر کشوری واجب است که زمینه‌های اجرایی برنامه و آموزش‌های مکمل را فراهم بیاورد. آموزش‌های مکمل ویژه دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با توجه به رویکرد نسبتاً متمرکز برنامه‌ریزی درسی و توجه کافی نداشتن به مشکلات و رشد مهارت‌های اجتماعی، هیجانی و شناختی این دسته از فراگیران در فرآیند یاددهی/یادگیری، لازم است. بدین منظور برای تعدیل نارسایی و

مشخص شود که کدام عناصر برنامه درسی و به چه صورت باید برای این دانش‌آموزان مورد توجه، تغییر یا بازبینی قرار بگیرد. برخی یافته‌ها اشاره دارد به اینکه تمدید زمان ممکن است با کم کردن اضطراب آزمون، به دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کمک کند (۸). زیرا این افراد با تکمیل یک آزمون در مدت زمان استاندارد مشکل داشته و همچنین نیاز به انطباق‌هایی مانند آماده‌سازی محیطی که عوامل حواس‌پرت‌کن کم شده است، دارند (۹). چنانچه واقعاً بخواهیم به جایگاه یادگیری در راستای نیازهای ملی و تقاضای عمومی دست پیدا کنیم، مدارس باید تغییر کنند تا با مغزی که ما امروز آن را می‌شناسیم، سازگار شوند. بنابراین، یکی از راهبردهای آموزشی که از طریق آن می‌توان آموزش مبتنی بر مغز را عملی ساخت برنامه درسی مکمل سازگار با مغز می‌باشد. آموزش مکمل، به معنی به‌کارگیری چند روش در ارائه محتوای آموزشی است و هدف از آن عمیق یادگیری دانش‌آموز و ایجاد فرصت برای اندیشیدن درباره‌ی مفاهیم و تمرین مهارت‌ها است. این ایده را مارش^۱ در سال ۲۰۰۳ مطرح کرد. روش او استفاده از تجهیزات الکترونیکی و حضوری و یادگیری فردی بود، به طوری که برای یک برنامه آموزشی از راه‌کارهای مختلف آموزشی از قبیل آموزش کلاسی، آموزش برخط، لوح فشرده، کتاب، اسلاید، بروشور و ... استفاده شود (۱۰). عباسیان، شهنی و عابدی در پژوهشی با هدف تدوین برنامه آموزش توجه برای دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دوره ابتدایی به این نتیجه رسیدند که درمانگران علاوه بر روش‌های قبلی می‌توانند از این بسته آموزشی برای دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی استفاده کنند (۱۱). زندارسکی^۲ و همکاران، به بررسی کیفیت روابط دانش‌آموز و معلم در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و کودکان عادی پرداخت. یافته‌ها نشان می‌دهند که توانایی یک کودک در نشان دادن رفتارهای اجتماعی، مانند تعامل، کمک و همکاری در کلاس، ممکن است رابطه‌ی گرم‌تر و کم‌تعارض‌تر با معلم کلاس خود را برای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و بدون آن تسهیل کند (۱۲). بیوتیا^۳ و همکاران، جنبه‌های عصب روان‌شناختی کودکان خردسال با اختلال یادگیری را بررسی نمودند. آنها نشان دادند یکی از ویژگی‌های

1. Marsh
2. Zendarski
3. Biotteau
4. Bas

5. Duman
6. Akyurek & Afacan
7. Lego & Seepho
8. Kiedinger

برنامه درسی سازگار با مغز عبارت است از تصمیم‌گیری در خصوص عناصر برنامه درسی مبتنی بر ماهیت و نحوه یادگیری مغز دانش‌آموزان. بنابراین الگوی سازگار با مغز را می‌توان در دسته الگوهای یادگیرنده محور قرار داد. در الگوی مکمل مبتنی بر مغز دانش‌آموز با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نیز هر گونه تصمیم‌گیری در خصوص پدیده‌های تربیتی باید بر محور خواست‌ها، نیازها، علائق، توانمندی‌ها، و پویایی‌های آنها اتخاذ شود. به همین دلیل، با نگاهی به مقوله برنامه درسی مکمل سازگار با مغز و آثار مثبتی که در پیشرفت تحصیلی و کاهش مشکلات دانش‌آموزان با اختلال یادگیری دارد، اما در برنامه درسی مدارس مورد توجه جدی قرار نگرفته و آموزش عمومی یکسان طراحی و اجرا می‌شود و با توجه به این مسأله که بازدهی آموزش‌ها در دانش‌آموزان با اختلال یادگیری مرتبط با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی که در مدارس عادی تحصیل می‌کنند در حد مطلوب نمی‌باشد، طراحی برنامه درسی مکمل سازگار با مغز می‌تواند زمینه رفع برخی مشکلات و نابسامانی‌های یادگیری را فراهم سازد و باعث افزایش بازدهی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شود. برای دست‌یابی به این اهداف، لازم است سؤال‌های زیر پاسخ داده شوند:

- ۱) ابعاد و مؤلفه‌های الگوی برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شامل چه مواردی می‌شود؟
- ۲) الگوی برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تا چه اندازه از اعتبار لازم برخوردار است؟

روش

این پژوهش آمیخته از نوع اکتشافی است. در بخش کیفی از روش تحلیل محتوای کیفی و در بخش کمی از روش پیمایشی استفاده شد. در بخش کیفی، از مصاحبه نیمه‌هدایت شده و در بخش کمی از پرسشنامه استفاده شد و عناصر به دست آمده مورد اعتباربخشی قرار گرفت جامعه آماری بخش کیفی، اسناد، پایگاه‌های اطلاعاتی، متخصصان و صاحب‌نظران برنامه‌ریزی درسی و روان‌شناسی کودکان با نیازهای ویژه و علوم اعصاب و مغز و در بخش کمی معلمان، مشاوران و کارشناسان آموزش و پرورش مقطع ابتدایی شهر مشهد بودند. حجم نمونه در

کاستی‌های برنامه درسی و آموزش‌های فعلی، توجه به علائق و استعدادها و پاسخ به نیازهای خاص این گروه، برنامه و آموزش‌هایی در قالب مکمل برای اجرا در مدارس در نظر گرفته شود. تحولات محیط پیرامون در ابعاد و مؤلفه‌های مرتبط نشان داده است که طراحان برنامه‌های درسی باید به سمت یکپارچه نمودن یادگیری با توجه به یکی از مهمترین ابعاد توانمندی انسان یعنی مغز بروند (۱۰). جهت یکپارچه نمودن یادگیری شناسایی مهمترین مبانی مؤثر بر طراحی برنامه درسی مغز‌محور از الزامات اساسی است تا بتوان براساس یافته‌های حاصل از آن و بررسی و تحلیل نظریه‌های یادگیری مغز‌محور و تنظیم رویکردها و دیدگاه‌های مرتبط، الگوی مکمل برنامه درسی سازگار با مغز دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را به‌همراه عناصر مرتبط با آن طراحی نمود. تأثیر مبانی فلسفی، عصب‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی بر طراحی برنامه درسی مبتنی بر نظریه یادگیری مغز‌محور به‌گونه‌ای است که غفلت از هر یک، ضمن ایجاد خلأهای اساسی در بافت برنامه درسی، موجب سردرگمی‌هایی در طراحی الگوهای مرتبط خواهد شد. در مبانی فلسفی توجه به نیازهای خاص یادگیرندگان، ایجاد فرصت‌های برابر برای همه دانش‌آموزان، احترام به تفاوت‌ها و تغییر ساختارها مورد توجه است و یکی از اصلی‌ترین مؤلفه‌ها برای مناسب‌سازی آموزش، آماده‌سازی برنامه درسی مناسب دانش‌آموزان می‌باشد. در خصوص مبانی روان‌شناختی با توجه به اینکه تفاوت‌های بارزی بین دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با دانش‌آموزان عادی به لحاظ عملکرد مغزی، ویژگی‌های هیجانی، حرکتی، شناختی، رفتاری و اجتماعی وجود دارد، نشان می‌دهد که لازم است برنامه درسی این گروه از دانش‌آموزان تفاوت‌هایی با برنامه درسی دانش‌آموزان عادی داشته باشد. بعلاوه، دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مسائل و مشکلات بیشتری در زمینه‌های مختلف تحصیلی، رفتاری، اجتماعی و جسمی-حرکتی تجربه می‌کنند و برنامه درسی مکمل سازگار با مغز آنان در جهت پیشگیری یا درمان این مسائل گام برمی‌دارد. به لحاظ مبانی اجتماعی نیز، برنامه‌ریزی مکمل مبتنی بر مغز، فشار و تنش اجتماعی بر آنها را کاهش می‌دهد و مبانی عصب‌شناختی برنامه درسی، بر این باورند که یادگیری فرآیندی است که در مغز دانش‌آموزان رخ می‌دهد و مغز آنان هنگامی به بهترین صورت یاد می‌گیرد که مواد و تجربه‌های یادگیری، منطبق با نیازها، توانمندی‌ها و علایق‌شان طراحی شود (۲۰).

تحلیل داده‌ها در بخش کیفی از کدگذاری باز و محوری استفاده شد. بدین منظور داده‌های خام حاصل‌شده از جمع‌آوری اطلاعات در دو مرحله کدگذاری باز و محوری تحلیل شد. در واقع داده‌های جمع‌آوری شده در بخش‌های مجزا، خرد و نام‌گذاری و در مرحله کدگذاری محوری بر اساس ارتباط بین مقوله‌ها و زیرمقوله‌ها، داده‌ها تنظیم شد.

یافته‌ها

در پاسخ به سؤال اول که ابعاد و مؤلفه‌های الگوی برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را مورد سؤال قرار داده است، یافته‌های حاصل بر اساس نتایج مطالعات نظری، کتابخانه‌ای، پیشینه پژوهش و وضعیت موجود و مطلوب برنامه درسی برای دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، ابعاد ضرورت‌های فلسفی، روان‌شناختی، اجتماعی، عصب‌شناختی و ۱۰ عنصر هدف، محتوا، فعالیت‌های یاددهی-یادگیری، مواد و منابع یادگیری، ویژگی‌های فراگیر، نقش معلم، گروه‌بندی، زمان، فضای یادگیری و ارزشیابی دسته‌بندی و ارائه شد و طبق جدول ۱، تنظیم و مدل برنامه درسی مورد نظر برشمرده شد. سپس بر اساس نمونه‌گیری هدفمند نظرات ۱۹ نفر، صاحب‌نظران، متخصصان و کارشناسان با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته گرفته و دیدگاه آنها در خصوص مؤلفه‌های بنیادین و تعداد عناصر برنامه درسی الگوی مورد نظر تکمیل شد.

بخش کیفی ۱۷ نفر شامل، ۴ نفر متخصص حوزه روان‌شناسی و عصب‌شناسی، ۶ نفر خبرگان برنامه درسی و ۷ نفر مشاوران و کارشناسان آموزش ابتدایی (مدرک کارشناسی ارشد و دکتری) و در بخش کمی ۳۷۳ نفر معلم، ۳۷ نفر کارشناس آموزشی و ۷ نفر کارشناس مشاوره مقطع ابتدایی بود. روش نمونه‌گیری در بخش کیفی، روش هدفمند و در بخش کمی روش سرشماری (کارشناسان و مشاوران) و خوشه‌ای چندمرحله‌ای (معلمان) بود. در مورد روایی ابزارهای پژوهش از روایی محتوایی و برای پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ بهره‌گیری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش کیفی از روش‌های تحلیل کیفی، شرح تحلیلی و ادراکی بر داده‌های کیفی و تحلیل محتوا و در بخش کمی از روش تحلیل عاملی استفاده شد. ضمن بهره‌گیری از محتوای حاصل از اسناد با ۱۷ نفر از خبرگان و متخصصان برنامه درسی، روان‌شناسی و علوم مغز مصاحبه صورت گرفت و مجموع نتایج درباره عناصر برنامه درسی مکمل سازگار با مغز جمع‌آوری شد. سپس در بخش کمی از نتایج بخش کیفی بهره‌گیری و در قالب پرسشنامه تنظیم و از متخصصان برنامه‌ریزی درسی، روان‌شناسی و علوم مغز و معلمان، کارشناسان و مشاوران مقطع ابتدایی، نظرخواهی به عمل آمد. ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌ها (منطق، اهداف، محتوا، راهبردهای یاددهی-یادگیری، ارزشیابی، فضای یادگیری، مواد و منابع، نقش معلم، زمان یادگیری، گروه‌بندی و ویژگی‌های فراگیر) برای تمامی مؤلفه‌ها بالای ۰/۷ بود. بنابراین همبستگی درونی بین پرسش‌های هریک از مؤلفه‌ها زیاد و در نتیجه پرسش‌ها همگن بودند. برای

جدول ۱) عناصر برنامه درسی مکمل مبتنی بر مغز دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (اقتباس از الگوی اکرا)

منطق اشاره به: یادگیری ترکیبی، آموزش ارتباطی، دوسویه، مکمل، معنادار، کاربرد گرای، توانمندی در حل چالش‌ها، تداوم و پایداری عملکرد، رضایتمندی، افزایش مسئولیت‌پذیری، یادگیری عمقی، استقلال در یادگیری، بهبود مهارت‌های فراشناختی، مفاهیم متنوع و چندگانه، آشنایی با مسایل واقعی جامعه، یادگیری هم‌یارانه، روئیدنی، مذاکره‌ای، گروهی، کنش و واکنش عملی، ارابه و نمایش، خودارزیابی و شناسایی نیازهای مغزی دانش‌آموز با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

تشخیص عملکرد دانش‌آموز با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بر اساس نوع مشکل و شرایط فراگیر، تعیین نوع آزمون (عملکردی، کارپوشه، شفاهی، فهرست واری و کتبی)، تأکید بر بهبود و توانمند سازی آنها باشد، آزمون دانش نظری-عملی فراگیران توسط فراگیران (خودسنجی)، با مفهوم‌سازی، برقراری ارتباط و اثربخش نمودن خلاقیت فراگیران ارتباط و انسجام کارکردی و محتوایی داشته باشد.

شامل فراهم کردن محیطی غنی سرشار از معنا و چالش‌ها، ایجاد شرایط جهت ساخت الگوهای معنادار توسط فراگیر، استفاده روش‌های خلاق و متنوع فراوانی برای تکرار (مغز با «تکرار» یادگیری را تقویت می‌کند)، سپردن مسئولیت به فراگیر، حین یادگیری، تشکیل گروه‌های مشارکتی و فراشناخت، فراهم نمودن فرصت و حق انتخاب برای دانش‌آموز و استفاده از حافظه فضایی طبیعی مغز، مدیریت رفتار دانش‌آموز کم‌توجه در کلاس درس با استفاده از تقویت‌کننده مناسب، اجرای منظم قواعد، آموزش همانندسازی، خود دستوردهی، خودکنترلی، خودنظم‌دهی و خودتقویتی، تعیین تکالیف مطابق با محدوده‌ی توجه دانش‌آموز، استفاده از فعالیت بدنی سودمند، بکارگیری راهبردهای تدریس با توجه به تمایلات و انگیزه‌های دانش‌آموز با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی براساس ویژگی‌ها و توانمندی‌های شبکه‌های یادگیری سه‌گانه (شناختی، راهبردی و هیجانی) آنها، بهبود مهارت‌های تفکر و روابط بین‌فردی با توجه به نقش هیجان‌ها در یادگیری گروهی

شامل: مؤلفه‌هایی چون منحصر به فرد بودن مغز هر فراگیر، جذب و سرعت در پردازش اطلاعات توسط شبکه‌های سه‌گانه مغز (شناختی، راهبردی و هیجانی)، تأثیر نقش و جایگاه لب‌های چهارگانه با عملکرد تک‌ربعی، دوربعی، سه‌ربعی و چهارربعی، قدرت تصویرسازی ذهنی متفاوت و مشترک با دیگر فراگیران، کودکان و دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در مواقعی که وظایف متناسب با مهار جنبه‌های مثبت از خصوصیات آنها باشد مؤثرتر عمل می‌کنند.

شامل: تقویت تمرکز و توجه، تقویت دقت، تقویت حافظه، تقویت استدلال ادراکی و درک مفهوم، تقویت حافظه فعال، تقویت قابلیت مغز در افزایش کشف، اختراع و ابتکار، تقویت ذهن، جهت رویارویی بیشتر با چالش‌ها، تعامل و ارتباط فعالیت‌های طراحی شده با تمام مغز، تنوع و تکرار اهداف با توجه با مشکلات دانش‌آموز با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، در جهت توان جذب و مشارکت کلیت مغز در پردازش اطلاعات و سرعت پاسخ‌گویی فراگیر، براساس نیازهای واقعی دانش‌آموز با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و سازگار با ویژگی‌های عمومی و فردی مغز فراگیران، تدوین با توجه به یکپارچگی عملکرد مغز، سازگاری با ویژگی‌های مغز فراگیران در سه شبکه شناختی، راهبردی و هیجانی، تضمین توان جذب و مشارکت کلیت مغز در پردازش اهداف آموزشی و سرعت پاسخ‌گویی فراگیر، تدوین در چارچوب الگوی سازنده‌گرایی به‌گونه‌ای که محصور و محکوم به اهداف آموزشی تجویز شده نباشد. فعال‌سازی دستگاه لمبیک جهت ایجاد و هدایت هیجان‌ات و برانگیختگی مؤثر یادگیرنده برای افزایش انگیزه و اثربخش یادگیری توجه، اهداف برنامه درسی مبتنی بر مغز می‌بایست مرتبط به هم تدوین شوند و باعث حفظ تمامیت و کلیت مغز شده و منجر به تغییر تصاویر ذهنی شود.

