



مرکز منطقه‌ای اطلاع‌رسانی علوم و فناوری



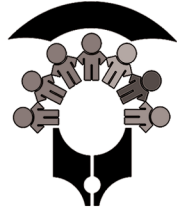
پایگاه استنادی علوم جهان اسلام

تعلیم و تربیت استثنایی

دوماهنامه علمی

سال بیست و دوم، مرداد و شهریور ۱۴۰۱، شماره ۳ - پیاپی ۱۶۹

ISSN ۱۷۲۷-۳۱۴۵



سازمان آموزش و پرورش استثنایی

دارای مجوز از کمیسیون بررسی نشریات علمی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

اثربخشی روایت‌درمانی بر احساس کهنتری و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی



یاسر رضاپور میر صالح، مهدی شمالی احمدآبادی، عاطفه برخوردار احمدآبادی، سیدعلیرضا عمارتی، الهه اکبریان ترک آباد

اثربخشی روان‌درمانی پیشی کوتاه‌مدت فشرده بر مؤلفه‌های استرس والدگری مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتِیسم



شهرام رضایی، مینا مجتبایی، آرزو شمالی اسکویی

برنامه منظم خواب: روشی برای پیشگیری از مشکلات هیجانی - رفتاری در کودکان



ستاره شجاعی، فرزانه بهزادی

اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی



شیرین مجاور، غلامعلی افروز، عاطفه محمدی فیض‌آبادی، زهرا بابازاده

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتِیسم در ایران: مرور نظام‌مند



حامد احمدی، علی محمد فلاح، حامد محمودیان ثانی

بررسی تأثیر تمرینات ورزشی مختلف بر آمادگی جسمانی کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی: مرور نظام‌مند



رضا سبزواری راد

اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش علائم افسردگی مزمن در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتِیسم



سید مجتبی عقیلی، آرزو اصغری، سعید کفاش صدقی، میترا نمازی

تغییر تربیت استثنایی

داری مجوز از کمیسیون بررسی نشریات علمی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

- دوره علمی: روایت‌درمانی پر اخصاسان، کهنسری و المصدردکسی، معادری، کودگان، کهنسری، ذکری، باکر، زکریا، مرزبان، صالح، حیدری، شاهی، محمدآبادی، باغچه، پروندگی، محمدآبادی، سید طاهر، کاظمی، اله، آرمین، باکر، آریا،...
- دوره علمی: روان‌پرورشی بومی، کوهسود، خسرو، بر مبنای مکتب اسلامی، واکتوری، معادری، ذکری، فرزند، با...
- نشریات علمی: سب، شماره ۳، پیاپی ۱۶۹، شهریور و مرداد ۱۴۰۱، تهران، انتشارات علمی و فرهنگی، چاپخانه...
- دوره علمی: آموزش مدیریت والدین بر مبنای اخلاق اسلامی، باغچه، معادری، کوهسود، فرزند، آرمین، کوهسود،...
- دوره علمی: دوران شکوفایی رفتاری، بر مبنای روان و دوره‌های غیرمستقیم، معادری، کودگان، باغچه، طبیب،...
- دوره علمی: نقش حمایت‌گرانه، خدایه، معادری، آرمین، کوهسود، فرزند، آرمین، کوهسود،...
- دوره علمی: طرح‌واره درمانی، باغچه، معادری، کوهسود، فرزند، آرمین، کوهسود،...

صاحب امتیاز: سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور
مدیر مسئول: دکتر حمید طریفی حسینی
سرمدبیر: دکتر محمد کمالی
مدیر داخلی: دکتر اسماعیل برقی
دبیر علمی و مدیر سامانه: علی اسلامبولچی مقدم

مجوز انتشار از وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۱۶۲۲۱-۱۳۹۴/۱۱/۵
 مجوز درجه علمی از دبیرخانه کمیسیون بررسی نشریات علمی کشور:
 ۱۳۸۹/۱۰/۱۹ - ۸۹/۳/۱۱/۷۲۹۹۰

دوماهنامه علمی

سال بیست و دوم، مرداد و شهریور ۱۴۰۱
 شماره ۳، پیاپی ۱۶۹

نشانی: تهران، خیابان انقلاب، بین چهارراه
 ولیعصر و خیابان فلسطین، خیابان برادران
 مظفر (صبای شمالی)، شماره ۶۶،
 سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور
شناسه پستی: ۱۴۱۶۹۳۵۶۸۴

رایانامه

Exceptional.education@yahoo.com

سامانه دریافت مقاله

www.Exceptionaleducation.ir

سایر پایگاه‌های نمایه‌کننده

بانک اطلاعات نشریات کشور (مگ ایران)
 پایگاه مجلات تخصصی نور (نورمگز)
 درگاه جامع علوم انسانی

هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا)

آزاد یکتا، مهرناز / دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی - واحد اسلام شهر
 اصغری نکاح، سید محسن / استادیار دانشگاه فردوسی مشهد
 استکی، مهناز / دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران مرکزی
 پرند، اکرم / پسادکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی
 حسین خانزاده، عباسعلی / دانشیار روان‌شناسی دانشگاه گیلان
 دارویی، اکبر / استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
 فرهود، داریوش / استاد ژنتیک دانشگاه علوم پزشکی تهران
 عزیززاده، حمید / استاد روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی
 موللی، گیتا / دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
 یوسفی لویه، مجید / دکتری تخصصی روان‌شناسی کودکا

همکاران تحریریه

علی اسلامبولچی مقدم / کارشناس ارشد کودکان استثنایی
 اعظم السادات حسینی پور / پزشک
 محمد نیک‌افروز / کارشناس ارشد زبان انگلیسی

شیوه نگارش مقاله برای نشریه تعلیم و تربیت استثنایی

۳

اثربخشے روایت درمانی بر احساس کھتری و افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی



۹

یاسر رضاپور میر صالح، مهدی شمالی احمد آبادی، عاطفه برخورداری احمد آبادی، سیدعلیرضا عمارتی، الهه اکبری ان ترک آباد

اثربخشے روان درمانے پویشی کوتاه مدت فشرده بر مؤلفه های استرس والدگری مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم



۱۹

شهرام رضایی، مینا مجتبابی، آرزو شمالی اسکویی

برنامه منظم خواب: روشے برای پیشگیری از مشکلات هیجانی - رفتاری در کودکان



۳۱

ستاره شجاعی، فرزانه بهزادی

اثربخشے آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال های رفتار مخرب در دانش آموزان کم توان ذهنے



۴۷

شیرین مجاور، غلامعلی افروز، عاطفه محمدی فیض آبادی، زهرا بابازاده

اثربخشے درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در ایران: مرور نظام مند



۶۱

حامد احمدی، علی محمد فلاح، حامد محمودیان ثانی

بررسی تأثیر تمرینات ورزشی مختلف بر آمادگی جسمانی کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی: مرور نظام مند



۷۵

رضا سبزواری راد

اثربخشے طرح واره درمانی بر کاهش علائم افسردگی مزمن در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم



۹۳

سید مجتبی عقیلی، آرزو اصغری، سعید کفاش صدقی، میترا نمازی

چکیده انگلیسی مقاله ها

۱۰۲





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. بر اساس 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 غلط املایی 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 (نخست روش‌شناسی، و پس از تأیید روش پژوهش 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، دانشکده آزاد اسلامی، شهر، کشور

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

۲) عضو غیر هیئت علمی

□ مثال برای دانشجو: دانشجوی کارشناسی ارشد، واحد، دانشکده آزاد اسلامی، شهر، کشور
□ مثال برای فارغ التحصیل غیر هیئت علمی: دکتری، واحد، دانشکده 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 سازمان یافته 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 پذیرفته شده با تأیید سردبیر یا جانشین وی در نوبت چاپ قرار خواهند گرفت.

■ فقط پس از تغییر وضعیت مقاله به «پذیرفته شده» 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 روان شناسی، دانشکده، دانشگاه، شهر، کشور، ...
مثال برای فارغ التحصیل 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.

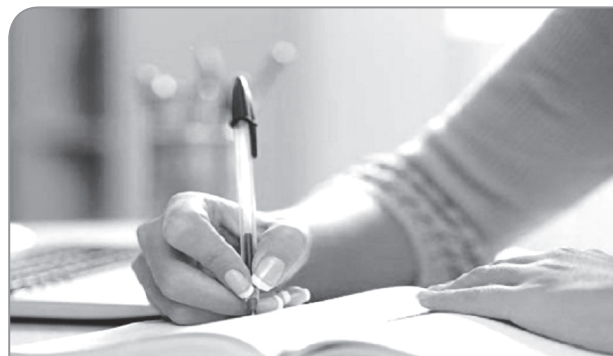
● یافته‌ها:

- 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 و نکوور (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. ارایه چند پیشنهاد برای پژوهشگران بعدی در این قسمت می‌تواند به غنای کار بیفزاید.

● نتیجه‌گیری:

در این قسمت لازم است بر اساس 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 پراکنش 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 «In»: 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 online/serial on the Internet] 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 روایت‌درمانی بر احساس کهتری و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی

- یاسر رضاپور میرصالح، دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران
- مهدی شمالی احمدآبادی*، دکتری روان‌شناسی، سازمان آموزش و پرورش، اردکان، یزد، ایران
- عاطفه برخوردار احمدآبادی، کارشناسی، روان‌شناسی عمومی، واحد میبد، دانشگاه پیام نور، یزد، ایران
- سیدعلیرضا عمارتی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران
- الهه اکبری‌ان ترک‌آباد، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۲۶ • تاریخ انتشار: مرداد و شهریور ۱۴۰۱ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۹ - ۱۸

چکیده

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر اثربخشی روایت‌درمانی بر احساس کهتری و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی بود.

روش: این مطالعه با رویکرد کمی و به روش نیمه‌آزمایشی و با بکارگیری طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری متشکل از تمام مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان کاشان در سال تحصیلی ۱۳۹۸ - ۱۳۹۹ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۴ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفری (آزمایشی و گواه) جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های استاندارد افسردگی بک (۱۹۶۱) و احساس کهتری یائو و همکاران (۱۹۹۷) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پاسخ دادند. گروه آزمایشی مداخله روایت‌درمانی را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته و هر هفته ۲ جلسه دریافت کردند، در صورتی که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را طی مدت زمان انجام پژوهش دریافت نکرد. در پایان نیز داده‌های پژوهش با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمرات افسردگی و احساس کهتری گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه، در مرحله پس‌آزمون کاهش معناداری پیدا کرده و این کاهش در مرحله پیگیری نسبتاً ثابت مانده است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، روایت‌درمانی می‌تواند به‌عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر در کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: احساس کهتری، افسردگی، روایت‌درمانی، کم‌توان ذهنی، مادران

مقدمه

کم‌توانی ذهنی^۱ زیرمجموعه اختلالات عصبی-رشدی^۲ به‌شمار می‌رود که در آن رشد و تحول صحیح مغز و دستگاه عصبی در دوران رشد کودک با مشکل مواجه می‌شود (۱). براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ میزان شیوع معلولیت ذهنی در حدود ۱٪ بوده (۲) و مشخصه اصلی این اختلال نقص‌هایی در توانایی‌های ذهنی همچون استدلال، حل مسئله، یادگیری از تجربه و هوش پائین است (۳). کودکان کم‌توان ذهنی مشکلات زیادی را برای خانواده‌ها و اطرافیان‌شان به‌همراه دارند (۴). از آنجایی‌که این کودکان در یادگیری توانایی لازم را ندارند، والدین با دشواری‌های زیادی در رابطه با تربیت و آموزش آنان مواجهند (۵) و این شرایط مشکلات زیادی را در ابعاد روانی، جسمانی، اقتصادی و اجتماعی به خانواده‌های این کودکان تحمیل می‌کند (۶، ۷). از سوی دیگر با توجه به اینکه وظیفه اصلی نگهداری از کودک بر عهده مادر است، بنابراین مادران کودکان کم‌توان ذهنی مشکلات بیشتری را در رابطه با فرزند خود متحمل می‌شوند (۸) به‌طوری‌که مادران کودکان کم‌توان ذهنی هیجانات منفی زیادی را همچون غم، خشم، سوگ و گریه را گزارش می‌دهند (۹).

احساس ناتوانی و کمبود در مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌تواند به احساس کهنتری^۴ در آنها منجر شود. مفهوم احساس کهنتری را آدلر^۵ مطرح کرد. آدلر معتقد بود احساس کهنتری نیروی برانگیزاننده‌ای است که در رفتار انسان‌ها وجود دارد. به‌نظر وی انسان بودن همراه با احساس کهنتری است؛ چراکه این حالت در تمامی انسان‌ها مشترک بوده و نشانه نابهنجاری به حساب نمی‌آید (۱۰). احساس کهنتری شامل عواطف و احساساتی است که افراد به‌صورت مداوم آن‌را به اشکال گوناگون تجربه می‌کند (۱۱) و باوری عمیق، دائمی و غیرواقعی در خصوص پایین بودن توانایی‌های عقلی و جسمی است که نتیجه آن کاهش سطح ارزش‌ها و همچنین نارزنده‌سازی فرد خواهد بود. (۱۲).

به‌طور کلی مادران انتظار دارند فرزندشان همچون سایر کودکان سالم باشد، اما زمانی که با تولد یک فرزند ناتوان

مواجه می‌شوند، احساس کهنتری را تجربه می‌کنند (۱۳). اما آنچه در خصوص احساس کهنتری مادران کودکان کم‌توان ذهنی اهمیت دارد شدت احساس کهنتری و برخوردی است که این افراد با این احساس دارند. براساس نظر آدلر در حالی که گروهی از مادران در صدد جبران کهنتری ایجاد شده برمی‌آیند اما گروهی نیز جبران کاذب یا انحرافی را در پیش می‌گیرند و دچار عقده حقارت می‌شوند که نتیجه آن طیف وسیعی از پاسخ‌های رفتاری و هیجانی مانند احساس گناه، مقایسه، احساس مسئولیت، انکار، خشم، اندوه، شرمساری، سرخوردگی و ترس خواهد بود (۳) و پیامدهای رفتاری و هیجانی منفی نیز به‌صورت یک چرخه تکرار شونده، احساس کهنتری را تشدید خواهد کرد (۱۴، ۱۵).

پیامدهای رفتاری و هیجانی منفی ناشی از احساس کهنتری می‌تواند به افسردگی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی منجر شود (۱۶). از افسردگی به‌عنوان سرماخوردگی روح یاد می‌شود و میزان شیوع آن برای زنان بین ۱۰ تا ۲۵ درصد و برای مردان بین ۵ تا ۱۲ درصد گزارش شده است (۲). افسردگی از شایع‌ترین واکنش‌هایی است که مادران کودکان کم‌توان ذهنی به شرایط خاص زندگی‌شان نشان می‌دهند (۱۷). این مادران با تجربه مکرر احساس بی‌ارزش بودن، خستگی روانی، احساس گناه، اختلال در عملکرد جسمی (۱۸) دچار اختلالات مختلفی از جمله اضطراب و افسردگی می‌شوند (۱۹). نتیجه مطالعه گوگی، کومار و دوری (۲۰۱۶) نشان می‌دهد که مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی، افسردگی و اضطراب بالاتری دارند. فاست و سیور^۶ (۲۰۰۸) نیز نشان دادند احساس غم و اندوه و افسردگی در بین مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بیشتر است (۲۰، ۲۱). تبسم و محسین^۷ (۲۰۱۳) نیز معتقدند که والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی افسردگی و اضطراب بیشتری را نسبت به والدین دارای کودک عادی تجربه می‌کنند و میزان افسردگی و اضطراب مادران نیز بیشتر از پدران است (۲۲).

عدم مداخله مناسب و به‌موقع در احساس کهنتری و افسردگی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌تواند پیامدهای منفی زیادی چون کودک‌آزاری، پرخاشگری، مشکلات زناشویی،

1. Intellectual Disability

2. neurodevelopmental disorders

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(dsm-5)

4. Inferiority Feeling

5. Adler

6. Faust & Scior

7. Tabassum & Mohsin

در بررسی پیشینه پژوهش، مطالعه‌ای که اختصاصاً بر تأثیر روایت‌درمانی بر احساس کهتری و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مشاهده نشد. اما نتایج مطالعات مختلفی حاکی از اثربخشی مداخله روایت‌درمانی است. برای مثال سانگ و چیو^۱ (۲۰۱۷) در مطالعه خود نشان دادند که روایت‌درمانی بر پرخاشگری، افسردگی و تاب‌آوری نوجوانان با اختلال سلوک مؤثر است (۳۲). همچنین نتایج مطالعات رستگاری و مرادی (۱۳۹۳) (۲۷)، داسیلوا و همکاران (۲۰۱۹) (۲۸)، مونتسانو، گوکالوس و فیشس^۲ (۲۰۱۷) (۳۳)، کلویتر، گاروارد و وایس^۳ (۲۰۱۷) (۳۴) حاکی از تأثیر روایت‌درمانی بر افسردگی است. آنچه در خصوص پژوهش‌های عنوان شده حائز اهمیت است، این است که این پژوهش‌ها در جامعه‌ای غیر از مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی (برای مثال: سانگ و چیو، ۲۰۱۷) و مرتبط با جامعه پژوهش حاضر نیست. همچنین این پژوهش‌ها در روش اجرا، متغیرها و ابزارهای استفاده شده نیز با پژوهش حاضر متفاوت بوده و اهداف این پژوهش را در بر نمی‌گیرد. لذا با توجه به خلاء پژوهشی موجود، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر روایت‌درمانی بر احساس کهتری و افسردگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی انجام شد.

روش اجرای پژوهش

این مطالعه با رویکرد کمی و به روش نیمه‌آزمایشی و با به‌کارگیری طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری متشکل از تمام مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان کاشان در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود. نمونه‌گیری به روش در دسترس صورت گرفت. به این صورت که ابتدا با کسب معرفی‌نامه از دانشگاه و ارائه آن به آموزش و پرورش شهرستان کاشان و اخذ مجوز و معرفی‌نامه از این اداره، اقدامات اولیه در خصوص کسب اطلاعات از جامعه و همچنین تعیین زمان و مکان اجرای پژوهش مشخص شد. سپس از اداره آموزش و پرورش اطلاعات اولیه در خصوص تعداد کودکان کم‌توان ذهنی که در مدارس این شهرستان در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ مشغول به تحصیل بودند اخذ شد که برابر با این آمار تعداد ۱۴۰ کودک کم‌توان ذهنی در مدارس استثنایی این شهرستان مشغول به تحصیل بودند. در مرحله بعد پژوهشگر به مراکز مشاوره تخصصی مشاوره و روان‌شناسی

احساس تنهایی و خودکشی را به دنبال داشته باشد. از این‌رو ضرورت دارد تا در خصوص این مادران مداخلات درمانی مناسبی صورت گیرد. از سوی دیگر اگرچه نظریه‌های روان‌شناسی در خصوص علت احساس کهتری و افسردگی نگاه‌های متفاوتی دارند اما در دیدگاه پُست مدرن که هدف آن نقد عقل و واقعیت است، مشکلات روانی افراد ریشه در واقعیتی است که افراد برای خود ساخته‌اند (۲۳). در روایت‌درمانی که بازتابی درمانی از پُست مدرن به‌شمار می‌رود و تمامی الزامات هستی‌شناسانه پُست مدرن نیز در نظر گرفته شده است، واقعیت‌ها مستقل از فرایندهای مشاهده‌ای وجود ندارد؛ آگاهی‌های افراد از واقعیت بر مبنای زبان استوار و دانش آنها نیز به زمان و فرهنگ وابسته است و براساس این دیدگاه، شناخت‌های پذیرفته‌شده یا مفاهیم اجتماعی بر زندگی تأثیرگذارند و درمان نیز حاصل ساختارشکنی قدرت قصه‌های مراجعان و ایجاد معنایی تازه از زندگی خواهد بود (۲۴). در روایت‌درمانی با شکستن ساختارهای قدرت قصه‌ها، گفتن، گوش دادن، دوباره بازگو کردن و دوباره شنیدن داستان‌ها تأکید می‌شود (۲۵). در این حالت با بازنویسی عناصر اصلی روایت‌های زندگی به فرد کمک می‌شود تا داستان‌های خود را تغییر دهد (۲۶).

براساس روایت‌درمانی، داستان زندگی هر فرد تحت تأثیر افراد مختلفی است (۲۵) و روایت‌های زندگی اغلب چیزی است از سوی فرد و یا اطرافیان وی دیکته شده است (۲۷). بر این اساس احساس کهتری و افسردگی حاصل روایت ناکارآمدی است که مادران کودکان کم‌توان ذهنی در خصوص خود، زندگی و فرزندشان ساخته‌اند (۲۸) چرا که مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی ممکن است یک الگوی اجتنابی را بواسطه شرایط ویژه‌ی فرزند خود آغاز کنند که به انزوای آنها از جامعه و افسردگی منجر شود (۲۹) در واقع روایت این مادران از زندگی‌شان بر احساس کهتری و انزوا استوار شده و رفتارهای طفره‌آمیز حاصل از این روایت پیامدهایی چون افسردگی را در پی دارد (۳۰). از آنجاکه ساختارشکنی در قصه‌های این افراد و کمک به آنها برای ایجاد روایتی جدید و معنایی تازه از زندگی می‌تواند به بهبود مشکلات روانی آنها منجر شود (۳۱). بنابراین روایت‌درمانی یکی از مداخلاتی است که می‌تواند در بهبود احساس کهتری و افسردگی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی مورد استفاده قرار گیرد.

1. Sung & Yeon

2. Montesano, Gonçaves & Feixas

3. Cloitre, Garvert & Weiss

انجام آن بررسی و همچنین راهکارهایی جهت بهبود انجام تکالیف ارائه می‌شد. در ادامه پروتکل مبتنی بر روایت‌درمانی به گروه آزمایشی ارائه و افراد تجارب خود را در قالب بحث گروهی مطرح می‌کردند. در پایان جلسه نیز پس دریافت بازخوردی کوتاه از جلسه تمرین‌هایی همسو با محتوای جلسه به اعضای گروه ارائه می‌شد. در طول مدت انجام پژوهش گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسه هشتم نیز مجدداً از هر دو گروه خواسته شد تا به پرسشنامه‌های مذکور مجدداً پاسخ دهند. در نهایت پس از گذشت دو ماه از آخرین جلسه، دوره پیگیری انجام شد و هر دو گروه در مرحله پیگیری به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. داده با استفاده از نرم‌افزار SPSS24 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل آماری قرار گرفت. ملاحظات اخلاقی نیز شامل: نداشتن بار مالی و قانونی، عدم تضاد مفاهیم مورد آموزش با نظام ارزشی مراجعان، بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها، محرمانه ماندن اطلاعات و حق انصراف در هر مرحله از پژوهش در هر دو گروه آزمایشی و گواه بود.

ابزار پژوهش

□ **پرسشنامه احساس کهرتی:** مقیاس کهرتی یاؤ و همکاران (۱۹۹۷) (۳۶)، دارای ۳۴ گویه شامل افکار منفی است که به‌طور مکرر به‌وسیله بیماران که از اختلال‌های اضطرابی (به‌ویژه هراس اجتماعی و وسواس-بی‌اختیاری) رنج می‌برند، گزارش شده است. این مقیاس یک ابزار خودگزارش‌دهی است که ۱۷ گویه آن ارزیابی فرد از کهرتی خویش و ۱۷ گویه دیگر آن کهرتی مرتبط با قضاوت‌های دیگران را می‌سنجد. از لحاظ محتوایی، از ۳۴ گویه مقیاس ۱۵ گویه‌ای آن با رویدادهای منفی نظیر ضعف، خستگی، اشتباه و انتقاد و ۱۵ گویه دیگر با رویدادهای مثبت نظیر ارزشمندی، موفقیت و تحسین مرتبطند و ۴ گویه دیگر منعکس‌کننده اصول موضوعه بی‌قید و شرط هستند. ضریب اعتبار مقیاس کهرتی برای پژوهش یوسفی، مظاهری و ادهمیان (۱۳۸۷) (۳۷) از طریق بازآزمایی ۰/۷۶ = و هماهنگی درونی گویه‌های مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آمد. همچنین همبستگی نمره‌های مقیاس کهرتی با پرسشنامه افسردگی بک و استیر (۱۹۸۷) و پرسشنامه اضطراب بک و استیر (۱۹۹۰) در گروه‌های هراسی به ترتیب $r=0/55$ و $r=0/37$ به‌دست آمد.

وابسته به آموزش و پرورش شهرستان کاشان مراجعه کرده و مسئولان این مراکز را در جریان روند پژوهش قرار داد. در ادامه پس از ارائه توضیحاتی در خصوص نحوه انجام پژوهش، شیوه کار، موانع احتمالی و ضرورت انجام آن، از آنها خواسته شد تا ضمن اعلام فراخوانی از مادران کودکان کم‌توان ذهنی دعوت نمایند تا در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این مرحله برای تمامی ۱۴۰ خانواده دارای کودک کم‌توان ذهنی پیامک دعوت شرکت در جلسه توجیهی ارسال شد و در نهایت ۷۳ نفر در جلسه توجیهی شرکت کردند. پس از برگزاری جلسه ۳۹ نفر اعلام کردند تمایل و شرایط لازم برای شرکت در جلسات را ندارند. از ۳۴ نفر باقی‌مانده مصاحبه انفرادی صورت گرفت و مشخص شد تنها ۲۴ نفر معیارهای ورود به پژوهش را دارند که در نهایت این افراد پس از توجیه تکمیلی به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفری (آزمایشی و گواه) جایگزین شدند. به گروه گواه این اطمینان داده شد که پس از اتمام دوره آموزشی گروه آزمایشی، جلسات آموزشی برای آنها نیز برگزار خواهد شد. ملاک‌های ورود نمونه به پژوهش شامل داشتن آمادگی شناختی برای فهم آموزش‌ها و علاقه‌مندی به شرکت در جلسات آموزشی، عدم ابتلا شرکت‌کنندگان به اختلالات حاد روانی و عدم شرکت در پژوهش همزمان و همچنین ملاک خروج نمونه از پژوهش هم غیبت بیش از ۲ جلسه، بیماری، عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و عدم پایبندی به قوانین گروه بود. پس از انتخاب گروه‌های آزمایشی و گواه، و ارائه توضیحاتی در خصوص اهمیت و نحوه صحیح پاسخگویی پرسشنامه‌ها، هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند.

پروتکل جلسات روایت‌درمانی همسو با برنامه درمانی وایت، ویجایا و اپستون^۱ (۱۹۹۰) (۳۵)، طراحی و پس از بررسی توسط ۶ نفر از خبرگان حوزه روان‌شناسی در دانشگاه‌های اردکان و یزد و انجام اصلاحات لازم، مورد استفاده قرار گرفت. برای اجرای جلسات مداخله، ابتدا برای افراد گروه نمونه جلسه‌ای به‌منظور آشنایی با اهداف درمان، مصاحبه‌ی اولیه، پیش‌آزمون، توافق و دریافت تعهد مبنی بر شرکت در تمامی جلسات درمانی برگزار شد. گروه آزمایشی پس از توجیه در خصوص قوانین، زمان و مکان جلسات و سایر توضیحات لازم، مداخله روایت‌درمانی را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته و هر هفته ۲ جلسه دریافت کردند. در ابتدای جلسات تکالیف ارائه شده در جلسه قبل بررسی و موانع

1. White, Wijaya & Epston

است و تمام عناصر افسردگی براساس نظریه شناختی را نیز پوشش می‌دهد. این پرسشنامه از روایی مطلوبی برخوردار است. ثبات درونی این ابزار ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی ۰/۸۷ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۷۳ گزارش شده است (۳۸). نتایج پژوهش بک، استیر و براون (۱۹۹۶) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (۳۹). فتی (۲۰۰۳)، نیز در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و اعتبار بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده است (۴۰). خلاصه جلسات روایت‌درمانی همسو با برنامه وایت، ویجایا و اپستون (۱۹۹۰) در جدول (۱) ارائه شده است.

□ پرسشنامه افسردگی بک-۲ (BDI-II): از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای ارزیابی حالات افسردگی است و به‌عنوان یک ابزار خودگزارش‌دهی برای سنجش شناخت‌های وابسته به افسردگی به شکلی گسترده به‌کار گرفته شده است و دارای ۲۱ ماده چهارگزینه‌ای با مبنای نمره‌گذاری صفر تا ۳ می‌باشد که درجات مختلفی از افسردگی از خفیف تا شدید را تعیین و علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. بنابراین کمترین امتیاز صفر و بیشترین ۶۳ خواهد بود. تقسیم‌بندی درجات افسردگی به ترتیب افسردگی جزئی (عدم افسردگی) (نمرات بین ۱۳-۰)، افسردگی خفیف (۱۹-۱۴)، افسردگی متوسط (۲۸-۲۰) و افسردگی شدید (۶۳-۲۹) می‌باشد. نسخه بازنگری شده این پرسشنامه در مقایسه با نسخه نخست، بیشتر با DSM-IV همخوان

جدول (۱) خلاصه جلسات روایت‌درمانی مبتنی بر برنامه وایت، ویجایا و اپستون (۱۹۹۰)

جلسه	شرح جلسات
یکم	آشنایی، برقراری رابطه‌درمانی، آشنایی با قوانین کلی گروه، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات اعضا از جلسات، ارائه توضیحاتی درخصوص روایت‌درمانی، بررسی علل افسردگی و احساس کهنتری در زندگی، شرح چند داستان مشکل‌دار و ارزیابی نظر اعضا، ارائه تکلیف و اجرای پیش‌آزمون
دوم	بررسی تکلیف، گفتگو درخصوص ویژگی‌های کودکان کم‌توان ذهنی، ارزیابی تجارب مثبت و منفی اعضا در خصوص تربیت فرزند کم‌توان ذهنی، بررسی نقش داستان‌های اعضا در خصوص زندگی و بررسی مشکلات اعضا با محوریت افسردگی و احساس کهنتری، بررسی روایت‌های اعضا درخصوص زندگی و تولد فرزند کم‌توان ذهنی، ارائه تکلیف و دریافت بازخورد در خصوص جلسه
سوم	بررسی تکلیف، بررسی وضعیت اعضا درخصوص علائم افسردگی تأثیرپذیری آن از روایت‌های موجود زندگی، عینیت‌بخشی و برونی‌سازی مشکلات، نامگذاری مشکلات، مشخص کردن واژه‌های مشکل‌دار و آغاز استعاره‌سازی، بررسی روایت‌های اعضا درخصوص زندگی و تولد فرزند کم‌توان ذهنی در قالب آموزش ارائه شده در جلسه، ارائه تکلیف، گرفتن بازخورد
چهارم	بررسی تکلیف، ادامه‌ی استعاره‌سازی، بررسی استعاره‌های مشکل‌دار و ارتباط آنها با روایت زندگی و اتخاذ موضع نسبت به مشکل، آغاز ساختارشکنی، عملی کردن این آموزش‌ها در مورد روایت‌های اعضا درخصوص زندگی و تولد فرزند کم‌توان ذهنی، ارائه تکلیف، گرفتن بازخورد
پنجم	بررسی تکلیف، فاز تخریب: ساختارشکنی از مشکل توسط استثنائات زندگی، تحلیل روایت، نگرش نسبت به مشکل و اثرات متقابل فرد و مشکل، تمرین عملی این آموزش‌ها در مورد روایت‌های اعضا درخصوص زندگی و تولد فرزند کم‌توان ذهنی، ارائه تکلیف، گرفتن بازخورد
ششم	بررسی تکلیف، فاز بازسازی: استعاره‌های جدید، بازنمایی‌های ذهنی موقعیت‌های زندگی با استعاره‌ی جدید، خلق واقعیت توسط فرد و آغاز روایت‌سازی، انجام عملی آموزش‌های ارائه شده، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف
هفتم	بررسی تکلیف، غنی‌سازی داستان جدید با استفاده از راهبردهای بی‌همتا، بررسی داستان و معنادگی آن به آینده، انجام عملی آموزش‌های ارائه شده؛ ایجاد آمادگی برای اتمام جلسات، ارائه تکلیف
هشتم	بررسی تکلیف، فاز تثبیت: زندگی در داستان جدید، پاسخگویی به پرسش‌ها و بازنویسی داستان‌های گذشته، بررسی معنای زندگی، مستندات بیرونی، غنی‌سازی و تشویق فرد به پیمودن ادامه‌ی داستان، ارزیابی تغییرات و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

مادران شرکت‌کننده در گروه آزمایشی سطح تحصیلات دانشگاهی (۱۶/۷ درصد)، ۷ نفر دیپلم و سیکل (۵۸/۳ درصد)، و ۳ نفر سطح تحصیلات ابتدایی (۲۵ درصد) داشتند. چهار نفر از مادران شرکت‌کننده در گروه گواه سطح تحصیلات دانشگاهی (۳۳/۳ درصد) و ۷ نفر سطح تحصیلات دیپلم و سیکل (۵۸/۳ درصد) و ۱ نفر سطح تحصیلات ابتدایی (۸/۴ درصد) داشتند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک مراحل اجرای آزمون در جدول (۲) ارائه شده است.

میانگین و انحراف معیار سن در مادران شرکت‌کننده در گروه آزمایشی به ترتیب ۳۷/۱۲ و ۴/۱۴، و در مادران شرکت‌کننده در گروه گواه به ترتیب ۳۵/۸۷ و ۳/۷۶ بود. میانگین و انحراف معیار سن کودک نیز در گروه آزمایشی به ترتیب ۸/۴۴ و ۳/۲۹ و در گروه گواه به ترتیب ۸/۰۸ و ۲/۵۱ بود. همه مادران گروه آزمایشی و گواه فقط یک کودک ناتوان ذهنی داشتند. دو نفر از

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک مراحل اجرای آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	آزمایشی	۳۵/۳۳	۳/۳۹	۱۸/۶۷	۲/۰۱
	گواه	۳۵/۰۳	۲/۸۰	۳۵/۸۳	۴/۱۵
احساس کهنتری	آزمایشی	۹۰/۰۸	۷/۲۱	۷۰/۱۶	۸/۱۳
	گواه	۹۰/۹۱	۸/۴۵	۹۰/۵۸	۸/۹۱

بررسی تأثیر روایت‌درمانی افسردگی و احساس کهنتری مادران دارای کودک ناتوان ذهنی بود. قبل از انجام آزمون اندازه‌گیری مکرر برای آزمون این فرضیه‌ها، پیش‌فرض‌های این آزمون شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همسانی واریانس‌های دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، و همگنی شیب واریانس‌ها مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر در مورد تأثیر متغیر مستقل بر دو گروه آزمایشی و گواه در سه مرحله اندازه‌گیری در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول (۲)، به میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی و احساس کهنتری مادران شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک گروه آزمایشی و گواه و به تفکیک مراحل اجرای آزمون اختصاص یافته است. براساس یافته‌های جدول نمرات آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه با کاهش زیادی همراه بوده است، در حالی که شاهد چنین تغییری در گروه گواه نیستیم. به منظور بررسی معناداری این تغییرات از آزمون اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. فرضیه‌های پژوهش،

جدول ۳) نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر در مورد تأثیر متغیر مستقل بر دو گروه آزمایشی و گواه در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	گروه × عامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
افسردگی	گروه × افسردگی	۱۱۹۱/۰۰	۲	۵۹۵/۵۰	۶۸/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶
		۱۱۹۱/۰۰	۱/۹۸	۶۰۱/۶۱	۶۸/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶
احساس کهنتری	گروه × احساس کهنتری	۱۳۶۸/۰۸	۲	۶۸۴/۰۴	۳۵/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲
		۱۳۶۸/۰۸	۱/۶۱	۸۴۹/۲۹	۳۵/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲

اثر نیز همین موضوع را نشان می‌داد. با توجه به این یافته‌ها، فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اینکه روایت‌درمانی بر احساس کهتری و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مؤثر است، تأیید می‌شود و با توجه به تغییرات نمرات می‌توان نتیجه گرفت که روایت‌درمانی موجب کاهش افسردگی و احساس کهتری شده است. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای تعیین پایداری اثر مداخله بر متغیرهای وابسته در جدول (۴) ارائه شده است.

پیش‌فرض هم‌خوانی ماتریس کوواریانس خطا مورد نیز بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که تمامی مقادیر W کرویت غیرمعنادار است و این پیش‌فرض نیز تأیید می‌شود. با این وجود، علاوه بر گزارش مقادیر F با درجه آزادی معمول، از نتایج مربوط به معناداری گرینهاو-گیسر نیز استفاده شد. نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر در جدول (۳) نشان می‌دهد که تمامی مقادیر F هم در افسردگی و احساس کهتری معنادار است ($p < 0/01$). هرچند مقادیر F در افسردگی بسیار بیشتر از احساس کهتری بود، اندازه‌های

جدول (۴) نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای تعیین پایداری اثر مداخله بر متغیرهای وابسته

پس‌آزمون-پیگیری			پیش‌آزمون-پیگیری			پیش‌آزمون-پس‌آزمون			خرده‌مقیاس متغیر
معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	معنا داری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	
۰/۷۷۶	۰/۸۶۲	۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸۳	۸/۹۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱۰	۷/۹۱۷	افسردگی
۱/۰۰	۱/۵۲۶	۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۹۸۶	۱۰/۱۶۷	۰/۰۰۱	۱/۲۳۱	۱۰/۱۲۵	منبع کنترل

اعضای گروه آزمایشی از نظر آماری معنادار بوده است. نتیجه به‌دست آمده در این بخش با یافته‌های پژوهش‌های پیشین از جمله پژوهش داسیلوا و همکاران (۲۰۱۹) (۲۸)، سانگ و چو (۲۰۱۷) (۳۲)، مونتسانو، گوکالوس و فیشس (۲۰۱۷) (۳۳)، کلوتر، گاروارد و وایس (۲۰۱۷) (۳۴) و همچنین رستگاری و مرادی (۱۳۹۳) (۲۷) که نشان دادند روایت‌درمانی بر افسردگی مؤثر است، همسو بود. اگرچه این پژوهش‌ها (برای مثال سانگ و چو، ۲۰۱۷) در روش پژوهش، ابزار و جامعه با پژوهش حاضر متفاوت بودند، اما نتایج این مطالعات نیز حاکی از اثربخشی روایت‌درمانی بر افسردگی بود.