شامل: تمرین‌های مربوط به تقویت دقت و تمرکز، تقویت تجسم فضایی، استدلال ادراکی، سرعت پردازش و حافظه فعال، یادگیری معنادار، تلفیق محتوا با توجه به ویژگی‌های مغز، تناسب محتوا با تجربیات گذشته‌ی مغز در چارچوب تجارب یادگیری جهت تقویت مدارهای عصبی، متناسب بودن حجم محتوای کتب با توانایی‌های مغز دانش‌آموز با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، تقویت مهارت‌های شنیداری با کمک اصوات، جملات و داستان‌ها و فعالیت‌های مربوط به پیوند شنیداری و تقویت مهارت‌های مغزی، فعالیت‌های ادراک دیداری و شنوایی، تجسم فضایی، استدلال ادراکی و سرعت پردازش، ایجاد فرصت فعالیت‌های حرکتی بیشتر جهت تخلیه انرژی، فعال نمودن همه خرده‌سامانه‌های مغز در عین یکپارچگی، برخاسته از محیط آموزشی در چارچوب نیازهای دانش‌آموز با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، مشوق یادگیری معنادار باشد، تناسب با تجربه‌های گذشته مغز، حاوی یادگیری‌های گروهی و پیچیده باشد، محتوای مبتنی بر علاقه و فعالیت‌ها و تجربه‌های چندحسی، مبتنی بر هوش سیال فضایی و متبلور.

شامل: استفاده از موسیقی و تحرک به عنوان عناصر بسیار مهم و تغذیه‌ی کلیدی در یادگیری مغز محور، توجه به تغذیه و آب، به عنوان عوامل بسیار مهم و تأثیرگذار در فرآیند یاددهی-یادگیری در تدوین برنامه‌های درسی مبتنی بر مغز، وسایل کمک آموزشی فعالیت محور، از رسانه‌های متنوع آموزشی (مواد و وسایل متنوع آموزشی) مانند پوسترها، آثار هنری، خبرنگار، موسیقی جهت فعال نمودن توجه کانونی، کیت‌های لازم برای تقویت برنامه درسی متناسب، بازی‌های رایانه‌ای آموزش توجه، استفاده تکنولوژی کمکی از طریق فراهم‌سازی امکانات آموزشی و تسهیل فضاهای یادگیری چندگانه، ارتقا مهارت‌های زندگی، تحرک و اجتماعی شدن این افراد با آموزش‌های کمکی، توانمند ساختن در انجام کارها و یادگیری‌های خود ساخته و افزایش انگیزه و علاقه و شادی و عزت نفس آنان (۲۳). افزایش کمی و کیفی محرک‌های درونی و بیرونی محیط یادگیری. کمک به ایجاد و ارتقاء یادگیری گروهی همراه با عواطف و هیجان. ایجاد ظرفیت‌های جدید و ارتقاء آن، با توجه به چالش‌پذیر بودن مغز در مواجهه با مسائل جدید سازمانی؛ تنوع در منابع و ابزار یادگیری، ایجاد تحرک در فراگیر جهت تثبیت مدارهای‌های عصبی، حافظ فضایی و روندی و فضاهای سیناپسی مرتبط، حق انتخاب فراگیران در راستای توانایی‌های انحصاری مغز

شامل: بازی‌های آزاد، داستان‌سرایی، توجه به هوش‌های چندگانه، نمایش‌های کلاسی، گردش علمی، پروژه‌هایی بر اساس علاقه و نیاز کودک و به‌کارگیری روش‌های خلاقانه متناسب با مغز بیش‌فعال، بر اساس موقعیت زمانی و مکانی و شدت مشکل دانش‌آموز با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و با توجه به شرایط در نظر گرفته شود. توان فعال‌سازی کلیت مغز را داشته باشد، توجه به همه مهارت‌های ذهنی بویژه تقویت توان پردازشگری اطلاعات فراگیر، با حل مشکلات واقعی محیط آموزشی فراگیر درگیر باشد. استفاده از شبیه‌سازها جهت افزایش قدرت تصویرسازی مغز و شکل‌گیری شبکه‌های عصبی جدید. فعالیت‌های چالشی، معنادار و پیچیدگی آن متناسب با توان دانش‌آموز با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، استفاده از رسانه‌های متنوع آموزشی (مواد و وسایل متنوع آموزشی) مانند پوسترها، آثار هنری، خبرنگار، موسیقی جهت فعال نمودن توجه کانونی و ادراک پیرامونی مغز به محتوا و فعالیت یادگیری، تناسب با شبکه‌های شناختی، استراتژیک و عاطفی مغز، در جستجوی معنا و درک و فهم نمادها در ابعاد واژه‌ها و تصویرها و... توانمند سازد.

شامل طراحی فضای کلاسی بر اساس نیازها و علائق دانش‌آموزان، محیط امن و بدون تهدید، کاهش فشار روانی فضای یادگیری، قرار دادن دانش‌آموز با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در کلاس‌های کم‌جمعیت، دادن حق انتخاب به فراگیر در انتخاب محتوا و شیوه یادگیری، محیط‌های کم‌تنش و فاقد اضطراب، تقویت آرامش و احساسات معنوی مثبت، فضا و محیط بسیار حمایت‌کننده (۲۱). ایجاد کلاس و سرویس آموزش ویژه توسط مدرسه، فضای فیزیکی مناسب جهت ارزیابی، کلید مشکلات این کودکان در محیط کلاسی و روش تدریس نهفته است و ناتوانی در یادگیری نمی‌باشد (۲۲). کاهش تنش و انتقال آرامش از محیط جهت بهبود و پیشرفت این کودکان، تنظیمات محیطی جهت افزایش توانایی و موفقیت، ایجاد فضای اطمینان با توجه به مشکلات و معضلات دانش‌آموز با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، ایجاد فعالیت و انگیزه در کلاس برای آنها، فضاها و مکان یادگیری منعطف، غنی و سازگار با نیازها، علایق و ویژگی‌های مغزی فراگیر بیش‌فعال، ایجاد سهولت استفاده از انواع منابع و ابزار یادگیری و امکانات مبتنی بر فناوری‌های آموزشی در فرآیند یاددهی-یادگیری مبتنی بر نظریه یادگیری مغز محور، ایجاد هیجان‌ات مثبت یادگیری و برانگیختگی مطلوب در چارچوب ویژگی‌های انحصاری و اشتراکی مغز فراگیران؛ جذاب، دوست داشتنی، نشاط‌آور و برانگیزاننده باشد، استفاده از جدیدترین استانداردهای مرتبط با محیط‌های یادگیری مغز محور بر اساس نیاز دانش‌آموز با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی.

شامل یادگیری مشارکتی، دانش‌آموز با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، معمولاً ۲ یا ۳ سال از لحاظ بلوغ عاطفی از همسالان خود عقب هست. این مسأله در کلاس مشکل‌زا می‌شود زیرا معمولاً آنها با هیچ یک از دانش‌آموزان کلاس ارتباط صمیمی ندارند و از تنهایی رنج می‌برند و ممکن است در صدد آزار و اذیت هم‌کلاسی‌های خود برای جلب توجه برآید. وظیفه معلم است که در راه برقراری ارتباط دانش‌آموز با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با سایر دانش‌آموزان کلاس از طریق فعالیت گروهی گام‌های مؤثر و جدی بردارد. در برنامه درسی مبتنی بر مغز، کوشش بر این است تا به دانش‌آموزان کمک کند که کاربرد اطلاعات در زندگی را بیابند. از آنجا که زندگی ماهیت اجتماعی دارد، این نظام از مشارکت فراگیران در جریان فعالیت‌های یادگیری حمایت می‌کند. در برنامه درسی مبتنی بر مغز، دانش‌آموزان در فهم و یادگیری خود، دیگران را سهیم می‌کنند و در تقویت یادگیری‌های یکدیگر می‌کوشند. بهره‌گیری از گروه‌های هم‌یار در محیط‌های یادگیری به اعضا احساس ارزشمندی و توجه می‌بخشد و مغز با ترشح آندروفین‌ها و دوپامین^۲ موجب می‌شود تا افراد از کارشان لذت ببرند. براساس ویژگی‌های مغز؛ گروه‌بندی باعث مشارکتی شدن جریان یادگیری می‌شود. با توجه به خودتنظیمی مغز در یادگیری؛ فراگیران نقش محوری و کانونی دارند و سبب ارتقاء یادگیری فراگیران، ایجاد تعامل و درک متقابل بین آنها و فهم مسائل گروهی و... می‌شود.

شامل: دادن زمان و فرصت کافی برای تفکر و اندیشه به فراگیر، بازخورد سریع، تنوع و انعطاف در زمان‌بندی، محدود نکردن زمان یادگیری به چارچوب آموزش مدرسه، سازگاری زمان یادگیری با سایر عناصر برنامه درسی، سازمان‌دهی زمان یادگیری براساس نوع فعالیت، تناسب زمان یادگیری با توانمندی‌های این دسته از دانش‌آموزان و امکانات یادگیری، توجه به رشد جسمی، آرامش شخصی و حالت‌های عاطفی، یکسان نبودن آهنگ رشد کودکان و ملاک نبودن سن زمانی، تنظیم زمان در برنامه درسی مبتنی بر توان یادگیری مغز دانش‌آموز به صورت فردی (با در نظر گرفتن تفاوت‌های یادگیری) و مشترک، تناسب بین زمان برنامه درسی با توانمندی‌های شبکه‌های شناختی، راهبردی عاطفی مغز

در جدول ۲، اهمیت اهداف، محتوا و راهبردهای یاددهی-یادگیری برنامه درسی مکمل مبتنی بر مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از نظر معلمان و کارشناسان مشاوره و آموزشی آمده است.

جدول ۲) توزیع فراوانی و درصد نظر معلمان و کارشناسان در مورد اهداف، محتوا و راهبردهای یاددهی-یادگیری برنامه درسی مکمل

شاخص‌ها		ضروری		مفید		متناسب		عدم تناسب		غیرضروری		کل
گروه‌ها		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
اهداف	معلمان	۹۴	۳۵۴	۶	۲۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۷۷
	کارشناس مشاوره	۱۰۰	۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۷
	کارشناس آموزش	۸۰	۲۸	۲۰	۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۵
	کل	۹۲/۹	۳۸۹	۷/۱	۳۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴۱۹
شاخص‌های آماری		خی‌دو: ۱۱۹/۴۹		درجه آزادی: ۵۲		سطح معنی‌داری ۰/۵۳						

کل		غیر ضروری		عدم تناسب		متناسب		مفید		ضروری		شاخص‌ها	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	گروه‌ها	
۱۰۰	۳۷۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۵/۴	۵۷	۸۴/۶	۳۲۰	معلمان	
۱۰۰	۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۴/۳	۱	۸۵/۷	۶	کارشناسان مشاوره	
۱۰۰	۳۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۶	۹	۶/۲	۲۶	کارشناسان آموزشی	
۱۰۰	۴۱۹	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۵/۷	۶۷	۸۴/۳	۳۵۲	کل	
سطح معنی‌داری: ۰/۶۱				درجه آزادی: ۱۲۸				خی‌دو: ۱۵۷				شاخص‌های آماری	
۹۰	۳۷۷	۰	۰	۰	۰	۱/۹	۷	۱۴/۱	۵۳	۸۴	۳۱۷	معلمان	
۱/۷	۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲/۶	۱	۹۷/۴	۶	کارشناسان مشاوره	
۸/۴	۳۵	۰	۰	۰	۰	۲/۹	۱	۲۰/۱	۷	۷۷	۲۷	کارشناسان آموزشی	
۱۰۰	۴۱۹	۰	۰	۰	۰	۱/۸	۸	۱۴/۵	۶۱	۸۳/۷	۳۵۰	کل	
سطح معنی‌داری: ۰/۵۷				درجه آزادی: ۱۵۸				خی‌دو: ۱۳۹/۷۷				شاخص‌های آماری	

محتوا

راهبردهای یادگیری

همان‌طور که ملاحظه می‌شود به‌طور کلی برای اهداف تعیین شده ۳۰ نفر مفید بودن و ۳۸۹ نفر ضرورت داشتن را برای آن ذکر کرده‌اند. فراوانی و درصد پاسخ‌های هر ۳ گروه به تفکیک نشان داده شده است. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری مقدار خی‌دو محاسبه شده ۰/۵۳ است و از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، بنابراین فرض پژوهش پذیرفته می‌شود و فرض صفر (مبنی بر اینکه توزیع نظر معلمان و کارشناسان درباره اهداف برنامه درسی مکمل مشابه نیست) رد شد. به سخن دیگر، بیش از ۹۲/۲ درصد هر سه گروه، اهداف الگوی پیشنهادی برنامه درسی مکمل را در حد ضرورت تأیید کرده‌اند. بنابراین، می‌توان گفت که اهداف تعیین شده برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است و بین نظر معلمان و کارشناسان مشاوره و آموزشی در این خصوص اختلاف معناداری وجود ندارد. همچنین اهمیت راهبردهای یاددهی-یادگیری برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از نظر معلمان و کارشناسان مشاوره و آموزشی نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، به‌طور کلی برای راهبردهای یاددهی-یادگیری تعیین شده ۸ نفر متناسب بودن، ۶۱ نفر مفید بودن و ۳۵۰ نفر ضرورت داشتن را برای آن ذکر کرده‌اند. فراوانی و درصد پاسخ‌های هر سه گروه به تفکیک نشان داده شده است. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری مقدار خی‌دو محاسبه شده ۰/۵۷ است و از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، بنابراین فرض پژوهش پذیرفته می‌شود و فرض صفر (مبنی بر اینکه توزیع نظر معلمان و کارشناسان درباره محتوای برنامه درسی مکمل مشابه نیست) رد شد. به سخن دیگر با توجه به اینکه حدود ۸۳/۷ درصد هر سه گروه، راهبردهای یاددهی-یادگیری الگوی پیشنهادی برنامه درسی مکمل را در حد ضرورت تأیید کرده‌اند، بنابراین، می‌توان گفت که راهبردهای یاددهی-یادگیری تعیین شده برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از دیدگاه معلمان، کارشناسان آموزشی و مشاوره ضروری است و بین نظر معلمان و کارشناسان در این خصوص اختلاف معناداری وجود ندارد.

همان‌طور که ملاحظه می‌شود به‌طور کلی برای اهداف تعیین شده ۳۰ نفر مفید بودن و ۳۸۹ نفر ضرورت داشتن را برای آن ذکر کرده‌اند. فراوانی و درصد پاسخ‌های هر ۳ گروه به تفکیک نشان داده شده است. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری مقدار خی‌دو محاسبه شده ۰/۵۳ است و از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، بنابراین فرض پژوهش پذیرفته می‌شود و فرض صفر (مبنی بر اینکه توزیع نظر معلمان و کارشناسان درباره اهداف برنامه درسی مکمل مشابه نیست) رد شد. به سخن دیگر، بیش از ۹۲/۲ درصد هر سه گروه، اهداف الگوی پیشنهادی برنامه درسی مکمل را در حد ضرورت تأیید کرده‌اند. بنابراین، می‌توان گفت که اهداف تعیین شده برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، از دیدگاه معلمان و کارشناسان آموزشی و مشاوره ضروری است و بین نظر معلمان و کارشناسان در این خصوص اختلاف معناداری وجود ندارد. همچنین فراوانی و درصد پاسخ‌های معلمان و کارشناسان آموزشی و مشاوره به تفکیک نشان داده شده است که بیان‌کننده اهمیت محتوای برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، به‌طور کلی برای محتوای تعیین‌شده ۶۷ نفر مفید بودن و ۳۵۲ نفر ضرورت داشتن را برای آن ذکر کرده‌اند. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری مقدار خی‌دو محاسبه شده ۰/۶۱ است و از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، بنابراین فرض پژوهش پذیرفته می‌شود و فرض صفر (مبنی بر اینکه توزیع نظر معلمان و کارشناسان درباره محتوای برنامه درسی مکمل مشابه نیست) رد می‌شود. به سخن دیگر، بیش از ۸۴/۳ درصد هر سه گروه، محتوای الگوی

فضا، مواد و منابع یادگیری، ارزشیابی و زمان در برنامه درسی مکمل سازگار با مغز

که رویکرد مبتنی بر مغز طرفدار غنی‌سازی محیط یادگیری است. این رویکرد می‌کوشد تا از طریق ایجاد امنیت عاطفی، ارائه محرکات متنوع، ارائه اطلاعات چالش‌برانگیز و بازخورد یادگیری را مدیریت نماید. به منظور ارزیابی میزان تفاوت نظر معلمان و کارشناسان نسبت به ضرورت مواد و منابع برنامه تعیین شده و فضای یادگیری از آزمون‌های دو استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

برنامه درسی مبتنی بر مغز بیشتر بر فضای یادگیری تأکید دارد تا مکان یادگیری و معتقد است این کار را می‌توان از طریق ایجاد بینش مثبت میان معلمان و دانش‌آموزان و توجه بر عواطف انجام داد. درباره عنصر منابع یادگیری می‌توان گفت

جدول ۳) توزیع فراوانی و درصد نظر معلمان و کارشناسان در مورد فضا، مواد و منابع یادگیری برنامه درسی مکمل

کل		غیر ضروری		عدم تناسب		متناسب		مفید		ضروری		شاخص‌ها	گروه‌ها	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی			
۱۰۰	۳۷۷					۱/۹	۷	۱۴/۱	۵۳	۸۴	۳۱۷	معلمان	فضای یادگیری	
۱۰۰	۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۴/۳	۱	۸۵/۷	۶	کارشناس مشاوره		
۱۰۰	۳۵	۰	۰	۰	۰	۲/۹	۱	۲۰/۱	۷	۷۷	۲۷	کارشناس آموزش		
۱۰۰	۴۱۹	۰	۰	۰	۰	۱/۸	۸	۱۴/۵	۶۱	۸۳/۷	۳۵۰	کل		
سطح معنی‌داری: ۰/۴۶				درجه آزادی: ۵۶				خی‌دو: ۹۰/۷۶				شاخص‌های آماری		
۱۰۰	۳۳۷	۰	۰	۰/۳	۱	۰/۶	۲	۱۵/۳	۶۱	۸۳/۸	۳۱۳	معلمان	مواد و منابع یادگیری	
۱۰۰	۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۴/۳	۱	۸۵/۷	۶	کارشناس مشاوره		
۱۰۰	۳۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۶/۳	۱۲	۸۳/۷	۲۳	کارشناس آموزش		
۱۰۰	۴۱۹	۰	۰	۰/۲	۱	۰/۴	۲	۱۸/۷	۷۴	۸۰/۷	۳۴۲	کل		
سطح معنی‌داری: ۰/۵۵				درجه آزادی: ۴۸				خی‌دو: ۱۲۴/۸۸				شاخص‌های آماری		
۱۰۰	۳۷۷					۱/۱	۴	۸۸/۲	۴۹	۹۲/۶	۳۲۴	معلمان	ارزش‌یابی	
۱۰۰	۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۸/۲	۲	۷۱/۸	۵	کارشناس مشاوره		
۱۰۰	۳۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۱/۴	۴	۸۸/۶	۳۱	کارشناس آموزش		
۱۰۰	۴۱۹	۰	۰	۰	۰	۰/۹	۴	۱۳/۱	۵۵	۸۶	۳۶۰	کل		
سطح معنی‌داری: ۰/۴۷				درجه آزادی: ۵۴				خی‌دو: ۹۳/۵۲				شاخص‌های آماری		
۱۰۰	۳۷۷	۰	۰	۰	۰	۰/۸	۳	۱۳/۴	۵۰	۸۵/۸	۳۲۴	معلمان	زمان	
۱۰۰	۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴۳/۹	۳	۵۶/۱	۴	کارشناس مشاوره		
۱۰۰	۳۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۱/۴	۱۱	۶۸/۶	۲۴	کارشناس آموزش		
۱۰۰	۴۱۹	۰	۰	۰	۰	۰/۷	۳	۱۵/۲	۶۴	۸۴/۱	۳۵۲	کل		
سطح معنی‌داری: ۰/۳۹				درجه آزادی: ۳۴				خی‌دو: ۶۲/۷۴				شاخص‌های آماری		

نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، به‌طور کلی برای فضای یادگیری تعیین شده ۸ نفر متناسب بودن، ۶۱ نفر مفید بودن و ۳۵۰ نفر ضرورت داشتن را برای آن ذکر

در جدول ۳ اهمیت فضای یادگیری برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از نظر معلمان و کارشناسان مشاوره و آموزشی

سطح معنی‌داری مقدار خی‌دو محاسبه شده ۰/۴۷ است و از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، بنابراین فرض پژوهش پذیرفته می‌شود و فرض صفر (مبنی بر اینکه توزیع نظر معلمان و کارشناسان درباره روش‌های ارزش‌یابی برنامه درسی مکمل مشابه نیست) رد شد. و با توجه به اینکه حدود ۸۶ درصد هر سه گروه، روش‌های ارزش‌یابی الگوی پیشنهادی برنامه درسی مکمل را در حد ضرورت تأیید کرده‌اند، می‌توان گفت که روش‌های ارزش‌یابی تعیین‌شده برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از دیدگاه معلمان و کارشناسان آموزشی و مشاوره ضروری است و بین نظر آنها در این خصوص اختلاف معناداری وجود ندارد. همچنین فراوانی و درصد پاسخ‌های معلمان و کارشناسان آموزشی و مشاوره به تفکیک نشان داده شده که بیان‌کننده اهمیت زمان یادگیری برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از نظر آنها می‌باشد. به‌طور کلی، برای زمان یادگیری تعیین شده ۳ نفر متناسب بودن، ۶۴ نفر مفید بودن و ۳۵۲ نفر ضرورت داشتن را برای آن ذکر کرده‌اند. فراوانی و درصد پاسخ‌های هر سه گروه به تفکیک نشان داده شده است. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری مقدار خی‌دو محاسبه شده ۰/۳۹ است و از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، بنابراین فرض پژوهش پذیرفته می‌شود و فرض صفر (مبنی بر اینکه توزیع نظر معلمان و کارشناسان درباره زمان یادگیری برنامه درسی مکمل مشابه نیست) رد شد. به سخن دیگر با توجه به اینکه حدود ۸۴/۱ درصد هر سه گروه، زمان یادگیری الگوی پیشنهادی برنامه درسی مکمل را در حد ضرورت تأیید کرده‌اند. می‌توان گفت که زمان یادگیری تعیین شده برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از دیدگاه معلمان و کارشناسان آموزشی و مشاوره ضروری است و بین نظر معلمان و کارشناسان در این خصوص اختلاف معناداری وجود ندارد.

نقش معلم، ویژگی‌های فراگیر و گروه‌بندی

فراوانی و درصد پاسخ‌های هر سه گروه معلمان و کارشناسان مشاوره و آموزشی نسبت به نقش معلم، ویژگی‌های فراگیر و گروه‌بندی در برنامه‌ی تعیین شده به تفکیک در جدول (۵) نشان داده شده است. به منظور ارزیابی میزان تفاوت نظر سه گروه، از آزمون خی‌دو استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر گزارش شده است.

کرده‌اند. فراوانی و درصد پاسخ‌های هر سه گروه به تفکیک نشان داده شده است. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری مقدار خی‌دو محاسبه شده ۰/۴۶ است و از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، بنابراین فرض پژوهش پذیرفته می‌شود و فرض صفر (مبنی بر اینکه توزیع نظر معلمان و کارشناسان در مورد فضای یادگیری برنامه درسی مکمل مشابه نیست) رد شد. به سخن دیگر، با توجه به اینکه حدود ۸۳/۷ درصد هر سه گروه، فضای یادگیری الگوی پیشنهادی برنامه درسی مکمل را در حد ضرورت تأیید کرده‌اند، بنابراین، می‌توان گفت که فضای یادگیری تعیین شده برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از دیدگاه معلمان و کارشناسان آموزشی و مشاوره ضروری است و بین نظر معلمان و کارشناسان در این خصوص اختلاف معناداری وجود ندارد. همچنین فراوانی و درصد پاسخ‌های معلمان و کارشناسان آموزشی و مشاوره که بیان‌کننده اهمیت مواد و منابع برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی آمده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، به‌طور کلی برای مواد و منابع تعیین شده ۱ نفر عدم تناسب، ۲ نفر متناسب بودن، ۷۴ نفر مفید بودن و ۳۴۲ نفر ضرورت داشتن را برای آن ذکر کرده‌اند. فراوانی و درصد پاسخ‌های هر سه گروه به تفکیک نشان داده شده است. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری مقدار خی‌دو محاسبه شده ۰/۵۵ است و از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، بنابراین فرض پژوهش پذیرفته می‌شود و فرض صفر (مبنی بر اینکه توزیع نظر معلمان و کارشناسان درباره مواد و منابع برنامه درسی مکمل مشابه نیست) رد شد. به سخن دیگر، با توجه به اینکه حدود ۸۰/۷ درصد هر سه گروه، مواد و منابع الگوی پیشنهادی برنامه درسی مکمل را در حد ضرورت تأیید کرده‌اند. می‌توان گفت که مواد و منابع تعیین شده برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از دیدگاه معلمان و کارشناسان آموزشی و مشاوره ضروری است و بین نظر معلمان و کارشناسان در این خصوص اختلاف معناداری وجود ندارد. همچنین اهمیت روش‌های ارزش‌یابی برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از نظر معلمان و کارشناسان مشاوره و آموزشی نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، به‌طور کلی برای روش‌های ارزش‌یابی تعیین شده ۴ نفر متناسب بودن، ۵۵ نفر مفید بودن و ۳۶۰ نفر ضرورت داشتن را برای آن ذکر کرده‌اند. با توجه به اینکه

جدول ۴) توزیع فراوانی و درصد نظر معلمان و کارشناسان (مشاوره و آموزشی) درباره نقش معلم، ویژگی‌های فراگیر و گروه‌بندی در برنامه درسی مکمل

کل		غیر ضروری		عدم تناسب		متناسب		مفید		ضروری		شاخص‌ها	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	گروه‌ها	
۱۰۰	۳۷۷	۰	۰	۱/۱	۴	۸/۸	۳۳	۲۹/۴	۱۱۱	۶۰/۷	۲۲۹	معلمان	
۱۰۰	۷	۰	۰	۰	۰	۲۸/۶	۲	۲۸/۶	۲	۴۲/۹	۳	کارشناس مشاوره	
۱۰۰	۳۵	۰	۰	۰	۰	۱۷/۱	۶	۴۰	۱۴	۴۲/۹	۱۵	کارشناس آموزش	
۱۰۰	۴۱۹	۰	۰	۱	۴	۹/۸	۴۱	۳۰/۳	۱۲۷	۵۸/۹	۲۴۷	کل	
سطح معنی‌داری: ۰/۱۴				درجه آزادی: ۶				خی‌دو: ۸/۵۵				شاخص‌های آماری	
۱۰۰	۳۷۷			۰/۳	۱	۴/۸	۱۸	۲۰/۶	۷۷	۷۴/۳	۲۸۱	معلمان	
۱۰۰	۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۸/۶	۲	۷۱/۴	۴	کارشناس مشاوره	
۱۰۰	۳۵	۰	۰	۰	۰	۲/۹	۱	۵۰/۵	۱۸	۴۶/۶	۱۶	کارشناس آموزش	
۱۰۰	۴۱۹			۰/۳	۱	۴/۷	۱۹	۲۲/۲	۹۷	۷۲/۸	۳۰۲	کل	
سطح معنی‌داری: ۰/۳۶				درجه آزادی: ۳۸				خی‌دو: ۵۴/۹۱				شاخص‌های آماری	
۱۰۰	۳۷۷	۰	۰	۱/۱	۴	۸/۸	۳۳	۲۹/۴	۱۱۱	۶۰/۷	۲۲۹	معلمان	
۱۰۰	۷	۰	۰	۰	۰	۲۸/۶	۲	۲۸/۶	۲	۴۲/۹	۳	کارشناس مشاوره	
۱۰۰	۳۵	۰	۰	۰	۰	۱۷/۱	۶	۴۰	۱۴	۴۲/۹	۱۵	کارشناس آموزش	
۱۰۰	۴۱۹	۰	۰	۱	۴	۹/۸	۴۱	۳۰/۳	۱۲۷	۵۸/۹	۲۴۷	کل	
سطح معنی‌داری: ۰/۱۴				درجه آزادی: ۶				خی‌دو: ۵۵/۸				شاخص‌های آماری	

خصوصاً اختلاف معناداری وجود ندارد. به منظور ارزیابی میزان تفاوت نظر معلمان و کارشناسان نسبت به ضرورت ویژگی‌های فراگیر برنامه تعیین شده، از آزمون خی‌دو استفاده شد که فراوانی و درصد پاسخ‌ها بیان‌کننده اهمیت ویژگی‌های فراگیر در برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است. به‌طور کلی، برای ویژگی‌های فراگیر تعیین شده ۱ نفر عدم تناسب، ۱۹ نفر متناسب بودن، ۹۷ نفر مفید بودن و ۳۰۲ نفر ضرورت داشتن را برای آن ذکر کرده‌اند. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری مقدار خی‌دو محاسبه شده ۰/۳۶ است و از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، بنابراین فرض پژوهش پذیرفته می‌شود و فرض صفر (مبنی بر اینکه توزیع نظر معلمان و کارشناسان در مورد ویژگی‌های فراگیر برنامه درسی مکمل مشابه نیست) رد شد. به سخن دیگر، با توجه به اینکه حدود ۷۲/۸ درصد هر سه گروه، ویژگی‌های فراگیر الگوی پیشنهادی برنامه درسی مکمل را در حد ضرورت تأیید کرده‌اند. بنابراین، می‌توان گفت که ویژگی‌های فراگیر

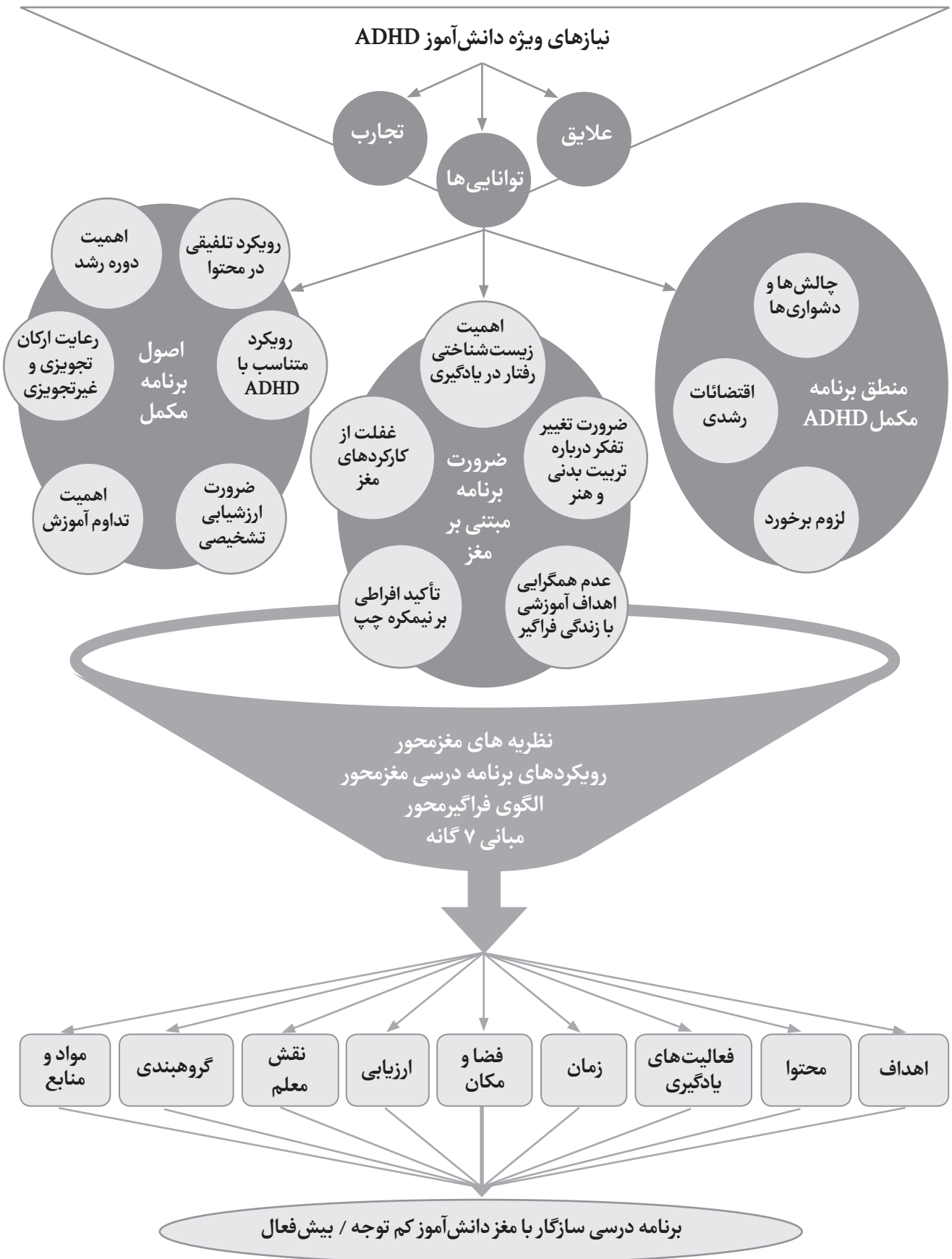
در جدول ۴، فراوانی و درصد پاسخ‌های معلمان و کارشناسان آموزشی و مشاوره نشان داده شده که بیان‌کننده اهمیت نقش معلم در برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است که به‌طور کلی برای اهمیت نقش معلم، ۴ نفر عدم تناسب، ۴۱ نفر متناسب بودن، ۱۲۷ نفر مفید بودن و ۲۴۷ نفر ضرورت داشتن را ذکر کرده‌اند. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری مقدار خی‌دو محاسبه شده ۰/۱۴ است و از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، بنابراین فرض پژوهش پذیرفته می‌شود و فرض صفر (مبنی بر اینکه توزیع نظر معلمان و کارشناسان درباره نقش معلم برنامه درسی مکمل مشابه نیست) رد شد. به سخن دیگر، با توجه به اینکه حدود ۵۸/۹ درصد هر سه گروه، نقش معلم در الگوی پیشنهادی برنامه درسی مکمل را در حد ضرورت تأیید کرده‌اند، می‌توان گفت که اهمیت نقش معلم در برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از دیدگاه آنها ضروری است و بین نظرها در این