در تبیین یافته‌های این بخش می‌توان اذعان کرد که افراد افسرده همواره از عدم احساس لذت، خلق پائین، احساس گناه و سایر علائم این اختلال گلایه دارند. آنها از این مسئله شکایت دارند که روابط اجتماعی‌شان کاهش یافته و علاقه‌ای برای ارتباطات اجتماعی ندارند. این مسئله بخصوص در مورد مادران کودکان کم‌توان ذهنی که ممکن است تصور کنند به دلیل داشتن فرزند معلول جایگاه خود را از دست داده‌اند و همچنین احساس گناه ناشی از به دنیا آوردن فرزند کم‌توان ذهنی، می‌تواند شدت بیشتری داشته باشد. براساس مبنای روایت‌درمانی داستانی که این مادران از زندگی خود ساخته‌اند

برای تعیین تفاوت نمرات متغیرهای وابسته در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌منظور مشخص کردن پایداری اثر روایت‌درمانی در پس‌آزمون، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد (جدول ۴). نتایج این آزمون نشان می‌دهد که در همه متغیرها تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین تفاوت بین پیش‌آزمون و پیگیری معنادار است ($p < 0/001$) که نشان می‌دهد تأثیر روایت‌درمانی در کاهش افسردگی و احساس کهتری در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است و این درمان اثر پایداری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف اثربخشی روایت‌درمانی بر احساس کهتری و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد پس از اجرای مداخله مبتنی بر روایت‌درمانی کاهش معناداری در افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی ایجاد شده است. به این معنا که نمره‌های افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی در پایان مرحله مداخله به اندازه‌ای که از نظر آماری معنادار محسوب می‌شود، کاهش یافته بود. نتایج حاصل از مرحله پیگیری نیز نشان داد که ماندگاری بهبودی ایجاد شده برای

محتوایی مبتنی بر احساس گناه، مقایسه، سرزنش خود و باورهای ناکارآمدی دارد که پیامد آن برای این مادران افسردگی و احساس کهتری بوده است. روایت‌درمانی مداخله‌ای است که در یک فرایند سازمان‌یافته و در سه فاز تخریب، بازسازی و تثبیت نمایان شده و به افراد کمک می‌کند تا روایت‌های زندگی‌شان را به‌گونه‌ای بازنگری و تغییر دهند که نتایج بهتری را در زندگی برای آنها به‌دنبال داشته باشد (۲۹). همسو با اهداف روایت‌درمانی بسته آموزشی ارائه شده به این مادران به‌گونه‌ای طراحی شد تا در وهله اول آموزش‌هایی را در سه فاز تخریب، بازسازی و تثبیت دریافت و براساس آن، روایت‌هایی که از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی برای خود ساخته بودند را در جهت یک زندگی بهتر اصلاح نمایند. از این رو محتوای جلسات بیشتر تمرینات عملی در جهت آموزش‌های ارائه شده بود. به‌منظور تثبیت این آموزش‌ها نیز در پایان هر جلسه تکالیفی هم‌سو با آموزش‌های ارائه شده به هریک از اعضا ارائه شد به طوری که هم‌زمان تغییرات شناختی و رفتاری را برای اعضا در پی داشته و آنها بتوانند پیامدهای این تغییرات را در زندگی خود مشاهده نمایند. بنابراین اعضای گروه آزمایشی در فاز تخریب از روایت زندگی خود که در واقع مشکل آنها بود ساختار شکنی کردند، در فاز بازسازی نیز با کمک درمان‌گر به آفرینش داستانی فارغ از مشکل زندگی‌شان که همان مشکلات ناشی از فرزند کم‌توان ذهنی بود، پرداختند و سپس در فاز تثبیت آموختند که با داستان جدید خود زندگی کنند. از این رو تغییر زیادی در باورها و رفتارهای آنها در زندگی به وجود آمد. آنها توانستند روابط خود با اطرافیان‌شان را بهبود بخشند. روابطی که با توجه به روایت تمامی آنها از زندگی مبنی بر اینکه «چون من فرزند کم‌توان ذهنی دارم باید از اجتماع دور باشم»، به شدت آسیب‌دیده و باعث شده بود که تنهایی و اجتناب از اجتماع را برگزینند و به افسردگی در آنها منجر شود. لذا با تغییر روایت اعضای گروه آزمایشی و در نتیجه بهبود روابط اجتماعی و همچنین کاهش احساس تنهایی، افسردگی در آنها نیز کاهش یافت.

نتیجه دیگر پژوهش نیز حاکی از این بود که روایت‌درمانی بر کاهش احساس کهتری مادران کودک کم‌توان ذهنی مؤثر است. بدین معنا که نمره‌های ابعاد احساس کهتری مادران کودک کم‌توان ذهنی در پایان مرحله پس‌آزمون به‌طور معناداری، کاهش یافته بود. نتایج حاصل از مرحله پیگیری نیز حاکی از این بود که ماندگاری تغییرات ایجاد شده معنادار بود. در بررسی پیشینه پژوهش، مطالعه‌ای که اختصاصاً این

مسئله را مورد بررسی قرار داده باشد، یافت نشد. در تبیین نتیجه به‌دست آمده می‌توان گفت یکی از روایت‌های زندگی مادران کودک کم‌توان ذهنی، احساس کهتری ناشی از داشتن فرزند ناتوان است. براساس نظر آدلر اگرچه احساس کهتری نیروی برانگیزاننده زندگی است اما انسان‌ها در برخورد با آن متفاوت رفتار می‌کنند. آدلر معتقد است در حالی که برخی کهتری ایجاد شده را جبران می‌کنند، اما عده‌ای نیز دچار عقده کهتری می‌شوند (۱۰). بر این اساس اگرچه مادران کودکان کم‌توان ذهنی به دلیل داشتن فرزند ناتوان، احساس کهتری را تجربه می‌کنند، اما بسته به اینکه چه روایتی را برای زندگی خود ایجاد کرده باشند، برخورد متفاوتی با این کهتری ایجاد شده خواهند داشت. در مداخله روایت‌درمانی، روایت‌های افراد از زندگی‌شان بررسی و اصلاح می‌شود (۲۸) این مداخله از ظرفیت افراد برای روایت‌سازی بهره می‌گیرد و مشکلات زندگی را در مشکلات ناشی از زبان و استعاره‌ها می‌داند. در این دیدگاه زبان و استعاره مکان ایجاد واقعیت‌های زندگی هستند، واقعیت‌های که اغلب افراد با آنها زندگی می‌کنند. در جلسات آموزشی، اعضای گروه آزمایشی آموختند چگونه استعاره‌های مشکل‌دار زندگی خود را شناسایی و اصلاح نمایند. در این مداخله افراد آموختند بیش از آنکه محصول محیط و شرایط زندگی‌شان باشد، محصول خود هستند و مشکلات‌شان را باید در خودشان جستجو کنند. از نظر روایت‌درمانی، فرآیند درمان، مبتنی بر انتقال از یک روایت به روایت دیگر است، روایت مادری حقیر و درمانده به روایت فردی که کمبودهای زندگی‌شان را جبران می‌کند. از این رو با تغییر در روایت‌های اعضای گروه آزمایشی، احساس کهتری در آنها نیز کاهش یافت.

به‌طور کلی نتایج این مطالعه نشان داد روایت‌درمانی بر احساس کهتری و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر معناداری دارد. این نتایج، ضمن ایجاد افق روشن و عملی برای درمانگران، می‌تواند راهنمایی مؤثری جهت طراحی الگوهای درمانی کارآمد و بهبود مشکلات مادران کودک کم‌توان ذهنی، به‌خصوص در مؤلفه‌های افسردگی و احساس کهتری باشد. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود برنامه مداخله‌ای روایت‌درمانی به‌عنوان یکی از درمان‌های حمایتی والدین کودکان کم‌توان ذهنی، از سوی مراکز روان‌درمانی و حمایتی به مادران کودکان کم‌توان ذهنی ارائه شود. ارائه آموزش‌های ضمن خدمت به روان‌درمانگران، مشاوران و یا مددکاران مرتبط با مراکز آموزشی کودکان کم‌توان ذهنی، در زمینه دانش‌افزایی

8. Faramarzi S, Karamimanesh V, Mahmoudi M. Meta-Analysis of effectiveness of psychological interventions in mental health of families with children with mental disabilities (2012-2013). *Clinical Psychology Studies*. 2013;4(13):89-106. [Persian]
9. Maryami N, Ahmadian H. The effectiveness of resilience training on happiness of mothers with mentally disabled children in Qorveh. *J Educ Psychol Sci Stud*. 2015;1(1):32-42. [Persian]
10. Schultz D, Schultz SA. *Theories of Personality*, translated by Yahya Seyed Mohammadi, twenty. Tehran: Viraish Publications; 2012.
11. Payam R, Agdasi A. The relationship between the mental health and the inferiority complex with social anxiety among female students. 2017. [Persian]
12. Ryckman RM. *Theories of personality*: Cengage Learning; 2012.
13. Sayadi G, Golmohammadian M, Rashidi A. The effectiveness of schema therapy on the feeling of inferiority among the adolescent girls of divorced families. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2017;7(1):89-100. [Persian]
14. Hasper J. Management of inferior feelings and addictive behaviors. Available at: 2Twww.alfredadler.edu/Hasper. 2013;20.
15. Shahverdi j, ahmadi sm, sadeghi k, bakhtiari m, rezaei m, veisy f, et al. A comparative study of the level of mental health, happiness, inferiority feelings, marital satisfaction and marital conflict in fertile and infertile women in Kermanshah. 2015. [Persian]
16. Akça F, Özyürek A. Zihinsel Yetersizlikten Etkilenmiş ve Normal Gelişen Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Sıkıntıyı Tolere Etme, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri/The Distress Toleration Status, Depression, Anxiety and Stress Levels of Parents Who Have Normally Developed Children and Who Have Intellectual Disability Children. *Journal of History Culture and Art Research*. 2019;8(1):347-61.
17. Das A, Jain P, Kale VP. A cross-sectional study to assess anxiety and depression in parents of children with intellectual disability. *Indian J Psychiatry*. 2018;60(1):S125.
18. Emerson E. Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2003;47(4-5):385-99.
19. Arnaud C, White-Koning M, Michelsen SI, Parkes J, Parkinson K, Thyen U, et al. Parent-reported quality of life of children with cerebral palsy in Europe. *Pediatrics*. 2008;121(1):54-64.
20. Azar M, Badr LK. Predictors of coping in parents of children with an intellectual disability: comparison between Lebanese mothers and fathers. *Journal of pediatric nursing*. 2010;25(1):46-56.

در روایت‌درمانی، می‌تواند به ارائه مداخلات درمانی بهتر برای این مادران، کمک کند. تعداد کم حجم نمونه، عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر چون وضعیت اجتماعی و اقتصادی و محدود شدن جامعه پژوهش به مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهرستان کاشان از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که می‌تواند روی نتایج تأثیرگذار باشد و لزوم احتیاط در تعمیم نتایج را نشان می‌دهد.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی با یکدیگر ندارند.

References

1. Taghizadeh S, Narimani M, Sadeghi Hashjin G, Basharpour S. The effectiveness of visual perception training on improving attention in students with ADHD. *Journal of School Psychology*. 2018;7(1):102-20. [Persian]
2. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry*: Williams & Wilkins Co; 1988.
3. Gogoi RR, Kumar R, Deuri SP. Anxiety, depression, and quality of life in mothers of children with intellectual disability. *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*. 2017;8(1):71-5.
4. Rassouli M, Yaghmaei F, Mohajeri S, Ghodssi-Ghassemabadi R, Mehrabi Y, Naderlou M, et al. The correlation between the quality of life of mothers of children with special needs and their demographic characteristics in Tehran, Iran. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2018;6(2):72-9. [Persian]
5. Panshi, R, Ghazanfari, A, Sharifi, T. The Effectiveness of Training Problem-Solving Skills on Depression and Anxiety in Mothers of Children with Mental Retardation. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2017;15(4):420-6. [Persian]
6. Gilson KM, Davis E, Johnson S, Gains J, Reddihough D, Williams K. Mental health care needs and preferences for mothers of children with a disability. *Child: care, health and development*. 2018;44(3): 384-91.
7. Dillon-Wallace JA, McDonagh SH, Fordham LA. How stable is the well-being of Australian mothers who care for young children with special health care needs? *Journal of Child and Family Studies*. 2014;23(7):1215-26.

21. Faust H, Scior K. Mental health problems in young people with intellectual disabilities: the impact on parents. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2008;21(5):414-24.
22. Tabassum R, Mohsin N. Depression and anxiety among parents of children with disabilities: a case study from developing world. *International Journal of Environment, Ecology, Family and Urban Studies*. 2013;3(5):33-40.
23. Koganei K, Asaoka Y, Nishimatsu Y, Kito S. Women's Psychological Experiences in a Narrative Therapy-Based Group: An Analysis of Participants' Writings and Beck Depression Inventory-Second Edition. *Japanese Psychological Research*. 2021;63(4):466-75.
24. Raghuraman S, Stuttard N, Hunt N. Evaluating narrative exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression symptoms: A meta-analysis of the evidence base. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021;28(1):1-23.
25. Savickas ML, Porfeli EJ. Career Adapt-Abilities Scale: Construction, reliability, and measurement equivalence across 13 countries. *Journal of vocational behavior*. 2012;80(3):661-73.
26. Fox J, Erlandsson L-K, Shiel A. A systematic review and narrative synthesis of occupational therapy-led interventions for individuals with anxiety and stress-related disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2019;35(2):179-204.
27. Raftgari MK, Moradi O. Efficacy of narrative therapy in reducing depressive symptoms in women 20 to 40 years in Sanandaj. *Shenakht journal of psychology & psychiatry*. 2014;1(2):47-57. [Persian]
28. da Silva RA, de Azevedo Cardoso T, Mondin TC, Reyes AN, de Lima Bach S, de Mattos Souza LD, et al. Is Narrative Cognitive Therapy as Effective as Cognitive Behavior Therapy in the Treatment for Depression in Young Adults? *The Journal of nervous and mental disease*. 2017;205(12):918-24.
29. Yoosefi N, Karimipoor B. Effectiveness of training the Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR) on the Self-Efficacy and Frustration Tolerance in Parents of physical-motor disabled children. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2018;8(30):113-32. [Persian]
30. Mohammadi M, Zaharakar K, Jahangiri J, Davarniya R, Shakarami M, Morshedi M. Assessing the efficiency of educational intervention based on Gottman's model on marital intimacy of women. *Journal of Health*. 2017;8(1):74-84. [Persian]
31. Corey G. *Theory and practice of counseling and psychotherapy*: Nelson Education. Tehran: Roshd; 2015.
32. Yoo SJ, Choi YH. Effects of Group Narrative Therapy on Aggression, Depression and Resilience in Adolescents with Conduct Disorder Tendency. *Journal of the Korean Society of School Health*. 2017;30(2):124-35.
33. Montesano A, Gonçalves MM, Feixas G. Self-narrative reconstruction after dilemma-focused therapy for depression: A comparison of good and poor outcome cases. *Psychotherapy research*. 2017;27(1):112-26.
34. Cloitre M, Garvert DW, Weiss BJ. Depression as a moderator of STAIR Narrative Therapy for women with post-traumatic stress disorder related to childhood abuse. *European journal of psychotraumatology*. 2017;8(1):1377028.
35. White M, Wijaya M, Epstein D. *Narrative means to therapeutic ends*: WW Norton & Company; 1990.
36. Yao S, Cottraux J, Martin R, Mollard E, Guerin J, Hanauer M, et al. Inferiority, guilt and responsibility in OCD, social phobias and controls. *Psychotherapies Cognitive e Comparlimental*. 1997;3(2):210-1.
37. Yousefi R, Mazaheri MA. Inferiority Feeling in Social Phobia and Obsessive Compulsive Disorder Patients. *Quarterly journal of developmental psychology*. 2008;5(17):63-8. [Persian]
38. Dabson K, Mohammad KP. Psychometric characteristics of Beck depression inventory-II in patients with major depressive disorder. 2007. [Persian]
39. Beck A, Steer R, Brown G. *Manual for the beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996. Google Scholar. 2014.
40. Fata L. Established structures of meaning and emotional states of cognitive processing of emotional information: a comparison of two conceptual framework: Thesis in Persian]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2003.

اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر مؤلفه‌های استرس والدگری مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم

- شهرام رضایی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
- مینا مجتبابی*، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
- آرزو شمالی اسکویی، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۲۴ • تاریخ انتشار: مرداد و شهریور ۱۴۰۱ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۱۹ - ۳۰

چکیده

زمینه و هدف: عوامل فراوانی می‌تواند باعث ایجاد استرس والدگری شود که داشتن فرزند با اختلال طیف اُتیسم از جمله آنها است؛ بنابراین، هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر مؤلفه‌های استرس والدگری مادران دارای فرزند اُتیسستیک بود.

روش: روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه، همراه با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری شامل تمامی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود. از میان آنها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه گواه (۱۵ نفر) و آزمایشی (۱۵ نفر) جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه‌ی شاخص استرس والدگری (آبیدین، ۱۹۹۰) استفاده شد. گروه آزمایشی، مداخله روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) به‌صورت فردی، دریافت کردند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیری یک‌راهه اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر مؤلفه‌های استرس والدگری (حس صلاحیت، دلبستگی، محدودیت نقش، افسردگی، روابط با همسر، انزوای اجتماعی و سلامت والدین) مادران دارای فرزندان با اختلال طیف اُتیسم تأثیرگذار بوده است. اثربخشی بعد از دوره پیگیری نیز حفظ شد ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، راهبردی مؤثر در بهبود تمامی مؤلفه‌های استرس والدگری مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم می‌باشد و می‌توان از آن به‌عنوان روش درمانی مؤثر بهره برد.

واژه‌های کلیدی: استرس والدگری، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم

مقدمه

اختلال طیف اُتیسزم^۱ یکی از اختلالات عصبی رشدی است که در نتیجه رشد نابهنجار مغز ایجاد می‌شود و بر توانایی‌های شناختی و اجتماعی فرد تأثیر می‌گذارد که منجر به سطوح بالای تنش، اضطراب، گوشه‌گیری و بلا تکلیفی در والدین و سایر اعضای خانواده می‌شود (۱). شیوع این اختلال در سال ۲۰۱۶ به ۱ در ۶۸ نفر (۲) و براساس آخرین داده‌های مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌های ایالات متحده آمریکا^۲ در سال ۲۰۲۰، به ۱ در ۵۴ نفر افزایش یافته است (۳). در کودکان ایرانی این نرخ شیوع به ۶/۲۶ در ۱۰۰۰۰ نفر گزارش شده است (۴). در عین حال، اختلال طیف اُتیسزم یک اختلال چندژنی است که می‌تواند تا پایان عمر با مشکل برگشت‌پذیری ادامه یابد و با افزایش نرخ شیوع، بار سنگینی بر دوش خانواده‌ها و جامعه بگذارد (۵).

همان‌گونه که والدین بر فرزندان خود تأثیر می‌گذارند، فرزندان نیز با ویژگی‌های رشدی و رفتاری خود، تأثیراتی را بر والدین به جای می‌گذارند. اختلال طیف اُتیسزم به دلیل برخورداری از چندین ویژگی مانند دربرداشتن طیف متنوعی از ناهنجاری‌های زبانی، ارتباطی، رفتاری، اجتماعی و همچنین تشخیص دیر هنگام و دشوار، بروز علائم بعد از یک دوره رشد طبیعی کودک، فقدان درمان‌های قطعی و مؤثر و پیش‌آگهی نه‌چندان مطلوب، می‌تواند فشارهای روانی گوناگونی را بر خانواده تحمیل کند (۶). براساس پژوهش‌های انجام‌شده، والدین کودکان اُتیسستیک در مقایسه با والدین کودکان عادی، در بسیاری از جنبه‌های فرزندپروری، فشارهای روانی و مادی فزاینده‌ای را متحمل می‌شوند و کودکان با اختلال طیف اُتیسزم ۲ تا ۳ برابر کودکان عادی، تنش و مشکلات بیشتری را برای والدین خود به وجود می‌آورند (۷).

یکی از مشکلاتی که اکثر والدین کودکان با نیازهای ویژه^۳ در فرآیند فرزندپروری تجربه می‌کنند، استرس والدگری^۴ است که در مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسزم نیز باید به آن توجه ویژه‌ای شود (۵). از یک طرف، والدگری یک فعالیت پیچیده است و شامل بسیاری از رفتارها و مهارت‌های خاص است که هر یک از والدین به صورت جداگانه یا باهم برای

کنترل و مدیریت رفتارهای فرزندان خود انجام می‌دهند (۸) و از طرف دیگر، داشتن فرزند با ناتوانی یا داشتن فرزند با رفتارهای غیرعادی، منبع اصلی استرس برای والدین است که با عدم آگاهی آنها از رشد کودکان و نحوه تعامل با ایشان باعث تشدید استرس والدگری می‌شود (۹). استرس والدگری با فشارها و دشواری‌هایی که والدین در مراقبت از کودک و انجام وظایف مربوط به آن تجربه می‌کنند، توصیف می‌شود (۱۰). به‌طور کلی، مشکلاتی که در پرورش کودک در سنین پایین وجود دارد، فشار زیادی بر مهارت‌های والدین ایجاد کرده و در صورتی که فهم والدین از وظایف و نقش خود به‌عنوان والد بیش از منابع و روش‌های مقابله و سازگاری آنها باشد، به‌گونه‌ای که روش‌های مقابله معمول والدین قادر به بازگرداندن تعادل در خانواده نباشند، منجر به ایجاد استرس در آنها می‌شود (۱۱)؛ و در همین راستا، مطالعه‌ای نشان داد بین تشخیص کودک با اختلال طیف اُتیسزم و استرس والدگری رابطه معناداری وجود دارد (۷).

استرس والدین مستقیماً بر رفاه عاطفی والدین، روابط والدین و رشد عاطفی و اجتماعی فرزندان می‌تواند تأثیر منفی بگذارد (۱۲). سطوح بالای استرس والدگری در تعامل والد-کودک اختلال ایجاد می‌کند و مهارت‌های والدگری را مختل می‌کند. علاوه بر این، استرس زیاد والدین باعث اختلال در عملکرد ذهنی آنها، ایجاد اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی و افزایش اسناد منفی می‌شود که در نهایت منجر به برداشت‌های منفی از رفتار کودک، افزایش تنبیه و مشکلاتی در تعاملات خانوادگی می‌شود (۱۳). در همین راستا، بررسی‌ها نشان داده‌اند که مادران معمولاً استرس بیشتری نسبت به سایر اعضای خانواده تحمل می‌کنند (۱۴)؛ و همچنین استرس والدگری در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسزم بسیار بیشتر از مادران دارای فرزند عادی است؛ زیرا این مادران بیشتر با چالش‌های والدگری روبه‌رو هستند (۷)؛ بنابراین حمایت‌ها و مداخلات تخصصی برای مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسزم بسیار ارزشمند است و به آنها در تربیت فرزندان کمک می‌کند.

روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده توسط حبیب دوانلو ابداع شده است. این رویکرد یک روش درمانی

1. Autism spectrum disorder (ASD)
2. Centers for Disease Control (CDC)

3. Children with special needs
4. Parenting Stress

بر این اساس، با توجه به شیوع روزافزون اختلال طیف اُتیسْم (۳، ۴) و همچنین با توجه به تأثیر منفی استرس والدگری در تعامل والد-کودک و تأثیر آن بر سلامت روانی و جسمی کلیه اعضای خانواده به‌ویژه مادران، نیاز به بررسی و پژوهش‌های بیشتر مداخلات روان‌درمانی برای کاهش تأثیرات سوء و مخرب آن دیده می‌شد. در این زمینه با توجه به مبانی نظری و پژوهشی ارائه شده، به نظر می‌رسد که اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر استرس والدگری مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم می‌تواند قابل‌توجه باشد. علی‌رغم انجام پژوهش‌های متعدد در خصوص اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر حوزه‌های مختلف و به‌خصوص تعاملات والد-کودک، پژوهشگران در بررسی انتقادی پیشینه پژوهش به این نتیجه رسیدند که اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر استرس والدگری مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم مورد بررسی قرار نگرفته است؛ لذا با توجه به آنچه بیان شد پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر مؤلفه‌های استرس والدگری مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم انجام شد.

روش پژوهش

این پژوهش به لحاظ نوع روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی مادران کودکان اُتیسْتیک مراکز آموزشی و توان‌بخشی شهر تهران در سال ۹۹ بود که از میان آنها ۳۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی، در دو گروه آزمایشی و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند؛ و پس از کسب رضایت آگاهانه و بررسی ملاک‌های ورود و خروج وارد پژوهش شدند. ازجمله ملاک‌های ورود به پژوهش اعلام آمادگی، توانایی حضور در تمام جلسات و دریافت نکردن برنامه مداخله‌های هم‌زمان بود. ازجمله ملاک‌های خروج نیز غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان و انجام ندادن تکالیف بود. همچنین درباره محرمانه ماندن اطلاعات به نمونه‌های پژوهش اطمینان داده شد. حریم خصوصی آزمودنی‌ها نیز در طول پژوهش رعایت و گزارش پژوهش به‌گونه‌ای تهیه و ارائه شد که شناسایی آزمودنی‌ها ممکن نباشد.

مختصر مبتنی بر اصول روان‌تحلیل‌گری است که به دلیل توانایی پوشش دادن طیف وسیع‌تری از بیماران، بر سایر انواع روان‌درمانی‌های کوتاه‌مدت مشابه ارجحیت دارد (۱۵). در این درمان بر احساسات مرتبط با دلبستگی که در رابطه با درمانگر برانگیخته می‌شوند و دفاع‌هایی که بیمار برای اجتناب از این احساسات مبتنی بر این ایده است که افکار و احساسات ناهشیار عوامل مهم رفتار هستند، رویکرد روان‌پویشی به رفتار، به درجات مختلف بر این فرض استوار است که رفتار قابل مشاهده (پاسخ‌های آشکار) تابعی از فرآیندهای روان‌شناختی درونی (رویدادهای پنهان) است. نظریه‌پردازان روان‌پویشی بر این باورند که شخصیت ترکیبی از رویدادهای درونی و بیرونی است که در آن رویدادهای درونی نقش مؤثرتری را ایفا می‌کنند (۱۷)؛ بنابراین در درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده به فرد کمک می‌شود تا مشکلاتش را براین اساس حل کند که چگونه با هیجانات یا تعارضات روبه‌رو شود. این تعارضات و هیجان‌ها محصول فقدان‌ها و آسیب‌های اولیه در زندگی هستند. وقتی که این هیجانات توسط یک رویداد استرس‌زای کنونی فعال می‌شوند، اضطراب و دفاع‌ها بسیج می‌شوند. نتیجه‌ی نهایی، ترکیب اضطراب، جسمانی‌سازی، افسردگی، اجتناب، الگوهای خود شکست‌دهنده و مشکلات بین‌فردی است (۱۸). الگوی نظری عملیاتی روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده، کاربرد مثلث تعارض در سه‌گوشه مثلث شخص است (۱۹). مثلث تعارض به عوامل درونی مشکل ازجمله احساسات، اضطراب و دفاع اشاره دارد و مثلث شخص به زمینه و عوامل بین فردی مانند روابط گذشته، روابط فعلی و روابط با درمانگر می‌پردازد (۲۰). در این رویکرد، فرد با رفع تعارضات ناهشیار خویش، شیوه‌های رضایت‌بخش‌تری برای رفع مشکلات می‌یابد (۲۱). روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده به‌طور بالینی در نمونه‌هایی با مشکلات چندگانه روان‌پزشکی و نمونه‌هایی از بیماران دارای افسردگی، اضطراب، استرس با مقاومت بالا و اختلالات شخصیت مؤثر واقع شده است (۲۲). پژوهش‌های بسیاری به اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر افسردگی (۲۳، ۲۴)، بر اضطراب (۲۱، ۲۵، ۲۶)، بر بهبود سلامت روانی (۲۷)، بر ابرازگری هیجان و تمایز یافتگی (۲۸)، بر ارتقاء امید و شادکامی (۲۹)، بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و علائم روان‌تنی (۳۰) اشاره کرده‌اند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه شاخص استرس والدگری^۱ (PSI): آیدین (۳۱)

در سال ۱۹۹۰ شاخص استرس والدگری را ساخته است که می‌توان از آن برای ارزیابی اهمیت استرس در نظام والد-کودک استفاده کرد. این شاخص دارای ۱۲۰ ماده است که ۱۹ ماده آن اختیاری و میزان استرس زندگی را می‌سنجد و ۱۰۱ گویه باقی‌مانده استرس‌های والدگری را در دو قلمرو والدینی (۵۴ ماده) و کودکی (۴۷ ماده) بررسی می‌کند که در پژوهش حاضر از استرس‌های والدگری در قلمرو والدینی استفاده شد. استرس‌های والدگری در قلمرو والدینی ۶ مؤلفه‌ی افسردگی (۹ ماده)، دل‌بستگی (۷ ماده)، حس‌صلاحیت (۱۳ ماده)، محدودیت نقش (۷ ماده)، سلامت والدین (۵ ماده)، روابط با همسر (۷ ماده) و انزوای اجتماعی (۶ ماده) را ارزیابی می‌کند. شیوه‌ی نمره‌گذاری نیز به روش لیکرت برحسب پاسخ‌های ۱ تا ۵ (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) انجام می‌شود. آیدین ضریب آلفای کرونباخ را در نمونه‌ای از مادران بهنجار (n=۲۶۳۳) که فرزندان آنها بین

۱ ماه تا ۱۲ سال سن داشتند برای نمره کلی در قلمرو والدینی و کودکی به ترتیب ۰/۹۳ تا ۰/۹۰ ذکر می‌کند. در پژوهشی که دادستان و همکاران (۳۲) انجام دادند نیز مقدار ضریب قابلیت اعتماد همسانی درونی این ابزار برای کل مقیاس ۰/۸۸ و ضریب اعتماد بازآزمایی آن بافاصله ۱۰ روز ۰/۹۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۹۲ به دست آمد.

معرفی برنامه مداخله

برنامه مداخله بر اساس پروتکل روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده دوانلو (۳۳) تنظیم شد. جلسات مداخله روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده در قالب ۱۲ جلسه در طول ۳ ماه، هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه در مرکز آموزشی و توان‌بخشی عرفان در شهر تهران به صورت فردی توسط پژوهشگر اجرا شد. در زیر شرح جلسات درمانی ارائه شده است (جدول ۱).

جدول ۱) شرح جلسات روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده

جلسه	اهداف جلسه
یکم	اولین جلسه گفتن قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پویایی که درمانگری آزمایشی نام دارد، برای ارزیابی اولیه مشکل مادران پرداخته شد.
دوم	در جلسه دوم در صورت پاسخ مناسب دادن به درمان آزمایشی پیگیری انجام شد. از این لحظه، یعنی جلسه دوم به بعد با توجه به نوع دفاع‌های (یازده‌گانه) مادران، مداخلات مناسب و مؤثر مربوط به هرکدام به اجرا درآمده است. انواع دفاع‌های تاکتیکی متداول و مداخلات مؤثر مربوط به هرکدام به طور خلاصه در زیر ارائه می‌شوند.
۱	کار با دفاع‌های تاکتیکی کلمات سر بسته (در لفافه سخن گفتن)، کلمات پوششی، مداخلات مؤثر؛ تردید در دفاع، چالش کردن، چالش با دفاع.
۲	بررسی واژه‌های تخصصی مورد استفاده مادران، دفاع‌های تاکتیکی کلام فرضیه‌ای و افکار مرضی و احتمالی. مداخله مؤثر؛ چالش با دفاع‌های مادران و تردید در دفاع.
۳	بررسی دفاع دلیل‌تراشی و تعمق. مداخله‌های مؤثر به ترتیب: روشن‌سازی، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع و مسدود کردن دفاع.
۴	دفاع‌های کلی‌گویی و تعمیم دادن و عقلانی‌سازی. مداخله‌های مؤثر: روشن‌سازی، مسدود کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع.
۵	تاکتیک‌های متنوع‌سازی و فراموش کردن. مداخلات مؤثر: مسدود کردن دفاع و تردید در دفاع، چالش با دفاع.

اهداف جلسه	جلسه
انکار و تکذیب کردن، مداخلات مؤثر: روشن‌سازی دفاع، تردید در دفاع و چالش با دفاع.	۶
بیرونی‌سازی و ابهام، مداخلات مؤثر: روشن‌سازی دفاع و چالش با دفاع.	۷
طفره‌روی، تردید و سواسی: مداخلات مؤثر: روشن‌سازی دفاع، چالش با دفاع.	۸
جسمانی‌سازی و کنش‌ورزی به‌عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله مؤثر: روشن‌سازی دفاع.	۹
سرکشی، نافرمانی. مقدمه‌چینی و گریه دفاعی و طیف دفاع‌های واپس‌رونده. مداخلات مؤثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی.	۱۰
صحبت کردن به‌جای لمس کردن احساسات. علائم غیرکلامی تبعیت-انفعال. مداخلات مؤثر: روشن کردن. تردید در دفاع، چالش با دفاع. روشن کردن، چالش.	۱۱
در جلسه آخر ضمن تحکیم دستاوردها، برنامه پیگیری و بخصوص زمان انجام پس‌آزمون و پیگیری اعلام و ضمن تشکر از مادران، پایان جلسات اعلام شد.	جلسه آخر (دوازدهم)

پایان پژوهش، درمان برای گروه کنترل نیز اجرا شد. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش اثربخشی از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌شرط برقراری پیش‌شرط‌های آزمون و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایشی به ترتیب برابر با ۳۴/۳۳ و ۶/۹۷ سال و در گروه گواه به ترتیب برابر با ۳۲/۰۰ و ۷/۰۲ سال بود. در گروه آزمایشی میزان تحصیلات ۵ نفر دیپلم، ۲ نفر فوق‌دیپلم، ۵ نفر لیسانس و ۳ نفر فوق‌لیسانس بود. در گروه گواه میزان تحصیلات ۶ نفر دیپلم، ۳ نفر فوق‌دیپلم، ۴ نفر لیسانس و ۲ نفر فوق‌لیسانس بود. در گروه آزمایشی ۵ نفر از شرکت‌کنندگان یک فرزند، ۶ نفر دو فرزند و ۴ نفر بیشتر از دو فرزند داشتند. در گروه کنترل ۶ نفر از شرکت‌کنندگان یک فرزند، ۷ نفر دو فرزند و ۲ نفر بیشتر از دو فرزند داشتند. جدول (۲) میانگین و انحراف معیار و شاخص کجی و کشیدگی مؤلفه‌های استرس والدگری (حس صلاحیت، دلبستگی، محدودیت نقش، افسردگی، روابط با همسر، انزوای اجتماعی و سلامت والدین) در سه گروه و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

روش اجرا

برای انجام پژوهش حاضر، پس از هماهنگی و اخذ مجوزهای لازم از مسئولان پژوهشی دانشگاه و هماهنگی با یک مرکز آموزشی و توان‌بخشی، 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 پرسشنامه استرس والدگری، تعداد ۳۰ نفر از مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس گروه آزمایشی در ۱۲ جلسه درمانی (هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه) به‌صورت فردی در برنامه روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده که توسط پژوهشگر در یک مرکز آموزشی و توان‌بخشی صورت گرفت، شرکت کردند؛ درحالی‌که به گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و بعد از ۳ مرحله پیگیری پرسشنامه استرس والدگری آیین را تکمیل کردند. به دلایل اخلاقی، به کلیه شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات به‌دست‌آمده از این مطالعه صرفاً به‌منظور ارائه نتایج در رساله دکتری بوده و تمامی اطلاعات تا پایان محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین به آنها یادآوری شد که می‌توانند هر زمان که تمایل داشتند، مطالعه را ترک کنند. همچنین پس از

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد و مقادیر کجی و کشیدگی مؤلفه‌های استرس والدگری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مؤلفه	گروه	شاخص توصیفی	مراحل	
			پس‌آزمون	پیش‌آزمون
حس صلاحیت	آزمایشی	میانگین \pm انحراف معیار	۷/۵۷ \pm ۴۳/۴۰	۸/۵۷ \pm ۲۷/۳۳
	گواه	کجی - کشیدگی	۰/۱۵۱ - -۰/۲۶۳	-۰/۳۷۱ - ۰/۸۵۴
دل بستگی	آزمایشی	میانگین \pm انحراف معیار	۵/۷۴ \pm ۲۸/۲۷	۷/۱۰ \pm ۲۸/۸۰
	گواه	کجی - کشیدگی	۰/۱۰۵ - -۰/۶۱۰	-۰/۴۰۱ - ۰/۱۹۹
محدودیت نقش	آزمایشی	میانگین \pm انحراف معیار	۳/۴۴ \pm ۱۹/۲۰	۲/۵۵ \pm ۱۰/۹۳
	گواه	کجی - کشیدگی	۰/۸۱۸ - -۰/۸۷۱	-۱/۰۴۱ - -۰/۲۴۳
افسردگی	آزمایشی	میانگین \pm انحراف معیار	۲/۳۷ \pm ۱۳/۰۰	۴/۵۳ \pm ۱۸/۱۳
	گواه	کجی - کشیدگی	۰/۲۹۰ - -۰/۴۸۴	-۰/۷۷۲ - ۰/۰۸۸
روابط با همسر	آزمایشی	میانگین \pm انحراف معیار	۲/۲۰ \pm ۱۳/۰۰	۴/۵۳ \pm ۱۸/۱۳
	گواه	کجی - کشیدگی	۰/۱۵۵ - ۰/۱۳۹	-۰/۳۸۴ - -۰/۰۱۵
انزوای اجتماعی	آزمایشی	میانگین \pm انحراف معیار	۳/۴۸ \pm ۲۲/۰۷	۳/۰۲ \pm ۲۰/۸۷
	گواه	کجی - کشیدگی	-۰/۳۲۸ - ۰/۳۳۴	-۰/۴۷۲ - ۰/۰۳۹
سلامت والدین	آزمایشی	میانگین \pm انحراف معیار	۳/۵۷ \pm ۱۲/۹۳	۵/۹۳ \pm ۲۵/۱۳
	گواه	کجی - کشیدگی	۰/۷۸۹ - ۰/۶۹۹	-۱/۰۴۶ - ۰/۱۹۱
	آزمایشی	میانگین \pm انحراف معیار	۵/۲۴ \pm ۲۷/۴۷	۳/۳۸ \pm ۱۷/۲۰
	گواه	کجی - کشیدگی	۱/۲۴۵ - ۰/۰۱۸	-۱/۲۶۳ - ۰/۳۷۶
	آزمایشی	میانگین \pm انحراف معیار	۲/۹۲ \pm ۱۲/۳۳	۳/۴۰ \pm ۲۱/۱۳
	گواه	کجی - کشیدگی	۰/۳۰۱ - -۰/۷۳۸	-۰/۸۷۹ - -۰/۰۶۹
	آزمایشی	میانگین \pm انحراف معیار	۲/۹۲ \pm ۱۲/۳۳	۳/۴۰ \pm ۲۰/۴۷
	گواه	کجی - کشیدگی	-۰/۴۵۳ - -۰/۶۰۶	-۱/۰۸۵ - -۰/۱۳۰
	آزمایشی	میانگین \pm انحراف معیار	۲/۴۷ \pm ۱۸/۵۳	۲/۴۸ \pm ۱۲/۰۰
	گواه	کجی - کشیدگی	۰/۳۴۵ - -۰/۶۶۵	۰/۵۳۵ - ۰/۰۱۷
	آزمایشی	میانگین \pm انحراف معیار	۲/۴۰ \pm ۱۲/۰۷	۲/۶۹ \pm ۱۱/۴۰
	گواه	کجی - کشیدگی	-۰/۰۷۲ - ۰/۷۶۴	۰/۰۳۹ - ۰/۷۷۲

تغییرات بیانگر آن است که نمرات پس‌آزمون شرکت‌کنندگان در گروه آزمایشی در مؤلفه‌های استرس والدگری کاهش یافته است.