شکل (۱) جزئیات طرح برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

اهداف	افزایش توانایی توجه و تمرکز، ایجاد انگیزه در دورنگه داشتن از شرایط محل در یادگیری، تقویت ادراک دیداری برای افزایش شناخت کودک در درک کل و اجزای یک شیء یا مقوله، افزایش مهارت بازیابی درست تصاویر، کلمات و اشکال از حافظه دیداری، خرد کردن، سازمان‌دهی اهداف متناسب با اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی طرح‌ریزی اهداف فردی رفتاری متناسب اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی
محتوا	محتوای شناختی، اخلاقی، زیستی، هیجانی، اجتماعی، بازی‌هایی برای افزایش تمرکز، تفکر، انتقال احساسات و تقویت درک فضایی، تکلیف متناسب با شرایط عاطفی، روانی، فیزیکی، تمرکز و تلقین مثبت مهارت حل مسأله‌ی اجتماعی مدیریت زمان، نظم دادن به محیط شخصی، فیلم آموزشی و روش نمایشی، تصاویر آموزشی و مرتبط با اصول یادگیری، بازی برای تقویت تمرکز و حافظه فعال دیداری و اکتشافی، تمرین برای تقویت ادراک دیداری، بازی یادآوری تصاویر و کلمات برای تقویت حافظه دیداری، مفاهیم و تصاویر جذاب‌تر و بارزتر، کاستن پیچیدگی محتوا و ساده‌سازی آن، کوچک کردن واحدهای درسی و ارائه گام به گام، ارائه موضوعات پیچیده (مانند زنجیره‌سازی) ارائه حجم کمتری از محتوا در یک زمان مشخص، حذف توضیحات همراه‌کننده، دوری از بمباران اطلاعاتی، ارائه‌ی محتوا در قالب نرم‌افزار، به‌کارگیری مداخلات رفتاری مؤثر، استفاده شیوه‌های اصلاح رفتار، مهارت‌های اجتماعی خاص ADHD
فعالیت‌های یاددهی یادگیری	رفتار مناسب پذیرفته شدن، کشف و تقویت استعدادها، برآوردن خواسته‌های مثبت، واپس زدن تلقین‌های منفی، انجام تمرین‌های کامل کردن، پیدا کردن تفاوت‌ها، جور کردن، تمایز شکل از زمینه و شناخت کل و اجزای یک مقوله. بازی‌های جورچین برای تقویت درک فضایی و درک جهت‌ها. انجام بازی‌های کارت حافظه پومین (یکی از ابزارهای طراحی شده برای تقویت حافظه)، پیدا کردن شیء مفقود شده، به خاطر سپاری ترتیب تصاویر یا اشیا، تشخیص هم‌شکل‌ها برای تقویت حافظه دیداری. تمرین‌های حافظه فعال دیداری، بازی‌های توالی حافظه فعال دیداری با جابه‌جایی کارت‌ها (اشکال، اعداد و کلمات)، تشخیص تصاویر با توجه به تصویر نمونه، تمرین فعال، هوش‌های چندگانه، یادگیری در حد تسلط، مشارکتی، شبیه‌سازی عملی، مبتنی بر حل مسئله، آموزش موسیقی و تحرک، یادگیری تجربی. گردش علمی، مقاله‌نویسی، داستان‌گویی، پروژه، گروه‌بندی، نمایش‌های کلامی، حل مشکلات، روزنامه‌نگاری، شبیه‌سازی‌های عملی، محتوا با بازی‌های پر جنب و جوش، مهارت‌های مطالعه و سازمان‌دهی مفید، مهارت‌های اجتماعی خاص، تکنیک‌های سنجش و اصلاح رفتار، راهبردهای کمک به یادگیری و تمرکز، روش‌های کاهش فشار (مثل ترک کلاس برای چند دقیقه)، آموزش رفتارهای مناسب و حذف رفتارهای نامطلوب، تنوع تکالیف و فعالیت‌ها، آموزش مهارت‌های تکمیلی متناسب با اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی
مواد آموزشی، زمان، فضا	فضا: رنگ، موسیقی نور نمایش چیدمان مناسب با اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی مواد آموزشی: تغذیه، اکسیژن، متناسب‌سازی ابزار آموزشی و محیط فیزیکی یادگیری و تعبیه فضای تمرکز زمان: دادن فرصت بیشتر، کار کردن روی مشکل‌ترین مسائل در ساعات اولیه‌ی روز، تغییر دادن سرعت انجام فعالیت برای بالا بردن دقت و توجه، اعلام زمان انجام تکالیف، آزمون کوتاه مدت فواصل زمانی کم بین آزمون‌ها
ارزشیابی	افزایش میزان توجه و تمرکز به هنگام یادگیری، افزایش میزان انگیزه برای انتقال احساسات، کاهش تأثیرپذیری از شرایط محل در یادگیری، رعایت اصول درست نشستن، افزایش مهارت‌های ادراک دیداری و توانایی شناخت و درک کل و اجزای یک شیء، افزایش مهارت‌های درک فضایی و چگونگی تشخیص جهت‌ها، افزایش میزان مهارت بازیابی درست تصاویر، کلمات و اشکال از حافظه دیداری، ارزیابی محیط و ایجاد زمان بیشتر برای کاهش اضطراب، بدون حواس‌پرتی

جزئیات طرح برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان سبب اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

شکل ۲) طراحی برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی



مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است که از مبانی ریشه گرفته و در دل خود جلوه‌هایی از دلالت‌های مرتبط با نظریه‌های یادگیری مغز‌محور و مدل ۱۰ عنصری برنامه درسی را نشان می‌دهد. به همین دلیل الگوی طراحی شده از ویژگی جامعیت برخوردار بوده و براساس نتایج جداول (۲ و ۳)، می‌توان اینگونه استنباط کرد که عناصر برنامه درسی (اهداف آموزشی، نقش معلم (راهبردهای تدریس)، محتوا، فعالیت‌های یادگیری، زمان، فضا و مکان، ارزش‌یابی، گروه‌بندی، منابع و ابزار یادگیری و ویژگی‌های فراگیر) نیز دارای انسجام کارکردی و محتوایی نسبت به هم می‌باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

در سازماندهی اهداف سازگار با مغز دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی لازم است برخی مناسب‌سازی‌ها صورت بگیرد. ضعف این دانش‌آموزان در برخی مهارت‌های شناختی، اجتماعی، زیستی و کلامی نسبت به دانش‌آموزان عادی، این الزام را ایجاد می‌کند که با جدیت بیشتری به اهداف تصریح شده در این حیطه‌ها توجه شود. به این منظور می‌توان برای این اهداف، دست به تدوین محتوای درسی زد که ویژگی‌هایی را که اغلب پیش‌نیازی برای یادگیری دروس و مفاهیم اصلی‌اند، در این دانش‌آموزان پرورش دهد. بنابراین سازماندهی مجدد اهداف و خرد کردن آنها از جمله مواردی است که در الگوی تکمیلی برنامه درسی سازگار با مغز برای این دانش‌آموزان باید مورد توجه قرار گیرد و اهداف با توجه به ۳ عنصر بنیادی یادگیری مغز‌محور: هشیاری آرمیده (هشیاری آرمیده به معنی ایجاد شرایطی است که دانش‌آموزان هشیارانه فعالیت کنند و در عین حال احساس ترس یا تهدید نکنند)، درگیری فعال، و پردازش تأملی، شرایط را در جهت فراهم ساختن یک وضعیت بهینه برای ذهن و فعالیت هشیارانه و به دور از ترس و تهدید فراهم سازد. این نوع آموزش بر چگونگی کاربرد مغز دانش‌آموز با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی متمرکز است و باید دانش‌آموز‌محور باشد و براساس مسیر طبیعی مغز آنان پیش برود. دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در برخی مهارت‌های اخلاقی، اجتماعی، شناختی و زیستی و مسائلی که در پی آن ایجاد می‌شود، دچار مشکل هستند و این مسأله لزوم تدوین محتوای رسمی برای پرورش این دسته از مهارت‌ها را برای آنها ایجاد می‌کند. این مهارت‌ها

تعیین شده برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، از دیدگاه معلمان و کارشناسان آموزشی و مشاوره ضروری است و بین نظر معلمان و کارشناسان در این خصوص اختلاف معناداری وجود ندارد. فراوانی و درصد پاسخ‌های معلمان و کارشناسان آموزشی و مشاوره که بیان‌کننده‌ی اهمیت گروه‌بندی برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در جدول ۴ آمده است. به طور کلی برای مولفه‌ی گروه‌بندی، ۴ نفر عدم تناسب، ۴۱ نفر متناسب بودن، ۱۲۷ نفر مفید بودن و ۲۴۷ نفر ضرورت داشتن را برای آن ذکر کرده‌اند. فراوانی و درصد پاسخ‌های هر سه گروه به تفکیک نشان داده شده است. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری مقدار خی‌دو محاسبه شده ۰/۱۴ و از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، بنابراین فرض پژوهش پذیرفته می‌شود و فرض صفر (مبنی بر اینکه توزیع نظر معلمان و کارشناسان درباره گروه‌بندی برنامه درسی مکمل مشابه نیست) رد شد. با توجه به اینکه حدود ۵۸/۹ درصد هر سه گروه، گروه‌بندی الگوی پیشنهادی برنامه درسی مکمل را در حد ضرورت تأیید کرده‌اند. می‌توان گفت که گروه‌بندی تعیین‌شده برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از دیدگاه معلمان و کارشناسان آموزشی و مشاوره ضروری است و بین نظر معلمان و کارشناسان در این خصوص اختلاف معناداری وجود ندارد.

سؤال دوم پژوهش

الگوی برنامه درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی چیست و تا چه اندازه از اعتبار لازم برخوردار است؟ در پاسخ به سؤال دوم که به دنبال تدوین الگوی مناسب برنامه درسی تکمیلی مبتنی بر مغز برای دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در مدارس ابتدایی است، مطالب جمع‌آوری شده از طریق مصاحبه‌ها، مطالعه منابع علمی معتبر داخلی و خارجی، به روش نظام‌مند تحلیل شد و الگوی مورد نظر طراحی و تدوین و برای توصیف عناصر الگوی برنامه درسی مکمل سازگار با مغز مورد نیاز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از عناصر دسته‌بندی شده توسط وان اکر استفاده شد. همان‌گونه که در شکل (۱) نشان داده شده، الگوی برشمرده شده از فرآیند پژوهش، شکل مدون و یا ساختار برنامه درسی

مشکلات دانش آموزان مورد نظر را کنترل کند. زمان در آموزش برای دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، یک عنصر اصلی و تأثیرگذار است. بسیاری از صاحب نظران هنگام ورود به بحث آموزش این کودکان بر زمان به عنوان یک عامل اصلی تأکید داشته و راهبردهایی چون تقطیع زمانی، استفاده از زمان مفید یادگیری و رفع محدودیت زمانی را برای به‌کارگیری در این زمینه مطرح ساخته‌اند. در ارزیابی دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی لازم است تغییراتی در طراحی و یا اجرای ارزیابی‌ها اعمال شود. تغییر در ارائه آزمون، فرصت پاسخ‌دهی به آزمون، رفع محدودیت‌های زمانی، در نظر گرفتن زمان تمديد شده، آزمون‌گیری در محیطی بدون عوامل حواس‌پرتی و آزمون شفاهی می‌تواند به آنان کمک کند. بنابراین، استفاده از برنامه مکمل درسی توسط معلمان و چگونگی مدیریت افراد با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در کلاس درس از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. معلمان باید با راهکارهای عملی و مناسب متعددی جهت ایجاد انطباق‌های محیطی و درسی برای این کودکان آشنا باشند. آنها باید بتوانند برنامه‌های مداخله‌ای را با توجه به نیازهای کودکان و با حفظ اصول برنامه تغییر دهند. اولین گام این است که چگونه می‌توان محیط کلاس را به‌گونه‌ای تغییر داد که دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با حداکثر میزان توجه خود در کلاس درس حضور داشته باشند. یکی از این تغییرات، به حداقل رساندن محرک‌هایی است که حواس دانش‌آموز را پرت می‌کند. مانند بستن پنجره‌ها با هدف کاهش سرو صدا، برداشتن عکس‌ها و نقاشی‌ها از دیوارهای کلاس، نشان دادن دانش‌آموز در ردیف جلو، جایی که معلم بیشترین نظارت را بر او داشته باشد. گام بعدی طراحی برنامه‌های اصلاح و مدیریت رفتار در کلاس با استفاده از قراردادهای رفتاری و تعیین پیامدها است. قراردادهای رفتاری در واقع نوعی انگیزه بیرونی برای دانش‌آموزان ایجاد می‌کنند. در این قراردادها، رفتار مناسب دانش‌آموز با پیامدهای خوشایند همراه می‌شوند و بتدریج رفتار مطلوب در گنجینه‌ی رفتاری دانش‌آموز تثبیت می‌شود. نکته مهم این است که برنامه مدیریت رفتار باید در تمام طول سال بویژه برای این دانش‌آموزان تداوم داشته باشد. در این فرآیند، پرهیز از پیامدهای منفی بسیار مهم است زیرا ممکن است کودک نسبت به موفقیت خود دچار یأس و ناامیدی شود و اعتماد به نفسش کاهش یابد. معلمان باید توجه داشته باشند که انتظارات و معیارهای آنها برای پیشرفت دانش‌آموزان نباید غیرواقعی و دست‌نیافتنی باشد. بویژه در ابتدای برنامه مدیریت رفتار، باید

در حیطه‌های اجتماعی، هیجانی، شناختی، کلامی و حرکتی و در قالب‌های مختلف و جذابی مانند بازی و... قابل ارائه هستند. بنابراین باید پرورش این مهارت‌ها به صورت رسمی و در قالب یک محتوای مشخص و واضح برای آنها مورد تأکید قرار گیرد. نحوه سازمان‌دهی محتوا برای این دانش‌آموزان باید دست‌خوش تغییراتی بشود. در واقع ویژگی ظاهری محتوا مانند صفحه‌آرایی لازم است متناسب با ویژگی‌های این دانش‌آموزان باشد یعنی محرک‌های غیرضروری بسیار کم‌رنگ شوند و محرک اصلی مانند مفاهیم و تصاویر اصلی به صورت جذاب‌تر و بارزتری ارائه شود تا توجه دانش‌آموز را جلب کند و تمرکز بر محرک اصلی بیشتر شود. توضیحات اضافی گمراه‌کننده حذف شوند. تعداد مثال‌های کمتری ارائه و از بمباران اطلاعاتی دوری شود. برای جلب توجه بیشتر، محتوا در قالب‌های متنوع مانند نرم افزار و... بجای کتاب‌های معمولی ارائه شود. از طرفی سطح دشواری محتوا نیز باید بر اساس توانایی‌ها و ویژگی‌های این دانش‌آموزان در نظر گرفته شود. بنابراین کاستن از پیچیدگی محتوای موجود و ساده‌سازی آن، کوچک‌کردن واحدهای درسی و ارائه‌ی گام به‌گام موضوعات پیچیده با استفاده از روش‌هایی مانند زنجیره‌سازی و ارائه‌ی حجم کمتری از محتوا برای یک زمان مشخص، منجر به نتایج قابل قبول‌تری در یادگیری آنها خواهد شد. دانش‌آموز یکی از مؤلفه‌های اصلی در انتخاب محتوای آموزشی است و ویژگی‌ها و نیازهای خاص او محتوا را تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به نیازها و ویژگی‌های مغزی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی لزوم برخی اصلاحات در سازمان‌دهی محتوای موجود و ارائه‌ی محتوای تکمیلی برای آنها وجود دارد. بنابراین مداخله‌های آموزشی در بهبود این دانش‌آموزان اثربخش بوده و لازم است اقدام‌هایی چون سازمان‌دهی مجدد محتوا و محتوای تکمیلی مهارتی تدوین شود. در خصوص روش‌های یاددهی-یادگیری و آموزش دروس مختلف معلم باید برنامه‌ریزی کند و روش‌هایی برای کنترل و مدیریت کلاس‌ها و مداخله رفتاری داشته باشد. محیط و فضای آموزشی نیز از جمله عناصری است که می‌تواند هم باعث تغییر عملکرد مطلوب دانش‌آموزان خصوصاً دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شود. در زمینه عنصر اهداف، با توجه به ویژگی‌های خاص برخی گروه‌ها مانند دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، لازم است به برخی اهداف تعیین شده تأکید و توجه بیشتری شود یا اینکه نحوه‌ی سازمان‌دهی آنها دست‌خوش تغییراتی شود. بنابراین در نظر گرفتن برخی تمهیدات ساده محیطی می‌تواند درصد بالایی از

مشارکت کنندگان از جمله دانش‌آموز، معلمان، والدین و سایر ذی‌نفعان در فرآیند برنامه‌ریزی مشارکت داشته و با هم تعامل کنند. با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود مسئولان و برنامه‌ریزان درسی توجه ویژه و خاصی به نقش برنامه درسی مکمل مبتنی بر مغز داشته باشند. چرا که با استفاده از برنامه درسی مکمل می‌توان امیدوار بود که بسیاری از مشکلات دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کاهش یابد. بر اساس مصاحبه‌ها و اطلاعات به دست آمده از منابع علمی مشخص شد که با توجه به تنوع گسترده ویژگی‌ها و نیازهای این گروه از دانش‌آموزان، لازم است قبل از هر اقدامی بررسی نیازها برای هر دانش‌آموز به صورت انفرادی صورت گیرد و ویژگی‌ها، مسائل و شرایط حاکم بروی مشخص شود و بر این اساس یک برنامه درسی مکمل متناسب با مغز و ویژگی‌های خاص وی تدوین کرد. با توجه به این که در این پژوهش، طرح برنامه درسی مکمل ویژه دانش‌آموزان دوره ابتدایی مورد بررسی قرار گرفته است، بنابراین نتایج این پژوهش به طور کامل قابل تعمیم به همه دوره‌های تحصیلی نیست و بر اساس نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود: کارگاه‌های آموزشی توسط آموزش و پرورش با محوریت اساتید مجرب رشته عصب‌شناسی تربیتی و روان‌شناسان به منظور آشنایی با نحوه آموزش و تعامل با کودکان و دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی برای معلمان، کادر آموزشی و اجرایی مدارس برگزار شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام عزیزانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Hechtman L, Swanson JM, Sibley MH, Stehli A, Owens EB, Mitchell JT, Arnold LE, Molina BS, Hinshaw SP, Jensen PS, Abikoff HB. Functional adult outcomes 16 years after childhood diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder: MTA results. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr.* 2016; 55 (11): 945-52.
2. Nouri A. The basic principles of research in neuroeducation studies. *International Journal of Cognitive Research in Science, Engineering and Education*, 2016; 4 (1): 59-66. [Persian].