با توجه به جدول (۲) میانگین نمرات مؤلفه‌های استرس والدگری در دو گروه آزمایشی و گواه در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییراتی داشته است. این

نشد و برقراری این مفروضه نیز در بین داده‌ها تأیید شد. پیش فرض هم خطی بین متغیرهای وابسته با ضریب همبستگی بین جفت متغیرها بررسی شد و با توجه به اینکه تمامی ضرایب همبستگی بین جفت متغیرها در حد متوسط (۰/۳ تا ۰/۵) قرار داشت، این پیش فرض نیز مورد تأیید قرار گرفت. علاوه براین، با توجه به حد متوسط ضرایب همبستگی بین متغیرها چنین نتیجه‌گیری شد که بین متغیرها همبستگی خطی چندگانه وجود ندارد.

نتایج تحلیل نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های استرس والدگری در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم معنادار است ($F=۱۳/۸۰۷, p=۰/۰۰۰۱^۲ = ۰/۴۷۵$) نتایج نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت در جامعه ۴۸ درصد است. یعنی ۴۸ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته است. بدین ترتیب مداخله انجام شده بر مؤلفه‌های استرس والدگری در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم اثر معنادار دارد. همچنین اثر گروه در زمان بر ترکیب متغیرهای استرس والدگری در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم معنادار بود ($F=۱۱/۰۱۴, p=۰/۰۰۱^۲ = ۰/۳۱۹$). همچنین اثر زمان بر ترکیب مؤلفه‌های استرس والدگری در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم نیز معنادار بود ($F=۸/۹۶۵, p=۰/۰۰۰۶^۲ = ۰/۲۴۳$). در ادامه برای پی بردن به اینکه در کدامیک از مؤلفه‌های استرس والدگری بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد، جدول (۳) نشان داده شده است.

فرضیه پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفت. استفاده از این تحلیل مستلزم رعایت پیش فرض‌هایی است که پیش از اجرای آزمون مورد بررسی قرار گرفت. مهم‌ترین پیش فرض‌ها عبارت‌اند از: نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها، همگنی کوواریانس، همگنی شیب خط رگرسیون، عدم وجود داده‌های پرت و عدم هم خطی متغیرهای وابسته است.

در این پژوهش برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها از شاخص کجی و کشیدگی استفاده شد. با توجه به اینکه شاخص کجی و کشیدگی همه مؤلفه‌های استرس والدگری در محدوده +۲ و -۲ قرار داشت، بر این اساس چنین نتیجه‌گیری شد که مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، برقرار است. پیش فرض همگنی واریانس مؤلفه‌های استرس والدگری با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به عدم معناداری نمره F مربوط به مؤلفه‌های استرس والدگری ($P>۰/۰۵$) چنین نتیجه‌گیری شد که پیش فرض همسانی واریانس‌ها برقرار است. در ادامه جهت بررسی پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون از معناداری تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری استفاده شده است. آماره‌های چندمتغیری مربوطه یعنی لامبدای ویلکز در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار نبود، بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون در بین داده‌ها برقرار بود.

عدم وجود داده‌های پرت چندمتغیری با استفاده از فاصله ماهالانویس مورد بررسی قرار گرفت که داده پرت شناسایی

جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر گروه‌های آزمایشی و گواه در مراحل پژوهش

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
حس صلاحیت	مراحل پژوهش	۷۷۴/۳۶	۱	۷۷۴/۳۶	۱۲/۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۲
	گروه	۱۷۷۱/۹۴	۲	۵۶۰/۸۳	۹/۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۷
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۱۱۲۱/۶۵	۲	۸۸۵/۹۷	۳۷/۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۸
دلبستگی	مراحل پژوهش	۶۳۷/۵۸	۱	۶۳۷/۵۸	۸۱/۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۵
	گروه	۳۳۶/۷۲	۲	۱۶۸/۳۶	۳۲/۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۵
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۳۹۹/۴۳	۲	۱۹۹/۷۲	۲۲/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۵

منغیر	اثرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
محدودیت نقش	مراحل پژوهش	۱۴۱/۶۴	۱	۱۴۱/۶۴	۱۰/۷۹	<۰/۰۰۱	۰/۲۹
	گروه	۱۰۱۶/۵۳	۲	۵۰۸/۲۷	۸۵/۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۶
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۲۰۵/۲۴	۲	۱۰۲/۶۲	۸/۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۲۴
افسردگی	مراحل پژوهش	۴۹۵/۹۲	۱	۴۹۵/۹۲	۱۶/۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۸
	گروه	۱۵۰۹/۷۷	۲	۷۵۴/۸۹	۳۴/۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۶
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۶۴۶/۲۵	۲	۳۲۳/۱۳	۱۴/۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۴
روابط با همسر	مراحل پژوهش	۳۰۴/۲۴	۱	۳۰۴/۲۴	۱۶/۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۷
	گروه	۵۰۴/۷۱	۲	۲۵۲/۳۶	۳۱/۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۴
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۴۰۵/۸۴	۲	۲۰۲/۹۲	۱۱/۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۰
انزوای اجتماعی	مراحل پژوهش	۴۱۴/۵۰	۱	۴۱۴/۵۰	۳۴/۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۵
	گروه	۷۳۳/۲۹	۲	۳۶۶/۶۵	۷۰/۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۲
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۴۶۲/۸۰	۲	۲۳۱/۴۰	۲۲/۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۶
سلامت والدین	مراحل پژوهش	۱۲۰/۱۰	۱	۱۲۰/۱۰	۱۸/۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۰
	گروه	۳۹۵/۸۴	۲	۱۹۷/۹۲	۷۰/۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۴
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۱۵۹/۴۱	۲	۷۹/۷۱	۱۱/۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۰

علاوه بر این، تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز معنادار بود ($P < ۰/۰۰۱$). این یافته‌ها نشان می‌دهد تفاوت بین مراحل در سطوح گروه‌ها یکسان نیست.

جدول (۳) نشان می‌دهد، تفاوت نمرات مؤلفه‌های استرس والدگری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین میانگین نمرات این مؤلفه‌ها در دو گروه آزمایشی و گواه تفاوت معناداری نشان داد ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۴) آزمون تعدیل بن‌فرونی برای هم‌سنجی نمرات مؤلفه‌ها در سه مرحله در گروه آزمایشی

منغیر	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
حس صلاحیت	پیش‌آزمون	۱۶/۰۷	۳/۵۳۵	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۱۶/۸۰	۳/۱۱۴	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۷۳	۱/۱۶۶	۰/۹۳۲
دلبستگی	پیش‌آزمون	۸/۲۷	۰/۹۸۳	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۹/۵۳	۱/۲۴۳	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱/۲۷	۱/۵۱۶	۰/۸۰۶
محدودیت نقش	پیش‌آزمون	۵/۱۳	۱/۱۹۹	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۵/۳۳	۱/۴۳۶	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۲۰	۰/۸۹۰	۰/۹۸۸

مقدار احتمال	خطای معیار	تفاوت میانگین	زمان‌ها		متغیر
<0/001	1/662	12/20	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	افسردگی
<0/001	1/814	11/67	پیگیری	پیش‌آزمون	
0/971	1/077	0/53	پیگیری	پس‌آزمون	
<0/001	1/792	8/76	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	روابط با همسر
<0/001	1/837	10/28	پیگیری	پیش‌آزمون	
0/596	0/853	1/47	پیگیری	پس‌آزمون	انزوای اجتماعی
<0/001	0/718	8/80	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
<0/001	1/132	9/93	پیگیری	پیش‌آزمون	
0/737	0/935	1/13	پیگیری	پس‌آزمون	سلامت والدین
<0/001	0/833	6/13	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
<0/001	0/899	6/53	پیگیری	پیش‌آزمون	
0/947	0/855	0/40	پیگیری	پس‌آزمون	

در تبیین تأثیرگذاری روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر مؤلفه‌های استرس والدگری مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم می‌توان گفت که وجود یک کودک اُتیسْتیک برای والدین به‌ویژه مادران به منزله‌ی یک معضل و رویداد استرس‌زا تلقی می‌شود؛ از سوی دیگر درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت این عقیده را دارد که افرادی که در معرض یک رویداد استرس‌زای کنونی (داشتن فرزند با اختلال طیف اُتیسْم) قرار می‌گیرند دچار هیجان‌ها و تعارضاتی می‌شوند که محصول فقدان‌ها و آسیب‌هایی در زندگی گذشته هستند؛ و در نتیجه اضطراب، استرس، جسمانی‌سازی، مشکل افسردگی، اجتناب، الگوهای خود شکست دهنده و مشکلات بین فردی و کاهش کیفیت زندگی و ابرازگری هیجانی را برای آنها رقم می‌زند (۱۸)؛ بنابراین، هر وقت محرکی رخ دهد، فرد احساسی واکنشی حس می‌کند. این اضطراب برمی‌انگیزد. اضطراب دفاع‌ها را برمی‌انگیزد؛ و دفاع‌ها موجب نشانه‌ها و مشکلات حاضر می‌شوند. احساس، اضطراب و دفاع، باهم، مثلث تعارض را تشکیل می‌دهند (۳۷). این در مورد فرزندان اُتیسْتیک نیز مصداق دارد. در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، درمانگر با استفاده از مثلث تعارض بیمار را متوجه دفاع‌هایی می‌نماید که برای اجتناب از تجربه‌های هیجانی استفاده می‌نماید. به عبارت دیگر، درمانگر در رویارویی هم‌دلانه با دفاع‌های مادران، این پیام را به مادران می‌رساند که هدف درمانگر کمک به آنها است؛ بنابراین با تقویت پیمان‌درمانی،

منطبق بر جدول (۴) نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی که در گروه آزمایشی تفاوت میانگین نمرات مؤلفه‌های استرس والدگری حس‌صلاحیت، دلبستگی، روابط با همسر و سلامت والدین در مرحله پس‌آزمون افزایش معنادار ($p < 0/001$) و میانگین نمرات مؤلفه‌های محدودیت نقش، افسردگی و انزوای اجتماعی کاهش معنادار ($p < 0/001$) یافته است. براساس نتایج جدول فوق تغییرات یاد شده تا مرحله پیگیری نیز تداوم یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر مؤلفه‌های استرس والدگری مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که به‌طورکلی، مداخله روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر همه‌ی مؤلفه‌های هفتگانه‌ی استرس والدگری (حس‌صلاحیت، دلبستگی، محدودیت نقش، افسردگی، روابط با همسر، انزوای اجتماعی، سلامت والدین) در مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم مؤثر بوده است. نتایج پیگیری نیز بیانگر پایدار بودن این اثربخشی بر مؤلفه‌های هفتگانه‌ی استرس والدگری تا مرحله‌ی پیگیری بود. این یافته را می‌توان با نتایج مطالعات حسن‌زاده (۳۴)، روگنکمپ و همکاران (۳۵)، صفرنیا و همکاران (۳۶)، احمدی و همکاران (۲۵)، همسو دانست.

از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی برای افزایش غنای اطلاعات به‌دست‌آمده استفاده شود؛ درنهایت با توجه به اثربخشی این درمان، شایسته است اقداماتی برای آموزش این نوع درمان برای مشاوران، روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مددکاران اجتماعی انجام شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر بخشی از پژوهش‌های به‌عمل‌آمده برای انجام رساله دکتری تخصصی بوده است و بدین‌وسیله نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه مادرانی که در این پژوهش شرکت داشتند، قدردانی نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

References

1. Perlman J, Howe N. Mothers' Experiences of Obtaining a Diagnosis and Support for their Child with Autism Spectrum Disorder. *Canadian Journal of Family and Youth/Le Journal Canadien de Famille et de la Jeunesse*. 2022;14(3):1-19.
2. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ, Daniels J, Warren Z, et al. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*. 2018;67(6):1.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Autism prevalence rises in communities monitored by CDC. *CDC Newsroom*. [https://www.cdc.gov/media/releases/2020/p0326-autism ...](https://www.cdc.gov/media/releases/2020/p0326-autism...); 2020.
4. Samadi SA, McConkey R. Screening for autism in Iranian preschoolers: Contrasting M-CHAT and a scale developed in Iran. *Journal of autism and developmental disorders*. 2015;45(9):2908-16.
5. Papadopoulous D. Mothers' experiences and challenges raising a child with autism spectrum disorder: A qualitative study. *Brain Sciences*. 2021;11(3):309.
6. Ramezanloo M, Alhosseini KA, Bagheri F, Robatmili S. Lived experience of mothers' children with autism spectrum disorder: A phenomenological study, *Quarterly Psychology of Exceptional Individuals*. 2021;10(39):134-74. [Persian].

مادران بتدریج با پرهیز از رفتارهای اجتنابی به سمت ابراز احساسات می‌روند. با مداخلات فعال درمانگر، دفاع‌های نابالغ و روان رنجور به‌عنوان سبک‌های رفتاری دیرپا و مقاوم در برابر تغییر، هر جلسه با موجی سینوسی که نشان‌دهنده افت‌وخیز استفاده از این دفاع‌ها می‌باشد، به‌پیش می‌رود تا با توجه به توانمند شدن ایگو، دیگر نیازی به استفاده از این دفاع‌ها نباشد تا مادران بتوانند آزادانه احساسات سرکوب‌شده خود را بیان کنند (۳۸).

تیین دیگری که در خصوص اثربخشی بودن روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر مؤلفه‌های استرس والدگری مادران می‌توان ارائه نمود، این است که رویکرد روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده رویدادهای آسیب‌زا را به حیطه هشیاری وارد می‌کند تا بتوان آنها را به‌درستی پردازش و احساسات همراه با آن‌را تجربه و لمس کنند و در این فرآیند اثرات درمانی قابل مشاهده است. درواقع، احساسات سرکوب‌شده توان آسیب‌زایی خود را از دست می‌دهند و برای استفاده در زندگی روزمره در دسترس قرار می‌گیرند، فرآیندی که به مادران کنترل بهتری بر احساسات خود در زندگی می‌دهد. به‌عبارت‌دیگر، رویکرد روان‌درمانی پویشی با تأکیدی که بر «اینجا و اکنون» دارد در شرایط بسیار هیجانی و آشفته، با افزایش تمرکز بر زمان حال و بالا بردن سطح درگیری منطقی با مسائل زندگی، باعث می‌شود مادران کنترل خود را از دست ندهند و با در نظر گرفتن عقل سلیم تصمیم‌گیری کنند و قادر به مدیریت روابط خود باشند و به‌جای تأکید بر رفتارهای ناپخته و هیجانی، بیشتر بر تجارب و پیدا نمودن راه‌حل تمرکز داشته باشند؛ و همچنین این رویکرد باعث می‌شود که مادران بین عقل و هیجان خود توازن برقرار کنند و آنها را قادر می‌سازد تا با بالاترین سطح استرس‌ها خود را سازگار شوند بدون اینکه نشانه‌های آسیب را در خود رشد دهند (۳۹). لذا منطقی است که گفته شود روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر مؤلفه‌های استرس والدگری مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم مؤثر است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، نمونه‌گیری غیر تصادفی و کم بودن تعداد نمونه و انجام پژوهش صرفاً بر روی زنان، عدم تعمیم‌یافته‌های پژوهش حاضر به جامعه دیگر به‌دلیل انتخاب هدفمند است. همچنین برای سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه استفاده شد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با توجه به جامعه آماری هر دو گروه (زن و مرد) و پیگیری طولانی‌مدت و همچنین به‌منظور تعمیم‌دهی بهتر،

7. DesChamps TD, Ibañez LV, Edmunds SR, Dick CC, Stone WL. Parenting stress in caregivers of young children with ASD concerns prior to a formal diagnosis. *Autism Research*. 2020;13(1):82-92.
8. Choi Y, Lee S. Coping self-efficacy and parenting stress in mothers of children with congenital heart disease. *Heart & Lung*. 2021;50(2):352-6.
9. Fonseca A, Moreira H, Canavarró MC. Uncovering the links between parenting stress and parenting styles: The role of psychological flexibility within parenting and global psychological flexibility. *Journal of contextual behavioral science*. 2020;18:59-67.
10. De Stasio S, Coletti MF, Boldrini F, Bevilacqua F, Dotta A, Gentile S. Parenting stress in mothers of infants with congenital heart disease and of preterm infants at one year of age. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*. 2018;15(1):3-11.
11. Miranda A, Mira A, Berenguer C, Rosello B, Baixauli I. Parenting stress in mothers of children with autism without intellectual disability. Mediation of behavioral problems and coping strategies. *Frontiers in psychology*. 2019;10:464.
12. Hickey EJ, Bolt D, Rodriguez G, Hartley SL. Bidirectional relations between parent warmth and criticism and the symptoms and behavior problems of children with autism. *Journal of abnormal child psychology*. 2020;48(6):865-79.
13. Hintermair M. Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2006;11(4):493-513.
14. Vernhet C, Michelon C, Dellapiazza F, Rattaz C, Geoffroy MM, Roeyers H, et al. Perceptions of parents of the impact of autism spectrum disorder on their quality of life and correlates: comparison between mothers and fathers. *Quality of Life Research*. 2021:1-10.
15. Abbass A. Reaching through resistance: Advanced psychotherapy techniques. Khalighi Sigaroudi M.D. (Persian translator). second edition. Tehran: Arjmandpup; 2015, pp:56-60.
16. Johansson R, Town JM, Abbass A. Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *PeerJ*. 2014;2:e548.
17. Sorensen B, Abbass A, Boag S. ISTDP and its Contribution to the Understanding and Treatment of Psychotic Disorders. *Psychodynamic psychiatry*. 2019;47(3):291-316.
18. Town JM, Abbass A, Stride C, Bernier D. A randomised controlled trial of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for treatment resistant depression: the Halifax Depression Study. *Journal of affective disorders*. 2017;214:15-25.
19. Solbakken OA, Abbass A. Effective care of treatment-resistant patients in an ISTDP-based in-patient treatment program. *Psychiatric Annals*. 2013;43(11):516-22.
20. Abbass A, Town J, Holmes H, Luyten P, Cooper A, Russell L, et al. Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2020;89(6):363-70.
21. Kenny DT, Arthey S, Abbass A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for severe music performance anxiety: assessment, process, and outcome of psychotherapy with a professional orchestral musician. *Medical Problems of performing artists*. 2014;29(1):3-7.
22. Abbass A, Sheldon A, Gyra J, Kalpin A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: A randomized controlled trial. *The Journal of nervous and mental disease*. 2008;196(3):211-6.
23. Tourani L, Sharifi Daramadi P, Farrokhi N. Effects of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Depression and Anxiety in Derelict Adolescents. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2020;10(1):173. [Persian].
24. Town JM, Falkenström F, Abbass A, Stride C. The anger-depression mechanism in dynamic therapy: Experiencing previously avoided anger positively predicts reduction in depression via working alliance and insight. *Journal of counseling psychology*. 2021.
25. Ahmadi F, Amjad FV, Rezaei AK, Mohammadi S. The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) in symptoms depression, anxiety, posttraumatic stress and guilt felling in Bereaved people from the disease COVID-19. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2021; 10(3):69-81. [Persian].
26. Amani N, Alizadeh KH, Zarei E, Dortaj F. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Anxiety in Rheumatoid Arthritis Patients. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2021;18(3):349-58. [Persian].
27. Rocco D, Calvo V, Agrosi V, Bergami F, Busetto LM, Marin S, et al. Intensive short-term dynamic psychotherapy provided by novice psychotherapists: effects on symptomatology and psychological structure in patients with anxiety disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*. 2021;24(1).
28. Bahadori SR, Taklavi S, Kazemi R. The effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on emotional expressiveness and differentiation betrayed women. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*. 2022;11(1):113-24. [Persian].

29. Mohamadzadeh J, Hoseini Zs. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (STDP) on Enhancement of Hope and Happiness in patients with Cancer. *Journal of Health Psychology*. 2018;7(27):131-51. [Persian].
30. Bajestani AB, Shahabizadeh F, Vaziri S, Kashani FL. The Effectiveness of Short-Term Psychoanalysis Treatment In Decreasing Psychological Distress and Psychosomatic Symptoms in Patients with Gastrointestinal Dysfunction with Personality Type D. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2022;13(4):1-11. [Persian].
31. Abidin RR. Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of clinical child psychology*. 1990;19(4):298-301.
32. Dadsetan P, Azghandi AA, Hassanabadi HR. Parenting Stress and General Health: A Research on the Relation between Parenting Stress and General Health among Housewife-Mothers and Nurse - Mothers with Young Children. *Developmental Psychology*. 2006;2(7):171. [Persian].
33. Davanloo H. *Unlocking the unconscious: selected papers of Habib Davanloo* Persian. Tehran: Arjmand Publication. 1995;pp: 211-4. [Persian].
34. Hassanzadeh J. *investigating the effect of psychodynamic psycho therapy on the amount of stress in people with diabetes*. [Thesis for M.Sc. in Psychology]. [Mashhad, Iran]: Faculty of education and psychology, University and Astan Quds Razavi; 2011, pp: 19-21. [Persian].
35. Roggenkamp H, Abbass A, Town JM, Kisely S, Johansson R. Healthcare cost reduction and psychiatric symptom improvement in posttraumatic stress disorder patients treated with intensive short-term dynamic psychotherapy. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2021;5(3):100122.
36. Safarnia A, Ahmadi V, Mami S. Comparing the Effects of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Posttraumatic Stress Disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2020;10(0):61. [Persian].
37. Ardabili MP, Borjali A, Pezeshk S. The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy to Improve the Conflictive the Relationship between Mother-Child. *Quarterly of Clinical Psychology Studies*. 2018;8(30):139-62. [Persian].
38. Kamel AJ, Mahmoudi M, Sohrabi F, Asgari M, Eskandari H. Develop of treatment program based on dynamic experiential model and its effectiveness on emotional expressiveness in depressed patients. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2019;14(54):77-88. [Persian].
39. Bahadori SR, Taklavi S, Kazemi R. Comparison of the Effectiveness of Short-Term Psychotherapy and Self-Medication Based on Health And Positive Personality Abilities in Betrayed Women. *Islamic Lifestyle Centered on Health*. 2020;4(1):75-84. [Persian].

برنامه منظم خواب:

روشی برای پیشگیری از مشکلات هیجانی-رفتاری در کودکان

- ستاره شجاعی*، دانشیار بخش آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
- فرزانه بهزادی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

• تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۳۰ • تاریخ انتشار: مرداد و شهریور ۱۴۰۱ • نوع مقاله: مروری • صفحات ۳۱ - ۴۶

چکیده

زمینه و هدف: پیشگیری از مشکلات رفتاری کودکان برای والدین، معلمان، مربیان و روان‌شناسان بسیار مهم و ضروری است. در این مقاله ابتدا به تعریف اختلال‌های هیجانی-رفتاری پرداخته شده است. سپس به عنوان روشی برای پیشگیری از مشکلات رفتاری در کودکان؛ تدوین برنامه‌ی منظم خواب ارائه و در پایان نتیجه‌گیری صورت گرفته است. **روش:** بررسی داده‌ها در پژوهش حاضر به صورت مروری نظام‌مند انجام گرفت. روش‌شناسی آن نیز مبتنی بر گردآوری، طبقه‌بندی و خلاصه‌کردن یافته‌های مقالات علمی پژوهشی مرتبط با برنامه‌ی منظم خواب: روشی برای پیشگیری از مشکلات هیجانی-رفتاری در کودکان از سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۱ میلادی برگرفته از پایگاه‌های اطلاعاتی گوگل اسکالر، الزویر، ابسکو، اسپرینگر، پروکواست، اریک، ایبوکی با کلید واژه‌های برنامه‌ی منظم خواب، مشکلات رفتاری، کودکان با اختلال‌های رفتاری-هیجانی بودند که در جستجوی اولیه ۷۸ مقاله قابل مرور و بررسی انتخاب شدند که از بین آنها ۲۰ مقاله به دلیل عدم تناسب با موضوع، ۶ مقاله به علت قدیمی بودن و ۳ مقاله به علت تکراری بودن در چند پایگاه اطلاعاتی حذف و در نهایت ۴۹ مقاله انتخاب شد.

یافته: از بین ۷۸ مقاله یافت شده براساس کلید واژه‌های مشخص شده تعداد ۴۹ مقاله قابل مرور و بررسی بود که در زمینه علل و روش‌های ارزیابی و نحوه‌ی تدوین برنامه‌ی خواب مورد استفاده قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری: تجارب بالینی حاکی از آن است که تدوین برنامه‌ی منظم خواب به عنوان روشی برای پیشگیری از مشکلات رفتاری در کودکان ضروری است.

واژه‌های کلیدی: برنامه منظم خواب، پیشگیری، کودکان، مشکلات هیجانی-رفتاری

مقدمه

اختلال‌های هیجانی-رفتاری، اختلال‌هایی هستند که به‌صورت پایدار، مداوم، افراطی و مغایر با هنجارهای سنتی، فرهنگی و اجتماعی بروز می‌یابند (۱). این اختلال‌ها با دامنه‌ی گسترده‌ای از نشانه‌های درون‌نمود از قبیل انزوای اجتماعی، اضطراب، افسردگی و نشانه‌های برون‌نمود از قبیل پرخاشگری، رفتار ضد اجتماعی، نافرمانی مقابله‌ای و کج خلقی همراه است (۲).

در کودکان با اختلال‌های رفتاری-هیجانی، مشکلات خواب به‌صورت نشانه‌های بالینی از قبیل اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، کج خلقی و ... آشکار می‌شود (۳). همچنین اختلال‌های خواب اعم از: حمله^۱ خواب، نشانگان پرخوابی اجباری^۲، نشانگان پاهای بی‌قرار^۳، اختلال حرکات دوره‌ای اندام^۴ و نشانگان وقفه‌ی تنفسی^۵ نیز در افراد با اختلال‌های هیجانی-رفتاری بیشتر دیده می‌شود (۴).

مشکلات خواب بر کارآمدی حافظه فعال، کارکردهای اجرایی، کنترل و تنظیم عواطف و رفتار کودکان تأثیرگذار است؛ به‌گونه‌ای که کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری بیشتر در معرض این مشکلات هستند (۵). مشکلات حین خواب شامل مجموعه‌ای از رفتارهایی مانند: مقاومت در برابر خواب، راه رفتن و چرخش بیش از حد در خواب، ترس شبانه به همراه علائم عاطفی شدید و مکرری است که منجر به ایجاد اختلال در عملکرد روزانه می‌شود (۶). بر اساس گزارش بسیاری از والدین، کودکان رفتارهایی را حین خواب از خود نشان می‌دهند، اما اگر این رفتارها حالت غیر معمول به خود بگیرد، نشانه‌های آن شدید، مداوم و مکرر باشد و بر عملکرد و زندگی فرد تأثیر شدید و نامناسب بگذارد؛ علامت هشدار برای مشکلات روان‌پزشکی، اجتماعی یا پزشکی است (۷). به سخن دیگر، فرد با مشکلات خواب نشانه‌هایی مانند: خواب‌آلودگی، نارسایی توجه، اضطراب، کج خلقی به همراه مشکلات گوارشی را نشان می‌دهد (۸).

مشکلات خواب یکی از رایج‌ترین مشکلات سلامت روان در افراد با اختلال‌های هیجانی-رفتاری است که آنها را بیشتر از افراد همسال بهنجار خود در معرض خطر اختلال

در رشد اجتماعی و شناختی قرار می‌دهد (۹). کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری نسبت به افراد همسال بهنجار و حتی دیگر افراد با نیازهای ویژه مشکلات رفتاری بیشتری از نظر اختلال‌های خواب دارند (۱۰). بدین جهت برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری نیاز به تدوین برنامه‌ی منظم خواب است که متناسب با ویژگی‌های آنها باشد (۱۱ و ۱۲). مشکلات رفتاری می‌تواند راه فرار از حل مشکل برای افراد با اختلال‌های هیجانی-رفتاری باشد. این افراد ممکن است در معرض انواع مشکلات آموزشی، اجتماعی و دیگر اختلال‌ها قرار بگیرند. به‌گونه‌ای که مشکلات رفتاری از روابط اجتماعی آنان جلوگیری می‌کند و منجر به انزوا شود و مشکلات آنان را در محیط‌های اجتماعی، مدرسه، روابط با همسالان، عملکرد در خانه و روابط با اعضای خانواده افزایش دهد (۱۳).

همچنین کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری نشانه‌های بالینی متنوعی ناشی از مشکلات خواب را از خود نشان می‌دهند که موجب اختلال در تشخیص و برنامه‌های درمانی‌شان می‌شود (۳). این موارد سبب اختلال در زندگی روزمره، ارتباطات خانوادگی، اخراج از مدرسه و یا ترک زود هنگام مدرسه می‌شود که با توجه به این مسأله تدوین برنامه‌ی منظم خواب در این کودکان نیاز است (۱۴). بنابراین والدین، معلمان، مربیان، مراقبان و افراد مرتبط با این کودکان نیاز دارند تا با مقوله تدوین برنامه‌ی منظم خواب آشنا شوند تا به عنوان روشی برای پیشگیری از مشکلات رفتاری کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری و افزایش کیفیت زندگی آنان به‌کار ببرند (۱۱ و ۱۲).

از سوی دیگر مشکلات خواب می‌تواند پیش‌بینی کننده اختلالات هیجانی به‌ویژه افسردگی، اضطراب و همچنین مشکلات رفتاری مانند پرخاشگری، کج خلقی، کاهش انگیزه و نارسایی توجه در کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری باشد. به بیان دیگر، مشکلات خواب مانند آشفتگی، تحریک پذیری و کاهش کیفیت خواب و افزایش کورتیزول در شروع خواب بر روی عملکرد در مهارت‌های زندگی روزمره، عملکرد شناختی و ارتباط کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری تأثیر نامطلوب دارد. در تأیید این موضوع، یافته‌ها نشان می‌دهد مشکلات

1. Narcolepsy
2. Klein - Levin syndrome
3. Restless legs syndrome

4. Periodic Limb Movement Disorder (PLMD)
5. Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS)

منظم خواب، مشکلات رفتاری، کودکان با اختلال‌های رفتاری-هیجانی بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۱ مورد جستجو قرار گرفت و از بین ۷۸ مقاله، کتاب و پایان‌نامه استخراج شده، ۴۹ منبع مورد استفاده قرار گرفت و اطلاعات لازم در مبنای نظری و پژوهشی تدوین برنامه‌ی منظم خواب به‌عنوان روشی برای پیشگیری از مشکلات رفتاری در کودکان با اختلال‌های رفتاری-هیجانی گردآوری شد. منابع گردآوری شده، مورد استفاده، تحلیل، تفسیر و مورد استنتاج قرار گرفت که نتایج آن به‌صورت مروری در ادامه قابل مشاهده است. لازم به ذکر است که ۲۰ مقاله به‌دلیل عدم تناسب با موضوع، ۶ مقاله به‌علت قدیمی بودن و ۳ مقاله به‌علت تکراری بودن در چند پایگاه اطلاعاتی حذف گردید. به‌عبارتی برای مطالعه مروری حاضر، مقالاتی وارد پژوهش شدند که کلیدواژه‌های مورد جستجو را شامل می‌شدند، به‌صورت مستقیم به برنامه‌ی منظم خواب: روشی برای پیشگیری از مشکلات هیجانی- رفتاری در کودکان پرداخته بودند و مقالات اصیلی بودند که از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۱ میلادی به زبان انگلیسی در نشریات

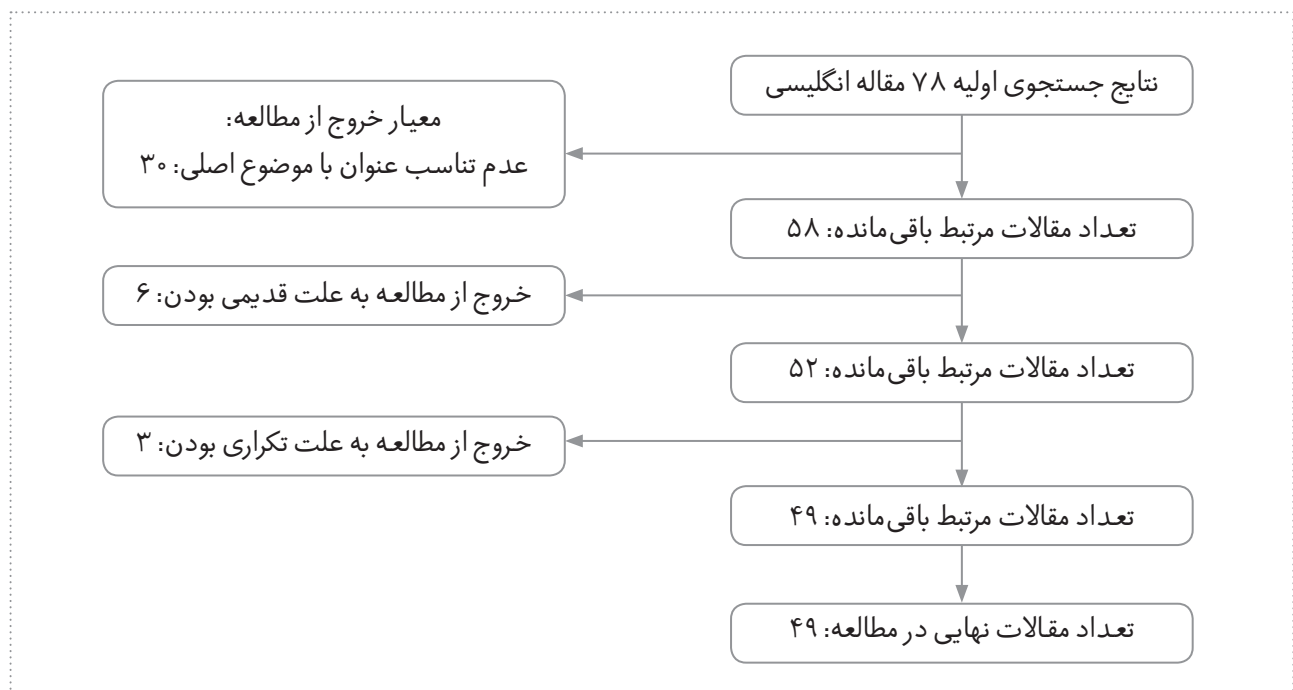
خواب بر مهارت ارتباطی کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری تأثیر منفی دارد که این باعث کاهش توجه، تمرکز، حرمت خود^۱ و عملکرد شناختی می‌شود (۱۵).

به همین دلیل شناسایی، ارزیابی و درمان مشکلات خواب کودکان با اختلال‌های رفتاری-هیجانی بسیار با اهمیت است (۱۶). زیرا مشکلات خواب در کودکان با اختلال‌های رفتاری-هیجانی بر سلامت جسمی و روانی، عملکرد در مدرسه، روابط با همسالان و ارتباطات آنها در درون منزل تأثیر منفی دارد و باعث انزوا و دیگر مشکلات رفتاری می‌شود (۱۷). بنابراین تدوین برنامه‌ی منظم خواب برای پیشگیری از مشکلات رفتاری کودکان با اختلال‌های رفتاری-هیجانی بسیار مهم و ضروری است (۱۸).