قرارداد رفتاری به‌گونه‌ای طراحی شود که احتمال موفقیت دانش‌آموز زیاد باشد و تا جای ممکن در ابتدای کار دانش‌آموز با شکست مواجه نشود و انگیزه او برای پیشرفت‌های بعدی افزایش یابد. یک یا چند دوره‌ی کوتاه فعالیت فیزیکی هنگام انجام تکالیف، فکر کودک را باز کرده و به او اجازه می‌دهد با تمرکز بیشتری تکالیفش را انجام دهد. معلمان باید در آموزش خواندن به کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به پیش‌نیازهای یادگیری همچون حافظه فعال توجه نمایند. به عبارت دیگر آموزش‌هایی که در زمینه‌ی حافظه فعال اعم از دیداری، شنیداری و اجرایی با استفاده از تصاویر، اعداد، کلمات و حروف به کودکان داده می‌شود، موجب فعال شدن بخشی از مغز که در رابطه با حافظه فعال است، می‌شود. همچنین این آموزش‌ها باعث افزایش سرعت خواندن و نامیدن تصاویر شده و این نیز به نوبه خود در بهبودی خواندن مؤثر است. در واقع، کارکردهایی همانند سازمان‌دهی، تصمیم‌گیری، حافظه کاری، حفظ و تبدیل کنترل حرکتی، احساس و ادراک زمان، پیش‌بینی آینده، بازسازی، زبان درونی و حل‌مسأله را می‌توان از جمله مهمترین کارکردهای اجرایی عصب‌شناختی دانست که در زندگی و انجام تکالیف یادگیری و کنش‌های هوشی به انسان کمک می‌کند. در تبیین نتایج و الگوی طراحی شده‌ی برنامه‌ی درسی مکمل سازگار با مغز دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌توان گفت که چنانچه الگوی برنامه درسی با توجه به ویژگی‌های دانش‌آموزان تدوین و طراحی شود، احتمال موفقیت برنامه بیشتر خواهد شد. همچنین اگر اجزاء و عناصر برنامه درسی به صورت دقیق بررسی و راهکارها بر اساس نقاط قوت و ضعف فراگیران تدوین شود، اثربخشی برنامه افزایش خواهد یافت. گرچه با اتخاذ یکی از رویکردهای نظری در طراحی برنامه‌های درسی دانش‌آموزان با نیازهای ویژه و دلالت‌های آن می‌توان، برنامه درسی مبتنی بر مغز برای این افراد را در مقام نظر طراحی نمود اما چنین برنامه‌ای بدون توجه به مقتضیات عمل و اسناد برنامه، صرفاً برنامه‌ای دور از واقعیت خواهد بود. به همین دلیل در این مقاله با توجه به مباحث و رویکردهای نظری جهت طراحی برنامه و مزایا و معایب هر یک، بافت و زمینه آموزش، ویژه دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و فضای عملی و مقتضیات آن، نگاهی چندبعدی در ویژگی‌های عناصر برنامه درسی مکمل مبتنی بر مغز پیگیری شده است. در طراحی برنامه درسی مبتنی بر مغز باید به این نکته توجه کرد که برنامه درسی تجویزی عمل نمی‌کند، بلکه لازم است تمامی

3. Asghari Nekah, S.M., Abadi, Z. The effectiveness of executive functions based play therapy on improving response inhibition, planning and working memory in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Cognitive Psychology*. 2014; 2 (1): 41–51. [Persian].
4. Cortese S, Ferrin M, Brandeis D, Holtmann M, Aggensteiner P, Daley D, Santosh P, Simonoff E, Stevenson J, Stringaris A, Sonuga-Barke EJ. Neurofeedback for attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *JAACAP*. 2016; 55 (6): 444-455.
5. Zare M, Seifi M, Faghihi A. The Effectiveness of Brain-based learning model on studying and reading speed. *Interacción Perspect Rev Trab Soc*. 2019; 9 (1): 107-127.
6. Nozohouri Pahrabad R, Fathi Azar A., Adib Y, Gharamolki Weaver, H. The effect of brain-based education on the learning and language readiness of preschool students. *Research in curriculum planning*. 2019 Sep 23; 16 (62): 53-63. [Persian].
7. Ofiesh N, Moniz E, Bisagno J. Voices of university students with ADHD about test-taking: Behaviors, needs, and strategies. *JPED*. 2015; 28(1): 109-20.
8. Lovett BJ. Extended Time Testing Accommodations: What Does the Research Say?. *Communique*. 2011; 39 (8): 1–4.
9. MacDonald B. "Evaluation and the control of education." In D, A, Tawney (ed.). *Curriculum evaluation today: Trends and implications*. Schools Council Research Studies. London: Macmillan. 1976. 125-36.
10. Moghadam AS, Ardakanian A. Study of the role of extracurricular activities on the academic achievement of elementary students from the viewpoint of teachers in the city of Manojan. *Amazon Investiga*. 2018; 7 (12): 194–2020
11. Abbasian M, Shahni Yilagh M, Maktabi Gh, Abedi A. Designing an attention training program for students with attention deficit / hyperactivity disorder: A qualitative study. *Exceptional Children Quarterly*. 2020; 20 (1): 73-86. [Persian].
12. Zendarski, N., Haebich, K., Bhide, S., Quek, J., Nicholson, J. M., Jacobs, K. E., ... & Sciberras, E. Student–teacher relationship quality in children with and without ADHD: A cross-sectional community based study. *ECRQ*. 2020; 51, 275-284.
13. Biotteau, M., Albaret, J. M., Lelong, S., & Chaix, Y. Neuropsychological status of French children with developmental dyslexia and/or developmental coordination disorder: Are both necessarily worse than one? *Child Neuropsychology*, (2017); 23(4), 422-41.
14. Azadi Z, Akrami N, Abedi A. Investigation of the effect of independent Learning training on the academic performance of the students suffering from the attention-deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology and Personality*. 2020; 15 (1): 103-12. [Persian].
15. Afrakhteh S, Asadzadeh H, Karami A. Designing a comprehensive brain model curriculum based on organizational Training. *Journal of Research on Management of Teaching in Marine Sciences*. 2019; 6 (3): 37-58. [Persian].
16. Duman B. The effects of brain-based learning on the academic achievement of Students with Different Learning Styles. *Educational Sciences: Theory & Practice*. 2010; 10 (4): 2077-2103.
17. Akyurek E, Afacan O. Effects of Brain-Based Learning Approach on Students' Motivation and Attitudes Levels in Science Class. *MIJE*. 2013; 3 (1): 104-119.
18. Lago L, Seepho S. Brain-compatible activities for EFL vocabulary learning and retention. *IJSR*. 2012; 2 (1): 1-6.
19. Kiedinger RS. Brain-based learning and its effects on student outcome in elementary aged students graduate degree/major: MS Education Research Adviser: Karen Zimmerman, Ph. D. Citeseer; 2011.
20. Saifi S, Ebrahimi Qavam S, Ashaeri H, Farrokhi N, Dortaj F. The Effectiveness of brain compatible learning on the components of planning and problem solving of executive functions in elementary school students. *Educational Psychology*. 2017; 13 (43): 101-18. [Persian].
21. Talkhabi M. Brain-based curriculum. *Educational innovation*. 2008; 7 (26), 127-150. [Persian].
22. Paris SG, Oka ER. Self-regulated learning among exceptional children. *Except Child*. 1986; 53(2): 103-8.
23. Martin SS. Special education, technology, and teacher education. *Special Education Technology Practice*. 2006; 2 (1): 21-36.

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم: مطالعه‌ی موردی

- ساناز زارعه‌زاده*، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
- خلیل اسماعیل پور، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
- جلیل باباپورخیرالدین، استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۷۹ - ۸۹

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم انجام شد.

روش: این پژوهش، در چهارچوب طرح تجربی مورد منفرد چند خط پایه اجرا شد. بر اساس تمایل به شرکت در مطالعه و ملاک‌های ورود، ۳ نفر از مادران به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌های اضطراب یک (BAI) و افسردگی یک (BDI-II) بود که در مراحل خط پایه، طول درمان (جلسات چهارم، ششم و هشتم درمان) و پیگیری یک‌ماهه، توسط مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم تکمیل شد. سپس مادران طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده با استفاده از درصد بهبودی و اندازه اثر و همچنین نمودار و ارزیابی دیداری تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که درمان پذیرش و تعهد موجب کاهش اضطراب و افسردگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم می‌شود. به طوری که نمرات آزمودنی‌ها طی جلسات مداخله و مرحله پیگیری یک‌ماهه، نسبت به نمرات خط پایه در میزان اضطراب و افسردگی آنها کاهش معناداری داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را در کاهش اضطراب و افسردگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم تأیید می‌کند.

واژه‌های کلیدی: اُتیسیم، اضطراب، افسردگی، درمان پذیرش و تعهد

اختلال طیف اُتیسْم^۱ که قبلاً اختلالات نافذ رشد نامیده می‌شد، گروهی از نشانگان عصبی رشدی هستند که از لحاظ پدیدارشناسی ناهمگون بوده، توارث چندژنی دارند و مشخصه آنها طیف وسیعی از تخریب‌ها در ارتباط اجتماعی و رفتارهای محدود و تکراری است (۱). یکی از پرتنش‌ترین تجربیات برای هر خانواده‌ای، اداره کردن کودک دچار ناتوانی یا بیماری مزمن است (۲). با تولد کودک با اختلال طیف اُتیسْم و آگاهی از اختلال وی، والدین غالباً دچار بهت‌زدگی، ناباوری و در پی آن سرخوردگی‌های شدید می‌شوند. آنها بایستی با این واقعیت کنار بیایند که کودکشان شرایطی دارد که او را تا پایان عمر درگیر می‌کند و باید انتظاراتشان را با محدودیت‌های او تطبیق دهند (۳). فشارهای روانی فزاینده‌ای که در جریان تشخیص و مواجهه با مشکلات و تفاوت‌های این کودکان بر والدین وارد می‌شود، می‌تواند به واکنش‌هایی مانند ضربه روانی، ناامیدی، خشم و افسردگی منجر شود. بررسی‌ها نشان می‌دهند که والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسْم بیش از والدین کودکان با اختلال‌های روان‌شناختی دیگر، در معرض فشارهای روانی ناشی از داشتن کودک ناتوان قرار دارند (۴-۸).

وجود کودکان با اختلال طیف اُتیسْم باعث محدود شدن تعاملات و فعالیت‌های اجتماعی خانواده می‌شود و بر روابط بین فردی آنها تأثیر می‌گذارد. این کودکان بیشترین تأثیر منفی را بر مادران دارند و در صورت شاغل بودن مادر به دلیل وقت و انرژی کم، باعث عدم پیشرفت او در کار می‌شوند. در بیشتر موارد، مسئولیت‌های زیاد مادر در خانه به دلیل مراقبت از فرزند با اختلال طیف اُتیسْم، منجر به رها کردن شغلش می‌شود. همچنین داشتن کودک با اختلال طیف اُتیسْم باعث افسردگی، نگرانی، استرس، شرمندگی و خجالت در والدین می‌شود (۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند، والدگری کودکان با اختلال طیف اُتیسْم در مقایسه با کودکان عادی با تنیدگی، اضطراب و افسردگی بیشتری همراه است (۱۰-۱۳). مطالعه‌ی بین‌فرهنگی مک‌کونکیا، تراسدل، چانگ، جارا و شوکریک نیز تأیید کرده است از مهم‌ترین مسائل و مشکلاتی که مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم با آن روبه‌رو هستند، افسردگی و خلق پایین آنها است (۱۴). در مطالعه‌ی دیگری مشاهده شد که این دسته از مادران طی تعامل مادر-کودک، حساسیت کمتری از خود نشان داده و ناتوان‌تر بودند (۱۵).

والدین کودکان با نیازهای ویژه نسبت به والدین کودکان عادی، نگرش‌های ناکارآمد، افکار خودآیند و هیجانی منفی بیشتری دارند. همچنین رشد عاطفی ناکافی، دشواری در سازمان‌دهی رفتار و هیجان و تجربه هیجانی منفی از ویژگی‌های افرادی است که دارای کودک با نیازهای ویژه هستند. خانواده‌های دارای کودکان با اختلال طیف اُتیسْم، با عوامل تنش‌زا و چالش‌های بسیاری از جمله ناتوانی‌های غیرمنتظره، رفتارهای آزارنده و اختلالات رفتاری فرزند، دشواری یافتن خدمات، سردرگمی در یافتن درمان اثربخش، تیره شدن تعامل با اطرافیان و سایر افراد جامعه روبه‌رو می‌شوند. بدون تمرکز بر خانواده و آموزش والدین، منابع خانواده (پول، انرژی، زمان و توانایی مقابله) به طور فزاینده‌ای کاهش می‌یابد و بر تعارضات زناشویی و مشکلات هیجانی افزوده می‌شود (۱۶). افزایش حجم مراجعات بالینی به متخصصان و مراکز خدمات روان‌شناختی و توان‌بخشی، ضرورت شناسایی نیازهای آموزشی و توان‌بخشی مادران را نشان می‌دهد. در واقع، کودک با اختلال طیف اُتیسْم به عنوان یک عامل فشار روانی برای مادران می‌تواند هیجان‌ات آنها را تحت تأثیر قرار دهد و توانایی مادران را برای مقابله و پذیرش با مشکلات کودک کاهش دهد (۱۷). فشار روانی این خانواده‌ها به دلیل مسائلی که در طول زمان تغییر می‌کند، رو به افزایش است و متخصصان باید خانواده‌ها را با کمک راهبردهای مقابله‌ای برای برخورد با این مسائل آماده کنند (۱۸). طبق نتایج پژوهش‌ها، بر نیاز خانواده‌های کودکان با اختلال طیف اُتیسْم به دریافت خدمات مداخله‌ای، آموزش و حمایت‌های مستمر تأکید شده است (۱۹). آموزش و ارائه خدمات حمایتی به هنگام تشخیص اختلال این کودکان و در جهت پذیرش و سازگاری با مسائل کودک با اختلال طیف اُتیسْم می‌تواند در کاهش مشکلات خانواده‌ها نقش مؤثری داشته باشد (۲۰). به طور کلی، یکی از راه‌های افزایش کیفیت زندگی این خانواده‌ها، سهیم کردن آنها در برنامه‌های مداخلات حمایتی و اطلاعاتی است که در کنار صرفه‌جویی در هزینه و وقت آنان، در مدیریت احساسات و خشم معطوف به کودکان با اختلال طیف اُتیسْم، افزایش حس همدلی و پذیرش مثبت فرزندان مؤثر واقع می‌شود (۲۱). البته برخی از مداخلات با هدف ارتقا آگاهی والدین (۲۲ و ۲۳) یا بهبود تعاملات والد-کودک (۲۴)، بهبودی ضعیف تا متوسط افزایش خودکارآمدی والدگری مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم را گزارش

1. Autism Spectrum Disorder (ASD)

داده یا از آنها رهایی یابند؛ اما این تلاش‌ها بی‌ثمر بوده و به تشدید احساسات، هیجانات و افکار و در نهایت به ناراحتی بسیار عمیق‌تری منجر می‌شوند که فرد در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند. تنها از طریق پذیرفتن صحیح احساسات است که می‌توانیم زندگی‌مان را نجات دهیم (۲۵ و ۳۴). درمان پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد؛ افکار و احساساتشان را بپذیرند و راه‌های تازه‌ای برای زندگی‌شان انتخاب کنند و اقدام متعهدانه انجام دهند. از اصول زیربنایی این درمان، پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفتگی‌کننده، بدون اقدام به مهار آنها و عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد و تمایل به عمل به عنوان اهداف معنادار شخصی، به جای حذف تجارب ناخواسته است. از دیگر موارد موجود در این درمان، روش‌های زبانی و فرآیندهای شناختی است؛ به شیوه‌ای که در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیرکلامی منجر به کارکرد سالم می‌شود. این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی همچون مراقبت ذهنی است (۳۵).