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع مروری بود. بدین منظور پایگاه‌های علمی گوگل اسکالر^۲، الزویر^۳، ايسكو^۴، اسپرینگر^۵، پروکواست^۶، اریک^۷، ایبوکی^۸ و با کلیدواژه برنامه‌ی

شکل شماره ۱) فلوجارت انتخاب مقالات براساس معیارهای ورود و خروج مطالعه



1. Self-esteem
2. Google Scholar
3. Elsevier
4. EBSCO

5. Springer
6. ProQuest
7. Eric
8. Ebookee

لیست کانسورت استفاده شد (۱۹). این چک لیست دارای ۲۲ قسمت می‌باشد که امتیازدهی آن براساس اهمیت هر قسمت با توجه به مطالعه حاضر انجام شد. امتیاز نهایی چک لیست ۳۰ و حداقل امتیاز قابل قبول ۲۰ بود. جهت بررسی کیفیت مقالات مداخله‌ای از چک لیست کانسورت استفاده شد (۲۰). این چک لیست دارای ۲۵ آیتم می‌باشد. امتیاز نهایی چک لیست ۳۷ و حداقل امتیاز قابل قبول در این مطالعه ۲۵ بود.

معتبر منتشر شده بودند. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از مقالاتی که قبل از سال ۲۰۰۰ میلادی بودند، همچنین مقالاتی که امکان دسترسی به متن کامل آنها فراهم نبود. جهت تعیین تناسب مقاله‌ها با موضوع پژوهش، ابتدا عنوان و سپس چکیده مقالات مورد بررسی قرار گرفتند و پس از تأیید مقاله از لحاظ مکان اجرا، سال انجام موضوع، جهت بررسی بیشتر تمام متن مقاله‌ها توسط یکی از پژوهشگران مطالعه شد. جهت بررسی کیفیت مقالات توصیفی از چک

جدول ۱) خلاصه پژوهش‌های انجام شده در رابطه با برنامه‌ی منظم خواب: روشی برای پیشگیری از مشکلات هیجانی- رفتاری در کودکان

نویسنده	سال	روش تحلیل داده‌ها	نمونه	هدف	نتایج
کرن، ایوانز، لوئیس ایالت، مهتا، ویست و گیج	۲۰۲۱	کیفی	۶۴۷ دانش آموزان ۷ تا ۱۸ ساله با مشکلات هیجانی - رفتاری	ارزیابی یک بسته جامع مداخله‌ای مبتنی بر چند روش درمانی برای دانش‌آموزان متوسطه با مشکلات اجتماعی، عاطفی و رفتاری	مداخله مبتنی بر مهارت‌های بین فردی با کاهش مشکلات اجتماعی، عاطفی و رفتاری دانش‌آموزان همراه است.
اینتیکیوت و چونچایا	۲۰۲۱	تجزیه و تحلیل واریانس	۶۵ فرد با اختلال طیف اُتیسزم و ۱۹۰ کودک با رشد معمولی ۳ تا ۱۶ ساله	بررسی انواع مشکلات خواب در کودکان با اختلال طیف اُتیسزم و رشد معمولی	مشکلات خواب (مقاومت قبل از خواب، تأخیر در شروع خواب، اضطراب خواب و شب بیداری) بیشتر در کودکان اُتیسزم نسبت به کودکان با رشد معمولی، تأثیر معنادار دارودرمانی به بهبود مشکلات خواب و افزایش کیفیت زندگی
مک کنا، گاروود و پارنتی	۲۰۲۱	مروری نظام‌مند	-	آموزش فراگیر برای دانش‌آموزان با اختلالات هیجانی- رفتاری	آموزش فراگیر برای دانش‌آموزان با اختلالات هیجانی - رفتاری مؤثر است.
مان، سیبراس، یوسف، اندرسون و سیلک	۲۰۲۱	تجزیه و تحلیل واریانس	۷۳ کودک بیش فعال و ۷۳ کودک سالم ۱۰ تا ۱۳ ساله	تأثیر نقش خواب بر بیش فعالی	درمان‌های بالینی مبنی بر خواب به کاهش علائم بیش فعالی (توجه...) کمک می‌کند.
گونیا، گیش و منسمان	۲۰۲۱	واریانس تک‌متغیره	۳۵ کودک و نوجوان با بیش فعالی ۷ تا ۱۸ ساله	اثرات ناشی از مشکلات خواب در کودک و نوجوانان با اختلال بیش فعالی	مشکلات خواب منجر به افزایش مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان با اختلال بیش فعالی می‌شود.

نویسنده	سال	روش تحلیل داده‌ها	نمونه	هدف	نتایج
چن، یانگ، دای، ژانگ و لی	۲۰۲۱	آزمون تی مستقل، آزمون کای	۱۳۱۰ کودک با اختلال طیف اُتیسیم و ۱۱۵۸ کودک عادی با سن ۲ تا ۷ ساله	مشکلات خواب در کودکان با اختلال طیف اُتیسیم	مشکلات خواب در کودکان با اختلال طیف اُتیسیم بیشتر از کودکان عادی است که در ارزیابی‌های بالینی باید به آن توجه شود.
روسیس، ریچدیل، کاتز، مالو، باربارو و سادکا	۲۰۲۱	همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل	۴۶ کودک با اختلال طیف اُتیسیم ۲ تا ۶ ساله	روابط بین مشکلات خواب و رفتارهای کودکان با اختلال طیف اُتیسیم	مشکلات خواب منجر به افزایش کناره‌گیری اجتماعی کودکان با اختلال طیف اُتیسیم می‌شود.
چونگ	۲۰۲۱	همبستگی پیرسون، مدل‌های رگرسیون خطی	۴۴ مادر و ۲۶ پدر چینی با میانگین سنی ۳۸ ساله، ۳۲ دختر و ۳۸ پسر با میانگین سنی ۴ ساله	رابطه بین سازگاری کودک و والدین	سازگاری کودک و والدین موجب افزایش امنیت عاطفی کودک می‌شود.
کانگ، سونگ، وانگ و ژانگ	۲۰۲۰	همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل	۲۵۲ کودک با اختلال طیف اُتیسیم و ۲۲۳ کودک با رشد معمولی با سن ۳ تا ۶ ساله	شیوع مشکلات خواب در کودکان پیش‌دبستانی با اختلال طیف اُتیسیم و همبستگی بین اختلالات خواب، رفتارهای تکراری، علائم هیجانی-رفتاری در بافت اجتماعی منحصر به فرد چین	شیوع ۸۱/۷٪ مشکلات خواب در کودکان پیش‌دبستانی با اختلال طیف اُتیسیم و اهمیت غربالگری مشکلات خواب در این جمعیت، همچنین اهمیت توجه به تدوین شیوه‌های خواب خوب برای کودکان پیش‌دبستانی در زمینه اجتماعی و فرهنگی چین.
مورو، سانتوس، جاکومین، کاردوسو و بولان	۲۰۲۰	مدل‌های رگرسیون لجستیک	۱۵۸۹ دانش‌آموز ۸ تا ۱۰ ساله	شیوع مشکلات خواب دانش‌آموزان ناشی از مشکلات دهان و دندان	داشتن مشکلات خواب در یک سوم کودکان به دلیل مشکلات دندانی، همچنین ارتباط پوسیدگی دندان درمان نشده و پیامدهای بالینی آن با مشکلات خواب در دانش‌آموزان
ژاورکی، کیمز، لدرمن، سیبرت، پوکیو و توفیق	۲۰۲۰	مدل‌سازی معادلات ساختاری	۲۴۲ دانشجوی متأهل دانشگاه جنوب شرقی	رابطه رضایت زناشویی و مشکلات خواب در بین دانشجویان	رابطه رضایت زناشویی با کاهش مشکلات خواب

نویسنده	سال	روش تحلیل داده‌ها	نمونه	هدف	نتایج
استابیتز، لوید و ورید	۲۰۲۰	خط پایه چندگانه	۶ دانش‌آموز با اختلالات هیجانی رفتاری ۶ تا ۷ ساله	اثربخشی آموزش خودکنترلی به دانش‌آموزان ابتدایی با اختلالات هیجانی - رفتاری	آموزش خودکنترلی به کاهش مشکلات دانش‌آموزان ابتدایی با اختلالات هیجانی و رفتاری کمک می‌کند.
هاینریش و هاجز	۲۰۲۰	تجزیه و تحلیل واریانس	۲۹ مراقب کودک با بیش‌فعالی و ۲۸ مراقب کودک با اختلال طیف اُتیسیم	ارزیابی ارتباط افتراقی بین اختلالات خواب با مشکلات اختلال بیش‌فعالی و اختلال طیف اُتیسیم	مشکلات خواب منجر به تشدید علائم در افراد بیش‌فعال و افراد با اختلال طیف اُتیسیم می‌شود.
جی، ساتون و مک اومبر	۲۰۲۰	خط پایه چندگانه	۲ کودک با اختلال طیف اُتیسیم ۴ ساله	تأثیرات پتوهای وزنه‌دار بر کیفیت خواب کودکان با اختلال طیف اُتیسیم	استفاده از پتوهای وزنه‌دار در ورزش صبحگاهی موجب بهبود کیفیت خواب شبانه کودکان با اختلال طیف اُتیسیم می‌شود.
هیز، موریتز و ورید	۲۰۲۰	تجزیه و تحلیل واریانس	۱۶۳ مراقب کودک با اختلال نشانگان طیف الکل جنینی در سنین ۵ تا ۱۷ ساله	ارتباط بین مشکلات خواب و رفتار کودکان با اختلال نشانگان طیف الکل جنینی و تأثیر آن بر سلامت روان، عملکرد و کیفیت زندگی خانواده	نتایج این مطالعه براساس گزارش مراقبان کودکان نشان داد که مشکلات خواب منجر به افزایش مشکلات رفتاری کودک، اضطراب مراقبان می‌شود؛ همچنین تأثیرات منفی بر کیفیت زندگی خانواده دارد.
کیتساراس، آن و پریتی	۲۰۲۰	کیفی	کودکان تک والدین بدون محدود سنی	فعالیت‌های روتین قبل از خواب بر روی تغییر رفتار کودک	فعالیت‌هایی نظیر کتاب خواندن، مسواک زدن و پرهیز از خوردن و نوشیدن قبل از خواب موجب بهبود کیفیت خواب و عملکرد روزانه کودک می‌شود.
باکلی، هیرتز، اسکویی، آرمسترانگ، باترا، بریجموهان و اشوال	۲۰۲۰	مروری نظام‌مند	-	راهبردهای دارویی و غیردارویی برای درمان اختلالات خواب در کودکان و نوجوانان با اختلال طیف اُتیسیم	راهبردهای غیر دارویی بر دارویی مقدم است و در صورت لزوم ترکیبی از هر دو استفاده می‌شود.
اسلایکرم، باد، تامپسون، بککر، باکلی، وال و والدی	۲۰۲۰	مدل‌های رگرسیون لجستیک	۸۷۱ کودک از ۷ تا ۱۱ سالگی	رابطه بین فعالیت فیزیکی، مدت خواب و شاخص توده بدنی در هفت‌سالگی با مشکلات عاطفی-رفتاری آنها در یازده سالگی	فعالیت فیزیکی، مدت خواب و شاخص توده بدنی در هفت‌سالگی با مشکلات عاطفی-رفتاری آنها در یازده سالگی مرتبط است.

نویسنده	سال	روش تحلیل داده‌ها	نمونه	هدف	نتایج
لیو، ژانگ، چان، لام و وینگ	۲۰۱۹	همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل	۱۰۰۸۶ دانش آموز ۲ تا ۳ ساله با خواب آلودگی مفرط در طول روز	شیوع و ارتباط خواب آلودگی بیش از حد در طول روز در میان کودکان و نوجوانان هنگ‌کنگی	خواب‌آلودگی مفرط در بین کودکان و نوجوانان دختر شایع است که با مشکلات عاطفی، رفتاری و جنسی در سنین بلوغ مرتبط است.
لین، چیونگ، سینگال، ریارد و وونگ	۲۰۱۹	تجزیه و تحلیل واریانس	۵۶۰۰۰ کودک و نوجوان با سن ۷ تا ۱۸ ساله	رابطه خواب و مشکلات عاطفی-رفتاری کودکان پیش‌دبستانی با اختلالات رشدی عصبی	کودکان با اختلالات رشدی عصبی که در اتاق خود صفحه نمایش داشتند مشکلات خواب کمتری از خود نشان دادند.
وانگ، ایستوود، بکر، ایزنسی، وانگ، هوانگ و زیف	۲۰۱۹	تجزیه و تحلیل واریانس	۱۶۲۵ کودک و نوجوان با سن ۵ تا ۱۷ ساله	مشکلات خواب و مشکلات عاطفی-رفتاری در دوران کودکی و نوجوانی	مشکلات خواب منجر به اختلال در تنظیم هیجانات و عملکردهای شناختی فرد می‌شود به همین جهت باید این مشکلات مورد توجه ویژه قرار گیرد.
رن و هو	۲۰۱۹	تجزیه و تحلیل واریانس ک متغیره	۲۲۸ کودک چینی ۸ ساله	تأثیر زمان خواب بر عملکردهای هیجانی-اجتماعی فرزندان چینی	نتایج این مطالعه بر اهمیت مداوم زمان و خواب کافی برای رشد هیجانی-اجتماعی کودکان مدرسه‌ای چینی تأکید می‌کند.
واجزیلبر، سانتیسبان و گروبر	۲۰۱۸	مروری نظام‌مند	-	تأثیر و چالش‌های مدیریتی ناشی از اختلالات خواب در بیماران با بیش فعالی	اختلالات خواب در افراد با اختلال بیش فعالی منجر به اختلالات عملکردی می‌شود به همین جهت باید مدیریت خواب مورد توجه ویژه قرار گیرد.
کوهن، فولچر، راجاراتنام، کاندویت، سالیوان، سنت هیلر و لاکلی	۲۰۱۸	همبستگی پیرسون	۶۷ فرد با اختلال طیف اتیسم ساکن در دو مرکز مسکونی ایالات متحده	رابطه بین الگوهای خواب و رفتارهای چالش برانگیز در اختلال طیف اتیسم	الگوهای منظم خواب موجب بهبود عملکرد روزانه فرد می‌شود.
وولیسر	۲۰۱۸	مروری نظام‌مند	-	مشکلات رفتاری کودکان	راهبردهای غیر دارویی بر دارویی مقدم است و در صورت لزوم ترکیبی از هر دو استفاده می‌شود.

نویسنده	سال	روش تحلیل داده‌ها	نمونه	هدف	نتایج
یانگ، لیانگ، زو، سان، هان، جیانگ و وو	۲۰۱۸	همبستگی پیرسون، آزمون کای	۱۶۹ کودک با اختلال طیف اُتیسْم، ۱۷۲ کودک سالم	رابطه بین مشکلات گوارشی و خواب با علائم رفتاری اختلال طیف اُتیسْم	مشکلات گوارشی و خواب منجر به محدودیت معنادار در مهارت‌های زندگی روزمره، شناخت اجتماعی، ارتباطات اجتماعی و رشد فکری کودکان با اختلال طیف اُتیسْم می‌شود.
یورک، وایت، وستون، رافلا، چارمن و سیمونوف	۲۰۱۸	مروری نظام‌مند	-	رابطه بین استرس و مشکلات سلامت روان والدین با مشکلات هیجانی-رفتاری کودکان با اختلال طیف اُتیسْم	مشکلات هیجانی-رفتاری کودکان با اختلال طیف اُتیسْم منجر به پریشانی‌های عاطفی و شناختی والدین آنها می‌شود.
لوکاس، مولرینی و سایبراس	۲۰۱۷	همبستگی پیرسون و مدل‌های رگرسیون خطی	۲۵۷ کودک بیش فعال ۵ تا ۱۳ ساله	ارتباط میان مشکلات خواب و خواب آلودگی در طول روز با مسائل اجتماعی، عاطفی و رفتاری دانش آموزان بیش فعال	خواب آلودگی در طول روز شاخص کیفیت نامناسب خواب است که منجر به ایجاد مشکلات اجتماعی، عاطفی و رفتاری دانش آموزان بیش فعال می‌شود.
لوکاس، مولرینی و سایبراس	۲۰۱۷	همبستگی پیرسون، مدل‌های رگرسیون خطی	۳۶۱ کودک با اختلال بیش فعالی ۵ تا ۱۳ ساله	مشکلات ناشی از خواب آلودگی در طول روز کودکان با اختلال بیش فعالی	مشکلات خواب آلودگی منجر به مشکلات تحصیلی کودکان با اختلال بیش فعالی می‌شود.
کومو، واز، لی، تامپسون، راجرسون و فالکمر	۲۰۱۷	مروری نظام‌مند	-	اثربخشی مداخلات مبتنی بر خواب برای کودکان با اختلال طیف اُتیسْم	رویکردهای مختلف از قبیل مداخلات رفتاری، درمان‌های دارویی، ماساژ و رایحه درمانی، برنامه‌های آموزشی والدین در بهبود مشکلات خواب مؤثر هستند.
استوتیتسداک، شولت و سواب	۲۰۱۶	همبستگی پیرسون، آزمون تی	۸۴ کودک ۸ تا ۹ ساله با اختلالات هیجانی - رفتاری	رابطه بین عملکرد خانواده و مشکلات رفتاری کودکان با اختلالات هیجانی - رفتاری	پاسخگویی والدین به نیازهای کودک با کاهش مشکلات رفتاری آنها همراه است.
بلکمر و فاینشتاین	۲۰۱۶	مروری نظام‌مند	-	مدیریت اختلالات خواب در کودکان با اختلالات عصبی رشدی	دارودرمانی در کاهش مدیریت اختلالات خواب کودکان با اختلالات عصبی رشدی مؤثر است.

نویسنده	سال	روش تحلیل داده‌ها	نمونه	هدف	نتایج
لیو، وانگ، گنگ، لو، لی و اوئز	۲۰۱۶	همبستگی پیرسون، آزمون کای	۵۱۳ مراقب کودک با سن ۳ تا ۶ ساله	الگو فرزند پروری و اختلالات خواب در کودکان مهد کودک چین	اختلالات خواب مشهود در کودکان به سبک فرزند پروری والدین مرتبط است.
هاندلی، شویی و مالو	۲۰۱۶	همبستگی پیرسون، مدل‌های رگرسیون خطی	۵۳۲ کودک با اختلال طیف اُتیسیم ۲ تا ۱۷ ساله	رابطه بین مشکلات خواب و رفتارهای محدود و تکراری در اختلال طیف اُتیسیم	مشکلات خواب منجر به افزایش رفتارهای محدود و تکراری در کودکان با اختلال طیف اُتیسیم می‌شود.
استیپلز، بیتس و پترسن	۲۰۱۵	تجزیه و تحلیل واریانس تک‌متغیره	۸۷ کودک نوپا	نقش یک روال منظم قبل از خواب بر تنظیم و تثبیت خواب کودکان نوپا	یک روال منظم قبل از خواب بر تنظیم و تثبیت خواب کودکان نوپا مؤثر است.
کوهن، کاندویت، لاکلی، راجاراتنام و کورنیش	۲۰۱۴	مروری نظام‌مند	-	رابطه بین خواب و رفتار در اختلال طیف اُتیسیم	درمان اختلال خواب در اختلال طیف اُتیسیم پتانسیل زیادی برای بهبود رفتار و عملکرد خانواده‌های آنها فراهم می‌کند.
مالو، ادکینز، رینولدز، وایس، لوه، فاکس و کلمونز	۲۰۱۴	آزمون تی مستقل	۸۰ کودک ۲ تا ۱۰ ساله با اختلال طیف اُتیسیم	آموزش خواب به والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسیم	آموزش خواب مبتنی بر والدین موجب بهبود تأخیر در شروع خواب کودکان با اختلال طیف اُتیسیم می‌شود.
ملترز، آویس، بیگز، رینولدز، کرابتری و بیوانز	۲۰۱۳	واریانس تک‌متغیره	۴۵۶ کودک ۸ تا ۱۲ ساله	الگوهای خواب کودکان	کودکان با افزایش سن با مصرف کافئین تمایل بیشتری برای بیداری بازی و انجام تکالیف مدرسه دارند.
کلی، کلی و ساکر	۲۰۱۳	مدل‌های رگرسیون لجستیک	۱۰۲۳۰ کودک ۷ ساله	اثرات خواب منظم بر رفتار و سلامتی کودکان	خواب منظم تأثیر مهمی بر رفتار و سلامتی کودک دارد.
مالو، بیارز، جانسون، وایس، برنال، گلدمن و گلینز	۲۰۱۲	مروری نظام‌مند	-	شناسایی، ارزیابی و مدیریت بی‌خوابی در کودکان و نوجوانان با اختلال طیف اُتیسیم	تعیین چارچوبی مشخص برای خواب کودکان و نوجوانان با اختلال طیف اُتیسیم نقش مهمی در عملکرد و کیفیت زندگی آنها دارد.

نویسنده	سال	روش تحلیل داده‌ها	نمونه	هدف	نتایج
پرسمن و ایمبر	۲۰۱۱	آزمون کای	۷۰۴ کودک با اختلال بیش‌فعالی با سن ۲ تا ۱۳ ساله	رابطه بین مشکلات رفتاری و شرایط قبل از خواب کودکان با اختلال بیش‌فعالی	کودکانی که رخت خواب مشترک دارند و فاقد ساعت منظم خواب هستند رفتار پرخاشگرانه بیشتری از خود نشان می‌دهند.
هیل، برگر، لیورزوا و بروکس‌گان	۲۰۱۱	مدل‌های رگرسیون لجستیک	۴۲۷۴ کودک کمتر از ۵ سال	رابطه میان زمان و مدت خواب و سلامت کودکان پیش‌دبستانی	زمان مناسب و خواب کافی ارتباط مثبتی با سلامت عمومی کودکان دارد.
بوس، گومز، کلمنته، مارکز، پیررا، مایا، و آزودو	۲۰۰۹	همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل	۷۷۹ کودک (۴۰۳ دختر) ۶ تا ۱۱ ساله	مشکلات خواب و هیجانی-رفتاری در کودکان: یک مطالعه مبتنی بر جمعیت	مقاومت قبل از خواب منجر به بیش‌فعالی و مشکلات هیجانی-رفتاری در کودکان می‌شود.
کورنزی، جیانوتی، سباستینی، واگنونو و ماریونی	۲۰۰۸	کوواریانس و آزمون تی مستقل	۱۴۸ کودک با مشکلات خواب و ۲۲۸ کودک سالم ۷ تا ۱۱ ساله	مشکلات عاطفی و ناراحتی والدین کودکان با مشکلات خواب	مشکلات عاطفی و ناراحتی والدین منجر به افزایش مشکلات خواب کودکان می‌شود.
دال و هاروی	۲۰۰۷	مروری نظام‌مند	-	خواب در کودکان و نوجوانان با اختلالات عاطفی-رفتاری	درمان‌های رفتاری موجب بهبود برنامه خواب کودکان و نوجوانان با اختلالات عاطفی-رفتاری می‌شود.
فوربس، ویلیامسون، رایان، بیرماهر، اکسلسون و دال	۲۰۰۶	واریانس تک‌متغیره	۱۳۸ کودک و ۸۶ نوجوان	سطوح کورتیزول قبل از خواب در کودکان و نوجوانان با اختلالات عاطفی	با شروع بلوغ میزان کورتیزول قبل از خواب افزایش می‌یابد که در این صورت منجر به افزایش اضطراب می‌شود.
ویگس، موننگومری و استوریز	۲۰۰۵	تجزیه و تحلیل واریانس تک‌متغیره	۷۱ کودک با اختلال بیش‌فعالی و ۲۱ کودک عادی ۳ تا ۱۵ ساله	الگوها و اختلالات خواب در کودکان با نارسایی توجه-بیش‌فعالی	اختلالات خواب علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی را افزایش می‌دهد.

نویسنده	سال	روش تحلیل داده‌ها	نمونه	هدف	نتایج
کریستودولو و دوراند	۲۰۰۴	خط پایه چندگانه	۴ کودک ۵ تا ۱۱ ساله	مداخلات رفتاری برای کاهش مشکلات خواب در ۴ کودک خردسال با اختلالات رشدی	فعالیت‌هایی از قبیل: حمام کردن، پوشیدن لباس خواب و خواندن داستان و... قبل از خواب موجب بهبود کیفیت خواب کودک و رضایت والدین شد.
ون دونگن، میسلین، مولینتون و دینگز	۲۰۰۳	واریانس تک‌متغیره	۴۸ نفر ۲۱ تا ۳۸ ساله	تأثیر پاسخ‌دهی بر عملکردهای عصبی رفتاری و فیزیولوژی خواب ناشی از محدودیت مزمن خواب و محرومیت کامل از خواب	محدودیت‌های مزمن خواب و محرومیت کامل از خواب عملکردهای شناختی را مختل می‌کند.

ارزیابی مشکلات خواب در کودکان با اختلال‌های رفتاری - هیجانی

با توجه به آنچه در بخش‌های فوق بیان شد، ارزیابی دقیق مشکلات خواب در کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری برای تدوین برنامه‌ی منظم خواب کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری بسیار ضروری است (۱۷ و ۱۸). به‌طور کلی برای تدوین برنامه‌ی منظم خواب به‌عنوان روشی برای پیشگیری از مشکلات رفتاری در کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری باید به‌صورت یک فرآیند گروهی بین والدین، معلمان، روان‌شناسان و مربیان انجام گیرد (۲۱).

برای ارزیابی مشکلات خواب در کودکان با اختلال‌های رفتاری-هیجانی، باید گروه‌درمانی نکات زیر را مورد ملاحظه قرار دهند:

- درمانگران باید با علت و اشکال متفاوت اختلالات خواب مانند: بی‌خوابی، راه رفتن در خواب^۱ و معیارهای اندازه‌گیری خواب از قبیل: تست خواب شبانه^۲، پرسشنامه و دفتر یادداشت خواب آشنایی داشته باشند و با توجه به هدف مورد نظر خود آنها را مورد طبقه‌بندی قرار دهند (۲۲).
- مشکلات خواب از قبیل: مقاومت در برابر خواب، کاهش مدت زمان خواب در تشدید علائم مشکلات رفتاری کودکان با اختلال‌های رفتاری-هیجانی نقش دارد (۲۳).

- از منابع مختلف اطلاعاتی مانند والدین، معلمان^۴، خودگزارشی^۵ و همچنین ابزار دارای اعتبار^۶ و پایایی^۷ که دارای هنجار هستند، استفاده شود (۲۴).

- مشکلات خواب در کودکان با اختلال‌های رفتاری-هیجانی با میزان رشد عصبی مرتبط است (۲۵).

- مشکلات خواب در کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری با شیوه فرزند پروری والدین مرتبط است (۲۶).

- بررسی فرآیندهای روان‌شناختی مرتبط با خواب نشان می‌دهد که مشکلات خواب منجر به مشکلات رفتاری در کودکان با اختلال‌های رفتاری-هیجانی می‌شود (۲۷).

- مشکلات خواب در کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری ممکن است نتیجه‌ی تعاملات بین عوامل بیولوژیکی، روان‌شناختی، اجتماعی، محیطی و خانوادگی باشد (۲۸).

تدوین برنامه‌ی منظم خواب برای پیشگیری از مشکلات رفتاری در کودکان

مطالعات متعدد نشان داده است؛ خواب بر رشد عصبی به‌ویژه سیناپس‌های دستگاه عصبی مرکزی نقش مهمی دارد؛ بدین جهت مشکلات خواب بر حوزه‌های شناخت، توجه، حافظه و تنظیم رفتار و خلق و خو کودکان اثرات مخربی دارد (۲۹). به‌گونه‌ای که نشانه‌های رفتاری مانند اضطراب،

1. insomnia
2. Walking in your sleep
3. Polysomnography (PSG)
4. Teachers

5. Self-report
6. Validity
7. Reliability

خر و پف با نفس زدن^{۲۰}، دوره‌های توقف تنفسی^{۲۱} منجر به مشکلات خواب می‌شود؛ بدین جهت پزشک مشکلات جسمی کودک را تعیین و آن را معالجه می‌کند (۳۵).

چهارمین گام این است که باید به والدین آموزش‌های لازم برای تدوین برنامه‌ی منظم خواب داده شود؛ به جهت اینکه الگوهای خواب در کودکان متفاوت است و از طرفی در یک مطالعه نشان داده شده است که دختران مدت زمان بیشتری نسبت به پسران به خواب نیاز دارند (۳۶). بدین ترتیب باید والدین آموزش‌هایی در زمینه‌های اصلاح محیط، روال مثبت قبل از خواب و راهبردهای رفتاری را دریافت کنند (۳۷).

پنجمین گام این است که والدین باید به مشاهده بپردازند؛ به‌گونه‌ای که یک دفترچه یادداشت تهیه و تمام عادات و روال قبل از خواب در خانواده، عادات خواب کودک، تعداد و میزان بیدار شدن از خواب را یادداشت کنند (۳۸) تا بعد از تدوین برنامه‌ی منظم خواب رفتارهای کودک را با خط پایه^{۲۲} (رفتارهای کودک هنگام مشاهده) بررسی کنند (۳۹).

ششمین گام این است که والدین باید محیط مناسب برای خواب آرام کودک را فراهم سازند؛ به‌گونه‌ای که تمام محرک‌ها مانند تلویزیون و اسباب بازی‌ها را از اتاق خواب خارج کنند؛ دمای اتاق مساعد باشد؛ شمع وانیلی^{۲۳} یا یک چراغ خواب قرمز در اتاق قرار گیرد؛ بالش معطر به عطر مادر باشد؛ یک صندلی برای همراهی والدین قرار داده شود (بدین صورت که فاصله صندلی به مرور از تخت خواب کودک افزایش و بعد از اثربخشی از اتاق خواب خارج شود) (۴۰). شایان ذکر است که عواطف و احساسات مادر محیطی ایمن را برای کودک فراهم می‌سازد؛ همچنین فراهم نمودن شرایط مساعد قبل و حین خواب به رشد شناختی و کلامی کودک کمک می‌کند (۴۱).

هفتمین گام این است که والدین قبل از خواب کودک انواع محرک‌های فیزیولوژیکی مانند بازی‌های فعال، تماشای تلویزیون و مصرف تنقلات، نوشیدنی‌ها، کافئین که شروع

پرخاشگری و نافرمانی را در کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری تشدید می‌کند. از طرفی بسیاری از والدین برای کاهش چنین مشکلات رفتاری به پزشک مراجعه می‌کنند و پزشک نیز داروهای ضدروان‌پریشی مانند متیل فنیدیت (رتالین)^۱، آتوموکتستین^۲ و آریپیپرازول^۳ برای کودکان آنها تجویز می‌کند؛ اما مدت زمان اثربخشی این داروها کوتاه مدت است (۳۰). بنابراین باید برنامه‌ی منظم خواب برای پیشگیری از مشکلات رفتاری در کودکان با اختلال‌های رفتاری-هیجانی تدوین شود (۳۱).

نخستین گام این است که گروه‌درمانی باید تعریف مناسبی از خواب را داشته باشند؛ بدین‌گونه که بدن برای بقا نوعی تعادل^۴ بین خواب و بیداری را فراهم می‌کند؛ از طرفی در هنگام خواب فرآیند نوروفیزیولوژیک^۵ فعال مغز برای زنده ماندن ضروری است (۳۲) همچنین آنها باید با مراحل خواب مانند خواب فعال^۶ و خواب آرام^۷ آشنایی داشته باشند، زیرا الگوهای خواب متناسب با سن و شرایط افراد متفاوت است (۳۳).

دومین گام این است که والدین میزان تحصیلات، سن و تمام خصوصیات فرزندان خود از قبیل جنسیت، سن و عادات خواب مانند مقاومت در برابر خواب، مدت زمان خواب، بیدار شدن از خواب شب، تأخیر شروع خواب، اضطراب خواب، بی‌نظمی تنفس در خواب، جیغ کشیدن، گریه کردن، کوبیدن سر به دیوار و خواب آلودگی در طول روز را در برگیرنده ارزیابی برای مداخله یادداشت کنند (۳۴).

سومین گام این است که نگرانی‌های والدین درباره مشکلات خواب کودکان شناسایی شود و کودک برای معاینه سلامت جسمی به پزشک متخصص ارجاع داده شود؛ زیرا مشکلات جسمی از قبیل یبوست، اختلالات تنفسی^۸، حساسیت^۹، صرع^{۱۰}، تشنج^{۱۱}، تغذیه^{۱۲}، کمبود آهن^{۱۳}، خشکی^{۱۴}، خارش^{۱۵}، مسائل دندان پزشکی^{۱۶}، لوزه‌های بزرگ^{۱۷}، چاقی^{۱۸} و علائم خطر ساز جسمی از قبیل: خروپف با تنفس بلند^{۱۹}،

1. Methylphenidate (Ritalin)
2. Atomoxetine
3. Aripiprazole
4. Hemostasis
5. Neurophysiological
6. REM
7. NREM
8. Respiratory disorders
9. Allergies
10. Epilepsy
11. Seizures
12. Nutrition

13. Iron deficiency
14. Eczema
15. Itching
16. Dental issues
17. Large tonsils
18. Obesity
19. Snoring (loud breathing)
20. Snorting (gasp for breath)
21. Periods of apnea (child stops breathing for a moment)
22. Baseline
23. Vanilla candle

در همین راستا، نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است با مشارکت والدین، کودکان بهبودی به دست آورده‌اند (۴۷).

به‌طور کلی والدین کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری نقش بسزایی در چرخه زندگی آنها دارند و بسیار مهم و ضروری است که والدین با شرکت در برنامه‌های درمانی کودکان، آموزش‌های لازم برای تدوین برنامه‌ی منظم خواب را یاد بگیرند و آن را برای کودکان به‌کار ببرند (۴۷). همچنین ضروری است که والدین انتظارات متناسب با وضعیت کودک خود را داشته باشند و متناسب با آن حمایت‌های همه‌جانبه را فراهم کنند (۴۸).

نقش مربیان، معلمان و مدرسه: اگرچه والدین نقش مهمی در تدوین برنامه‌ی منظم خواب برای پیشگیری از مشکلات رفتاری در کودکان دارند ولی سایر افراد مرتبط با کودکان از قبیل معلم، درمانگر، مربی و... هم نقش مهمی در تدوین برنامه‌ی منظم خواب برای پیشگیری از مشکلات رفتاری کودکان دارند. مربیان می‌توانند در آموزش‌های لازم به والدین کمک کنند (۳۸). همچنین معلمان و متخصصان مدرسه برای ارزیابی مشکلات رفتاری گزینه‌های مناسبی هستند. زیرا آنها زمان زیادی را با دانش‌آموزان سپری می‌کنند و پیش‌زمینه‌هایی را در مورد رشد و مشکلات رفتاری دانش‌آموز می‌دانند (۴۹).

به‌طور کلی مدارس نقش اساسی در رشد کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری دارند و برای مشکلات اجتماعی، تحصیلی، رفتاری و نیازهای جسمی آنان برنامه‌های مناسب ارائه می‌دهند. مدارس در شناسایی نشانه‌های بالینی و برنامه‌ریزی برای عملکرد سازگارانه مؤثر هستند (۴۸).

بحث و نتیجه‌گیری

برای سبب‌شناسی مشکلات رفتاری در کودکان برخی علت‌ها را عوامل زیستی و عصبی می‌دانند و برخی نیز تأکید بر عوامل محیطی دارند (۵۰). برخی اعتقاد دارند که به‌دلیل مشکلات خواب کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری، مشکلات رفتاری بیشتری را نشان می‌دهند (۵۱). برخی نیز معتقدند که مشکلات خواب کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری ناشی از نقص مکانیسم‌های زیستی و عصبی^۱ مثل غده پینه‌آل^۲ است (۳۰). پژوهش‌ها بر این نکته تأکید دارند که فعالیت نامناسب غده پینه‌آل در کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری بر روی

خواب را به تأخیر می‌اندازد و از کودک دور کند (۴۲). کودکان باید یک فضای خواب آرام داشته باشند؛ بدین ترتیب والدین باید از مشاهده‌ی رسانه‌ها به‌ویژه با محتوای خشن قبل از خواب و یا مصرف مواد قندی و کافئین قبل از خواب جلوگیری کنند (۴۳).

هشتمین گام این است که والدین کودک را تشویق کنند که حمام برود و لباس مخصوص خواب خود را بپوشد؛ مسواک بزند؛ ساعت مشخصی را برای خواب مشخص کنند؛ با آرامش کودک را به اتاق خواب ببرند و با تصاویر جذاب، قصه‌گویی، کتاب خواندن و یا آواز خواندن هر شب یک پیام رفتاری را با او تمرین کنند (۴۴).

نهمین گام این است که والدین باید در صورت لزوم از تمرین‌های تسکین دهنده کودک مانند روش‌های آرامیدگی با تنفس، ماساژ (همراه با قرار دادن شمع‌های معطر در اتاق) استفاده کنند؛ لازم به ذکر است در طول روز هم باید به مدت ۲۰ دقیقه با کودک خود ورزش کنند (۴۵).

دهمین گام این است که والدین برای کودک کارت خواب تهیه کنند و در اختیار او قرار دهند. زمانی که کودک در شب از خواب بیدار شد، باید کارت خواب را به مادر بدهد و در آغوش او قرار گیرد و دوباره به اتاق خواب برگردد اما زمانی که کارت خواب را در اختیار داشته باشد و از خواب بیدار نشود، می‌تواند بعد از خوردن صبحانه پاداش دریافت کند و والدین نیز به تدریج باید مقدار و تعداد پاداش را کم کنند (۴۶).

نقش والدین و مربیان در درمان

والدین: والدین در درمان کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری نقش مهمی دارند. همچنین والدین در کمک به مربیان و معلمان برای پیشگیری از مشکلات رفتاری کودکان نقش دارند. به‌طور کلی خانواده به‌ویژه والدین موجب افزایش رشد اجتماعی کودک می‌شود. چون برنامه درمانی برای کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری نیاز به نوآوری در مداخله دارد، والدین در ایجاد علاقه و افزایش انگیزه آنان و گسترش نوآوری در مداخله مهم هستند. بنابراین وظیفه والدین این است که با تدوین برنامه‌ی منظم خواب به آنان کمک کنند؛ چون والدین کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری نقش بزرگی در زندگی شخصی و کمک به بهبود زندگی آنها دارند به‌همین دلیل ضروری است که والدین در برنامه‌های درمانی شرکت کنند.