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در مورد برخی از بیماری‌ها مورد تأیید قرار گرفته است. به طوری که امروزه این درمان به عنوان یکی از درمان‌های دارای حمایت تجربی با اثربخشی متوسط به‌شمار می‌رود (۳۶ و ۳۷). پژوهش بوهلمیجر، فلدروس، راخ و پیترز در زمینه کارایی درمان پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی و تداوم این کاهش در پیگیری سه‌ماهه و همچنین کاهش معنادار میزان اضطراب و خستگی از جمله پژوهش‌هایی است که در آن بهبود پذیرش طی مداخله در بهبود نشانه‌های افسردگی در مرحله پیگیری نقش میانجی داشته است (۳۸). بوهلمیجر، لامرز و فلدروس در پژوهشی دیگر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر علائم افسردگی و همچنین بر شکوفایی افراد افسرده را تا مرحله پیگیری نشان دادند (۳۹). همچنین در سال‌های اخیر، کارآمدی درمان پذیرش و تعهد در درمان اختلال اضطراب فراگیر، طی پژوهش‌های متعددی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۸-۲۵). در فراتحلیلی پیرامون مقالات منتشر شده بین سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۸ نشان داده شد که درمان پذیرش و تعهد برای مجموعه گسترده‌ای از اختلالات مانند اختلالات اضطرابی و افسردگی مؤثر بوده است (۴۰). در مجموع، با توجه به اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی و اضطراب سایر گروه‌ها و از آنجایی که اصول طرح شده در درمان پذیرش و تعهد و ۶ فرآیند مرکزی این

کرده‌اند. تنها در برخی از مطالعات (۲۳)، مداخلات آموزشی والدین بر کاهش افسردگی و اضطراب آنها مؤثر بوده است، اما در سایر مطالعات، کاهش افسردگی و اضطراب والدین دیده نشده است (۲۲ و ۲۴). با توجه به این یافته‌ها، نیاز این خانواده‌ها، بویژه مادران، به درمان‌های تخصصی اختلالات افسردگی و اضطراب فراتر از برنامه‌های آموزشی-حمایتی است؛ درمان پذیرش و تعهد می‌تواند یکی از روش‌های درمانی مؤثر باشد.

در سال‌های اخیر، طی پژوهش‌های متعددی، اثربخشی درمان پذیرش و تعهد^۱ در درمان افسردگی (۲۳، ۲۸-۲۵، ۲۹ و ۳۰) و اختلال اضطراب فراگیر (۲۸-۲۵) مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش ایزدی و همکاران، تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش عواملی از جمله افسردگی، در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی نشان داده شده است. در این پژوهش، علاوه بر کاهش چشمگیر در علائم مربوط به وسواس، کاهش نمرات افسردگی نیز در سنجش پس از درمان دیده شد و این کاهش تا یک ماه پس از درمان تداوم داشت (۲۹). در پژوهش دیگری که با استفاده از دو درمان شناختی-رفتاری سنتی و درمان پذیرش و تعهد بر روی بیماران سرطانی مرحله پایانی انجام شد، بیماران سرطانی طی ۱۲ جلسه درمان پذیرش و تعهد، به طور معناداری کاهش بیشتری را در افسردگی، ناراحتی و نگرانی، نسبت به بیماران درمان شناختی-رفتاری سنتی نشان دادند (۳۱). همچنین نتایج پژوهش حر، آقایی، عابدی و عطاری نشان داد که درمان پذیرش و تعهد، در کاهش میزان افسردگی بیماران دیابت نوع ۲ مؤثر است (۳۲). در همین راستا، یافته‌های مطالعه کاویانی و موسوی (۳۳) نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی^۲ به بیماران دارای اختلالات خلقی موجب افزایش سلامت روانی و کاهش افسردگی آنها می‌شود. سودمندی درمان پذیرش و تعهد به عنوان یک روش مداخله‌ای برای طیف وسیعی از اختلالات روانی مزمن نشان داده شده است.

درمان پذیرش و تعهد در سال ۱۹۸۶ توسط استیون هیزارائه شد. این روش قسمتی از موج سوم درمان‌های رفتاری است که به دنبال موج دوم آن، از قبیل درمان شناختی-رفتاری پدید آمد. فرض اصلی درمان پذیرش و تعهد این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی می‌کنند این تجارب درونی را تغییر

1. acceptance and commitment treatment

2. mindfulness

ابزارهای پژوهش

□ **پرسشنامه اضطراب بیک (BAI):** یک و همکارانش در سال ۱۹۹۰ ویرایش جدیدی از این پرسشنامه را ارائه کردند که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد. پرسشنامه اضطراب بیک، یک پرسشنامه خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه را که نشان‌دهنده شدت اضطراب است، انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف ۴ بخشی از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند؛ بنابراین، نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده‌ی کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب است (۴۱). در ایران نیز در مورد خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه پژوهش‌هایی انجام شده است. کاویانی و موسوی در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار، ضریب روایی آن را ۰/۷۲ و ضریب اعتبار بازآزمایی آن را به فاصله یک ماه ۰/۸۳ و همسانی درونی آن را با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند (۳۳).

□ **آزمون افسردگی بیک (BDI-II):** این پرسشنامه یکی از مناسب‌ترین ابزارها برای انعکاس حالات افسردگی است و شکل بازنگری شده‌ی پرسشنامه افسردگی بیک است (۴۲). فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه افسردگی بیک در مقایسه با فرم اولیه بیشتر با DSM^۳ همخوان است. علاوه بر آن ویرایش دوم این پرسشنامه، تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی نیز پوشش می‌دهد. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که آزمودنی برای هر ماده یکی از ۴ گزینه را که نشان‌دهنده شدت علامت افسردگی در مورد خویش است، برمی‌گزیند. هر ماده، نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد و بدین ترتیب نمره کل پرسشنامه

برنامه‌ی درمانی؛ شامل پذیرش در مقابل اجتناب، گسلش در مقابل آمیختگی شناختی، خود به عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم‌سازی شده، ارتباط با زمان حال در مقابل غلبه گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده، تصریح ارزش‌ها در مقابل عدم صراحت ارزش‌ها و ارتباط با آنها و تعهد در مقابل منفعل بودن، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد را به دنبال دارد (۲۵). به نظر می‌رسد درمان پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی و اضطراب مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم نیز مؤثر باشد. این در حالی است که در خصوص این روش درمانی بر روی والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسْم، پژوهشی یافت نشد. لذا این پژوهش درصدد پاسخگویی به این پرسش بود که آیا درمان پذیرش و تعهد می‌تواند بر افسردگی و اضطراب مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم مؤثر باشد؟

روش و ابزارهای پژوهش

شرکت‌کنندگان این پژوهش شامل ۳ مادر ۲۰ تا ۴۰ ساله‌ی دارای کودک ۵ تا ۱۱ ساله‌ی با اختلال طیف اُتیسْم ساکن شهر تبریز بود که پس از دریافت تشخیص این بیماری در فرزندشان به مراکز درمانی اُتیسْم مراجعه کرده بودند. تشخیص-گذاری کودکان با اختلال طیف اُتیسْم در مراکز توان‌بخشی-آموزشی توسط روان‌پزشک و روان‌شناس انجام شده بود و اطلاعات آنها در پرونده کودکان موجود بود. برای انتخاب افراد، ابتدا طی فراخوانی، فهرستی از مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسْم که داوطلب شرکت در جلسات درمان پذیرش و تعهد بودند، تهیه شد. سپس از میان آنها با توجه به ملاک‌های ورود و خروج و کسب رضایت آگاهانه، ۳ نفر به روش پلکانی وارد برنامه درمانی شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: داشتن یک فرزند با اختلال طیف اُتیسْم (در بازه سنی ۵ تا ۱۱ سال)، کسب نمره بالای ۱۶ در هر دو پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیک توسط مادر، دارا بودن حداقل تحصیلات اول راهنمایی، محدوده سنی مادر بین ۲۰ تا ۴۰ سال، تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: مشخص شدن اختلالات روانی شدید یا اختلالات شخصیت یا داشتن سابقه اقدام به خودکشی مادر، مشخص شدن سابقه سوء مصرف مواد توسط والدین، متارکه یا طلاق والدین، غیبت بیش از ۲ جلسه و بودن تحت آموزش و مداخله دیگر.

1. Beck Anxiety Inventory
2. Beck Depression Inventory

3. diagnostic and statistical manual for mental disorders

تمرین جلسه بعد و ارائه تکلیف خانگی).

جلسه هفتم: تعهد (تمایل، تعهد به عمل و ارزش‌ها علی‌رغم وجود موانع، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه، بررسی تمرین جلسه بعد و ارائه تکلیف خانگی).

جلسه هشتم: حفظ دستاوردهای درمان (درک ماهیت تمایل و تعهد و آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، بیان نکاتی درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه شرکت‌کننده‌ها و در نهایت تشکر از آنان برای شرکت در پژوهش).

روش اجرای پژوهش

پس از انتخاب شرکت‌کنندگان، مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی یک را تکمیل کردند. سپس مادران به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت انفرادی تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند. در طول مدت درمان، شرکت‌کنندگان در جلسات چهارم، ششم و هشتم پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل کرده و ۱ ماه پس از پایان جلسات درمان (در جلسه پیگیری) نیز مجدداً پرسشنامه‌ها اجرا شد.

یافته‌ها

در این بخش، فرضیه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفته و نتایج آن گزارش می‌شود. با توجه به اینکه طرح پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی تک آزمودنی^۱ می‌باشد، برای ارزیابی نتایج احتمالی حاصل از مداخله، از روش تحلیل دیداری نمودارها، درصد تمامی داده‌های غیرهمپوش (PAND)^۲ و اندازه اثر، مورد استفاده قرار گرفت.

بررسی فرضیه‌های پژوهش

درمان پذیرش و تعهد در کاهش نشانه‌های اضطراب مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم تأثیر مثبت دارد. در نمودار ۱، نتایج تحلیل دیداری کاهش نشانه‌های اضطراب مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم در درمان پذیرش و تعهد نشان داده شده است.

دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد. یک، استیر و براون (۴۲) همسانی درونی این ابزار را با استفاده از ضریب آلفا ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند؛ ضریب آلفای این پرسشنامه در گروه بیماران ۰/۸۶ و برای افراد غیر بیمار ۰/۸۱ بود. همچنین دابسون و محمدخانی (۴۳) ضریب آلفای آن را ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان به دست آوردند.

پروتکل درمان پذیرش و تعهد

این پروتکل درمانی اکتباسی از جلسات درمانی لیلیس (۴۴) است. خلاصه‌ی پروتکل مذکور به شرح زیر است:

جلسه اول: معرفی و مبنای اساسی درمان (آشنایی اولیه با شرکت‌کنندگان و برقراری رابطه درمانی مناسب، بیان قوانین حاکم بر جلسات درمانی، بررسی انتظارات شرکت‌کنندگان از درمان پذیرش و تعهد، معرفی درمان پذیرش و تعهد، توضیح مختصر در مورد اختلال طیف اُتیسیم به مادران، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی).

جلسه دوم: گزینه‌ها و فراهم کردن مقدمات درمان (بیان رابطه بین استرس و پذیرش و مراقبت والدین، معرفی مفهوم تغییر رفتار، بیان تفاوت افکار، احساسات و عمل، تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسأله است نه راه حل، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی).

جلسه سوم: یادگیری زندگی با استرس (توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار و مقاومت، تمرین پذیرش و مراقبت، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی).

جلسه چهارم: ارزش‌ها و عمل‌ها (روشن کردن ارزش‌ها و موانع ارزش‌ها، تضعیف ائتلاف وقت و انرژی خود با افکار و عواطف، تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلش، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی).

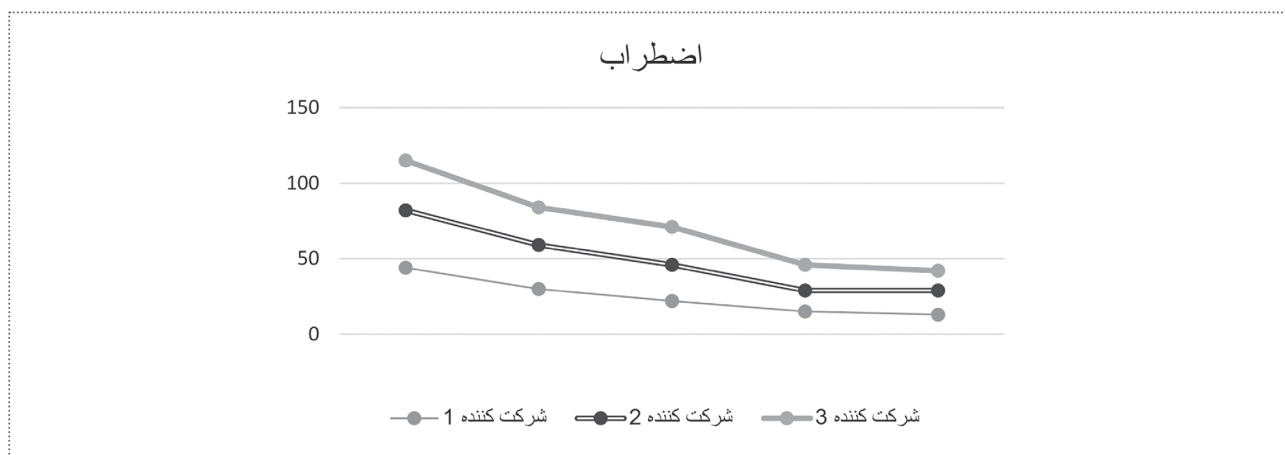
جلسه پنجم: تمایلات، افکار و احساسات (صحبت کردن در مورد ترفندهای ذهنی، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهده خود به عنوان زمینه، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی).

جلسه ششم: عمل و شروع به کار کردن (بازخورد، برنامه‌ریزی عمل، خود مشاهده‌گر، استفاده از فنون ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه، بررسی

1. Single – subject experimental design

2. Percentage of All Non – Overlapping Data

نمودار ۱) نتایج تحلیل دیداری کاهش نشانه‌های اضطراب مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم در درمان پذیرش و تعهد



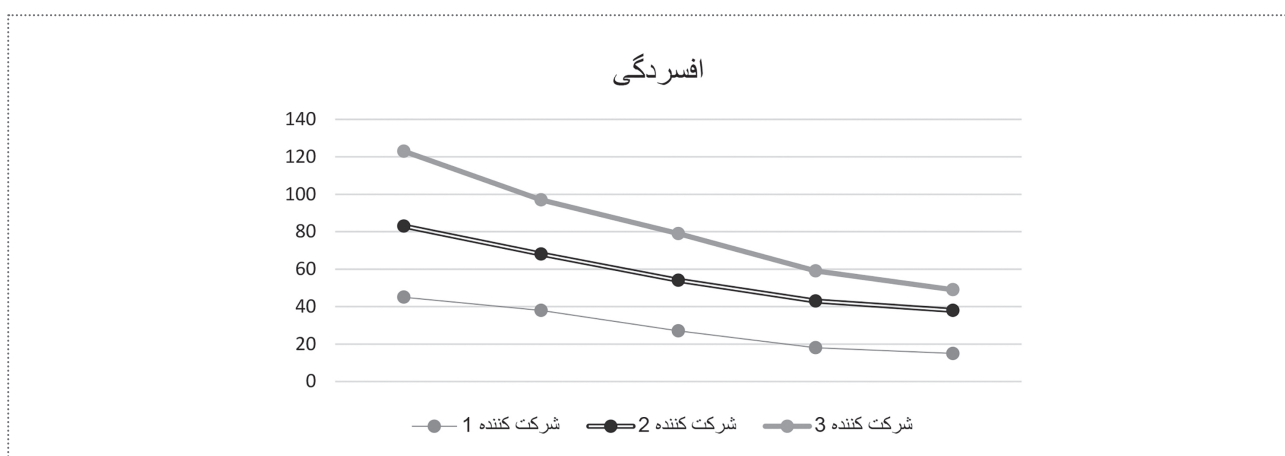
جدول ۱) اندازه اثر و درصد بهبودی مربوط به اضطراب شرکت‌کننده‌ها

شرکت‌کننده سوم	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده اول	شاخص
۲/۴۹	۱/۸	۲/۰۱	اندازه اثر مداخله
%۴۸	%۶۳	%۶۵	درصد بهبودی مداخله
۱/۸۶	۱/۹۶	۲/۱۲	اندازه اثر پیگیری
%۶۰	%۵۷	%۷۰	درصد بهبودی پیگیری

درمان پذیرش و تعهد در کاهش نشانه‌های افسردگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم تأثیر مثبت دارد. در نمودار ۲، نتایج تحلیل دیداری کاهش نشانه‌های افسردگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم در درمان پذیرش و تعهد نشان داده شده است.