1. Biological and nervous mechanisms

2. Pineal gland

References

1. Stoutjesdijk R, Scholte EM, Swaab H. impact of family functioning on classroom problem behavior of children with emotional and behavioral disorders in special education. *J Emot Behav Disord*. 2016 Dec;24(4):199-210.
2. Kern, L., Evans, S. W., Lewis, T. J., State, T. M., Mehta, P. D., Weist, M. D., ... & Gage, N. A. (2021). Evaluation of a comprehensive Assessment-Based intervention for secondary students with social, emotional, and behavioral problems. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 29(1), 44-55.
3. Liu, Y., Zhang, J., Li, S. X., Chan, N. Y., Yu, M. W. M., Lam, S. P., ... & Wing, Y. K. (2019). Excessive daytime sleepiness among children and adolescents: prevalence, correlates, and pubertal effects. *Sleep medicine*, 53, 1-8.
4. Van Dongen H, Maislin G, Mullington J M, Dinges DF. the cumulative cost of additional wakefulness: dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation. *Sleep*. 2003 Mar 1;26(2):117-26.
5. Bos SC, Gomes A, Clemente V, Marques M, Pereira AT, Maia B, Soares MJ, Cabral AS, Macedo A, Gozal D, Azevedo MH. sleep and behavioral/emotional problems in children: a population-based study. *Sleep Med*. 2009 Jan 1;10(1):66-74.
6. Lucas, I., Mulraney, M., & Sciberras, E. (2017). Sleep problems and daytime sleepiness in children with ADHD: Associations with social, emotional, and behavioral functioning at school, a cross-sectional study. *Behavioral sleep medicine*.
7. Inthikoot, N., & Chonchaiya, W. (2021). Sleep problems in children with autism spectrum disorder and typical development. *Pediatrics International*, 63(6), 649-657.
8. Kang YQ, Song XR, Wang GF, Su YY, Li PY, Zhang X. sleep problems influence emotional/behavioral symptoms and repetitive behavior in preschool-aged children with autism spectrum disorder in the unique social context of china. *Fron Psychia*. 2020 Apr 16;11:273.
9. Blackmer, A. B., & Feinstein, J. A. (2016). Management of sleep disorders in children with neurodevelopmental disorders: a review. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 36(1), 84-98.
10. Wajszilber, D., Santiseban, J. A., & Gruber, R. (2018). Sleep disorders in patients with ADHD: impact and management challenges. *Nature and science of sleep*, 10, 453.

مشکلات خواب نقش دارد. زیرا کاهش فعالیت غده پینه‌آل منجر به کاهش ترشح هورمون ملاتونین (هورمون تنظیم خواب) می‌شود؛ بدین ترتیب تنظیم چرخه خواب و بیداری دچار مشکل می‌شود (۳۱).

برخی نیز علت مشکلات خواب که منجر به ایجاد مشکلات رفتاری می‌شود را عوامل و حوادث محیطی از قبیل شیوه‌های فرزندپروری والدین^۱، مرگ یکی از اعضای خانواده، آزار و اذیت توسط والدین و دیگران می‌دانند (۵۱).

یافته‌ها حاکی از ارتباط بالای اختلال‌های هیجانی-رفتاری و مشکلات خواب است. به طوری که هر چه مشکلات خواب بیشتر باشد، میزان مشکلات رفتاری افزایش می‌یابد (۱۵). این موارد باعث می‌شود تا شناسایی مشکلات خواب در کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری و برنامه‌ریزی برای مداخله و فراهم‌سازی خدمات برای این افراد ضروری باشد (۴۷). برای درمان مؤثر مشکلات رفتاری در کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری، نیاز به تدوین برنامه‌ی منظم خواب است (۳۷). عوامل متعددی در تدوین برنامه‌ی منظم خواب برای پیشگیری از مشکلات رفتاری کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری مؤثرند که از جمله می‌توان به والدین، معلمان، کارکنان مدرسه و متخصصان اشاره کرد. این افراد می‌توانند منابع خوبی برای ارزیابی و درمان مشکلات رفتاری در کودکان باشند (۲۲).

درمان مشکلات رفتاری برای کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری باید متناسب با ویژگی‌های آنان باشد و نیاز به مشارکت والدین دارد (۵۱). تدوین برنامه‌ی منظم خواب روشی برای پیشگیری از مشکلات رفتاری در کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری است (۲۷). برای موفقیت تدوین برنامه‌ی منظم خواب بهتر است مداخله به صورت گروهی (والدین، معلم، مربی، درمانگر) انجام گیرد (۲۱) والدین، معلمان، مربیان و کارکنان مدرسه از جمله عوامل مهم برای ارزیابی و مشارکت در تدوین برنامه‌ی منظم خواب در کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری هستند. در واقع از آنجایی که والدین، معلمان، مربیان و کارکنان مدرسه بر زندگی روزمره کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری تأثیر دارند بدین جهت می‌توانند در تدوین برنامه‌ی منظم خواب به والدین کمک کنند (۲۲). به طور کلی تدوین برنامه‌ی منظم خواب به عنوان روشی برای پیشگیری از مشکلات رفتاری کودکان پیشنهاد می‌شود.

11. Moro J, Santos P, Giacomini A, Cardoso M, Bolan M. association between trouble sleeping and oral conditions among school children. *Rev Paul de Ped.* 2021;39.
12. Jaurequi ME, Kimmes JG, Ledermann T, Seibert G, Pocchio K, Tawfiq D. relationship satisfaction and sleep problems among college students: serial indirect effects via relationship mindfulness and negative emotional symptoms. *J Am Coll Health* . 2020 Nov 13:1-9.
13. Staubitz, J. L., Lloyd, B. P., & Reed, D. D. (2020). Effects of self-control training for elementary students with emotional and behavioral disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 53(2), 857-874.
14. McKenna, J. W., Garwood, J., & Parenti, M. (2021). Inclusive instruction for students with emotional/behavioral disorders: Service in the absence of intervention research. *Intervention in School and Clinic*, 56(5), 316-321.
15. Dahl RE, Harvey AG. sleep in children and adolescents with behavioral and emotional disorders. *Sleep medicine clinics*. 2007 Sep 1;2(3):501-11.
16. Forbes EE, Williamson DE, Ryan ND, Birmaher B, Axelson DA, Dahl RE. peri-sleep-onset cortisol levels in children and adolescents with affective disorders. *Biol Psychia*. 2006 Jan 1;59(1):24-30.
17. Lin J, Magiati I, Chiong SH, Singhal S, Riard N, Ng IH, Muller-Riemenschneider F, Wong CM. the relationship among screen use, sleep, and emotional/behavioral difficulties in preschool children with neurodevelopmental disorders. *J Dev Behav*. 2019 Sep 1;40(7):519-29.
18. Ng R, Heinrich K, Hodges E. do you really lose when you snooze? sleep correlates of externalizing and attention problems among pediatric patients with ADHD, ASD, and comorbid diagnosis. *J Ment Health Intell Disabil*. 2020 Jul 2;13(3):231-49.
19. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007;85:867-72.
20. Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Trials*. 2010;11(1):1-8.
21. Mann B, Sciberras E, He J, Youssef G, Anderson V, Silk TJ. the role of sleep in the relationship between ADHD symptoms and stop signal task performance. *J Atten Disord*. 2020 Jul 24:1087054720943290.
22. Cohen S, Conduit R, Lockley SW, Rajaratnam SM, Cornish KM. the relationship between sleep and behavior in autism spectrum disorder (ASD): a review. *J neurod disord*. 2014 Dec;6(1):1-0463-479.
23. Meltzer, L. J., Avis, K. T., Biggs, S., Reynolds, A. C., Crabtree, V. M., & Bevans, K. B. (2013). The Children's Report of Sleep Patterns (CRSP): a self-report measure of sleep for school-aged children. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 9(3), 235-245.
24. Lucas I, Mulraney M, Sciberras E. sleep problems and daytime sleepiness in children with ADHD: associations with social, emotional, and behavioral functioning at school, a cross-sectional study. *Behav Sleep Med*. 2019 Jul 4;17(4):411-22.
25. Gee BM, Lloyd K, Sutton J, McOmber T. weighted blankets and sleep quality in children with autism spectrum disorders: A Single-Subject Design. *Children*. 2021 Jan;8(1):10.
26. Gunia BC, Gish JJ, Mensmann M. the weary founder: sleep problems, ADHD-like tendencies, and entrepreneurial intentions. *Entrep Theory Pract* . 2021 Jan;45(1):175-210.
27. Wang, B., Eastwood, P. R., Becker, A., Isensee, C., Wong, J. W., Huang, R. C., ... & Zepf, F. D. (2019). Concurrent developmental course of sleep problems and emotional/behavioral problems in childhood and adolescence as reflected by the dysregulation profile. *Sleep*, 42(3), zsy243.
28. Hayes, N., Moritz, K. M., & Reid, N. (2020). Parent-reported sleep problems in school-aged children with fetal alcohol spectrum disorder: association with child behaviour, caregiver, and family functioning. *Sleep Medicine*, 74, 307-314.
29. Chen, H., Yang, T., Chen, J., Chen, L., Dai, Y., Zhang, J., ... & Li, T. (2021). Sleep problems in children with autism spectrum disorder: a multicenter survey. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-13.
30. Liu, Z., Wang, G., Geng, L., Luo, J., Li, N., & Owens, J. (2016). Sleep patterns, sleep disturbances, and associated factors among Chinese urban kindergarten children. *Behavioral sleep medicine*, 14(1), 100-117.
31. Pressman RM, Imber SC. relationship of children's daytime behavior problems with bedtime routines/practices: A family context and the consideration of faux-ADHD. *J Fam Thera*. 2011 Oct 1;39(5):404-18.
32. Cohen S, Fulcher BD, Rajaratnam SM, Conduit R, Sullivan JP, St Hilaire MA, Phillips AJ, Loddenkemper T, Kothare SV, McConnell K, Braga-Kenyon P. sleep patterns predictive of daytime challenging behavior in individuals with low-functioning autism. *Autism Res*. 2018 Feb;11(2):391-403.
33. Hundley RJ, Shui A, Malow BA. relationship between subtypes of restricted and repetitive behaviors and sleep disturbance in autism spectrum disorder. *J autism dev disord*. 2016 Nov;46(11):3448-57.

34. Kitsaras G, Allan J, Pretty IA. bedtime routines intervention for children (BRIC) using an automated text messaging system for behaviour change: study protocol for an early phase study. pilot and feasibility studies. 2020 Dec 1;6(1):14.
35. Malow BA, Byars K, Johnson K, Weiss S, Bernal P, Goldman SE, Panzer R, Coury DL, Glaze DG. a practice pathway for the identification, evaluation, and management of insomnia in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2012 Nov 1;130(Supplement 2):S106-24.
36. Ren L, Hu BY. the relative importance of sleep duration and bedtime routines for the social-emotional functioning of chinese children. *J Dev & Behav*. 2019 Oct 1;40(8):597-605.
37. Cuomo, B. M., Vaz, S., Lee, E. A. L., Thompson, C., Rogerson, J. M., & Falkmer, T. (2017). Effectiveness of sleep-based interventions for children with autism spectrum disorder: a meta-synthesis. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 37(5), 555-578.
38. Staples AD, Bates JE, Petersen IT. Ix. bedtime routines in early childhood: prevalence, consistency, and associations with nighttime sleep. *Monogr Soc Res Child Dev*. 2015 Mar;80(1):141-59.
39. Christodulu KV, Durand VM. reducing bedtime disturbance and night waking using positive bedtime routines and sleep restriction. *Focus Autism Other Dev*. 2004 Aug;19(3):130-9.
40. Hale L, Berger LM, LeBourgeois MK, Brooks-Gunn J. a longitudinal study of preschoolers' language-based bedtime routines, sleep duration, and well-being. *J of Fam*. 2011 Jun;25(3):423.
41. Roussis, S., Richdale, A. L., Katz, T., Malow, B. A., Barbaro, J., & Sadka, N. (2021). behaviour, cognition, and autism symptoms and their relationship with sleep problem severity in young children with autism spectrum disorder. *Autism Res*, 83, 101743.
42. Buckley AW, Hirtz D, Oskoui M, Armstrong MJ, Batra A, Bridgemohan C, Coury D, Dawson G, Donley D, Findling RL, Gaughan T. practice guideline: treatment for insomnia and disrupted sleep behavior in children and adolescents with autism spectrum disorder: report of the guideline development, dissemination, and implementation subcommittee of the american academy of neurology. *Neurology*. 2020 Mar 3;94(9):392-404.
43. Kelly Y, Kelly J, Sacker A. changes in bedtime schedules and behavioral difficulties in 7 year old children. *Pediatrics*. 2013 Nov 1;132(5):e1184-93.
44. Malow BA, Adkins KW, Reynolds A, Weiss SK, Loh A, Fawkes D, Katz T, Goldman SE, Madduri N, Hundley R, Clemons T. parent-based sleep education for children with autism spectrum disorders. *J autis dev disord*. 2014 Jan 1;44(1):216-28.
45. Cortesi F, Giannotti F, Sebastiani T, Vagnoni C, Marioni P. cosleeping versus solitary sleeping in children with bedtime problems: child emotional problems and parental distress. *Behav Sleep Med*. 2008 Apr 15;6(2):89-105.
46. Wiggs L, Montgomery P, Stores G. actigraphic and parent reports of sleep patterns and sleep disorders in children with subtypes of attention-deficit hyperactivity disorder. *Sleep*. 2005 Nov 1;28(11):1437-45.
47. Slykerman RF, Budd C, Thompson JM, Bekker M, Buckley J, Wall C, Murphy R, Mitchell EA, Waldie KE. physical Activity, sleep, body mass index, and associated risk of behavioral and emotional problems in childhood. *J Dev Behav*. 2020 Apr 1;41(3):187-94.
48. Cheung, R. Y. (2021). constructive interparental conflict and child adjustment in the Chinese context: A moderated mediation model of emotional security and disintegration avoidance. *J Child Fam Stud*, 30(3), 733-745.
49. Volicer L. behavioral problems and dementia. *clinics in geriatric medicine*. 2018 Nov 1;34(4):637-51.
50. Yang XL, Liang S, Zou MY, Sun CH, Han PP, Jiang XT, Xia W, Wu LJ. are gastrointestinal and sleep problems associated with behavioral symptoms of autism spectrum disorder?. *Psychia Res*. 2018 Jan 1;259:229-35.
51. Yorke, I., White, P., Weston, A., Rafla, M., Charman, T., & Simonoff, E. (2018). The association between emotional and behavioral problems in children with autism spectrum disorder and psychological distress in their parents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(10), 3393-3415.

اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی

- شیرین مجاور*، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
- غلامعلی افروز، استاد ممتاز روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
- عاطفه محمدی فیض‌آبادی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
- زهرا بابازاده، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۳۰ • تاریخ انتشار: مرداد و شهریور ۱۴۰۱ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۴۷ - ۶۰

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بود. پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه انجام گرفت. جامعه آماری مطالعه شامل والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مدارس استثنایی شهر سقز در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. افراد نمونه در مرحله نخست به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از تکمیل مقیاس اختلال‌های رفتار مخرب پلهام و همکاران (۱۹۹۲) و کسب حد نصاب لازم برای ورود به پژوهش با استفاده از انتساب تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه (۱۵ نفر برای هر گروه) قرار گرفتند. گروه آزمایشی ۸ جلسه آموزش مدیریت والدین را به صورت گروهی دریافت نمودند و گروه گواه، مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌های حاصل با آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره در نرم افزار SPSS 20 تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که اختلال‌های رفتار مخرب (کل)، بیش‌فعالی / تکانش‌گری، اختلال سلوک، نافرمانی / لجبازی، نارسایی توجه و رفتار مخرب نامشخص دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، در مقایسه با گروهی که آموزش مدیریت والدین را دریافت نکرده‌اند، نمره کمتری داشتند. بنابراین، یافته‌های مطالعه نشان داد که آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب و زیرمقیاس‌های آن در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تأثیر مثبت دارد.

واژه‌های کلیدی: آموزش مدیریت والدین، اختلال‌های رفتار مخرب، دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی

مقدمه

مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^۱ گزارش کرده‌اند که ۱۳/۹ درصد کودکان بین سنین ۳ تا ۱۷ سال در ایالات متحده آمریکا ناتوانی رشدی دارند. در سال‌های بین ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۸ شیوع ناتوانی‌های رشدی ۱۷ درصد افزایش داشته است (۱). شواهد پژوهشی بیانگر این است که ناتوانی‌های رشدی به دلیل افزایش میزان زنده ماندن کودکانی که در اثر زایمان زودرس یا اختلالات کروموزومی مانند نشانگان دان متولد شده‌اند، شیوع گسترده‌ای دارد. صرف از نظر علت، بیش از هر زمان دیگری کودکان با ناتوانی‌های رشدی به عنوان اختلال طیف اُتیسسم، کم‌توان ذهنی، نشانگان دان، اختلال یادگیری خاص و فلج مغزی تشخیص داده شده‌اند. کودکان با ناتوانی رشدی علاوه بر تأخیرهای عملکردی فکری ناشی از ناتوانی در رشد، در مقایسه با کودکان عادی رفتارهای ناسازگارانه بیشتری دارند (۲). از بین ناتوانی‌های رشدی، کودکان کم‌توان ذهنی^۲ کودکانی هستند که محدودیت‌های اساسی در کارکرد هوشی (هوشبهر بین ۷۰ تا ۷۵ یا پایین‌تر) و رفتار سازشی (مهارت‌های سازشی مفهومی، اجتماعی و عملی) در دوره رشد (قبل از ۱۸ سالگی) دارند (۳). مطابق پنجمین نسخه تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا، مشخصه اصلی کم‌توانی ذهنی عبارت است از نقص‌هایی در توانایی ذهنی، مثل استدلال، حل مسئله، برنامه‌ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت، یادگیری تحصیلی و یادگیری از تجربه است. این کاستی‌ها به نقص‌هایی در عملکرد سازگارانه منجر می‌شوند، به طوری که در یک یا چند حیطه زندگی از جمله در ارتباط با دیگران، مشارکت اجتماعی، عملکرد تحصیلی یا شغلی و استقلال شخصی در خانه یا در جامعه به استقلال شخصی و مسئولیت اجتماعی دست یابند (۴).

همبودی کم‌توانی ذهنی و مشکلات رفتاری به طور فزاینده‌ای شناخته شده است (۵). مشکلات رفتاری افراد کم‌توان ذهنی ممکن است به صورت رفتارهای کلیشه‌ای، رفتار آسیب‌زا یا مخرب، رفتارهای پرخاشگرانه نسبت به افراد دیگر، رفتارهایی که منجر به آسیب به خود یا دیگران می‌شوند و یا از بین

بردن دارایی خود نشان داده شود (۶). در این راستا، یکی از مشکلات رفتار برون‌نمود، اختلال‌های رفتار مخرب^۳ است که طبقه‌ای از اختلال‌های روانی است که با رفتار آسیب‌رسان اجتماعی مشخص می‌شود که بیشتر موجب ناراحتی دیگران می‌شود. اختلال سلوک^۴، اختلال نافرمانی / لجبازی^۵، نارسایی توجه / بیش‌فعالی^۶ از اختلال‌هایی هستند که به عنوان اختلال‌های رفتار مخرب طبقه‌بندی شده‌اند. به عبارت دیگر، این اختلالات در بیشتر اوقات با اختلال‌های رفتار مخرب مرتبط هستند (۷). در این راستا، براساس تعریف پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال سلوک به الگوی رفتاری پایدار و تکرار شونده‌ای اشاره دارد که مشتمل بر نقض حقوق اساسی دیگران و تجاوز از هنجارهای اجتماعی متناسب با سن کودک و نوجوان (زیر ۱۸ سال) است. همچنین، اختلال نافرمانی / لجبازی با الگوی خُلق خشمگین / تحریک‌پذیر، رفتار جنجالی / نافرمانی یا کینه‌جویی که حداقل ۶ ماه ادامه دارد، مشخص می‌شود. کودکان با این اختلال معمولاً با بزرگترها جر و بحث می‌کنند، زود از کوره درمی‌روند و خشمگین و زودرنج هستند، آنها مکرراً در مقابل درخواست‌های بزرگسالان نافرمانی کرده و عمداً باعث ناراحتی دیگران می‌شوند. علاوه بر این، نارسایی توجه / بیش‌فعالی با الگوی پایدار نارسایی توجه و یا بیش‌فعالی / تکانش‌گری که در عملکرد روزانه فرد اختلال ایجاد می‌کند، مشخص می‌شود (۳). این اختلال‌ها مشکلات فراوانی را در زندگی روزمره کودک ایجاد می‌کند که نه فقط خود کودک بلکه خانه، آموزشگاه و جامعه را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸). مطالعات بین‌المللی که بر روی کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی متمرکز شده‌اند، میزان مشکلات رفتاری را حدوداً ۳ برابر بیشتر از کودکان عادی گزارش کرده‌اند (۹). در یک مطالعه متمرکز بر اختلال‌های رفتار مخرب، ۳۹/۰ درصد از کودکان ۵ ساله کم‌توان ذهنی، نارسایی توجه / بیش‌فعالی داشتند در حالی که ۱۲ درصد کودکان عادی در مقایسه با کودکان کم‌توان ذهنی، نارسایی توجه / بیش‌فعالی دارند. همچنین، بین ۲۴ تا ۴۴ درصد از کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با کودکان عادی، اختلال نافرمانی داشتند (۱۰). همچنین، بالکی، گلاسن و چنشویع اختلال سلوک و شیوع نارسایی

1. centers for disease control and prevention (cdc)

2. mental disability

3. disruptive behavior disorders

4. conduct disorder

5. oppositional defiant disorder

6. attention deficit hyperactivity disorder

با هدف اصلی تأثیرگذاری بر سلامت روانی اجتماعی والدین بوده است (۲۱). اکثر این برنامه‌ها شامل مهارت‌آموزی، آموزش والدین و حمایت از آنها می‌باشند. بر این اساس می‌توان چنین نتیجه گرفت که این مداخلات متمرکز بر ارائه دانش و فنون می‌باشند (۲۲). اهداف اصلی این مداخلات کاهش تأثیر چالش‌های پیش‌روی خانواده کودکان با ناتوانی از طریق آموزش دانش و مهارت‌های جدید به آنان جهت کاهش مشکلات رفتاری، عاطفی و رشد کودک است (۲۳). در این نوع از مداخلات روان‌شناختی خانواده، روان‌شناس یا مشاور تلاش می‌کند تا همه اعضای مؤثر خانواده را با هم‌اندیشی و همدلی، ایجاد نگرش مثبت و انگیزه غنی، مستقیم و غیرمستقیم برای تحقق بخشیدن به اهداف برنامه تدوینی با خود همراه سازد (۴). از میان مداخلات خانواده محور، آموزش مدیریت والدین^۱ به‌عنوان روشی برای درمان مشکلات رفتاری کودکان اعم از اختلال‌های رفتار مخرب با استفاده از روش‌هایی که در آن به والدین آموزش داده می‌شود تا رفتار فرزند خود را تغییر دهند، تعریف می‌شود (۲۴). والدین با کمک درمانگر، روش‌های خاصی را برای تعامل اجتماعی، ارتقاء رفتارهای اجتماعی و کاهش رفتارهای انحرافی به‌کار می‌برند. همچنین، آموزش مدیریت والدین برای کودکان سنین پیش‌دبستانی (۴ تا ۶ سال) و دبستانی (۷ تا ۱۱ سال) مؤثر است (۲۵).

آموزش مدیریت والدین مبتنی بر رویکرد یادگیری اجتماعی است. عناصر اصلی این آموزش، مداخله بر روی والدین است و درمانگر به کودک اصول رفتاری را آموزش نمی‌دهد. محتوای برنامه آموزش مدیریت والدین به‌طور معمول شامل آموزش اصول فرزندپروری است و درمانگر توضیحاتی در مورد مشکلات رفتاری، شناخت عوامل مؤثر بر رفتار کودک به والدین ارائه می‌دهد و کاربرد روش‌های تقویت مثبت مانند تحسین کردن کودک و روش‌های تقویت منفی مانند محروم کردن و جریمه کردن کودک در هنگام بروز مشکل رفتاری به‌جای تنبیه بدنی، دادن دستورالعمل‌های روشن و حل مسئله را به والدین به‌صورت عینی آموزش می‌دهد (۲۶). همچنین، آموزش مدیریت والدین به شیوه‌هایی اطلاق می‌شود که در آنها یکی از والدین یا هر دو، آموزش می‌بینند که علاوه بر بهبود کنترل و نظارت بر کودک‌شان، ارتباط مؤثرتری با او داشته باشند. اساس آموزش والدین بر این دیدگاه

توجه / بیش‌فعالی را در کودکان کم‌توان ذهنی به ترتیب بین ۳ تا ۲۱ درصد و ۳۰ درصد تخمین زده‌اند (۱۱). والدینی که کودکان کم‌توان ذهنی دارند، استرس، اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند. این اضطراب و استرس به‌شدت به میزان بهره‌مندی هوشی فرزندانشان بستگی دارد. به‌طور معمول، اکثر کودکان کم‌توان ذهنی در دوره رشد و تحول نیاز مبرمی به حمایت والدین خود دارند. به‌عبارت دیگر، این کودکان برای دستیابی به رفتارهای سازگارانه و انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، نیاز به حمایت بالایی دارند. در نتیجه، شرایط ویژه کودک و تحمیل هزینه‌های سنگین آموزشی و درمانی بر خانواده، بر شیوه‌های فرزندپروری والدین تأثیرات منفی می‌گذارد (۱۲). تغییر سبک زندگی به‌واسطه تولد کودک با ناتوانی، مشکلات روزمره و حس ناتوانی والدین در کنترل رفتارهای کودک بر کیفیت روابط با محیط بیرونی و کیفیت تعامل بین والدین و کودک اثرات منفی دارد (۱۳). والدین کودکان با اختلال‌های رفتار مخرب به دلیل ماهیت پرخاشگرانه، سرکش و فریبکارانه رفتارهای فرزندانشان، پریشان می‌شوند. والدین گزارش می‌دهند که آنها باید به‌طور مداوم فرزندان خود را کنترل و نظارت کنند، سعی کنند از آسیب رساندن به خود یا دیگران جلوگیری کنند (۱۴ و ۱۵). بنابراین مشکلات رفتاری کودک می‌تواند بازتابی از مشکلات روانی و رفتاری والدین به‌ویژه مادر باشد (۱۶). طیف گسترده‌ای از احساسات و تأثیرات منفی ناشی از رفتارهای نامطلوب کودک با کم‌توانی ذهنی در رفتار والدین کاملاً مشهود است. افزایش شیوه‌های مثبت فرزندپروری والدین احتمالاً باعث کاهش رفتارهای منفی در کودکان می‌شود که به نوبه خود باعث کاهش استرس آنها می‌شود. از سوی دیگر، والدین نیز نقش مهمی در رشد روانی اجتماعی کودکان دارند (۱۷). نقش والدین در رشد اجتماعی کودک ضروری است. والدین باید در هر زمان نسبت به رفتارهای کودکان‌شان پاسخگو باشند تا فرآیند اجتماعی شدن در کودکان تسهیل شود (۱۸). شیوه‌های فرزندپروری مانند بی‌ثباتی در رفتار بر تنظیم هیجانات کودک تأثیر منفی می‌گذارد که به نوبه خود می‌تواند منجر به اختلال‌های رفتار مخرب شود (۱۹).

طی چند دهه گذشته تعدادی از مداخلات والدین برای خانواده‌های دارای کودک کم‌توان ذهنی طراحی شده است (۲۰). این مداخلات برای بهبود توانایی والدین در فرزندپروری

نافرمانی-لجبازی کودکانی که دارای اختلال نافرمانی / لجبازی بودند، پرداختند. روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی همراه با گروه گواه و آزمایشی بود. نتایج پژوهش بیانگر آن بود که این آموزش موجب کاهش اختلال نافرمانی / لجبازی کودکان شده است و پس از ۵ ماه پیگیری کاهش اختلال نافرمانی / لجبازی تداوم داشت (۳۲). مکنیل و همبریکینگ در پژوهشی اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر اختلال نافرمانی / لجبازی کودکان را بررسی کردند. نتایج نشان‌دهنده مؤثر بودن این آموزش در کاهش اختلال نافرمانی / لجبازی داشت (۳۳). هاشمیان و جراحی و هبرانی در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش چندگانه مدیریت والدین در درمان کودکان با اختلال نافرمانی / لجبازی پرداختند. نتایج این پژوهش نشان‌دهنده اثربخش بودن این مداخله در کاهش اختلال نافرمانی / لجبازی بود (۳۴). رقیبی، فولادی و بخشیان به بررسی درمان رفتاری و آموزش مدیریت والدین بر رفتار کودکان با نارسایی توجه / بیش‌فعالی پرداختند. ۹ دختر و ۵۲ پسر ۶ تا ۱۴ ساله در این مطالعه شرکت کردند. میانگین نمرات نشان داد که علائم نارسایی توجه / بیش‌فعالی پس از مداخله به‌طور معناداری کاهش می‌یابد (۳۵). غنی‌زاده و شهرپور تأثیر آموزش والدین را برای رفتار کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و سلامت روان والدین این کودکان بررسی نمودند. نتایج بیانگر آن بود که آموزش مدیریت والدین باعث بهبود رفتار کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و سلامت عمومی والدین می‌شود (۳۶). همچنین، زووی، جونز، تورگراد، یورک و دنیس در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که از مداخلات مهم بر کاهش اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کودکان آموزش مدیریت والدین است که موجب کاهش این نارسایی در آنان می‌شود (۳۷). کازدین و همکاران در پژوهشی تأثیر آموزش مدیریت والدین برای اختلال سلوک در کودکان را بررسی کردند. نتایج پژوهشی نشان داد که خانواده‌هایی که این آموزش را دریافت نموده بودند، تغییرات قابل توجهی در کاهش افسردگی، استرس و روابط خانوادگی داشتند و کاهش معناداری در اختلال سلوک در فرزندان این خانواده‌ها مشاهده شد (۳۸). لالی، ملک‌پور، مولوی، عابدی و اصغری مبارک به بررسی تأثیر آموزش مدیریت والدین، آموزش حل مسئله و آموزش التقاطی بر اختلال سلوک دانش‌آموزان دبستان پرداختند. ۴۰ نفر از دانش‌آموزان پسر (۱۰ تا ۱۱ ساله) به‌طور تصادفی انتخاب شدند و در گروه‌های آزمایشی و گواه

استوار است که مشکلات رفتاری کودکان در نتیجه تعاملات غلط بین کودک و والدین به‌وجود آمده و تداوم می‌یابد و رابطه بین کودک و والد دو سویه است (۲۷). پژوهش‌های محدودی در زمینه تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش بروز اختلال‌های رفتاری مخرب کودکان کم‌توان ذهنی انجام شده است. اسکوتارکزاک و لی در پژوهشی، فراتحلیل تأثیر آموزش مدیریت والدین بر اختلال‌های رفتار مخرب در کودکان با ناتوانی رشدی (کم‌توان ذهنی، نشانگان دان و اختلال طیف اُتیسزم) را بررسی کردند. گروه نمونه پژوهش مشتمل بر ۵۴۰ کودک (۲۷۵ نفر در گروه آزمایشی و ۲۶۵ نفر در گروه گواه) بود. نتایج پژوهش بیانگر آن بود که آموزش مدیریت والدین تأثیر معناداری بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب دارد (۲۸). کارول به بررسی تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب از قبیل اختلال نافرمانی / لجبازی، اختلال سلوک و نارسایی توجه / بیش‌فعالی پرداخت. نتیجه پژوهش بیانگر آن بود که آموزش مدیریت والدین موجب کاهش اختلال‌های رفتار مخرب می‌شود (۲۹). هالاندر و همکاران در پژوهشی به بررسی تأثیر ترکیبی درمان شناختی رفتاری و مدیریت والدین و آموزش مدیریت والدین بدون درمان شناختی رفتاری بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب پرداختند. نتایج نشان داد که استفاده از دو روش درمان شناختی رفتاری و مدیریت والدین به‌طور ترکیبی تأثیر معناداری در کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در مقایسه با استفاده از مدیریت والدین به تنهایی دارد (۳۰). در این راستا، هالاندر در پژوهشی به بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری و آموزش مدیریت والدین برای کودکان با اختلال‌های رفتار مخرب پرداخت. این پژوهش در قالب طرح نیمه‌آزمایشی همراه با گروه گواه و پیش‌آزمون و پیگیری نتیجه پژوهش به مدت ۱ تا ۲ سال انجام گرفت. نتیجه پژوهش مبین آن بود که هر دو درمان شناختی رفتاری و آموزش مدیریت والدین در کاهش اختلال‌های رفتار مخرب به‌ویژه اختلال سلوک و نافرمانی-لجبازی با سطح شدید مؤثرند. سپس در این پژوهش، بررسی شد که درمان شناختی رفتاری در مقایسه با آموزش مدیریت والدین تأثیر بیشتری دارد اما در زمان پیگیری این پژوهش، به مدت ۲ سال کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در کودکان گروه نمونه پژوهش مشهود بود و هیچ تفاوتی بین این دو روش درمانی وجود نداشت و درمان ترکیبی اثربخش‌تر بود (۳۱). کاستین و چمبر در پژوهشی به بررسی آموزش مدیریت والدین بر اختلال

مدیریت در کاهش اختلال‌های رفتار مخرب ضرورت این پژوهش را نشان می‌دهد. در نتیجه، هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بود.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه گواه بود. متغیر مستقل در این پژوهش آموزش مدیریت والدین و متغیر وابسته، اختلال‌های رفتار مخرب و زیرمقیاس‌های آن بود. جامعه آماری مطالعه شامل تمامی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهر سقز در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بود. مادران واجد شرایط به صورت نمونه‌گیری در دسترس از آموزشگاه استثنایی شهر سقز وارد مطالعه شدند و سپس، در دو گروه آزمایشی و گواه، در هر گروه ۱۵ نفر، به شیوه تصادفی جایگزین شدند. ملاک ورود به مطالعه عبارت بود از کم‌توانی ذهنی دانش‌آموزان، ابتدایی بودن دانش‌آموز (کلاس اول تا ششم ابتدایی)، سلامت جسمی و روانی مادران، رضایت کامل مادران برای شرکت در پژوهش و شرکت در کل جلسات توسط پژوهشگر بود. ملاک خروج عدم همکاری، عدم شرکت کردن والدین در بیش از ۲ جلسه بود. لازم به ذکر است که پیش از انجام پژوهش، مشاور آموزشگاه استثنایی شهر سقز با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه بالینی با مادران دانش‌آموزان نمونه پژوهش اطلاعاتی از نحوه رفتار آنان با فرزندان شان و نیز اطلاعات جسمی و روانی مادران را جمع‌آوری و در پرونده مشاوره آموزشگاه به‌طور کامل ثبت کرد. همچنین، علاوه بر انجام مصاحبه بالینی از والدین این دانش‌آموزان، هر ماه یا هر دو هفته بازدید از منزل این مادران برای بررسی وضعیت خانوادگی، اقتصادی، مشاهده و ارزیابی کیفیت روابط اجتماعی بین اعضای خانواده و بررسی وجود اعتیاد و یا بیماری‌های جسمانی توسط کادر آموزشگاه اعم از مشاور انجام گرفت. علاوه بر این، با توجه به ارزیابی ارتباط الگوهای فرزندپروری و سبک رفتاری خانواده و نحوه ارتباط پدر و مادر با فرزندان با مساعدت و همکاری معاونت اجتماعی اداره بهزیستی شهرستان سقز، طی بازدیدهای مشاور و مددکار اداره بهزیستی از نحوه کیفیت روابط اجتماعی بین اعضای

قرار گرفتند. گروه آزمایشی سه نوع مداخله از قبیل آموزش مدیریت والدین، آموزش حل مسئله و آموزش ترکیبی را دریافت کردند. نتایج بیانگر آن بود که تفاوت معناداری بین گروه آزمایشی (دریافت آموزش) و گروه گواه وجود داشته و تفاوت معناداری بین این سه روش آموزشی مشاهده نشد و هر سه آموزش موجب کاهش اختلال سلوک در دانش‌آموزان شده بود. همچنین، نتایج نشان داد که آموزش ترکیبی مؤثرتر از آموزش مدیریت والدین است (۳۹). فارلونگ و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که یکی از مهمترین مداخلات خانواده محور که موجب کاهش اختلال سلوک و رفتارهای مخرب در کودکان می‌شود، آموزش مدیریت والدین است که برنامه‌های آموزش مدیریت والدین برای تقویت رفتارهای مطلوب و کاهش اختلال سلوک در کودکان با سنین ۳ تا ۱۲ سال مؤثر است (۴۰).

بنابراین، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که اختلال‌های رفتار مخرب در کودکان کم‌توان ذهنی عواقب منفی طولانی مدت بر خانواده‌ها دارد و پژوهشگران، بر اهمیت ارائه مداخله آموزش مدیریت والدین تأکید دارند و هدف بسیاری از برنامه‌های والدینی، بهبود شیوه‌های فرزندپروری، تقویت رفتارهای مثبت و کاهش رفتارهای منفی در کودکان از طریق تشویق‌های کلامی، انواع تقویت‌های مثبت، استفاده از محرومیت و حذف پاداش برای کاهش رفتارهای نامناسب می‌باشد (۴۱). در این راستا، شواهد پژوهشی مؤثر بودن آموزش مدیریت والدین را نشان می‌دهد که این امر موجب می‌شود که والدین ارتباط مؤثر و مطلوبی را با کودکان کم‌توان ذهنی خود برقرار کنند که کاهش رفتارهای مخرب آنان را به دنبال دارد (۴۲). در واقع، آموزش مدیریت والدین مزایای متعددی دارد، نخست اینکه والدین بیشترین تماس را با فرزندان شان دارند و می‌توانند بیشترین تأثیر را در تغییر رفتار آنان داشته باشند، به علاوه می‌توانند پایداری درمان را میسر سازند (۴۳). ادبیات پژوهشی به تأثیر محیط مانند تأثیر والدین بر مسائل رفتاری کودکان را اشاره می‌کنند. بنابراین، بررسی برخی متغیرهای محیطی مثل تأثیر والدین بر رفتارهای کودکان کم‌توان ذهنی حائز اهمیت است. از سوی دیگر، پژوهش‌های اندک در زمینه تأثیر آموزش مدیریت در کاهش اختلال‌های رفتار مخرب کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی انجام شده است. در ایران این پژوهش در گروه کم‌توانان ذهنی انجام نشده است. بنابراین، پژوهش‌های اندکی در زمینه تأثیر آموزش

۴۵ گویه و دارای ۴ خرده‌مقیاس از قبیل بیش‌فعالی-تکانش‌گری (پرسش‌های ۱ تا ۱۱)، نارسایی توجه (پرسش‌های ۱۲ تا ۲۱)، اختلال سلوک (پرسش‌های ۲۲ تا ۲۴) و نافرمانی-لجبازی (پرسش‌های ۲۵ تا ۴۵) بود. نسخه ایرانی این مقیاس دارای ۳۷ گویه است که از طریق نتایج تحلیل عاملی، پنج خرده‌مقیاس بیش‌فعالی-تکانش‌گری، اختلال سلوک، نافرمانی-لجبازی، نارسایی توجه و رفتار مخرب نامشخص به‌دست آمد و در نسخه ایرانی گویه‌های ۲، ۳۷، ۱، ۱۱، ۳۸، ۴۴، ۴۵ و ۴۳ به‌دلیل همبستگی پایین با کل آزمون و عدم تناسب محتوای آنها با فرهنگ ایرانی حذف شدند (۸) در ایران نیز این مقیاس توسط باعزت و احمدی ترجمه و ساختار عاملی ویژگی‌های روان‌سنجی آن در جامعه ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ برای عامل‌های استخراج شده بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ و برای کل مقیاس ۰/۹۲ به‌دست آمد که نشان‌دهنده اعتبار مطلوب نسخه فارسی مقیاس است (۸). همچنین، پایایی این مقیاس در مطالعه ارفورد براساس روش بازآزمایی ۰/۹۲ گزارش شد (۴۵). شایان ذکر است که از نسخه ایرانی این مقیاس با ۳۷ گویه در این پژوهش استفاده گردید.

۲) معرفی برنامه مداخله

برنامه مداخله آموزش مدیریت والدین مبتنی بر پروتکل آموزش مدیریت والدین کازدین (۴۶) تنظیم شد. جلسات آموزش مدیریت والدین در قالب ۸ جلسه در طول یک ماه، ۲ بار در هفته (هر جلسه ۹۰ دقیقه) در آموزشگاه استثنایی شهر سقز برگزار شد. خلاصه جلسات آموزش مدیریت والدین همراه با تعداد جلسات آموزشی، اهداف تکلیف، محتوای جلسات و تکالیف در جدول (۱) آمده است.

خانواده و مطالعه پرونده مددکاری و روان‌شناسی موجود در آموزشگاه و اداره بهزیستی و تشکیل جلسات مشاور آموزشگاه در جهت مشاهده و مصاحبه بالینی با والدین به‌ویژه مادران دانش‌آموزان صورت گرفت که بر این اساس، مادرانی انتخاب شدند که فاقد بیماری جسمی و روانی بودند. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، با استفاده از روش‌های آماری توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و روش‌های استنباطی شامل آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره با نرم‌افزار spss 20 صورت گرفت. مقادیر احتمال کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد. همچنین، بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره با نرم‌افزار spss 20 شامل آزمون لوین (برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها) و آزمون باکس (برای همسانی ماتریس کواریانس) انجام گرفت. در این پژوهش تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه و محرمانه ماندن اطلاعات مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی رعایت شد.

ابزار

۱) مقیاس اختلال‌های رفتار مخرب^۱

در این پژوهش برای ارزیابی اختلال‌های رفتار مخرب از مقیاس درجه‌بندی اختلال‌های رفتار مخرب استفاده شد. این مقیاس توسط پلهام و همکاران (۴۴) ساخته شده است و هدف آن اندازه‌گیری و غربال‌گری اختلال‌های رفتار مخرب در کودکان است. این مقیاس توسط والدین یا معلم دانش‌آموز به‌صورت انفرادی تکمیل می‌شود و نمره‌گذاری این مقیاس به‌صورت به‌هیچ‌وجه = ۰، کمی = ۱، زیاد = ۲ و خیلی زیاد = ۳ می‌باشد و نمره‌گذاری معکوس ندارد. مقیاس اولیه دارای

جدول (۱) جلسات آموزشی مدیریت والدین براساس پروتکل آموزش مدیریت والدین کازدین (۴۶)

جلسات آموزشی	اهداف	محتوای جلسات آموزش مدیریت والدین	تکالیف
جلسه یکم	تغییر نگرش والدین نسبت به اختلال و رفتارهای مشکل‌ساز	سلام و احوال‌پرسی، توضیح به مادران در مورد ویژگی‌های رفتاری دانش‌آموزان آهسته‌گام، گرفتن پیش‌آزمون از مادران و تعیین اختلال‌های رفتار مخرب فرزندشان از طریق مقیاس است.	تکنیک تحسین و توجه

1. Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders

جلسات آموزشی	اهداف	محتوا جلسات آموزش مدیریت والدین	تکالیف
جلسه دوم	کاربرد پاداش و رفتارها	توضیح تقویت مثبت و شناساندن انواع تقویت‌کننده‌ها در مدیریت رفتار	تکمیل جدول تقویت مثبت
جلسه سوم	هدف یادگیری فنون تحسین و تشویق	آموزش روش‌های افزایش رفتارهای مطلوب از طریق فنون ارائه تحسین القایی و کاهش رفتارهای نامطلوب از طریق وقفه انداختن در تقویت	تکنیک تحسین القایی، تکنیک وقفه انداختن در تقویت
جلسه چهارم	بهبود رفتار کودک در منزل و کاهش رفتارهای پرخطر و پرخاشگرانه	توضیح شکل‌دهی رفتار خاص توسط والدین، استفاده از محروم کردن برای رفتارهای پرخطر و پرخاشگرانه	تکنیک جریمه و محروم‌سازی
جلسه پنجم	اصلاح نگرش والدینی که تنبیه را به عنوان روش اولیه انضباط به کار می‌برند.	کاربرد منفی تنبیه بدنی	استفاده از تسلیم، انجام تکلیف (ارتباط خانه و آموزشگاه) و جمع بندی آموخته‌ها
جلسه ششم	آموزش مدیریت رفتاری والدین و مهار رفتار، استفاده مؤثر از بی‌توجهی	توضیح داده می‌شود که از روش بی‌توجهی یا بی‌اعتنایی برای کاهش رفتار نامناسب استفاده کنند.	-
جلسه هفتم	جلوگیری از بدرفتاری‌های شدید	تدوین برنامه اقتصاد پنهان در خانه	استفاده از تکنیک حذف پاداش‌ها و امتیازها
جلسه هشتم	مرور مطالب آموخته‌شده و اصلاح یادگیری، چگونگی مدیریت مشکلات در آینده	جلسات قبل مرور می‌شود و در پایان پس‌آزمون گرفته می‌شود.	انجام تکلیف (ارتباط خانه و آموزشگاه)

روش اجرا

در ابتدا، خلاصه جلسات آموزش مدیریت والدین بر اساس پروتکل آموزش مدیریت والدین کاردین (۴۶) در جدول (۱) توسط پژوهشگر تعیین شد. لازم به ذکر است که یکی از پژوهشگرها (نویسنده چهارم مقاله) آموزگار و مشاور در آموزشگاه استثنایی شهر سقز می‌باشد که با همکاری مدیر آموزشگاه هماهنگی‌های لازم را با مادران این آموزشگاه جهت شرکت در پژوهش انجام داد و بعد از گرفتن رضایت‌نامه، این مادران در جلسات آموزش مدیریت والدین شرکت کردند. اطلاعات جمعیت‌شناختی از مادران گرفته شد و سپس، مقیاس اختلال‌های رفتار مخرب، به‌عنوان پیش‌آزمون برای هر دو گروه به صورت انفرادی اجرا شد. از هر یک از آزمودنی‌ها درخواست شد که به پرسش‌های مربوطه پاسخ دهند. پس

از آن، آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی به دو گروه گواه و آزمایشی تقسیم شدند. آزمودنی‌ها (مادران) ۸ جلسه‌ی آموزش مدیریت والدین را مطابق با جدول (۱) در طول یک ماه دو بار در هفته (در هر جلسه ۹۰ دقیقه) و به‌صورت گروهی دریافت کردند. پس از پایان جلسات آموزش مدیریت والدین، پس‌آزمون از همه‌ی اعضای گروه آزمایشی و گواه با استفاده از ابزار مقیاس اختلال‌های رفتار مخرب پلهام و همکاران (۴۴) به‌عمل آمد. جلسات آموزش مدیریت والدین به‌صورت گروهی در آموزشگاه استثنایی شهر سقز اجرا شد. همچنین، فقط مادران مقیاس اختلال‌های رفتار مخرب را تکمیل و آموزش مدیریت والدین (مادران) را دریافت کردند. روایی محتوایی پروتکل آموزش مدیریت والدین توسط ۴ نفر از متخصصان روان‌شناسی دارای مدرک دکتری تأیید شد و سپس در این پژوهش به کار رفت.

یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش را مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تشکیل دادند. در گروه گواه، ۱۰ نفر از مادران دارای فرزند پسر (۶۶/۷ درصد) و ۵ نفر دارای فرزند دختر (۳۳/۳ درصد) بودند. در گروه آزمایشی، ۹ نفر از مادران دارای فرزند پسر (۶۰/۰ درصد) و ۶ نفر دارای فرزند دختر (۴۰/۰ درصد) بودند. همچنین، از نظر تحصیلات مادران، در گروه گواه، ۹ نفر دارای

تحصیلات زیر دیپلم (۶۰/۰)، ۳ نفر دیپلم (۲۰/۰)، ۱ نفر فوق دیپلم (۶/۷)، ۲ نفر لیسانس (۱۳/۳) بودند. در گروه آزمایشی ۵ نفر از مادران دارای تحصیلات زیر دیپلم (۳۳/۳)، ۳ نفر دیپلم (۲۰/۰)، ۳ نفر فوق دیپلم (۲۰/۰) و ۴ نفر لیسانس (۲۶/۷) بودند. میانگین و انحراف معیار سن مادران در گروه گواه $۲۷/۶۶ \pm ۱۰/۴۸$ ، و در گروه آزمایشی $۲۷/۱۳ \pm ۶/۰۱$ بود. میانگین و انحراف معیار سن دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در گروه گواه $۹/۱۸ \pm ۱/۶۰$ ، و در گروه آزمایشی $۹/۸۶ \pm ۲/۱۳$ بود.

جدول (۲) توصیف آماری نمرات اختلال‌های رفتار مخرب در دو مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه آزمایشی و گروه گواه

گروه	متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گواه	بیش‌فعالی / تکانش‌گری	۲۴/۶۶	۴/۲۲	۲۳/۸۶	۴/۶۱
	اختلال سلوک	۲۰/۲۶	۳/۱۷	۱۹/۴۰	۳/۰۶
	نافرمانی / لجبازی	۲۰/۲۰	۱/۹۷	۱۸/۸۰	۲/۲۷
	نارسایی توجه	۱۲/۸۶	۲/۵۵	۱۲/۶۰	۲/۸۹
	رفتار مخرب نامشخص	۱۲/۶۶	۱/۹۸	۱۲/۸۶	۲/۲۵
	کل	۹۰/۶۶	۶/۸۸	۸۷/۵۳	۷/۵۰
آزمایشی	بیش‌فعالی / تکانش‌گری	۲۳/۴۰	۳/۹۶	۱۴/۶۶	۲/۴۱
	اختلال سلوک	۱۸/۹۳	۲/۸۴	۱۵/۳۳	۲/۸۷
	نافرمانی / لجبازی	۱۹/۴۶	۲/۶۱	۱۷/۰۶	۲/۴۰
	نارسایی توجه	۱۳/۰۰	۲/۶۴	۹/۴۰	۱/۵۰
	رفتار مخرب نامشخص	۱۱/۸۶	۲/۲۹	۷/۹۳	۱/۴۳
	کل	۸۴/۹۳	۷/۷۲	۶۴/۴۰	۳/۶۹

از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. قابل ذکر است که قبل از اجرای تحلیل کواریانس چندمتغیره برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده گردید. نتایج آزمون لوین نشان داد که در متغیرهای اختلال‌های رفتار مخرب (کل) ($F=۲/۵۲$ ، $p>۰/۰۵$)، بیش‌فعالی / تکانش‌گری ($F=۰/۰۵$ ، $p>۰/۰۵$)، اختلال سلوک ($F=۰/۳۵$ ، $p>۰/۰۵$)، نافرمانی / لجبازی ($F=۲/۲۰$ ، $p>۰/۰۵$)، نارسایی توجه ($F=۰/۰۵$ ، $p>۰/۰۵$)، رفتار مخرب نامشخص ($F=۱/۵۰$ ، $p>۰/۰۵$) و رفتار مخرب نامشخص ($F=۰/۶۴$ ، $p>۰/۰۵$) مفروضه همگنی واریانس برقرار بود. علاوه بر این، نتایج

در جدول (۲) آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات اختلال‌های رفتار مخرب به تفکیک برای افراد گروه‌های آزمایشی و گواه در دو مرحله سنجش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود در گروه کنترل میانگین نمرات در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییر چندانی نکرده‌اند ولی در گروه آزمایشی شاهد کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون هستیم.

برای ارزیابی اثربخشی آموزش مدیریت والدین (مادران) بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی

گروه بر کدامیک از متغیرهای وابسته معنادار است، از تحلیل کواریانس تک‌متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول (۳) ارائه شده است.

آزمون باکس برای همسانی ماتریس کواریانس نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس کواریانس برقرار بود ($p > 0/05$). برای بررسی اینکه تأثیر هر دو

جدول ۳، نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره جهت مقایسه اختلال‌های رفتار مخرب (کل) در گروه‌های آزمایشی و گواه

منبع تغییرات	Ss	Df	Sm	F	P	Eta ²	توان آزمون
پیش‌آزمون	۹۵/۴۰	۱	۹۵/۴۰	۲/۹۱	۰/۰۹۹	۰/۰۹	۰/۳۷
گروه	۳۰۲۸/۹۲	۱	۳۰۲۸/۹۲	۹۲/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱
خطا	۸۸۳/۹۳	۲۷	۳۲/۷۳				
کل	۱۷۸۱۲۱/۰۰۰	۳۰					

وابسته مشکلات رفتاری گزارش شد. شاخص اثر لامبدای ویلکز که اثر نوع گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد، معنادار است و اندازه اثر برابر با ۰/۸۹ بود ($p < 0/001$). سطح معناداری آماره چندمتغیری لامبدای ویلکز کوچکتر از ۰/۰۵ به دست آمد ($F = 31/15$, $p < 0/05$). بدین ترتیب، فرض صفر آماری رد و مشخص می‌شود که بین زیرمقیاس‌های اختلال‌های رفتار مخرب دو گروه آزمایشی و گواه در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به‌منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایشی و گواه در هر یک از زیرمقیاس‌های اختلال‌های رفتار مخرب، از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) ارائه شده است.

در جدول (۳) نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه اختلال‌های رفتار مخرب (کل) در گروه‌های آزمایشی و گواه، در مرحله پس‌آزمون نشان داده شده است. مقدار F به‌دست آمده برابر با ۹۲/۵۱ است و سطح معناداری آن نیز کوچکتر از ۰/۰۵ می‌باشد ($p < 0/01$). از این‌رو، فرض صفر رد و فرض پژوهش مبنی بر تأثیر تعیین اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تأیید می‌شود. پس از مقایسه نمره کل اختلال‌های رفتار مخرب، زیرمقیاس‌های اختلال‌های رفتار مخرب با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت. آماره لامبدای ویلکز به‌عنوان شاخص‌های آماری چندمتغیره در تحلیل کواریانس متغیرهای

جدول ۴ خلاصه تحلیل کواریانس چندمتغیره برای تعیین تأثیر آموزش مدیریت والدین بر مؤلفه‌های اختلال‌های رفتار مخرب با تعدیل اثر پیش‌آزمون

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	Ss	df	Sm	F	P	Eta ²	توان آماری
گروه	بیش‌فعالی / تکانش‌گری	۲۶۱/۵۱	۱	۲۶۱/۵۱	۲۵/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۹۹
	اختلال سلوک	۸۸/۳۶	۱	۸۸/۳۶	۱۹/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۸
	نافرمانی / لجبازی	۳۹/۷۵	۱	۳۹/۷۵	۹/۴۷	۰/۰۰۵	۰/۲۹	۰/۸۳
	نارسایی توجه	۶۰/۷۶	۱	۶۰/۷۶	۱۵/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۰/۹۶
	رفتار مخرب نامشخص	۱۰۱/۷۶	۱	۱۰۱/۷۶	۶۳/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱

گروهی در تمام پس‌آزمون‌ها، معنادار شد. به‌عبارت دیگر، در تمام پس‌آزمون‌ها، بین میانگین‌های گروه‌های آزمایشی

نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره در جدول (۴) نشان داد که بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها بر روی نمره پس‌آزمون، اثر

بردن درمان شناختی رفتاری در مقایسه با تأثیر ترکیبی این دو درمان در مرحله پیگیری بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب بود (۳۱). امکان دارد علت ناهمسو بودن نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهش هالاندر و همکاران (۳۰) و هالاندر (۳۱) این باشد که به‌کارگیری دو مداخله همزمان مانند درمان شناختی رفتاری و مدیریت والدین که مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی بندورا می‌باشند، اثربخشی بیشتری در مقایسه با استفاده از یک مداخله مانند مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب داشته باشد. برای تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان به نتایج پژوهشی اسکوتارکزاک و لی، کارول اشاره کرد. آموزش مدیریت والدین موجب کاهش رفتارهای منفی، افزایش رفتارهای مثبت در والدین، تغییرات در فرزندپروری و آگاهی والدین نسبت به تغییر رفتارهای مخرب کودکان و نوجوانان می‌شود. آموزش مدیریت والدین باعث تغییر رفتار شناختی-عاطفی پدر و مادر و تغییر رفتار کودک، آگاهی والدین از طریق برخورد با کودکان، مهارت کنترل عواطف در مقابل رفتار کودکان، گذاشتن قوانین و مقررات مناسب در خانه و آموزشگاه موجب کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در کودکان شده است (۲۹). در واقع، در کنار محدودیت‌های هوشی در کودکان با ناتوانی رشدی از جمله کودکان کم‌توان ذهنی، مشکلات رفتار سازشی در آنان آشکار است که مدیریت رفتار ناصحیح والدین نیز سبب افزایش رفتارهای سازشی منفی و نامطلوب در آنان می‌شود. ولی می‌توان با آموزش روش‌های افزایش رفتارهای مطلوب از طریق فنون ارائه تحسین القایی و کاهش رفتارهای نامطلوب از طریق وقفه انداختن در تقویت، توضیح شکل‌دهی رفتار خاص توسط والدین، استفاده از محروم کردن برای رفتارهای خصمانه و پرخاشگرانه، اختلال‌های رفتار مخرب را کاهش داد (۲۸).

افزون بر این، یافته دیگر پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت والدین بر کاهش بیش‌فعالی/ تکانش‌گری، دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی اثربخش بوده است. نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهشی زووی و همکاران همسو است. زووی و همکاران نشان دادند که آموزش مدیریت والدین بر کاهش بیش‌فعالی/ تکانش‌گری مؤثر است (۳۷). همچنین، یافته این پژوهش همسو با نتایج پژوهشی رقیبی و همکاران است. رقیبی و همکاران نشان دادند که آموزش مدیریت والدین بر کاهش علائم اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کودکان تأثیر معناداری دارد (۳۵). علاوه بر این، نتیجه این پژوهش نشان‌دهنده

و گواه، تفاوت معنادار وجود داشت. این نشان‌دهنده تأثیر مثبت مداخله آزمایشی (آموزش مدیریت والدین) بر اختلال‌های رفتار مخرب، بیش‌فعالی/ تکانش‌گری، اختلال سلوک، نافرمانی/ لجبازی، نارسایی توجه و رفتار مخرب نامشخص بود ($p < 0/05$). بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. با توجه به پایین بودن میانگین نمرات گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با افراد گروه گواه، نتیجه گرفته می‌شود که آموزش مدیریت والدین مؤثر بوده و موجب بهبود اختلال‌های رفتار مخرب در کودکان کم‌توان ذهنی شده است. میزان تأثیر یا تفاوت در مؤلفه‌های اختلال‌های رفتار مخرب مانند بیش‌فعالی/ تکانش‌گری برابر با (۰/۵۲)، اختلال سلوک (۰/۴۵)، نافرمانی/ لجبازی (۰/۲۹)، نارسایی توجه (۰/۴۰) و رفتار مخرب نامشخص (۰/۷۳) بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بود. نتایج پژوهش بیانگر آن بود که آموزش مدیریت والدین در کاهش اختلال‌های مخرب دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی اثربخش بود.

یکی از نتایج پژوهش این بود که آموزش مدیریت والدین موجب کاهش اختلال‌های رفتار مخرب می‌شود. یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش اسکوتارکزاک و لی همسو است. اسکوتارکزاک و لی در پژوهشی نشان دادند که آموزش مدیریت والدین موجب کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در کودکان با ناتوانی رشدی (کم‌توان ذهنی، نشانگان دان و اختلال طیف اُتیسْم) می‌شود (۲۸). همچنین، با یافته‌ی پژوهشی کارول همسو است. کارول نشان داد که تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در کودکان بهنجار تأثیر مثبت دارد (۲۹) اما نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش هالاندر و همکاران همسو نیست. هالاندر و همکاران اذعان داشتند که آموزش مدیریت والدین بدون به‌کارگیری مداخله مبتنی بر درمان شناختی رفتاری در مقایسه با تأثیر ترکیبی درمان شناختی رفتاری و مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب اثربخش نیست (۳۰). همچنین، یافته این پژوهش، با یافته پژوهش هالاندر همسو نیست. یافته پژوهش هالاندر مبتنی بر عدم اثربخشی آموزش مدیریت والدین بدون به‌کار

می‌آموزد به‌گونه‌ای که باعث جلوگیری از رفتارهای انحرافی و رشد رفتارهای اجتماعی و سازگاری در کودکان می‌شود. در واقع، زمانی که والدین در برابر رفتارهای منفی کودکان خود از بی‌اعتنایی و جایگزین کردن رفتار مطلوب و تقویت آن استفاده کنند به‌گونه‌ای موجب کاهش مشکلات رفتاری مانند اختلال سلوک در کودکان می‌شوند. با آموزش مدیریت والدین در جهت ارتقاء سبک فرزندپروری و به‌کارگیری شیوه‌های صحیح تربیتی می‌توان بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان که در واقع بازتابی از الگوهای غلط رفتاری والدین است را برطرف نموده و باعث کاهش قانون‌شکنی‌ها در کودکان و نوجوانان دارای اختلال سلوک شد (۳۸).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اختلال نارسایی توجه دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در گروهی از مادرانی که آموزش مدیریت والدین را دریافت کرده بودند، پایین‌تر از گروهی بودند که هیچ آموزشی دریافت نکرده بودند. یافته این پژوهش با یافته‌های پژوهشی زووی و همکاران مبنی بر تأثیر مداخلات والدین بر کاهش اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی همسو است (۳۷). همچنین، نتایج این پژوهش با نتایج پژوهشی رقیبی، فولادی و بخشیان مبنی بر تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش علائم اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی کودکان همسو است (۳۵). از سوی دیگر، با یافته پژوهشی غنی‌زاده و شهریور نیز مبنی بر تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کودکان همسو است (۳۶). بر اساس نتیجه پژوهشی زووی و همکاران می‌توان استدلال کرد که آموزش مدیریت والدین موجب بهبود اختلال نارسایی توجه در کودکان می‌شود. زیرا در آموزش مدیریت والدین، به والدین به‌ویژه به مادران کاربرد روش تحسین و توجه به رفتارهای مطلوب کودکانشان آموزش داده می‌شود. توجه والدین به‌ویژه مادران به رفتارهای مثبت این کودکان موجب می‌شود که این تفکر به کودک القا شود که میزان توجه و تمرکز خود را برای انجام تکالیف و وظایف مختلف در آموزشگاه و منزل افزایش دهد تا به نحوه درست از عهده وظایف برآمده و از سوی والدین تقویت مثبت را دریافت کند (۳۷).

از سوی دیگر، یافته‌ها حاکی از آن بود که نافرمانی / لجبازی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در گروهی از مادرانی که آموزش مدیریت والدین را دریافت کرده بودند، پایین‌تر از گروهی بودند که هیچ آموزشی دریافت نکرده بودند. یافته این پژوهش با یافته‌های کاستین و چمبر مبنی بر تأثیر آموزش مدیریت

همسو بودن با نتایج غنی‌زاده و شهریور است. غنی‌زاده و شهریور در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش مدیریت والدین بر کاهش نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کودکان مؤثر است (۳۶). نتیجه به دست آمده را بر اساس نتایج پژوهشی زووی و همکاران می‌توان تبیین کرد که رفتارهای بیش‌فعالی / تکانش‌گری بر فعالیت‌های زندگی روزمره اجتماعی، تحصیلی و شغلی تأثیر منفی می‌گذارد. بنابراین، یکی از مداخلات خانواده محور که می‌تواند در کاهش این رفتارهای منفی تأثیر مطلوبی داشته باشد، آموزش مدیریت والدین است که والدین با فراگیری شیوه‌های صحیح و مثبت فرزندپروری از جمله شیوه‌های تقویت مثبت و منفی رفتار کودک می‌توانند رفتارهای بیش‌فعالی و تکانشی او را کاهش دهند. در این راستا، آموزش مدیریت والدین، به والدین در جهت‌دهی و افزایش انعطاف‌پذیری رفتار فرزندان‌شان در کلاس درس کمک می‌کند (۳۷).

همچنین، نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال سلوک دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مؤثر است، نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهش کازدین و همکاران همسو است. کازدین و همکاران در پژوهشی نشان دادند که مداخله مدیریت والدین در کاهش یکی از مشکلات رفتاری مانند اختلال سلوک تأثیر معناداری دارد (۳۸). همچنین، نتیجه پژوهش حاضر با یافته پژوهش فارلونگ و همکاران همسو است. فارلونگ و همکاران اذعان داشتند که یکی از مداخلات محیطی که در کاهش اختلال سلوک می‌تواند اثر مثبتی داشته باشد، آموزش مدیریت والدین است (۴۰). علاوه بر این، نتیجه این پژوهش با یافته‌های پژوهش لالی و همکاران مبنی بر تأثیر آموزش مدیریت والدین بر اختلال سلوک دانش‌آموزان دبستان همسو است اما در مقایسه با سایر روش‌های آموزشی مانند آموزش التقاطی تأثیر کمتری دارد (۳۹). بر اساس نتایج پژوهش کازدین و همکاران می‌توان اذعان داشت که با توجه به اینکه تعاملات بین کودک و والدین به‌ویژه مادر دو سویه است و کودک هر رفتار منفی اعم از قشقورق، مخالفت، لجبازی، مقابله و بی‌اعتنایی را انجام دهد، سبب می‌شود که رفتارهای منفی والدین به‌ویژه مادران را افزایش دهد. مانند تنبیه کردن کودک که این نیز سبب افزایش رفتارهای پرخاشگرانه، لجبازی و سایر رفتارهای منفی از قبیل اختلال سلوک در کودک می‌شود. بر این اساس، آموزش مدیریت والدین یادگیری مهارت‌های طرز رفتار را به کودک

محدودیت‌های پژوهش این بود که نتایج این پژوهش به دلیل محدودیت‌های زمانی بعد از اتمام آموزش پیگیری نشد. در نتیجه، در استنباط اینکه این پژوهش تأثیر بلندمدت خواهد داشت، باید با احتیاط انجام شود. سرانجام، برای پژوهشگران علاقه‌مند در زمینه آموزش مدیریت والدین بر اختلال‌های رفتار مخرب دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی پیشنهاد می‌شود که این آموزش را برای پدران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی نیز اجرا کنند و با نتایج این پژوهش مقایسه کنند. همچنین، تأثیر آموزش مدیریت والدین بر اختلال‌های رفتار مخرب با سایر گروه‌های نیازهای ویژه را اجرا کنند. علاوه بر این، در پژوهش‌های آتی، برای شناخت کامل از دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی علاوه بر تکمیل این مقیاس توسط والدین (مادران)، توسط معلم نیز تکمیل شود و از دیدگاه معلم تأثیر این آموزش بر دانش‌آموزان بررسی شود. همچنین، پیگیری نتایج این پژوهش در بلندمدت انجام شود. علاوه بر این پیشنهادها، در پژوهش‌های آتی تأثیر آموزش مدیریت والدین بر مشکلات رفتاری درونی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بررسی شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، تأثیر آموزش مدیریت والدین بر متغیرهایی مانند نگرش مثبت والدین نسبت به دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و افزایش مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بررسی شود. همچنین، به عنوان پیشنهادی کاربردی می‌توان اذعان داشت که برگزاری جلسات آموزشی مدیریت والدین در مدارس استثنایی توسط مشاوران و متخصصان در آموزشگاه برگزار شود و برای والدین بروشورهایی در زمینه مهارت‌های مثبت فرزندپروری و مدیریت والدینی تهیه شود و در اختیار والدین به‌ویژه مادران قرار گیرد تا در بلندمدت اثر مثبت آن در رفتار دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در محیط کلاس و خانه مشاهده شود.

تشکر و قدردانی

در پایان نویسندگان از تمامی عزیزانی که شرایط لازم جهت اجرای پژوهش را فراهم نمودند و همچنین اولیای دانش‌آموزان، نهایت تشکر و قدردانی را اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ تضاد یا تعارض منافی وجود ندارد.

والدین بر کاهش اختلال نافرمانی / لجبازی همسواست (۳۲) و با نتایج پژوهش مکنیل و همبریکینگ مبنی بر مؤثر بودن این آموزش در کاهش این اختلال در کودکان همسویی دارد (۳۳). همچنین، نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهش هاشمیان و همکاران همسو است. هاشمیان و همکاران نشان دادند که آموزش چندگانه مدیریت والدین موجب کاهش اختلال نافرمانی / مقابله‌ای می‌شود (۳۴). در تبیین نتیجه این پژوهش براساس یافته‌ی پژوهش مکنیل و همبریکینگ می‌توان اظهار داشت که والدین با یادگیری مهارت‌های والدینی گامی در بهبود رفتارهای منفی کودکانشان برمی‌دارند. این مطالعات نشان دادند که والدین در بسیاری از مواقع از روش‌های سخت‌گیرانه و مستبدانه برای یادگیری رفتارهای مطلوب استفاده می‌کنند که نتیجه‌ای در بهبودی رفتارهای منفی ندارد اما استفاده از روش‌های مدیریت والدین از قبیل تشویق کردن موقع انجام رفتارهای خوب و مطلوب و بی‌اعتنایی در هنگام انجام کار نامطلوب، والدین شاهد کاهش رفتارهای نافرمانی-لجبازی در کودکان خواهند بود (۳۳).

افزون بر این، نتایج پژوهش مبین این بود که آموزش مدیریت والدین بر رفتار مخرب نامشخص دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تأثیر داشته است. در تبیین یافته این پژوهش می‌توان اظهار داشت که اختلالاتی همچون اختلال سلوک، اختلال بیش‌فعالی-تکانش‌گری و اختلال نافرمانی-مقابله‌ای همبودی دارند و در تشخیص افتراقی باید آنرا در نظر گرفت. بعضی از موادهای مقیاس اختلال‌های رفتار مخرب در هیچ‌کدام از زیرمقیاس‌ها قرار نگرفته است و به-عنوان اختلال نامشخص تعیین شده است که می‌تواند در سایر اختلالات مشترک باشد. در حالت کلی، یافته این پژوهش نشان داد که تأثیر معناداری بر زیرمقیاس رفتار مخرب نامشخص داشته است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان بیان نمود که از آنجا که آزمودنی‌های این پژوهش فقط مادران بودند، بنابراین تعمیم آن به پدران باید با احتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش این بود که تنها برای مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی صورت گرفته است، بدین ترتیب تعمیم آن به مادران دانش‌آموزان با سایر گروه‌های نیازهای ویژه باید با احتیاط صورت گیرد. محدودیت پژوهش این بود که مقیاس مشکلات رفتاری توسط آزمودنی‌های پژوهش (مادران) به صورت خودگزارشی تکمیل شده است، در نتیجه، تعمیم‌دهی نتایج پژوهش باید با احتیاط انجام شود. همچنین، یکی دیگر از

References

- Boyle CA, Boulet S, Schieve LA, Cohen RA, Blumberg SJ, Yeargin-Allsopp M, et al. Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children. 1997–2008. *Pediatrics*. 2011; 127(6): 1034–1042.
- Holden B, Gitlesen J. A total population study of challenging behaviour in the county of Hedmark, Norway: Prevalence, and risk markers. *Research in Developmental Disabilities*. 2006; 27(4): 456–465.
- Harper C. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. . In: A companion to criminal justice, mental health and risk. The Policy Press; 2014.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
- Charlot L, Beasley J. Intellectual Disabilities and Mental Health: United States–Based Research . *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. 2013; 6(2):74-105.
- Smith K, Matson JL. Behaviour problems: differences among intellectually disabled adults with co-morbid autism spectrum disorders and epilepsy. *Res Dev Disabil*. 2019; 31: 1062–1069.
- Pollastri AR, Rosenbaum C, Ablon JS. Disruptive Behavior Disorders. In *The Massachusetts General Hospital Guide to Learning Disabilities* (pp. 207-220). Humana Press, Cham; 2019
- Baezzat F, Ahmadi gezelje A. Factor Structure and Psychometric Properties of the Destructive Behavioral Disorders Rating Scale - Parental Prescription. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2015; 2 (3): 73-83. [Persian].
- Emerson E, Einfeld S. Emotional and behavioural difficulties in young children with and without developmental delay: bi-national perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010; 51: 583–593.
- Baker BL, Neece CL, Fenning RM, Crnic KA, Blacher J. Mental disorders in five-year-old children with or without developmental delay: Focus on ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2010; 39(4): 492–505
- Buckley N, Glasson EJ, Chen, W. Prevalence estimates of mental health problems in children and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2020; 54 (10): 970-984.
- Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Bradley VJ, Buntinx WH, Coulter DL, Craig EM. *Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; 2010.
- Oliva O, Costa S, Cuzzocrea F. Parenting Skills and Non-compliance: Parent Training for Families with Mildly Mentally Retarded Children, Scientific & Academic Publishing. 2012; 13-19.
- Oruche UM, Gerkenmeyer J, Stephan L, Wheeler CA, Hanna KM. The described experience of primary caregivers of children with mental health needs. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2012; 26(5): 382–391.
- Schneiderman JU, Villagrana M. Meeting children's mental and physical health needs in child welfare: The importance of caregivers. *Social Work in Health Care*. 2010; 49(2): 91–108.
- Katzmann J, Döpfner M, Görtz-Dorten A. Child-based treatment of oppositional defiant disorder: mediating effects on parental depression, anxiety and stress. *European child & adolescent psychiatry*. 2018; 27(9): 1181-1192.
- Chen M, Chan KL. Effects of parenting programs on child maltreatment prevention: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2016; 17(1): 88-104.
- Grusec JE. Socialization Processes in the Family: Social and Emotional Development. *Annual Review of Psychology*. 2011; 62: 243-269
- Duncombe ME, Havighurst SS, Holland KA, Frankling EJ. The contribution of parenting practices and parent emotion factors in children at risk for disruptive behavior disorders. *Child Psychiatry & Human Development*. 2012; 43(5): 715-733.
- Kaminski JW, Valle JW, Anne L, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *J Abnorm Child Psychol*. 2008; 36(4): 567-89.
- Mejia A, Calam R, Sanders MR. 'A review of parenting programs in developing countries: Opportunities and challenges for preventing emotional and behavioral difficulties in children'. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2012; 15: 163–175.
- Bearss K, Burrell TL, Stewart L, Scahill L. 'Parent training in autism spectrum disorder: What's in a Name?', *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2015; 18: 170–182.
- Reichow B, Servili CH, Taghi Yasamy M, Barbui C, Shekhar Saxena SH. Non-specialist psychosocial interventions for children and adolescents with intellectual disability or lower-functioning autism spectrum disorders: a systematic review. *PLoS Med*. 2013; 10(12): 1-28.
- Forehand R, Jones D, Parent J. Behavioral parenting interventions for child disruptive behaviors and anxiety: What's different and what's the same. *Clinical Psychology Review*. 2013; 33 (1): 133-145.
- Eyberg SM, Nelson MM, Boggs SR. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2008; 37: 215–237.