برای بررسی اندازه اثر درمان پذیرش و تعهد بر مادران شرکت‌کننده، از درصد تمام نقاط داده غیرهمپوش PAND استفاده شد. همچنین این شاخص به ضریب فی تبدیل شده و سپس آماره d کوهن برای بررسی میزان اثر مورد محاسبه قرار گرفت. نمودار ۱، نشان‌دهنده‌ی روند تغییر علائم اضطراب شرکت‌کننده‌ها طی جلسات مداخله و پیگیری ۱ ماهه است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، با شروع جلسات مداخله، شدت علائم اختلال اضطراب هر سه شرکت‌کننده کاهش می‌یابد. این روند در جلسات بعد نیز ادامه داشته است. اندازه اثر و درصد بهبودی محاسبه‌شده (جدول ۱) نشان‌دهنده‌ی میزان اندازه اثرهای بزرگ و درصدهای بهبودی معنادار از نظر بالینی است که همسو با تغییرات نمودارها بوده و نشان‌دهنده‌ی روند کاهش نشانه‌های اضطراب شرکت‌کننده‌های پژوهش است.

نمودار ۲) نتایج تحلیل دیداری کاهش نشانه‌های افسردگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم در درمان پذیرش و تعهد



به گزارش استرس دارند. با توجه به نظر ویلسون و ببرد (۴۷) می‌توان گفت که درگیری آگاهانه در فعالیت‌های مبتنی بر ارزش، ممکن است در کاهش اضطراب افراد مفید واقع شود. در همین رابطه؛ چو، هیبی، مک‌کراکن، لی و مون (۴۸) نیز نشان دادند که روش‌های ذهن‌آگاهی در درمان پذیرش و تعهد، برای بیمارانی که اضطراب دارند، مفید است. پژوهش انجام شده توسط رومرو و همکاران، نشان می‌دهد که هیچ‌گونه تفاوت معناداری در نتایج درمان ارائه شده توسط درمانگران تازه‌کار و مجرب وجود ندارد. بر طبق این پژوهش، امکان به‌کارگیری درمان پذیرش و تعهد توسط طیف وسیعی از مشاوران و درمانگران وجود دارد. با استفاده از این درمان، می‌توان مشکلات روان‌شناختی بیماران مضطرب را کاهش داد و باعث کاهش اجتناب تجربه‌ای در این افراد نیز گشت که در نهایت نتایجی از قبیل افزایش امید به زندگی، سازش با شرایط زندگی، روابط بهتر با اطرافیان و کاهش مشکلات مربوط به اضطراب از جمله خودکشی، گندی روانی حرکتی و... را دربر خواهد داشت (۲۸). به نظر می‌رسد، مداخلاتی که بتواند به طور مستقیم روابط و پاسخ‌های مشکل‌آفرین به تجارب درونی را هدف خود قرار دهد، می‌تواند کارآمدی درمان‌های اختلال اضطراب را بهبود بخشد. با نگاهی به پژوهش‌های دو دهه اخیر، در میان درمان‌های جدید اختلال اضطراب و افسردگی، درمان پذیرش و تعهد بیش از همه با ویژگی‌های اختلال‌های اضطراب و افسردگی هماهنگ است. اثربخشی این درمان را می‌توان به واسطه‌ی فرآیندهای حاکم بر آن تبیین کرد. در این درمان، تمرینات تعهد رفتاری به همراه فنون گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها و آموزش آگاهی لحظه‌به‌لحظه و انعطاف‌پذیری، همگی منجر به کاهش شدت اضطراب و افسردگی می‌شود. ایجاد و پرورش «پذیرش» در مراجعان، باعث کاهش اجتناب شناختی و رشد زندگی مبتنی بر ارزش و باعث افزایش عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف زندگی می‌شود (۲۵).

در رابطه با تأثیرگذاری درمان پذیرش و تعهد در درمان اختلال افسردگی، پژوهش‌های متعددی وجود دارد (۲۲، ۳۰-۲۹). ربیعی و شهریور (۲۲) در پژوهشی در بیمارستان روزبه تهران اثربخشی آموزش گروهی را بر آگاهی، میزان استرس، اضطراب و افسردگی والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسیم بررسی کردند. نتایج مطالعه‌ی آنها نشان داد که دوره آموزشی باعث افزایش سطح آگاهی والدین در مورد بیماری و راه‌های کمک

نمودار ۲ نیز نشان‌دهنده‌ی روند تغییر نشانه‌های افسردگی شرکت‌کنندگان طی جلسات مداخله و پیگیری ۱ ماهه است. طبق نمودارهای بالا، با شروع جلسات مداخله، شدت نشانه‌های اختلال افسردگی شرکت‌کنندگان کاهش می‌یابد. این روند در جلسات بعد نیز همواره ادامه داشته است.

اندازه اثر و درصد بهبودی محاسبه‌شده (جدول ۲) نشان‌دهنده‌ی میزان اندازه اثرهای بزرگ برای هر سه شرکت‌کننده است، اما درصد‌های بهبودی معنادار تنها در مورد دو شرکت‌کننده‌ی اول و سوم دیده می‌شود و درصد‌های بهبودی محاسبه‌شده برای شرکت‌کننده دوم از نظر بالینی معنادار نیستند.

جدول ۲ اندازه اثر و درصد بهبودی مربوط به افسردگی شرکت‌کننده‌ها

شاخص	شرکت‌کننده اول	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده سوم
اندازه اثر مداخله	۱/۶۸	۲/۱۵	۱/۹۳
درصد بهبودی مداخله	٪۶۰	٪۳۴	٪۶۰
اندازه اثر پیگیری	۱/۷	۲/۲۴	۱/۹۴
درصد بهبودی پیگیری	٪۶۶	٪۳۹	٪۷۲

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر، حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم است. در سال‌های اخیر کارآمدی درمان پذیرش و تعهد در درمان اختلال اضطراب فراگیر، طی پژوهش‌های متعددی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵-۲۸). به گفته باتلر و همکاران، افراد با اختلال اضطراب از موقعیت‌های اضطراب‌زا اجتناب می‌کنند؛ بدین معنی که بجای اینکه برای افزایش رضایت‌مندی خود از زندگی، کاری انجام دهند، خود را درگیر رفتارهایی می‌سازند که هدفشان کاهش اضطراب است و هنگام انجام فعالیت‌های مهم به دلیل نگرانی، تمرکز خود را از دست می‌دهند (۴۵). در رابطه با استرس و درماندگی در پژوهشی که توسط استس، اولسون، سالیوان، گرینسون، وینتر، داوسون و مانسون (۴۶) در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسیم و مادران دارای کودک فاقد اختلال اُتیسیم یا عادی انجام گرفت، نشان داده شده است که مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسیم نسبت به سایر مادران، تمایل بیشتری

به کودکانشان شده است. یافته پژوهش حاضر همچنین همسو با پژوهش‌های قبلی است که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی پس از درمان و تداوم نتایج در مرحله پیگیری یک‌ماهه (۲۹) و کاهش میزان افسردگی بیماران دیابت نوع ۲ (۳۲) را نشان داده‌اند.

اثربخشی درمان تعهد و پذیرش در کاهش افسردگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتسم را نیز می‌توان با فنون و فرآیندهای مورد تأکید این روش درمانی، تبیین کرد. تأکید این درمان؛ بر تعهد رفتاری و عمل مبتنی بر ارزش‌ها و اهداف فرد، تصریح ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به همراه فنون آموزش ذهن‌آگاهی و همچنین تأکید آن بر پرورش «پذیرش» در مراجعان به کاهش شدت افسردگی می‌انجامد. این فرآیند در اثر کاهش اجتناب شناختی، گسترش زندگی مبتنی بر ارزش در افراد و افزایش عملکرد مطلوب و هدفمند افراد در حوزه‌های مختلف زندگی‌شان حاصل می‌شود (۲۵). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را همچنین می‌توان با استناد به نتایج پژوهش زتل (۳۰) در خصوص کاهش چشمگیر افکار منفی در افراد افسرده نیز تبیین کرد. در همین راستا، یافته‌های پژوهش کویانی (۳۳) اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی، به عنوان یکی از فنون اصلی درمان پذیرش و تعهد را به بهبود قابل ملاحظه در سلامت روانی و کاهش افسردگی بیماران دارای اختلالات خلقی نشان داده است. خلاصه اینکه، سودمندی آن به عنوان یک روش مداخله‌ای برای طیف وسیعی از اختلالات روانی مزمن نشان داده شده است و بیانگر آن است که در درمان پذیرش و تعهد، هدف آموزش تفکر و مراقبه ذهنی، تغییر محتوای افکار نیست بلکه هدف، ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف که شامل حفظ توجه کامل و لحظه‌به‌لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت است (۴۹). در توضیح پذیرش اینکه، پذیرش یک حالت طراحی‌شده و جرأت‌آمیز از طرف مراجع است و به او کمک می‌کند تا به طور کامل و بدون دفاع، جنبه‌هایی از تجربه روان‌شناختی خود (بد، خوب و زشت) را همان‌گونه که هست، تجربه نماید. هدف این درمان، خلق یک انسان کارآمد است که صمیمانه با دنیای تجربی خود در تماس باشد. پذیرش یعنی تجربه حس‌ها، عواطف و افکار، بدون هیچ‌گونه تلاشی برای تغییر آنها. پذیرش خصوصاً هنگامی ضرورت می‌یابد که تجربه قابل تغییر نیست و نباید تغییر کند. این حالت متناقض به شخص اجازه می‌دهد آن چیزی باشد که هست و آنجایی

باشد که حضور دارد و تمایل به تغییر افکار و احساسات خود را کاهش دهد. بنابراین، وقتی لباس نگرانی در مورد آینده، اضطراب‌های مربوط به محتوای هیجانی-شناختی نامطلوب و پریشانی درباره حالات بدنی ناخواسته را از تن مراجع درآوریم، آنچه باقی می‌ماند انسانی است با یک زندگی کارآمد. در رابطه با ارزش‌ها، عمده‌ترین هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییر جهت توجه و تلاش مراجعان از اهداف بیهوده (مثل کاهش احساسات و افکار ناخوشایند) به سوی اعمال مبتنی بر خواسته‌های آنها از یک زندگی مطلوب است؛ بنابراین، تلاش‌های درمانی می‌بایست معطوف به رفتارهایی باشد که در راستای ارزش‌های انتخاب‌شده توسط مراجع باشد (۵۰).

در درمان پذیرش و تعهد، هدف از تأکید بسیار بر توجه و تمایل افراد به تجربه‌های درونی خود این است که به آنها کمک شود تا افکار آزار دهنده‌شان در خصوص مشکلات و آینده خود و فرزندانشان و تفاوت فرزندشان با دیگر کودکان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد کارهای فعلی‌شان آگاه شوند و بجای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. در اینجا مراجعان می‌توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایندشان (برای مثال، نگرانی در مورد فرزند بیمارشان) می‌شوند. در واقع هدف از این کار، افزایش انعطاف روان‌شناختی در این افراد است. فرآیندهای مرکزی درمان پذیرش و تعهد به این افراد آموزش می‌دهد که چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزار دهنده رهایی یابند، بجای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را بجای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را بپذیرند، بجای اینکه از آنها فاصله بگیرند و به وسیله ذهن‌آگاهی به افکار و فرآیند تفکرشان بیشتر پرداخته و آنها را به فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند و بجای اینکه تلاش کنند آنها را متوقف سازند، در جهت اهداف و ارزش‌هایشان عمل نمایند (۵۱). با توجه به مطالب ذکر شده، می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد، همچنین می‌تواند به واسطه کاهش اجتناب تجربه‌ای در مادران کودکان با اختلال طیف اُتسم، مشکلات روان‌شناختی آنها از جمله اضطراب و افسردگی را کاهش دهد.

References

1. Benjamin JS. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry-Behavioral Sciences. Clinical psychiatry. 11th ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2007; 324.
2. Kober R. The effect of employment on the quality of life of people with intellectual disabilities: A review of the literature. Enhancing the Quality of Life of People with Intellectual Disabilities. 2010:127-36.
3. Bradford R. Children, families, and chronic disease: Psychological models and methods of care. Psychology Press; 1997.
4. Piven J, Simon JO, Chase GA, Wzorek M, Landa R, Gayle J, Folstein S. The etiology of autism: pre, peri-and neonatal factors. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993 Nov 1; 32(6):1256-63.
5. Cook Jr EH, Charak DA, Arida J, Spohn JA, Roizen NJ, Leventhal BL. Depressive and obsessive-compulsive symptoms in hyperserotonemic parents of children with autistic disorder. Psychiatry Res. 1994 Apr 1; 52(1):25-33.
6. Piven J, Palmer P. Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families. Am J Psychiatry. 1999 Apr 1; 156(4):557-63.
7. Lainhart JE. Psychiatric problems in individuals with autism, their parents and siblings. Int Rev Psychiatry. 1999 Jan 1; 11(4):278-98.
8. Kuhn JC, Carter AS. Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. Am J Orthopsychiatry. 2006 Oct; 76(4):564-75.
9. Hobart HM. Autism and family in the People's Republic of China: Learning from parents' perspectives. Res Pract Persons Severe Disabl. 2008 Mar; 33 (1-2): 37-47.
10. Webster A, Feiler A, Webster V, Lovell C. Parental perspectives on early intensive intervention for children diagnosed with autistic spectrum disorder. J Early Child Res. 2004 Feb; 2(1):25-49.
11. Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyle C. The relationship between autism and parenting stress. Pediatr. 2007 Feb 1; 119 (Supplement 1): S114-21.
12. Hoffman CD, Sweeney DP, Hodge D, Lopez-Wagner MC, Looney L. Parenting stress and closeness: Mothers of typically developing children and mothers of children with autism. Focus Autism Other Dev Disabl. 2009 Sep; 24(3):178-87.

با توجه به اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم، پیشنهاد می‌شود در کنار مداخلات آموزشی-حمایتی برای کودکان، برای کاهش مشکلات هیجانی و اضطراب و افسردگی والدین و بالا بردن سازگاری آنها از رویکردهای مشاوره‌ای مانند درمان پذیرش و تعهد استفاده شود. امید است نتایج این پژوهش، متخصصان را در جهت کمک به خانواده‌های دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسیم و کاهش اختلالات اضطراب و افسردگی آنها یاری کند. کوتاه مدت بودن این شیوه‌ی درمانی و نتیجه مستقیم آن می‌تواند درمان بهتر و سریع‌تر این اختلالات باشد و از نظر اجتماعی و اقتصادی نیز فواید مهمی به همراه داشته باشد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، اولین مورد عدم حضور پدران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم طی فرآیند پژوهشی بود. دیگر اینکه، این امکان وجود نداشت که مشخص شود مادران فرزندان با اختلال طیف اُتیسیم قبل از این پژوهش، چه مدت و چه نوع اقدامات آموزشی-حمایتی دریافت کرده‌اند. بررسی وضعیت اقتصادی خانواده‌های شرکت‌کننده در پژوهش نیز مدنظر نبود. همچنین استفاده از پرسشنامه‌ها برای جمع‌آوری اطلاعات و احتمال وجود سوگیری در پاسخ‌های آزمودنی‌ها، از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. پیگیری در این پژوهش یک ماه بعد از مداخله صورت گرفت. از آنجا که اختلال و مشکلات کودکان با اختلال طیف اُتیسیم به صورت فراگیر و همیشه وجود دارد، به نظر می‌رسد با دوره‌های پیگیری بلندمدت در پژوهش‌های آتی با قطعیت بیشتری می‌توان در مورد اثربخشی این درمان بر کاهش مشکلات مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم صحبت کرد.