26. McMahon RJ. Parent Management Training Interventions for Preschool-Age Children. *Encyclopedia on early childhood development*. 2015; 3(1): 1-8.
27. Mulford C, Redding RE, Mendoza M. Training for Effective Parenting. In RJR Levesque (Ed.), *Encyclopedia of Adolescence*. Switzerland: Springer International Publishing; 2016.
28. Skotarczak L, Lee GK. Effects of parent management training programs on disruptive behavior for children with a developmental disability: A meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*. 2015; 38: 272- 287.
29. Carroll V. Randomized trial of parent management training in children with tic disorders and disruptive behavior. *Journal of Child neurology*. 2009; 21(8): 650-665
30. Helander M, Lochman J, Högström J, Ljótsson B, Hellner C, Enebrink P. The effect of adding Coping Power Program-Sweden to Parent Management Training-effects and moderators in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2018; 103: 43–52.
31. Helander, M. Effects child CBT and parent management training for children with disruptive behavioral disorders. ph.D. Dissertation. Department of Clinical Neuroscience Karolinska Institutet. Stockholm. Sweden; 2021.
32. Coştin J, Chambers SM. Parent Management Training as a Treatment for Children with Oppositional Defiant Disorder Referred to a Mental Health Clinic. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2007; 49(2): 139–150.
33. McNeil CB, Hembree-Kigin TL. *Parent-Child Interaction Therapy* (2nd ed.). New York. Springer; 2010.
34. Hashemian P, Jarahi L, Hebrani P. Effectiveness of multimedia-parent management training on treatment of children with oppositional defiant disorder in Mashhad, Northeastern part of Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2013; 15 (58): 127-135. [Persian].
35. Raghobi M, Fouladi S, Bakhshani NM. Parent Training and Behavior Therapy on Behaviors of Children With Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *Health Scope*. 2014; 3(2): 15-41. [Persian].
36. Ghanizadeh A, Shahrivar FZ. The Effect of Parent Management Training on children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Ment Health*. 2005; 17(1): 31-4. [Persian].
37. Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. Parent training interventions for attention deficit hyperactivity disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 3(1): 16- 36.
38. Kazdina AE, Glick A, Pope J, Kaptchuk JT, Lecza Barrubba E, McWhinney E, Hamiltona N. Parent management training for conduct problems in children: Enhancing treatment to improve therapeutic change. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2018; 18(2): 91-101.
39. Lali M, Malekpour M, Molavi H, Abedi A, Asgari K. The Effects of Parent Management Training, Problem-solving Skills Training and the Eclectic Training on Conduct Disorder in Iranian Elementary School Students. *International Journal of Psychological Studies*. 2014; 4(2): 154-161. [Persian].
40. Furlong M., McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). *Evidencebased Child Health: A Cochrane Review Journal*. 2013; 8(2): 318–692.
41. Ogden KA, HT. Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008; 76(4): 607–621.
42. Matson JL, Mahan S, LoVullo SV. Parent training: A review of methods for children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*. 2009; 30(5): 961–968.
43. Alipour A, Asemi Z, Hosseini Yazdi A, Seyedeh A. Comparison of the effectiveness of three neurofeedback intervention methods, parental behavior management training and combination therapy in reducing pediatric behavior syndrome. *Journal of Applied Psychology*. 2014; 4 (32): 79-94. [Persian].
44. Pelham WE, Gnagy EM, Greenslade KE, Milich R. Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992; 31(2): 210–8.
45. Erford BT. Technical Analysis of Father Responses to the Disruptive Behavior Rating Scale-Parent Version (DBRS-P). *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 1998; 30(4): 199–210.
46. Kazdin A. *A Practical Guide to Treating Behavioral Problems in Children and Adolescents "Parent Management Training"*. Translation by Hezardeştan, Faezeh; Mousavi Madani, Nooshin; Abedi, Ahmad; Kanaani, Nafiseh (2015). Tehran: Written publication; 2002. [Persian].

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم در ایران: مرور نظام‌مند

- حامد احمدی*، کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
- علی محمد فلاح، کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
- حامد محمودیان ثانی، کارشناسی آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه فرهنگیان (پردیس شهید باهنر)، اصفهان، ایران

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۳۰ • تاریخ انتشار: مرداد و شهریور ۱۴۰۱ • نوع مقاله: مروری • صفحات ۶۱ - ۷۴

چکیده

زمینه و هدف: به‌طور کلی سطح سلامت روان مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم در قیاس با والدین کودکان عادی پایین‌تر است و از باورهای غیرمنطقی بیشتری استفاده می‌کنند. یکی از روش‌های پرکاربرد برای بهبود اکثر ویژگی‌های روان‌شناختی، درمان شناختی رفتاری است. این مطالعه با هدف برآورد تأثیر درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم به روش مرور نظام‌مند انجام گرفت.

روش: در این مطالعه جستجو با استفاده از کلید واژه‌های معتبر در بانک‌های اطلاعاتی بدون محدودیت زمانی تا سال ۱۴۰۰ انجام گرفت. در نهایت ۶ مقاله که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب و مورد تحلیل قرار گرفتند. به‌منظور ارزیابی ناهمگنی مطالعات از آزمون Q و شاخص ۱۲ استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Medcalc مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: در ۶ مطالعه مورد تحلیل با حجم نمونه ۲۰۴ نفر، میانگین تفاوت استاندارد شده نمره سلامت روانی در گروه مداخله با فاصله اطمینان ۹۵ درصد (۱/۳۴۰ تا ۰/۴۲۷)، ۰/۸۸۳ واحد از گروه گواه بیشتر است. همچنین میانگین تفاوت استاندارد شده نمره باورهای غیرمنطقی در گروه مداخله با فاصله اطمینان ۹۵ درصد (۰/۲۷۳- تا ۰/۷۵۱)، ۰/۱۲۲ واحد بوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان مادران کودکان اُتیسْتیک مؤثر است ولی بر باورهای غیرمنطقی آنها تأثیری ندارد. لذا درمان شناختی رفتاری به‌عنوان روشی مؤثر و مکمل بر سلامت روان مادران کودکان اُتیسْتیک توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال طیف اُتیسْم، باورهای غیرمنطقی، درمان شناختی رفتاری، سلامت روان، مادران کودکان اُتیسْتیک

مقدمه

تردید در تأثیر برنامه‌های آموزشی را گزارش می‌کنند، که منجر به کاهش روابط اجتماعی و مشکلات خانوادگی می‌شود (۱۰). مادران این کودکان، به دلیل اینکه بیشترین وظایف مراقبتی و آموزشی را به عهده دارند، در رسیدن به خواسته‌ها و تمایلات خود در زمینه داشتن یک فرزند عادی ناکام مانده‌اند و شاهد محدودیت‌های روزافزون کودکان می‌باشند (۱۱). همچنین باورها و عقاید والدین از عوامل و فاکتورهای مؤثر بر تعامل مناسب با کودکان اُتیسیتیکی می‌باشد (۱۲).

بسیاری از مشکلات والدین این کودکان زاده‌ی باورهای غیرمنطقی^۲ خود آنها می‌باشد (۱۳). باورهای غیرمنطقی براساس نظر ایس^۳، افکاری هستند که موجب بروز مشکلات روان‌شناختی می‌شوند (۱۴) و عامل تعیین‌کننده نحوه تعبیر، تفسیر و معناداری به رویدادها و تنظیم‌کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف‌اند. والدین این کودکان به خصوص مادران آنها انرژی روانی و مادی زیادی را صرف اجرای فرض و گمان‌ها و باورهای غیرمنطقی خود می‌کنند و در نتیجه وقت زیادی را که باید صرف پذیرش کودک، درمان و توان بخشی او می‌شد را از دست می‌دهند (۱۵). به‌طور کلی مادران کودکان اُتیسیتیکی، اضطراب و افسردگی بالاتری دارند، علائم جسمانی بیشتری بروز می‌دهند، از عقاید و باورهای غیرمنطقی بیشتری استفاده می‌کنند و سطح سلامت روان آنها نسبت به جمعیت عمومی، پایین‌تر است (۱۶). هم‌اکنون درمان‌های دارویی همچون پالپیریدون، ریسپیریدون و آریپیپرازول برای کودکان با اختلال طیف اُتیسیم تجویز می‌شود ولی از اثربخشی کافی برخوردار نیستند، به همین دلیل درمان‌های غیردارویی مورد توجه واقع شده‌اند (۱۷). لذا پرداختن به مشکلات سلامت روان مادران کودکان اُتیسیتیکی به منظور اهداف درمانی و آموزشی و کاستن از مشکلات آنها ضروری به نظر می‌رسد.

از سوی دیگر، برخی از عوامل و مداخلات روان‌شناختی به‌منظور بهبود این پیامدهای منفی پیشنهاد شده‌اند. در واقع، مراقبان با سطوح بالایی از حمایت اجتماعی، مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه، ظرفیت تنظیم عاطفی بالا و انعطاف‌پذیری، شکایت‌های بهداشتی کمتری دارند (۱۸). در مطالعه نوآک و همکاران^۴ نیز که ۵۵ مطالعه را با موضوع تأثیر برنامه‌های آموزشی بر والدین کودکان اُتیسیتیکی خلاصه کرده‌اند، نتایج نشان داد که این‌گونه برنامه‌ها منجر به تغییرات مثبت در

اختلال طیف اُتیسیم، یکی از اختلالات عصب رشدی است که با آسیب در تعاملات اجتماعی، رفتارها، علایق، حرکات کلیشه‌ای و تکراری شناخته می‌شود. اختلال طیف اُتیسیم، به عنوان یک اختلال واحد، شامل اُتیسیم، سندرم آسپرگر^۱، اختلال از هم‌گسیختگی کودکی و سایر اختلالات تکاملی تعیین‌نشده، تعریف شده است (۱). براساس گزارش مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌های آمریکا در سال ۲۰۱۴، میزان شیوع این اختلال یک فرد در ۶۸ نفر گزارش شده است (۲). گزارش‌ها حاکی از افزایش میزان شیوع اختلال طیف اُتیسیم در ایران است. برای مثال، بزرگ‌نیا، ملک‌پور و عابدی شیوع اختلال طیف اُتیسیم را در شهر اصفهان ۱۲/۱۵ و در شهرکرد ۹/۹۷ در هر ۱۰ هزار کودک برآورد کرده‌اند (۳). در اختلال طیف اُتیسیم، فرد به سبب نقص در مهارت‌های اجتماعی و بهره‌هوشی پایین‌تر از متوسط و همچنین محدودیت‌های انطباقی، توانایی محدودی برای زندگی مستقل دارد، لذا در قیاس با دیگر ناتوانی‌ها، نیاز به مراقبت‌های بیشتری دارد (۴).

به‌طور کلی اختلال طیف اُتیسیم، عملکرد فرد، مدرسه و خانواده را مختل می‌کند (۵). تولد هر کودک با نیازهای ویژه، مشکلات زیادی را برای والدین از جمله استرس و افسردگی به همراه دارد؛ نگرانی‌های مختلف از جمله ضرورت مداخلات شدید اولیه، انتخاب، هماهنگی و حمایت از درمان و مسائل مالی مربوط به آنها از یک سو (۶) و سطح نقص شناختی و ارتباطی، سلامت جسمی و نیازهای فرد، توانایی مستقل بودن و گرفتن پذیرش در جامعه از سوی دیگر (۷) ممکن است موجب افزایش اضطراب و استرس شود. مطالعات نشان می‌دهد که مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم در قیاس با والدین کودکان عادی و والدین کودکانی که بیماری‌های مزمن دارند، استرس بالاتر و رضایت زناشویی پایین‌تری را تجربه می‌کنند (۸). به دلیل مشکلات فراوان کودکان اُتیسیتیکی، مادران آنها با هیجانات شدید، تنش‌ها و فشارهای روانی زیادی روبه‌رو می‌شوند (۹). اکثر مادران به هنگام تشخیص اختلال طیف اُتیسیم، دچار واکنش انکار، سردرگمی، خشم و افسردگی می‌شوند. اکثر آنها مشکلات دیگری مانند برچسب خوردن کودک و خانواده، مقصر دانستن مادر در شکل‌گیری اختلال و

1. Asperger syndrome
2. Irrational beliefs

3. Ellis, A.
4. Novak & et al.

پایین‌تر افسردگی و حالت‌های خلق بهبود یافته در مراقبت کنندگان کودکان با اختلال طیف اُتیسزم می‌شود (۱۶).

اگرچه عواقب منفی مراقبت از افراد با اختلال طیف اُتیسزم به‌طور گسترده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است، ولی مطالعات کمی اثربخشی مداخلات روان شناختی را بر کاهش شکایات و سلامت این جمعیت ارزیابی کرده‌اند (۳۱). لذا با توجه به اینکه مطالعات مختلف نتایج متفاوتی به‌دست داده‌اند، و نیز با توجه به اینکه تاکنون مرور نظام‌مند و فراتحلیل^۱ بر روی آنها انجام نشده است، لزوم انجام یک پژوهش فراتحلیل ضروری به‌نظر می‌رسد. بررسی‌های فراتحلیلی ضمن بازنگری پژوهش‌های پیشین، نتایج آنها را ترکیب می‌کند، به برآورد دقیق‌تر و نتایج واحدی می‌انجامد. فراتحلیل به حل تناقض‌ها در پژوهش‌های روان شناختی و تربیتی و دیگر علوم رفتاری و رسیدن به نتایج دقیق‌تر کمک می‌کند (۳۲). بنابراین هدف پژوهش حاضر، بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران با کودکان اُتیسستیک به روش فراتحلیل بوده است.

روش بررسی

■ پروتکل مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه فراتحلیل از اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسزم در ایران می‌باشد. این مطالعه بر اساس دستورالعمل پیرزما^۲ مخصوص مطالعات مروری و فراتحلیل نگارش شده است (۳۳).

■ راهبرد جستجو

مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران با کودکان اُتیسستیک به روش فراتحلیل در ایران انجام گرفته است. اسناد مرورشده حاصل جستجو در اینترنت و جستجوی دستی بوده است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه پایان‌نامه‌ها، مقاله‌های علمی پژوهشی، کنگره‌ها و همایش‌ها در حوزه روان‌شناسی بدون محدودیت زمانی تا سال ۱۴۰۰ بوده است. به‌منظور جستجو در اسناد و مقالات داخلی، پایگاه‌های اطلاعاتی مگ ایران، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، پرتال جامع علوم انسانی، علم‌نت و ایران داک

مهارت‌های والدین و حتی مشکلات رفتاری کودکان اُتیسستیک می‌شود (۱۹).

یکی از روش‌های پرکاربرد و اثربخش برای بهبود اکثر ویژگی‌های روان‌شناختی، درمان شناختی رفتاری است (۲۰). مداخلات برای افراد با اختلال طیف اُتیسزم و خانواده‌های آنها، تحت سلطه مداخلات رفتاری و به‌ویژه شناختی است تا متناسب با مهارت‌های شناختی و تغییرات شناختی امکان کمک به آنها فراهم شود (۲۱). نتایج اخیر چندین مطالعه متاآنالیز اثربخشی این نوع مداخله را در مشکلات مختلف نشان دادند (۲۲). درمان شناختی رفتاری بر نوعی رفتار درمانی مبتنی است که در بطن موقعیت‌های روان درمانی سنتی به‌وجود آمده و نشان دهنده‌ی علاقه درمانگران به اصلاح شناخت به‌عنوان عامل مؤثر بر هیجان‌ها و رفتارها است. هدف این شیوه درمانی اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای اشتباه و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است (۲۳). این درمان، باورهای که در مورد خود، جهان و آینده شکل می‌گیرد را، با تجارب قبلی مرتبط می‌داند و آنها را شکل دهنده ادراک و واکنش به آینده می‌پندارد (۲۴). این درمان به افراد در تشخیص خطاهای شناختی و چالش‌های همراه با آنها و آزمایش عملی محتوای افکار خود و دیگران کمک به‌سزایی می‌کند (۲۵). در دیدگاه شناختی رفتاری، درمان یک فرآیند پویا است و روان‌درمانی شناختی-رفتاری نیز یک روش روان‌درمانی مبتنی بر دو دیدگاه رفتاری و شناختی است. یعنی رفتار نامطلوب انسان و مشکلات روانی وی از یادگیری‌های غلط نشأت می‌گیرد (۲۶) و بر این نکته تأکید می‌شود که فرایندهای تفکر هم به اندازه تأثیرات محیطی اهمیت دارند (۲۷). این شیوه درمانی تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است که به فرد کمک می‌کند تا الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای کمک به فرد برای این تغییرات، از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان یافته استفاده می‌شود (۲۸). بهره‌گیری از درمان شناختی رفتاری موجب افزایش سلامت عمومی و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه می‌شود (۲۹). برخی نتایج مطالعات نیز حاکی از آن است که درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مؤثر است (۳۰). در مطالعه‌ای دیگر نیز، نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری موجب بهبود نشانه‌های جسمانی، سطوح

1. Systematic review and meta-analysis

2. PRISMA

۲- کیفیت پایین مطالعات با استفاده از چک لیست استروب ارزیابی شد (۳۴). این چک لیست دارای ۲۲ بخش است که قسمت‌های مختلف یک گزارش را پوشش می‌دهد. به هر بخش یک امتیاز و به برخی از بخش‌های دیگر که در این مطالعه مهم‌تر بوده، امتیاز بیشتر داده شده است. نمره دهی این چک لیست از صفر تا ۴۴ می‌باشد و مطالعاتی که نمره لازم را نگرفتند، حذف شدند.

■ استخراج داده‌ها

به منظور کاهش سوگرایی گزارش‌ها و خطا در جمع‌آوری داده‌ها، نویسندگان اول و دوم به صورت مستقل، از طریق چک لیست تحلیل محتوا داده‌های حاصل از مطالعات را جمع‌آوری کردند. داده‌های استخراج شده شامل آیت‌هایی مانند نام نویسندگان، سال انتشار، نمونه و جامعه آماری، تعداد جلسات، سن مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم، مکان انجام مطالعه، ابزار مورد استفاده، میانگین و انحراف معیار قبل و بعد از درمان شناختی رفتاری در گروه آزمایشی و کنترل، تعداد جلسات درمان، و نتایج مطالعات بوده است. در نهایت، پس از جمع‌آوری داده‌ها توسط هر یک از نویسندگان و مقایسه اطلاعات آنها، داده‌ها با اطمینان از صحت آنها استخراج شدند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش عبارت‌اند از: پرسشنامه سلامت عمومی؛ این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ توسط (گلدبرگ و هیلر^۷) به منظور غربالگری اختلال روان‌شناختی غیرسایکوتیک ارائه شده، دارای ۲۸ سؤال و ۴ مقیاس فرعی شامل نشانه‌های جسمی، کارکرد اجتماعی، افسردگی و وضعیت سلامت روانی است که هر مقیاس ۷ سؤال دارد (۳۵). پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز^۸؛ این پرسشنامه را جونز براساس نظریه آلبرت ایس در سال ۱۹۶۸ تهیه کرده و انواع باورهای غیرمنطقی را مورد بررسی قرار می‌دهد که از ۱۰ مقیاس تشکیل شده و هر مقیاس دارای ۱۰ سؤال است (۳۶).

■ تحلیل آماری

نتایج مطالعات مورد بررسی با توجه به تعداد نمونه، میانگین و انحراف معیار با هم ترکیب شدند. به منظور ارزیابی ناهمگنی مطالعات از آزمون Q و شاخص I² استفاده شد. با توجه

مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین به منظور جستجو در منابع خارجی، پایگاه‌های اطلاعاتی ساینس دایرکت^۱، آی‌اس‌آی^۲، پاب‌مد^۳، گوگل اسکالر^۴ و اسکوپوس^۵ مورد تحلیل قرار گرفتند. برای جستجو در پایگاه‌های داخلی و خارجی کلیدواژه‌های اُتیسْم، اختلال طیف اُتیسْم، آسپرگر، سلامت روان، مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم، درمان شناختی رفتاری، باورهای غیرمنطقی و ایران مورد استفاده قرار گرفتند. جستجو در منابع داخلی به دلیل اینکه برخی پایگاه‌ها، به عمل‌گرهای جستجو مانند (و) و (یا) حساسیت نشان ندادند، از طریق جستجوی کلیدواژه‌های سلامت روان، عقاید و باورهای غیرمنطقی، درمان شناختی رفتاری، مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم انجام شد تا حساسیت بالایی را نشان دهد. لازم به ذکر است که برای یافتن مطالعات مرتبط، علاوه بر مطالعات گزینش شده، فهرست منابع آنها نیز مورد غربالگری قرار گرفتند.

■ انتخاب مطالعات

در ابتدا فهرستی از عناوین و چکیده مقالات جستجو شده تهیه شد. سپس مطالعات با عناوین غیرمرتبط حذف شدند و در ادامه چکیده مطالعات برای یافتن مطالعات مناسب بررسی شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل: ۱- هدف پژوهش اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی در مادران با کودکان اُتیسْم باشد و در قالب یک پژوهش گروهی صورت گرفته باشد (موردی و منفرد نباشد)؛ ۲- در گزارش مطالعه اطلاعاتی مانند روش پژوهش، جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری، روش تحلیل آماری ارائه شده باشد؛ ۳- پژوهش‌ها بایستی داده‌های کافی را برای محاسبه اندازه اثر گزارش کرده باشند؛ ۴- پژوهش‌ها بایستی به صورت کامل چاپ شده و قابل دسترس باشند؛ ۵- مطالعاتی که به درمان سلامت روان و باورهای غیرمنطقی فقط از طریق رفتاری و شناختی به طور هم‌زمان پرداخته بودند. ۶- مطالعات باید در کشور ایران صورت گرفته باشد. لازم به ذکر است به منظور افزایش حساسیت انتخاب پژوهش‌ها از حداقل معیارهای ورود استفاده شده است ولی به منظور انتخاب مطالعات مرتبط و با کیفیت، معیارهای خروج بدین شرح برگزیده شد: ۱- مطالعاتی که اطلاعات کافی را نداشتند

1. Science Direct
2. ISI
3. PubMed
4. Google scholar

5. Scopus
6. STROBE
7. Goldberg/ Hiller

طی ۱۰ جلسه و یک مطالعه نیز طی ۷ جلسه درمان شناختی رفتاری توسط روان شناسان و یا درمانگران در مراکز بالینی به گروه آزمایشی آموزش داده شد. مدت زمان مداخلات انجام گرفته از ۸ هفته تا ۳ ماه متغیر بود. طول مدت جلسات بین ۷۵ دقیقه تا ۹۰ دقیقه و ساعات آموزش کامل نیز از ۹ ساعت تا ۱۵ ساعت متغیر بود. هیچکدام از مطالعات مورد بررسی نیز پیگیری آموزش را گزارش نکرد. هر مداخله ترکیبی منحصر به فرد از مؤلفه‌هایی مانند آموزش هیجان منفی و آموزش باورهای غیرمنطقی (۵ مطالعه)، آموزش تکالیف شادی آور (۴ مطالعه)، آموزش آرمیدگی (۴ مطالعه)، آموزش همتا کردن خطاهای شناختی با افکار خودکار (۵ مطالعه)، آموزش روانی در مورد اختلال طیف اُتیسزم (۶ مطالعه)، بازسازی شناختی (۶ مطالعه)، اهمیت عزت نفس (۴ مطالعه) و تکنیک حل مسئله (۶ مطالعه)، را شامل می‌شد. مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسزم علاوه بر حضور در جلسات مداخله، تکالیفی نیز جهت تسلط بر مهارت‌های آموخته شده را در منزل انجام دادند. همه‌ی مطالعات ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه شرکت کنندگان و رعایت اصل رازداری و پرهیز از سوگیری را رعایت کردند. خلاصه مطالعات مورد بررسی در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسزم در جدول (۱) آورده شده است.

به وجود ناهمگنی در مطالعات از مدل اثرات تصادفی^۱ برای ترکیب نمودن نتایج مطالعات استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار مدلک^۲ تجزیه و تحلیل شدند.

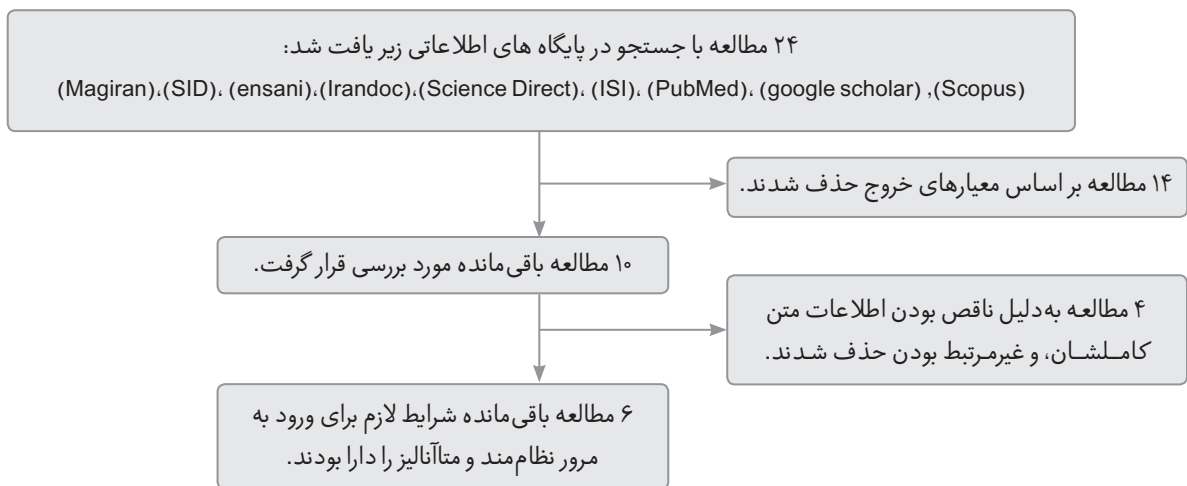
یافته‌ها

■ خلاصه نحوه ورود مطالعات به متاآنالیز

پس از جستجوی اولیه، تعداد ۲۴ مقاله یافت شد. سپس با بررسی عنوان و چکیده مقالات، ۱۴ مقاله حذف شد. در ادامه، با مطالعه متن کامل مقالات باقی مانده، ۴ مقاله دیگر نیز به دلیل غیرمرتبط بودن، حذف شدند. در مجموع ۶ مطالعه که ملاک‌های ورود مذکور را داشتند، انتخاب و مورد تحلیل قرار گرفتند (شکل ۱).

■ ویژگی‌های مطالعات و مداخله

در ۶ مطالعه انجام گرفته در ایران با حجم نمونه ۲۰۴ نفر که طی سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۲۱ انجام گرفتند، میانگین سن مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسزم شرکت‌کننده در مطالعات ۳۴/۹۱ بوده است. شرکت کنندگان در مطالعات مورد بررسی توسط روان‌پزشکان مورد مصاحبه بالینی بر اساس دی اس ام ۳ قرار گرفتند و مادرانی که اختلال روان‌پزشکی شدید و یا سایکوز طبق معیارهای دی اس ام نداشتند، وارد مطالعه شدند. در ۵ مطالعه



شکل ۱: مراحل ورود مطالعات به مرور نظام مند و متاآنالیز

1. Random effect model
2. Medcalc

3. DSM

تحلیل آماری

برای سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسزم در جدول شماره (۱) نشان داده شده است.

خصوصیات اولیه مطالعات براساس درمان شناختی رفتاری

جدول (۱) مشخصات مطالعات مورد بررسی در ارتباط با اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان اُتیسستیک

مطالعه	عنوان	نمونه	جلسه	مکان	سن مادران کودکان اُتیسزم	ابزار	میانگین و انحراف معیار سلامت روان		میانگین و انحراف معیار باورهای غیرمنطقی	
							قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
باجی و همکاران (۱۰)	بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسزم	۲۰	۱۰	ایران	۳۰-۴۲	پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBT-J)	۳۰/۲۳ ۲/۱۷	۲۵/۱۸ ۲/۸۹	۳۲۱/۵۷ ۳۸/۱۸	۳۰۹/۱۶ ۳۱/۴۳
پودینه‌صبور (۳۷)	بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسزم	۶۰	۱۰	زاهدان	۲۵-۴۵	پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBT-J)	۳۱/۴۳ ۹/۴۲	۲۰/۱۶ ۷/۵۱	۳۲۳/۵۴ ۲۱/۹۰	۳۱۸/۱۶ ۲۲/۵۸
حامی و امیریان (۳۸)	بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسزم در شهر ایلام	۴۰	۱۰	ایلام	۲۵-۴۵	پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBT-J)	۳۱/۴۳ ۹/۴۲	۲۰/۱۶ ۷/۵۱	۳۲۳/۵۴ ۲۱/۹۰	۳۱۸/۱۶ ۲۲/۵۸

مطالعه	عنوان	نمونه	جلسه	مکان	سن مادران کودکان اُتیسم	ابزار		میانگین و انحراف معیار سلامت روان		میانگین و انحراف معیار باورهای غیرمنطقی	
						قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله		
دهقانی (۳۹)	بررسی اثربخشی درمان CBT بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم	۳۰	۱۰	تهران	۲۲-۵۱	۲۷/۲۱ ۷/۳۲	۳۱/۸۰ ۹/۴۰	۳۰۲/۹۹ ۳۷/۰۶	۳۰۸/۷۰ ۲۵/۱۴	پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBT-J)	
معمدنی‌نیا (۴۰)	بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم	۳۰	۱۰	تهران	۲۵-۴۵	۳۶/۰۶ ۱۰/۹۲	۲۲/۱۳ ۵/۲۸	۲۹۸/۸۴ ۳۵/۳۰	۱۹۹/۴۵ ۲۰/۶۴	پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBT-J)	
دهقانی و همکاران (۴۱)	بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر سلامت روان مادران دارای کودک اُتستیک ۱۴-۳ ساله شهرستان بجنورد	۲۴	۷	بجنورد	۲۵-۴۰	۵۹/۲۶ ۹/۱۹	۶۷/۸۶ ۸/۲۲	-	-	پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)	

اثربخشی مداخله شناختی رفتاری

میانگین تفاوت استاندارد شده نمره سلامت روانی در گروه مداخله با فاصله اطمینان ۹۵ درصد (۱/۳۴۰ تا ۰/۴۲۷) با مقایسه نمرات بعد از مداخله سلامت عمومی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در ۲ گروه گواه و آزمایشی مشخص شد که، اندازه اثر برابر با ۰/۸۸۳ بوده است، یعنی بهبود سلامت روان مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در گروه آزمایشی بعد از مداخله به میزان ۰/۸۸۳ بیشتر از مادران گروه گواه بود و این مسئله بیانگر اثربخشی نیرومند مداخله شناختی رفتاری در بهبود سلامت روان مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در ایران می‌باشد و از نظر آماری معنادار است.

همچنین میانگین تفاوت استاندارد شده نمره باورهای غیرمنطقی در گروه مداخله با فاصله اطمینان ۹۵ درصد (۰/۲۷۳- تا ۰/۷۵۱) واحد بوده است (جدول ۲). با مقایسه نمرات بعد از مداخله باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در ۲ گروه گواه و آزمایشی، اختلاف معناداری بین نمرات پس از مداخله، در ۲ گروه دیده نشد. این مسئله بیانگر عدم تأثیر درمان شناختی رفتاری در بهبود باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در ایران می‌باشد. نتایج فراتحلیل درمان شناختی رفتاری برای سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم به تفکیک اندازه اثر هر مطالعه و ترکیب اندازه اثر کل مطالعات در جدول (۲) آمده است.

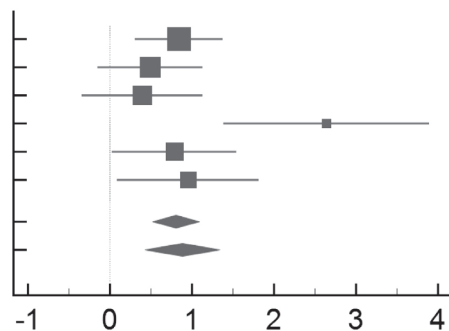
جدول ۲) نتایج فراتحلیل درمان شناختی رفتاری برای سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم با ترکیب و تفکیک اندازه اثر هر مطالعه

آزمون همگنی						فاصله اطمینان ۹۵ درصدی		اندازه اثر		نمونه		مطالعه				
باورهای غیرمنطقی			سلامت روان			باورهای غیرمنطقی	سلامت روان	باورهای غیرمنطقی	سلامت روان	باورهای غیرمنطقی	سلامت روان					
Q	DF	I ²	Q	DF	I ²											
۱۱/۸۸۱۹	۵	۴۴/۰۸٪	۱/۴۹۶۲	۴	۴۹/۰۲٪	۰/۳۰۹	-۰/۲۷۳	۰/۸۴۲	۰/۲۳۹	۶۰	۶۰	پودینه صبور				
						تا	تا					۰/۷۵۱				
						۱/۳۷۵	۰/۶۵۵					۰/۴۹۱	۰/۰۲۷۳	۴۰	۴۰	مامی
						-۰/۱۴۶	تا					۰/۶۰۰				
						۱/۱۲۸	۰/۹۰۵					۰/۳۹۴	-۰/۱۷۵	۳۰	۳۰	دهقانی
						-۰/۳۴۱	تا					۰/۵۵۴				
						۱/۱۲۹	-۰/۶۷۳					۲/۶۴۲	۰/۲۳۰	۲۰	۲۰	ریاحی
						۱/۳۸۵	تا					۱/۱۳۳				
						۳/۸۹۹	-۰/۴۱۷					۰/۷۸۶	۰/۳۱۶	۳۰	۳۰	معمدی نیا
۰/۰۲۹۳	تا	۱/۰۴۸														
۱/۵۴۳	۰/۱۶۷	۰/۹۵۲	-	۲۴	-	حقانی نیا										
تا	تا	۰/۴۱۰														
۰/۰۸۶۶	۱/۸۱۸	۰/۵۲۰	-۰/۱۶۷	۰/۸۰۵	۰/۱۲۲	۲۰۴	۱۸۰	اثر ثابت								
۱/۰۹۰	۰/۴۱۰	۰/۴۲۷	-۰/۲۷۳	۰/۸۸۳	۰/۱۲۲	۲۰۴	۱۸۰	اثر تصادفی								
۱/۳۴۰	۰/۷۵۱															

اطمینان برای هر مطالعه براساس مدل اثرات تصادفی، در گروه گواه و آزمایشی هر کدام از متغیرها (سلامت روان و باورهای غیرمنطقی) در نمودار ۱ و ۲ آورده شده است.

دو متغیر سلامت روان (۶ مطالعه) و باورهای غیرمنطقی (۵ مطالعه) در مطالعات گزینش شده قبل و پس از مداخله اندازه‌گیری شدند. با توجه به ناهمگنی مطالعات، فاصله

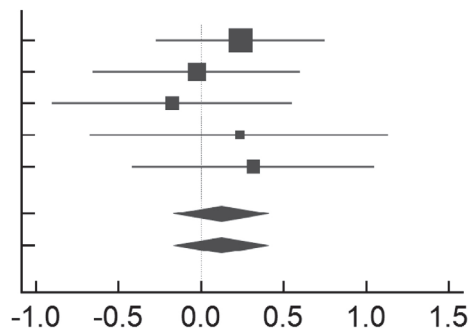
Poudineh sabouri.F
Mami.Sh
Dehghani.Y
Riahi.F
Moatamedi nia.Z
Haghani nia.S
Total (fixed effects)
Total (random effects)



Standardized Mean Difference

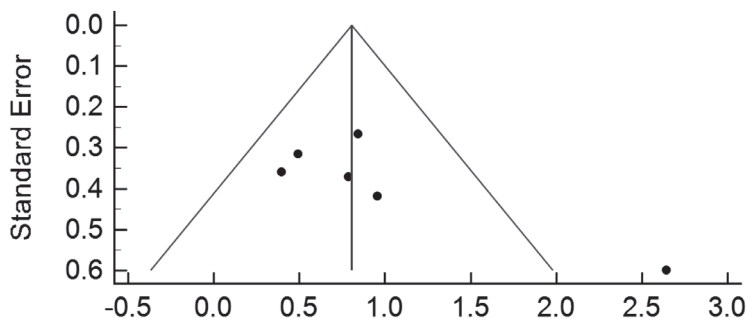
نمودار ۱) مقایسه میانگین نمره سلامت روان بعد از مداخله در دو گروه گواه و آزمایشی، با فاصله اطمینان ۹۵٪ بر حسب نام نویسنده اول. نقطه وسط هر پاره خط، اثربخشی هر مطالعه را نشان می‌دهد. شکل لوزی نیز میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری در سلامت روان مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسزم را برای کل مطالعات نشان می‌دهد.

Poudineh sabouri.F
Mami.Sh
Dehghani.Y
Riahi.F
Moatamedi nia.Z
Total (fixed effects)
Total (random effects)



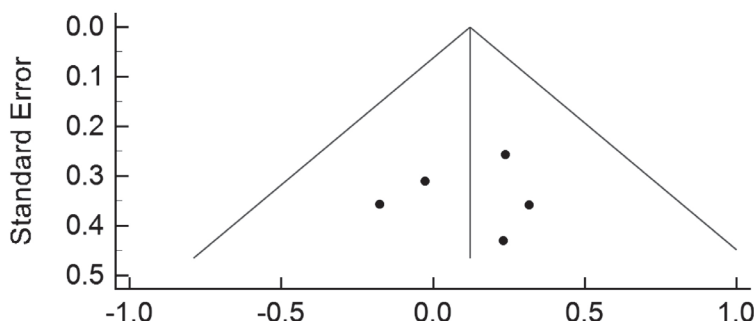
Standardized Mean Difference

نمودار ۲) مقایسه میانگین نمره باورهای غیرمنطقی بعد از مداخله دو گروه گواه و آزمایشی، با فاصله اطمینان ۹۵٪ بر حسب نام نویسنده اول و براساس مدل اثرات تصادفی. نقطه وسط هر پاره خط، اثربخشی هر مطالعه را نشان می‌دهد. شکل لوزی نیز میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسزم را برای کل مطالعات نشان می‌دهد.