تشکر و قدردانی

از تمام کسانی که در این پژوهش صمیمانه با پژوهشگران همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

13. Khoramabadi R, Pouretamad HR, Tahmasian K, Chimeh N. A Comparative Study of Parental Stress in Mothers of Autistic and Non Autistic Children. *Family Res.* 2009;3(3): 387-399. [Persian]
14. McConkey R, Truesdale-Kennedy M, Chang MY, Jarrah S, Shukri R. The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *Int J Nurs Stud.* 2008 Jan 1; 45(1):65-74.
15. Teti DM, Gelfand DM. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child development.* 1991 Oct; 62(5):918-29.
16. Davies M, Stankov L, Roberts RD. Emotional intelligence: In search of an elusive construct. *Journal of personality and social psychology.* 1998 Oct; 75(4):989.
17. Vakilizadeh N, Abedi A, Mohseni Ezhiyeh A, Pishghadam E. Effectiveness of family-based early intervention on the degree of joint attention (responding) of the children with autism spectrum disorder: A single-subject study. *Journal of Rehabilitation.* 2016 Apr 10; 17(1):42-53. [Persian]
18. Meral BF, Cavkaytar A, Turnbull AP, Wang M. Family quality of life of Turkish families who have children with intellectual disabilities and autism. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities.* 2013 Dec; 38(4):233-46.
19. McCubbin HI, Patterson JM. The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage Family Rev.* 1983 Apr 27; 6 (1-2): 7-37.
20. Chimeh N, Pouretamad HR, Khoramabadi R. Need assessment of mothers with autistic children. *Family Res.* 2008;3(3): 697-707. [Persian]
21. Benson PR. Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Res Autism Spectrum Disorders.* 2010 Apr 1; 4(2):217-28.
22. Rabiee A, Shahrivar Z. A pilot study on efficacy of group educational training on knowledge level, stress, anxiety and depression in parents of children with autistic disorder. *J Res Rehabilitation Sci.* 2011 Apr 21; 7(1). [Persian]
23. Fisman S, Wolf L. The handicapped child: Psychological effects of parental, marital, and sibling relationships. *Psychiatric Clin.* 1991 Mar 1; 14(1): 199-217.
24. Mohajeri a, pouretamad h, shokri o, khoshabi k. Effectiveness of parent-child interaction therapy on parental self-efficacy of mothers of children with high-functioning autism. *J Appl Psychol.* 2013;1(25): 21-38. [Persian]
25. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* 2006 Jan 1; 44(1):1-25.
26. Longmore RJ, Worrell M. Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clin psychol Rev.* 2007 Mar 1; 27(2):173-87.
27. Roemer L, Orsillo SM. An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behav Ther.* 2007 Mar 1; 38(1): 72-85.
28. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2008 Dec; 76(6):1083.
29. Izadi R, Neshatdust H, Asgari K, Abedi M. Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Res Behav Sci.* 2014 Apr 10; 12(1):19-33. [Persian]
30. Zettle RD. Acceptance and commitment therapy for depression. *Curr Opin Psychol.* 2015 Apr 1; 2:65-9.
31. Brassington L, Ferreira NB, Yates S, Fearn J, Lanza P, Kemp K, Gillanders D. Better living with illness: A transdiagnostic acceptance and commitment therapy group intervention for chronic physical illness. *J Contextual Behav Sci.* 2016 Oct 1; 5(4):208-14.
32. Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes. *J Res Behav Sci.* 2013; 11(2): 121-8. [Persian]
33. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Univ Med J.* 2008 May. [Persian]
34. Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD, McNeill JW. A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *Int J psychol Psychological ther.* 2006; 6(3):397-416.
35. Vallis M, Ruggiero L, Greene G, Jones H, Zinman B, Rossi S, Edwards L, Rossi JS, Prochaska JO. Stages of change for healthy eating in diabetes: relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. *Diabetes care.* 2003 May 1; 26(5):1468-74.
36. Öst LG. The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther.* 2014 Oct 1; 61:105-21.

37. Folke F, Parling T, Melin L. Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive Behav Practice*. 2012 Nov 1; 19(4):583-94.
38. Bohlmeijer ET, Fledderus M, Rokx TA, Pieterse ME. Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2011 Jan 1; 49(1): 62-7.
39. Bohlmeijer ET, Lamers SM, Fledderus M. Flourishing in people with depressive symptomatology increases with acceptance and commitment therapy. Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2015 Feb 1; 65:101-6.
40. Pull CB. Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Curr Opin Psychiatry*. 2009 Jan 1; 22(1):55-60.
41. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988 Dec; 56(6):893.
42. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck depression inventory-II. *Psychol Assess*. 1996 Jan 1.
43. Dobson KS (Mohammadkhani P. Psychometric properties of Beck Depression Inventory-2 in patients with major depressive disorder in the period of relative recovery. *Rehabilitation*. 2007(29(8): 80-86. [Persian]
44. Lillis J, Hayes SC. Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *Int J Behav Consult Ther*. 2007;4(1):30.
45. Butler EA, Egloff B, Wilhelm FH, Smith NC, Erickson EA, Gross JJ. The social consequences of expressive suppression. *Emotion*. 2003 Mar;3(1):48.
46. Estes A, Olson E, Sullivan K, Greenson J, Winter J, Dawson G, Munson J. Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain Dev*. 2013 Feb 1; 35(2):133-8.
47. Wilson KG, Byrd MR. ACT for substance abuse and dependence. In *A practical guide to acceptance and commitment therapy 2004* (pp. 153-184). Springer, Boston, MA.
48. Cho S, Heiby EM, McCracken LM, Lee SM, Moon DE. Pain-related anxiety as a mediator of the effects of mindfulness on physical and psychosocial functioning in chronic pain patients in Korea. *J Pain*. 2010 Aug 1; 11(8):789-97.
49. Wells A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons; 2002 Sep 27.
50. Eifert GH, Forsyth JP. *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change*. New Harbinger Publications; 2005 Aug 1.
51. Forman EM, Herbert JD. *New directions in cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatment in your practice*. New York: Wiley. 2008:263-5.

The effectiveness of acceptance and commitment therapy on decreasing anxiety and depression symptoms in autistic children's mothers: single case study

□ **Sanaz Zarehzadeh***, M.A. in Child and Adolescent Clinical Psychology, Faculty of psychology and educational sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran

□ **Khalil Esmailpour**, Associate professor in psychology, Faculty of psychology and educational sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran

□ **Jalil Babapour Kheyradin**, Professor in psychology, Faculty of psychology and educational sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran

Abstract

Background and Purpose: This study was conducted with the aim of evaluating the effectiveness of acceptance and commitment therapy on decreasing anxiety and depression symptoms in autistic children's mothers.

Method: This study was a single case design with multiple baselines. According to willingness to participate in the study and having the inclusion criteria, three individual among the autistic children's mothers were selected through purposeful sampling method. Mothers of autistic children completed Beck Depression Inventory (BDI-II) and Beck Anxiety Inventory (BAI) in the pre-treatment (baseline) stage, during the treatment (fourth, sixth and eighth sessions) and one month follow-up, and received acceptance and commitment therapy for 8 sessions, 60 minutes for each session. Data were analyzed using the improvement percentage and effect size as well as charting and visual evaluation.

Results: The results of the analysis showed that acceptance and commitment therapy could reduce depression and anxiety of autistic children's mothers. So, participants reported significant decrease in the assessment stages during the treatment and one month follow-up after the treatment, compared to baseline.

Conclusion: The results of this research confirmed effectiveness of acceptance and commitment therapy in reducing depression and anxiety in the autistic children's mothers.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Anxiety, Autism, Depression

* Email: sanaz.zarehzadeh@gmail.com

Supplementary curriculum model for students with Attention Deficit /Hyperactivity Disorder (AD /HD) with emphasis on the brain

□ **Ashraf Asilian**, Ph.D. student of curriculum, Torbat Heydariyeh branch, Islamic Azad University, Torbat Heydariyeh, Iran

□ **Hosein Momeni Mahmoudi***, Associate Professor, Department of Educational Sciences, Torbat Heydariyeh branch, Islamic Azad University, Torbat Heydariyeh, Iran

□ **Ali Akbar Ajam**, Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran

Abstract

Background and Purpose: The aim of this study was to design and validate a complementary curriculum model that is compatible with the brains of low attention and hyperactive students.

Materials and Methods: Mixed research is exploratory. The qualitative part used documentary analysis and qualitative content and the quantitative part used survey research method. Qualitative statistical population, documents, databases, experts in curriculum planning, psychology, brain and quantitative sciences, education counseling and primary school teachers in Mashhad were selected by purposive sampling and multi-stage clusters. To validate the model, a researcher-made questionnaire and a semi-structured interview were used, which was saturated with 17 interviews. Data validity and reliability were confirmed by member review, content validity and Cronbach's alpha. The validity of the interviews was done with the strategy of controlling the interview data with the data of valid scientific documents and the characteristics of the elements and components of the desired curriculum were identified.

Results: In model validation, the agreement of experts was estimated to be 79.93%. Significance level was considered more than 0.05. Therefore, the characteristics and brain needs of these students should be given priority in the supplementary curriculum, elimination of time constraints, reduction of course units, assignments and assessments, and teaching methods that require more activity and interaction should be presented in a variety of attractive forma

Conclusion: To reduce the problems of Low attention and hyperactive students, special attention should be paid to lesson planners to the role of brain-based complementary curriculum elements. Based on the results of organizing the goals and content for the students in question, changes will be made, more emphasis will be placed on some goals, and the content of skills training, assignments and assessments will be emphasized in attractive and diverse formats such as software.

Keywords: Attention Deficit/Hyperactivity (AD/HD), Brain Emphasis, Complementary Curriculum, Curriculum Elements, Hyperactivity and Low attention

* Email: momenimahmouei@yahoo.com

The effectiveness of schema therapy on parental stress and psychological hardiness of mothers of children with autism spectrum disorder

- **Nasim Shaham**, M.A. in Psychology, Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran
 □ **Kobra Kazemian Moghadam***, Ph.D in Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran
 □ **Homayoon Haroon Rashidi**, Ph.D in Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran

Abstract

Background: The aim of present study was to investigate the effectiveness of schema therapy on parental stress and psychological hardiness of mothers of children with autism spectrum disorder in 2019.

Method: This semi-experimental study was conducted as pre-test and post-test with control group. Statistical population included all mothers of children with autism spectrum disorder in the city of ANDIMESHK. From among these mothers, 30 mothers were randomly selected and put into the experimental and control groups of 15 persons each. The parenting stress index (Abidin, 1995) and psychological hardiness questionnaire (Kobasa, Maddi & Kahn, 1982) was the instrument of this study. First, the pretest was conducted on the two groups. Then, the experimental group was exposed to an eight-session training of group schema therapy these sessions were weekly held in group. At the end, the post-test was applied on both groups.

Results: The results of covariance analysis indicated that schema therapy has significantly decreased parenting stress and increasing psychological hardiness and there is a significant difference between the experimental and control groups in the psychological hardiness and parenting stress of the mothers of children with autism spectrum disorder ($P < 0.001$). The mean of stress in the experimental group was lower than the mean of the control group. Also, the psychological hardiness in the experimental group was higher than that of the control group. Thus, the effectiveness of schema therapy on increasing psychological hardiness and decreasing the level of parental stress of mothers of children with autism spectrum disorder was confirmed.

Conclusion: Based on the results of the effectiveness of schema therapy approach on childbearing stress and psychological stubbornness of mothers of children with autism spectrum disorder, it can be concluded that schema therapy training is an effective treatment to promote psychological stubbornness and reduce parental stress and generally improve mentally healthy.

Keywords: Autism, Parental Stress, Psychological Hardiness, Schema Therapy

* Email: k.kazemian@yahoo.com

The role of emotional empathy, family relationship and communication skills of parents in Social adjustment of the blinds

□ Sara Mokhtarnezhad, M.A. in General Psychology, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

□ Ali Zeinali*, Associate Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

Abstract

The aim of this research was investigate the role of emotional empathy, family relationship and communication skills of parents in social adjustment of the blinds. Present study was a cross-sectional from type of correlation. Research population was all blind people members of blinds association in Urmia city included 257 people that all of them selected as a sample. Research instruments were the questionnaires of emotional empathy (Davis, 1983), family relationship (Koerner and Fitzpatrick, 2002), communication skills (Barton, 1990) and social adjustment (Sinha & Singh, 1993). Data were analyzed by Pearson correlation and multiple regression with enter model methods. The findings showed with increasing the score of emotional empathy, conversation and conformity relationship patterns and feedback, listening and verbal communication skills the score of social adjustment of the blinds significantly decreased. Considering that in the social adjustment questionnaire the higher score means lower adjustment, then with the increase of emotional empathy, conversation and conformity relationship patterns and feedback, listening and verbal communication skills, the level of social adjustment of the blinds increased. Also, emotional empathy, family relationship and communication skills of parents significantly predicted 40/5 percent of the variance from social adjustment of the blinds ($P < 0/05$). Therefore, in order to improve the social compatibility of the blinds can be promoted the emotional empathy, family relationship and communication skills of parents through workshops.

Keywords: Blinds, Communication Skills, Emotional Empathy, Family Relationship, Social Adjustment

* Email: a.zeinali@iaurmia.ac.ir

Comparing the effectiveness of mindfulness group learning, cognitive behavioral learning, and blended learning in mothers on the executive functions and emotion regulation of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD)

□ **Masoud Barshan**, Ph.D. student of Psychology, Faculty of Education & Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

□ **Maryam Chorami***, Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Education & Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

□ **Reza Ahmadi**, Assistant Professor Department of Educational Sciences, Faculty of Education & Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

□ **Ahmad Ghazanfari**, Associate Professor Department of Educational Sciences, Faculty of Education & Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Abstract

The present research aimed at comparing the effectiveness of mindfulness group learning, cognitive behavioral learning, and blended learning in mothers on the executive functions and emotion regulation of children with attention deficit-hyperactivity disorder in the city of Kerman, Iran. This is a pre-test/post-test, and post-hoc test, quasi-experiment study with three experimental and control groups. The statistical population included all first-grade to third-grade male elementary school students with attention deficit-hyperactivity disorder in the city of Kerman. The sample size included 60 subjects (15 subjects in the mindfulness learning group, 15 subjects in the cognitive-behavioral learning group, 15 subjects in the blended learning group, and 15 subjects in the control group) that were selected through convenience sampling. The children's mothers were trained. The research tools included the 20-item emotion regulation questionnaire by Hoffman et al. (2016) and the 63-item inventory of executive functions by Gioia (2000). The data was analyzed using the tests of multivariable analysis of variance and covariance analysis with repeated measures. The results indicated that there is a significant difference between the emotion regulation of children with attention deficit-hyperactivity disorder and the mean scores of three stages of pre-test, post-test, and the post-hoc test of executive variables. In accordance with the results of the post-hoc test of the blended learning method had a significant impact on the executive functions in comparison to two mindfulness and the cognitive-behavioral learning method, and emotion regulation had a significant impact in comparison to mindfulness learning.

Keywords: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD), Blended Learning, Cognitive Behavioral Learning, Emotion Regulation, Executive Functions, Mindfulness

* Email: Choramimaryam@gmail.com

The effectiveness of executive functions on the level of social interactions, self-stigma and anxiety in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD /HD)

- **Abdolmajid Taheri**, Ph.D. Student of Psychology and Education of Exceptional Children, Ahvaz branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
- **Amir Ghamarani***, Assistant Professor, Esfahan University, Esfahan, Iran
- **Parviz Asgary**, Associate Professor, Ahvaz branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
- **Salar Faramarzi**, Assistant Professor, Esfahan University, Esfahan, Iran
- **Fariba Hafezi**, Assistant Professor, Ahvaz branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Abstract

Background and Purpose: Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (AD/HD) have difficulty interacting with their peers and suffer from high self stigma. They also have high levels of anxiety. The aim of this study was to determine the executive functions on the level of child interactions with peers, spontaneity and anxiety in children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (AD/HD).

Method: Thirty children aged 6 to 14 years with AD/HD who referred to Sabzevar Education Counseling and Psychological Services Clinic were randomly divided into two intervention and control groups and underwent training in 8 sessions of 45 minutes. Psychologists were trained to perform EF. The instruments used included the Connors Questionnaire, the Gersham and Elliott Social Skills Questionnaire, the Spence Children's Anxiety Scale, and the King Self-stigma Scale, which all children completed before and immediately after the intervention. The comparison between the two groups was performed by multivariate analysis of covariance

Results: Before the intervention, the mean scores of social interactions, spontaneity and anxiety in children with AD/HD were not significantly different, but the mean scores of the two groups at times immediately after the intervention were significantly different, so the mean scores of social interactions, autism and anxiety in children with AD/HD did not change significantly in the control group, but showed a significant change in the intervention group.

Conclusion: Intervention of executive functions has been able to improve social interactions, spontaneity and anxiety levels of children with AD/HD. The use of EF to improve social interactions, autism and anxiety of children with AD/HD is recommended.

Keywords: Anxiety, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Executive functions, Self-Stigma, Social Interactions

* Email: aghamarani@yahoo.com

The effectiveness of positive psychology on psychological well-being of mothers with a mentally retarded child

□ **Mehrnaz Azadyekta***, Associate professor, Department of Psychology, Islamshahr Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Background: Children with mental disabilities put a lot of stress on the family due to the needs of care, education and rehabilitation, and these factors can affect the process of psychological adjustment and well-being of their parents.

Objective: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of positive psychology on psychological well-being of mothers with a mentally retarded child. The quasi-experimental research was pre-test, post-test, and control group. The semi-experimental was pre-test-post-test with a control group. The sample comprised of the study included all mothers with mentally retarded children in the sample rehabilitation center of Shahriar city. 30 people were selected by purposive sampling method and were replaced in two experimental groups (n=15) and control group (n=15). The experimental group received 8 two-hour sessions of positive psychological intervention training. Psychological well-being questionnaire (Reef, 2002) was used to collect data. Data analysis was performed using one-way analysis of covariance.

Results: It showed that positive psychological interventions had an impact on psychological well-being and its components in mothers with mentally retarded children.

Conclusion: According to the findings of this study, positive psychology can be considered as a method for empowering mothers with mentally retarded children

Keywords: mental retardation, positive psychology, psychological well-being

* Email: azadyekta@iaiu.ac.ir