Standardized Mean Difference

شکل ۲) نمودار کیفی مرتبط با سوگیری انتشار در ۶ مطالعه



Standardized Mean Difference

شکل ۳) نمودار کیفی مرتبط با سوگیری انتشار در ۵ مطالعه

معرض آسیب‌ها و خطرات بیشتری هستند و با افزایش میزان نگرش‌های منفی نسبت به خود و دیگران و دور شدن از آرزوها و فعالیت‌های رایج اجتماعی، فشار مضاعفی را تحمل می‌کنند، در نتیجه سلامت عمومی و روانی آنها به مخاطره می‌افتد. درمان شناختی رفتاری شامل فنون درمانی به‌منظور تغییر اشتباهات و سوگیری‌های شناختی می‌باشد و چون مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم نیز در این حیطه دچار آسیب هستند، لذا این درمان به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر و مفید توصیه می‌شود. با توجه به اینکه شناخت‌های والدگری والدین دارای کودکان با اختلال طیف اُتیسیم با مادران کودکان عادی کاملاً متفاوت است، اما این تفاوت در مورد نحوه والدگری مادران کودکان اُتیسیتیک و خواهر و برادرهای به‌هنجار آنها مشهود نیست، لذا ضرورت دارد که شناخت مادران کودکان اُتیسیتیک را به‌طور کلی در ارتباط با همه فرزندان مورد مطالعه قرار داد و آنها را نسبت به ویژگی‌ها و تفاوت‌های فردی فرزندان آگاه ساخت (۴۷). با توجه به این نکته که این اختلال طیف وسیعی از مشکلات و محدودیت‌های اقتصادی، اجتماعی و رفاهی و اثرات سوء بر خانواده به‌ویژه مادران می‌گذارد، فعالیت‌های شناختی، نگرش و امیدواری مادران نسبت به زندگی را تغییر می‌دهد و با چالش روبه‌رو می‌کند. درمان شناختی رفتاری به مادران کمک می‌کند تا با استفاده از بازسازی شناختی افکار خود، نسبت به اصلاح آنها اقدام کنند. این درمان به‌وسیله تکنیک‌های حل مسئله، به مادران کودکان اُتیسیتیک کمک می‌کند تا به‌جای واکنش‌های هیجانی و غیرارادی، به‌صورت آگاهانه واکنش نشان دهند و به‌صورت کارآمد با اطرافیان به‌ویژه کودکان خود ارتباط برقرار کنند.

مداخلات شناختی رفتاری با آموزش عزت‌نفس و روش‌های افزایش عزت‌نفس، موجب تغییرات مثبت و اثربخش در توانایی‌های آنان می‌شود و در نتیجه با محبت و عاطفه بیشتری با کودکان خود ارتباط برقرار می‌کنند که این مسئله می‌تواند به کاهش دو طرفه مشکلات مادر و کودک کمک به‌سزایی کند. لازم به ذکر است که این مداخله موجب بهبود وابستگی کودک و آگاهی مادران به شرایط خود از طریق ارتباط با دیگران، می‌شود. درمان شناختی رفتاری موجب می‌شود تا والدین به‌ویژه مادران با رفتار خود در کنش‌های عاطفی با

فراتحلیل به مجموعه فنون آماری اطلاق می‌شود که با هدف یکپارچه‌سازی نتایج پژوهش‌های مستقل انجام می‌گیرد. با استفاده از روش فراتحلیل می‌توان نتایج مطالعات را با یکدیگر ترکیب کرد و روابط تازه‌ای میان پدیده‌های اجتماعی کشف کرد (۴۲). نتایج حاصل از مطالعات فراتحلیلی در جوامعی مانند جامعه ایران که گوناگونی بیشتری را از لحاظ فرهنگی و اجتماعی دارد، مهم‌تر است؛ چرا که این گوناگونی، تفاوت‌های بیشتری را به همراه دارد و لزوم به‌دست آوردن اطلاعات متعدد از نمونه‌های مختلف این جامعه احساس می‌شود. در نتیجه با یکپارچه کردن اطلاعات حاصل از انجام پژوهش‌های فراتحلیلی، می‌توان شباهت‌ها را به‌دست آورد و با تفاوت‌ها به‌شکل مناسبی برخورد کرد.

پژوهش حاضر نیز با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران با کودکان اُتیسیتیک به روش فراتحلیل انجام گرفت. نتایج انجام فراتحلیل نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان مادران با کودکان اُتیسیتیک مؤثر بوده است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعات آللیک و همکاران^۱ (۴۳)، لین^۲ (۴۴)، آرچ و همکاران^۳ (۴۵)، لازانو و همکاران^۴ (۴۶)، رویز و همکاران^۵ (۱۶)، کارپنتر و همکاران^۶ (۴۷)، آنگ و همکاران^۷ (۴۸)، لی و همکاران^۸ (۴۹)، و واسا و همکاران^۹ (۵۰) همسو است.

در تبیین یافته مطالعه حاضر می‌توان گفت که مطالعات مورد استفاده در این فراتحلیل، با ترکیب دو روش شناختی و رفتاری در قالب یک برنامه یکپارچه، کارایی مداخلات را افزایش داده و موجب بهبود سلامت روانی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم شده است. مداخله، آموزش و حمایت اجتماعی، ارتباط بین تنش‌های روانی و استرس والدگری، در مادران با کودکان با اختلال طیف اُتیسیم را میانجیگری و تعدیل می‌کند، در کنترل خشم و اضطراب و کمک به فرد جهت غلبه بر افسردگی مؤثر است (۱۸). همچنین آموزش و حمایت مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم نقش تعیین‌کننده‌ای در بهزیستی آنها دارد (۴۴). از آنجایی که مادران کودکان اُتیسیتیک نسبت به پدران آنها و سایر اعضای خانواده در

1. Allik & et al.

2. Lin LY

3. Arch, J & et al.

4. Lazcano, F & et al.

5. Ruiz-Robledillo, N & et al.

6. Carpenter & et al.

7. Ung & et al.

8. Li & et al.

9. Vasa & et al.

تشخیص دهد و برای اینکه بتواند افکار و رفتارهای ناکارآمد خود را تغییر دهد، از بحث‌های منظم، تکالیف رفتاری و تاکتیک‌های شناختی رفتاری به مدت طولانی استفاده می‌کند. در واقع با کمک به بهبود سلامت روانی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسزم، بستر مناسبی برای رشد آنها در زمینه‌های مختلف مانند روابط بین فردی مؤثر و رضایت‌مندی از زندگی فراهم می‌شود. از محدودیت‌های انجام این پژوهش می‌توان به عدم دسترسی به منابع و مطالعات و جامعه آماری محدود و همچنین عدم پیگیری اثرگذاری برنامه، اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر سلامت روانی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسزم مؤثر است. این برنامه برای طیف وسیعی از مشکلات مادران کودکان اُتیسستیک از طریق آموزش هیجان منفی، آموزش باورهای غیرمنطقی، آموزش تکالیف شادی آور، آموزش آرمیدگی، آموزش هم‌تاکردن خطاهای شناختی با افکار خودکار، آموزش روانی در مورد اختلال طیف اُتیسزم، بازسازی شناختی، اهمیت عزت نفس و تکنیک حل مسئله توصیه می‌شود. این درمان به وسیله بازسازی شناختی و بازخورد مناسب به مادران کودکان اُتیسستیک کمک می‌کند تا با فرزندان خود به شیوه مؤثر و کارآمدی ارتباط برقرار کنند. در مجموع، می‌توان از درمان شناختی رفتاری به عنوان یکی از مداخلات مؤثر و مکمل در کنار سایر مداخلات استفاده کرد. لذا پیشنهاد می‌شود که این مداخله به صورت تخصصی و با حضور افراد آشنا با این مداخله، برای مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسزم اجرا و پیگیری شود.

فرزندانشان، تأثیرات مثبت بر ذهن آنها ایجاد کنند و حتی به آنان کمک خواهد تا با همسالان ارتباط مسالمت آمیز برقرار کنند که این امر می‌تواند یکی از عمده‌ترین چالش‌های این کودکان یعنی ارتباط را حل و فصل کند. والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسزم به هنگام روبه‌رو شدن با شرایط استرس‌زا به دنبال منابع حمایتی جهت انطباق با آن شرایط هستند. لذا آموزش تکالیف شادی آور و تکنیک‌های روانی مانند آرمیدگی و بروز احساسات، به آنها کمک خواهد کرد تا با مشکلات کودکان خود به نحو مناسبی برخورد کنند و در نتیجه باعث افزایش سلامت روان آنها گردد.

نتایج فراتحلیل پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری تأثیر معناداری بر باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسزم ندارد. در تحلیل این یافته می‌توان گفت که مطالبی که در بخش باورهای غیرمنطقی مداخله شناختی رفتاری به مراجعان آموزش داده شد، عمیق‌تر و سنگین‌تر از آن بوده است که طی مدت کوتاه در مراجعان موجب تغییر شود. فرد باید این مطالب را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده، در مورد آنها قضاوت کرده، آنها را بپذیرد و در نهایت به آنها عمل کند. همچنین براساس نظریه ایس، زمانی که فرد به مدت طولانی براساس شناخت ضعیف و باورهای غیرمنطقی خود عمل کند، این شناخت و باورها نسبتاً پایدار شده و به‌ویژه در موقعیت‌های فشارزا به صورت خودکار عمل می‌کنند و به فرد اجازه نمی‌دهند طبق باورهای منطقی تازه کسب شده عمل کند. لذا برای اینکه یک باور منطقی، جایگزین باورهای غیرمنطقی شود، نیاز به تمرین و گذشت زمان طولانی است (۵۱).

با توجه به نقش اساسی مادران در تربیت و پرورش نسل‌های آینده، کاهش عواقب و اثرات آسیب‌رسان فشارهای روانی ناشی از وجود کودک اُتیسستیک و به دنبال آن افکار خودآیند منفی، از جنبه‌های مهم ارتقاء سلامت روان فرد و جامعه محسوب می‌شود. بنابراین به‌منظور کمک به مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسزم درمان شناختی رفتاری از طریق درک فرد از خود، حس کفایت و مهارت‌های مسئله‌گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله‌ای با موقعیت‌های خطرآفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روانی مطلوب آموزش داده می‌شود که پیامد این مهارت‌ها، بهبود سلامت روان فرد می‌باشد. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری به فرد کمک می‌کند تا الگوهای تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را

References

1. Diagnostic A. statistical manual of mental disorders: DSM-5 (ed.) American Psychiatric Association. Washington, DC. 2013.
2. Control CfD, Prevention. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2010 Principal Investigators; Prevalence of autism spectrum disorders—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2010. MMWR Surveill Summ. 2014;63(2): 1-21.
3. Bozorgnia A, Malekpour M, Abedi A, editors. Prevalence of autism in children 6 to 12 years old Shhrkrd 2009-2010. Regional Conference on Child and Adolescent Psychology; 2011.
4. Autism, Investigators DDMNSYP. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries. 2014;63(2): 1-21.
5. Sukhodolsky DG, Scahill L, Gadow KD, Arnold LE, Aman MG, McDougle CJ, et al. Parent-rated anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders: Frequency and association with core autism symptoms and cognitive functioning. Journal of abnormal child psychology. 2008;36(1): 117-28.
6. Peters-Scheffer N, Didden R, Korzilius H, Sturmey P. A meta-analytic study on the effectiveness of comprehensive ABA-based early intervention programs for children with autism spectrum disorders. Research in Autism Spectrum Disorders. 2011;5(1): 60-9.
7. Ogston PL, Mackintosh VH, Myers BJ. Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. Research in Autism Spectrum Disorders. 2011;5(4): 1378-84.
8. Dabrowska A, Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. Journal of Intellectual Disability Research. 2010;54(3): 266-80.
9. Adler K, Salanterä S, Leino-Kilpi H, Grädel B. An integrated literature review of the knowledge needs of parents with children with special health care needs and of instruments to assess these needs. Infants & Young Children. 2015;28(1): 46-71.
10. Riahi F, Khajeddin N, Izadi Mazidi S, Eshrat T, Naghdi Nasab L. The effect of supportive and cognitive-behavior group therapy on mental health and irrational believes of mothers of autistic children. Jundishapur Scientific Medical Journal. 2012;10(6): 637-45.
11. Smith LE, Hong J, Seltzer MM, Greenberg JS, Almeida DM, Bishop SL. Daily experiences among mothers of adolescents and adults with autism spectrum disorder. Journal of autism and developmental disorders. 2010;40(2): 167-78.
12. Suckling J. Structural Abnormalities in Autism Spectrum Disorder. 2015.
13. Durrleman S, Franck J. Exploring links between language and cognition in autism spectrum disorders: Complement sentences, false belief, and executive functioning. Journal of communication disorders. 2015;54: 15-31.
14. Afshahr S. Comparison of the spiritual health and irrational beliefs of male and female undergraduate, masters and PhD students in Kashan. Res Relig Health. 2016;2(3): 25-34.
15. Girli A, Tekin D. Investigating false belief levels of typically developed children and children with autism. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010;2(2): 1944-50.
16. Ruiz-Robledillo N, De Andrés-García S, Pérez-Blasco J, González-Bono E, Moya-Albiol L. Highly resilient coping entails better perceived health, high social support and low morning cortisol levels in parents of children with autism spectrum disorder. Research in Developmental Disabilities. 2014;35(3): 686-95.
17. McPheeters ML, Warren Z, Sathe N, Bruzek JL, Krishnaswami S, Jerome RN, et al. A systematic review of medical treatments for children with autism spectrum disorders. Pediatrics. 2011;127(5): e1312-e21.
18. Lai WW, Oei TPS. Coping in parents and caregivers of children with autism spectrum disorders (ASD): A review. Review Journal of Autism and Developmental Disorders. 2014;1(3): 207-24.
19. Nowak C, Heinrichs N. A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: Effectiveness and moderating variables. Clinical child and family psychology review. 2008;11(3): 114-44.
20. Hoying J, Melnyk BM, Arcoletto K. Effects of the COPE cognitive behavioral skills building TEEN program on the healthy lifestyle behaviors and mental health of Appalachian early adolescents. Journal of Pediatric Health Care. 2016;30(1): 65-72.
21. Duffy C, Healy O. Spontaneous communication in autism spectrum disorder: A review of topographies and interventions. Research in autism spectrum disorders. 2011;5(3): 977-83.
22. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. Cognitive therapy and research. 2012;36(5): 427-40.
23. Granero R, Fernández-Aranda F, Mestre-Bach G, Steward T, Baño M, Agüera Z, et al. Cognitive

- behavioral therapy for compulsive buying behavior: Predictors of treatment outcome. *European Psychiatry*. 2017;39: 57-65.
24. Wu SS, Schoenfelder E, Hsiao RC-J. Cognitive behavioral therapy and motivational enhancement therapy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2016;25(4): 629-43.
 25. Magill M, Ray L, Kiluk B, Hoadley A, Bernstein M, Tonigan JS, et al. A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2019;87(12): 1093.
 26. Dolan SL, Martin RA, Rohsenow DJ. Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive behaviors*. 2008;33(5): 675-88.
 27. Lipka J, Hoffmann M, Miltner WH, Straube T. Effects of cognitive-behavioral therapy on brain responses to subliminal and supraliminal threat and their functional significance in specific phobia. *Biological psychiatry*. 2014;76(11): 869-77.
 28. Covin R, Ouimet AJ, Seeds PM, Dozois DJ. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of anxiety disorders*. 2008; 22(1): 108-16.
 29. Ayers JW, Nobles AL, Dredze M. Media trends for the substance abuse and mental health services administration 800-662-HELP addiction treatment referral services after a celebrity overdose. *JAMA Internal Medicine*. 2019;179(3): 441-2.
 30. Hassan SA. Efficacy of group cognitive behavioral therapy on depression among Muslim parents of autistic children in Jordan. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*. 2011;5(12): 827-32.
 31. Sorrell JM. Moving beyond caregiver burden: identifying helpful interventions for family caregivers. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2014;52(3): 15-8.
 32. Faizy A, Mesrabadi J, Mohamadian K, Agh Atabay A. Meta-analysis of the relationship between psychosocial indexes with mental health. *ISMJ*. 2015;18(4): 786-99.
 33. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*. 2015;4(1): 1-9.
 34. Häussler B, Gothe H, Göl D, Glaeske G, Pientka L, Felsenberg D. Epidemiology, treatment and costs of osteoporosis in Germany—the BoneEVA Study. *Osteoporosis International*. 2007;18(1): 77-84.
 35. Hobi V, Gerhard U, Gutzwiller F. A report on experiences using Goldberg's GHQ (General Health Questionnaire). *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis= Revue suisse de médecine Praxis*. 1989;78(9): 219-25.
 36. Jones RG. A FACTORED MEASURE OF ELLIS' IRRATIONAL BELIEF SYSTEM, WITH PERSONALITY AND MALADJUSTMENT CORRELATES: Texas Tech University; 1968.
 37. Poudinesabour. The effect of cognitive-behavioral group therapy on mental health and irrational beliefs of mothers with children with autistic disorder. 3rd International Conference on Researches in Science & Engineering; Thailand: Kasem Bundit University; 2017.
 38. Mami SH AK. Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on mental health and irrational beliefs of mothers with children with autism in Ilam. *Women and family studies*. 2015;30: 82-69.
 39. Dehghani Y. Efficacy of cognitive behavioral therapy on mental health and irrational beliefs of mothers with autistic children. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016;26(135): 87-98.
 40. Motamedinia Z. The effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) on mental health and irrational beliefs of mothers with autistic children. *Journal of Science and Today's World*. 2017;6(11): 227-34.
 41. R HSIAA. Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the mental health of mothers with autistic children aged 3-14 years in Bojnourd. 2nd International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle; Mashhad 2016.
 42. Glass GV. Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educational researcher*. 1976;5(10): 3-8.
 43. Allik H, Larsson J-O, Smedje H. Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Health and quality of life outcomes*. 2006;4(1): 1-8.
 44. Lin L-Y. Coping strategies, caregiving burden, and depressive symptoms of Taiwanese mothers of adolescents with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2015;15: 1-9.
 45. Arch JJ, Eifert GH, Davies C, Vilardaga JCP, Rose RD, Craske MG. Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2012;80(5): 750.
 46. Lazcano FM, Cura MA, Aranda JMR, Heras HR, Elizondo TG, Garza FB. Impacto de una intervención psicossocial en la carga del cuidador de niños con parálisis cerebral. *Atención Primaria*. 2014;46(8): 401-7.

47. Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JA, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and anxiety*. 2018;35(6): 502-14.
48. Ung D, Selles R, Small BJ, Storch EA. A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for anxiety in youth with high-functioning autism spectrum disorders. *Child Psychiatry & Human Development*. 2015;46(4): 533-47.
49. Li X, Laplante DP, Paquin V, Lafortune S, Elgbeili G, King S. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for perinatal maternal depression, anxiety and stress: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*. 2022: 102129.
50. Vasa RA, Keefer A, McDonald RG, Hunsche MC, Kerns CM. A scoping review of anxiety in young children with autism spectrum disorder. *Autism Research*. 2020;13(12): 2038-57.
51. Ellis A. Healthy and disturbed reasons for having extramarital relations. *Journal of Human Relations*. 1968.

بررسی تأثیر تمرینات ورزشی مختلف بر آمادگی جسمانی کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی: مرور نظام مند

□ رضا سبزواری راد*، استادیار فیزیولوژی ورزشی، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه افسری امام علی (ع)، تهران، ایران

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۰۷ • تاریخ انتشار: مرداد و شهریور ۱۴۰۱ • نوع مقاله: مروری • صفحات ۷۵ - ۹۲

چکیده

زمینه و هدف: کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی به دلیل اتخاذ سبک زندگی بی تحرک، کاهش قابل توجه آمادگی جسمانی را تجربه می کنند که در نهایت مرگ زودرس را در آنان به دنبال دارد. تأثیر تمرینات ورزشی هدفمند و ساختاریافته در بهبود آمادگی جسمانی این دسته ثابت شده است. بنابراین هدف از مطالعه حاضر، بررسی تأثیر تمرینات ورزشی مختلف بر آمادگی جسمانی کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی بود.

مواد و روش: این مطالعه از نوع مروری نظام مند می باشد و ادبیات آن با استفاده از پایگاه های اینترنتی، Pubmed، Exercise Training، google Scholar، SID، PubMed، Irandoc، Science direct، Scopus و " Physical fitness " و " Children and Adolescents with Intellectual disabilities " موجود در mesh و بدون محدودیت زمانی گردآوری شد.

یافته ها: بیشترین تمرکز متخصصان و مربیان ورزشی در طراحی تمرینات برای کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی بایستی بر مشارکت هم زمان در فعالیت ورزشی و توسعه مهارت های فردی و با در نظر گرفتن شدت فعالیت سبک تا متوسط باشد. زیرا این امر منجر به افزایش اعتماد بنفس و شایستگی آنها شده و مشارکت مادام العمر آنها در فعالیت ورزشی را به دنبال خواهد داشت.

نتیجه گیری: آگاهی از میزان آمادگی جسمانی کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی و ارتباط آن با فعالیت های بدنی و تمرینات ورزشی به پژوهشگران و متخصصان ورزشی کمک می کند تا مداخلات ورزشی مؤثرتری را برای بهبود آمادگی جسمانی در این جمعیت خاص و آسیب پذیر داشته باشند.

واژه های کلیدی: آمادگی جسمانی، تمرین ورزشی، کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی

مقدمه

کم توانی ذهنی^۱، بر اساس تعریف انجمن کم توانی ذهنی و رشدی آمریکا عبارت است از محدودیت‌های چشمگیر در کارکرد هوشی (استدلال، یادگیری و حل مسئله) و رفتار انطباقی (مهارت‌های مفهومی، اجتماعی و عملی) که قبل از ۱۸ سالگی ظهور می‌کند (۱). کم توانی ذهنی این افراد با توجه به اینکه تا چه میزانی توانایی مقابله با مسائل و مطالبات تعیین شده از سوی جامعه را داشته باشند، به سطوح خفیف، متوسط، شدید و عمیق دسته‌بندی می‌شود (۱، ۲). برآورد شیوع کم توانی ذهنی به دلایل مختلف از جمله تفاوت‌های روش شناختی، میزان درآمد و ثروت کشور و گروه سنی جمعیت مورد مطالعه متفاوت است (۳-۶). شیوع آن در کشورهای با درآمد پایین و متوسط به ترتیب ۱۶/۴۱ و ۱۵/۹۴ نفر به ازای هر ۱۰۰۰ نفر و در کشورهای با درآمد بالا ۹/۲۱ نفر به ازای هر ۱۰۰۰ نفر گزارش شده است. بنابراین شیوع کم توانی ذهنی در کشورهای با درآمد پایین میزان بیشتری را به خود اختصاص می‌دهد. همچنین نشان داده شده است که شیوع کم توانی ذهنی در کودکان و نوجوانان (۱۸/۳۰ از ۱۰۰۰ نفر) در مقایسه با جمعیت بزرگسالان (۴/۹۴ از ۱۰۰۰) بیشتر می‌باشد (۶). نکته مهم این است که این آمار به دلیل افزایش امید به زندگی در جمعیت بزرگسالان با کم توانی ذهنی افزایش یافته است (۵). (۷، ۸). این امر پیامدهایی دارد زیرا افراد با کم توانی ذهنی^۲ نسبت به همسالان عادی خود از سلامت کمتری برخوردارند و تفاوت‌هایی در وضعیت سلامت و بهداشتی دارند که غیرقابل اجتناب است (۷، ۹، ۱۰). این تفاوت‌ها از اوایل زندگی شروع می‌شود و در اوایل بزرگسالی شیوع بالاتری از بیماری‌هایی مانند چاقی، فشار خون بالا و هایپرلیپیدمی شایع در بین آنها پدیدار می‌شود (۱۱، ۱۲).

یکی از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر سبک زندگی در افراد با کم توانی ذهنی، کاهش سطوح فعالیت بدنی^۳ عنوان شده است که منجر به ایجاد بیماری و افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن در آنها می‌شود (۱۳، ۱۴). اتخاذ سبک زندگی غیرفعال، خطر ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر را افزایش می‌دهد. با این حال، افزایش فعالیت بدنی برای بهبود نتایج سلامت به اثبات رسیده است (۱۵، ۱۶). هزینه‌های مادام‌العمر پزشکی و

غیرپزشکی که در ارتباط با تشخیص کم توانی ذهنی می‌شود بسیار بیشتر از افراد عادی است که بیشتر این هزینه‌ها مربوط به سبک زندگی ناسالم و بروز بیماری‌های مزمن در افراد کم توان ذهنی می‌باشد. همچنین این هزینه‌ها به طرز قابل ملاحظه‌ای بالاتر از هزینه‌های مرتبط با تشخیص سایر ناتوانی‌ها (به عنوان مثال فلج مغزی، اختلالات بینایی و اختلالات شنوایی) هستند و با تغییر در سبک زندگی می‌توانند به طور بالقوه کاهش یابد (۴، ۱۷). به رغم رهنمون‌های بی‌شماری که پژوهشگران در رابطه با تأثیر فعالیت بدنی و داشتن سبک زندگی فعال بر سلامت افراد کم توان ذهنی داشته‌اند متأسفانه مطالعات متعددی از عدم داشتن فعالیت بدنی در بزرگسالان با کم توانی ذهنی^۴ خبر داده‌اند (۱۸-۲۲). دانش ما در رابطه با فعالیت ورزشی در افراد کم توان ذهنی نسبت به جمعیت عمومی بسیار کم است و در این مورد شکاف‌هایی از قبیل عوامل فردی تأثیرگذار بر سطح فعالیت بدنی در جمعیت عمومی مانند جنس، نژاد و وضعیت اجتماعی وجود دارد که این تأثیر این عوامل کمتر در گروه کم توانان ذهنی مورد بحث و شناسایی قرار گرفته است و متولیان امر برای اجرای برنامه‌های مؤثر پیشگیری از بیماری غیر واگیر نیازمند اطلاعات وسیعی از سطوح فعالیت بدنی آنها می‌باشند (۲۳).

در بررسی‌های قبلی توسط پژوهشگران مختلف، از پرسشنامه استفاده شده است که اعتبار و پایایی آنها کم بوده است همچنین داده‌های آنها منعکس‌کننده جمعیت مورد نظر نبوده و سطح بالای تعصب اعتبار نتایج را با مشکل مواجه کرده است (۲۴). در تمرینات بالینی، مراقبان و والدین اغلب سطح پایین آمادگی جسمانی، فعالیت و مهارت‌های حرکتی را به ناتوانی‌های شناختی و جسمانی کودکان یا نوجوان نسبت می‌دهند و از این طریق پتانسیل این جوانان را در اجرای حرکات ورزشی دست‌کم می‌گیرند. پژوهش‌های متعددی بهبود آمادگی جسمانی، فعالیت و مهارت‌های حرکتی در کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی را با فعالیت ورزشی به اثبات رسانده‌اند (۲۵-۲۹).

تجربه نویسندگان، مراقبان و حامیان فعلی، عمدتاً بر فعالیت‌های مهارت‌های زندگی روزمره، مانند لباس پوشیدن و غذا خوردن مستقل این افراد متمرکز است در حالی که آنها تقریباً هیچ‌گونه تمرکزی در بهبود آمادگی جسمانی نمی‌نمایند. از آنجایی که میزان شدت و وخامت کم توانی ذهنی در کودکان

1. Intellectual disabilities

2. People with intellectual disabilities

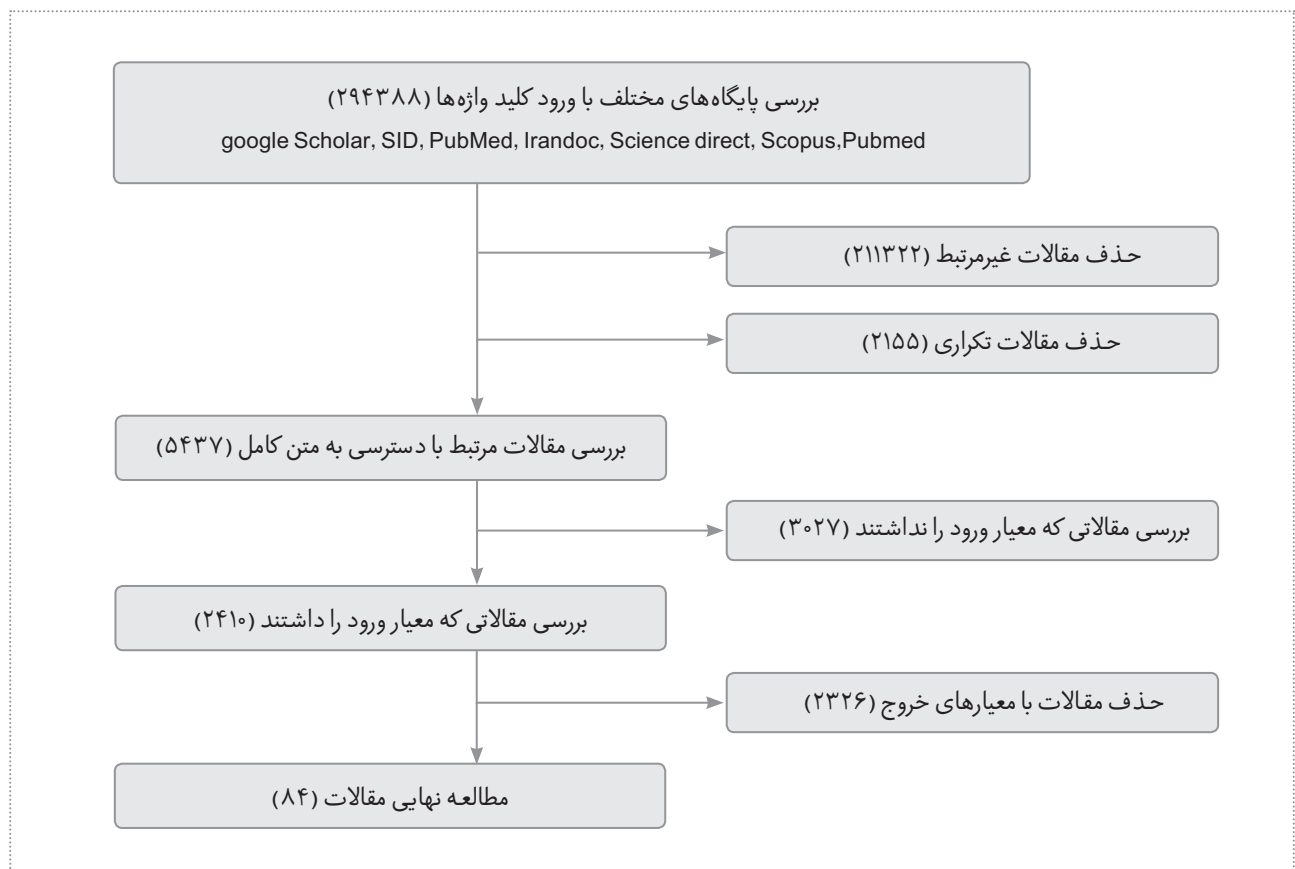
3. Physical activity

4. Adults with intellectual disabilities

روش شناسی

این مطالعه از نوع مقالات مروری نظام مند می باشد که در طی پنج مرحله مشتمل بر جستجوی مقالات در پایگاه های معتبر، انتخاب داده ها، ارزشیابی داده ها، طبقه بندی داده ها به دو دسته متن کامل و چکیده و در نهایت بررسی داده ها گردآوری شده است. تعداد ۲۹۴۳۸۸ مقاله در رابطه با موضوع مطالعه ما با جستجوی سه کلیدواژه " Exercise Training " و " Physical fitness " و " Intellectual disabilities " در پایگاه های اینترنتی google Scholar, SID, PubMed, Irandoc, Science direct, Scopus, Pubmed منتشر شده است که از این میان تعداد ۸۴ مقاله مرتبط با موضوع مطالعه حاضر اقتباس و به دو دسته چکیده و مقاله کامل طبقه بندی و براساس میزان تازگی مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است که تعدادی از مقالات به دلیل اینکه با زبان روسی، اسپانیایی و پرتغالی نگارش شده بودند از پایگاه داده PubMed قابل دریافت و بهره برداری نبودند. معیارهای

آنها را بیشتر در معرض ابتلا به بیماری های مزمن قرار می دهد، این عدم تمرکز بر آمادگی جسمانی در کودکانی که میزان کم توانی شدیدتری دارند، حتی قابل توجه تر می باشد (۳۰). درمان ها و ورزش های عملکردی " مبتنی بر زمین " متداولترین مداخلات متداول برای بهبود آمادگی جسمانی کودکان ناتوان ذهنی است ولی درمان مبتنی بر آب و ورزش های در آب در بین این کودکان محبوبیت زیادی پیدا کرده است (۳۱). هدف از هیدروتراپی یا تمرینات آبی، دستیابی به بیشترین استقلال، بهبود رویه زندگی، افزایش ظرفیت قلبی تنفسی، بهبود کنترل وضعیت قامت و پوسچر، بهبود توان عضلانی و هماهنگی و تعادل بهتر می باشد (۳۲-۳۴). ولی متأسفانه ادبیات مرتبط با این ورزش ها بسیار اندک است. روی هم رفته، آگاهی از میزان آمادگی جسمانی در کودکانی با کم توانی ذهنی متوسط تا شدید و ارتباط آن با فعالیت بدنی و رشد حرکتی به پژوهشگران و متخصصان بالینی کمک می کند تا مداخلات ورزشی مؤثرتری را برای افزایش آمادگی جسمانی در این جمعیت خاص و آسیب پذیر داشته باشند.



نمودار (۱) فلوجارت جستجوی مقالات

که عوامل خطر ساز بیماری های قلبی عروقی مانند فشار خون بالا، کلسترول بالا و انتقال اضافه وزن از کودکی به بزرگسالی در اثر آمادگی جسمانی پایین و نبود فعالیت بدنی به وجود می آید (۴۷، ۴۸) علاوه بر این، آمادگی جسمانی برای انجام فعالیت های زندگی روزمره از اهمیت بالایی برخوردار است و کمبود قدرت و استقامت منجر به محدودیت استقلال در بزرگسالی می شود (۴۹، ۵۰). علاوه بر این، افراد کم توان ذهنی بیشتر از جمعیت عمومی مبتلا به مشکلات اسکلتی - عضلانی می شوند و فلج مغزی، انحراف مادرزادی پاها و لگن، هیپوتونی و اسکولیوز به احتمال زیاد در آنها رخ می دهد (۵۱-۵۳). این شرایط نه تنها در توانایی جسمی آنها در انجام کارها تأثیرگذار است، بلکه بر قابلیت های جسمانی اعم از سلامت و حرکت و رشد مهارت های حرکتی نیز تأثیر دارد. شرایط دیگر مانند مشکلات تنفسی (۵۴) و اختلال در عملکرد حرکتی (۵۵) به طور بالقوه می توانند این مشکلات را دوچندان کنند. کودکان کم توان ذهنی یا با هوشبهر مرزی اغلب اختلالات عملکرد اجرایی را نشان می دهند. مطالعات انجام شده در کودکان معمولاً نشان می دهد که آمادگی هوازی با عملکرد اجرایی ارتباط مثبت دارد. آمادگی جسمانی مرتبط با مهارت (SF) می تواند پیشگویی قوی تری از عملکرد اجرایی را در مقایسه با آمادگی هوازی به عمل آورد. با این وجود، چالش های شناختی در کاربرد این مهارت ها ذاتی است (۵۶).

■ ترکیب بدنی، ارتباط آمادگی جسمانی و چاقی

شاخص توده بدنی با تقسیم وزن فرد (کیلوگرم) بر قد او (متر مربع) برآوردی از ترکیب بدن ارائه می دهد و با استفاده از صدک ها می توان نمرات شاخص توده بدنی را در کودکان هم سن و سال به دست آورد (۳۵). نمره شاخص توده بدنی زیر صدک ۵ نشان می دهد، کودک کم وزن است و نمرات بین صدک های ۵ تا ۸۵ به نظر می رسد در یک محدوده سالم قرار داشته باشد. در حالی که نمرات شاخص توده بدنی بین صدک ۸۵ و ۹۵ و بالاتر از صدک ۹۵ به ترتیب اضافه وزن یا چاقی را نشان می دهد. نمرات بالاتر از صدک ۸۵، کودکان و نوجوانان را در معرض خطرات بیشتر سلامتی قرار داده و منجر به بروز بیماری های مزمن از جمله دیابت نوع دو، بیماری های قلبی عروقی، فشار خون بالا، مشکلات مفاصل، مشکلات سلامت روان و مرگ و میر می شود (۳۵، ۳۶). کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی شیوع بالایی از چاقی دارند. براساس مطالعات

ورود به مطالعه مشتمل بر موجود بودن مقالات پژوهشی و مروری، مطالعات در حیطه تمرینات ورزشی، آمادگی جسمانی و کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی، لحاظ نکردن محدوده زمانی به منظور دستیابی به داده های ارزشمند، مقالات منتشر شده در نشریات خارجی و داخلی و معیارهای خروج از مطالعه مشتمل بر مقالات منتشر شده با زبان غیرانگلیسی و غیرفارسی و فاقد مقالات تمرینات ورزشی و آمادگی جسمانی کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی بود. مقالات در سه مرحله مورد بررسی و حذف قرار گرفتند و در نهایت مقالات مرتبط با موضوع مطالعه استخراج و مورد بررسی قرار گرفتند (نمودار ۱).

یافته های پژوهش

■ آمادگی جسمانی

آمادگی جسمانی را می توان به آمادگی جسمانی ویژه ورزش و سلامتی تقسیم کرد. آمادگی جسمانی مرتبط با سلامت مشتمل بر ترکیب بدن، آمادگی هوازی (قلبی - تنفسی)، عملکرد اسکلتی عضلانی و آمادگی جسمانی ویژه ورزش مشتمل بر توان، چابکی، هماهنگی، سرعت و تعادل می باشد (۳۵). از آنجا که کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی در معرض خطر ابتلا به بیماری های مزمن ناشی از عدم تحرک هستند برای آنها مهم است که از آمادگی جسمانی مرتبط با سلامتی برخوردار باشند تا بتوانند فعالیت های زندگی روزمره را انجام دهند و این خطرات سلامتی را کاهش دهند (۳۶). به طور کلی، آمادگی جسمانی مرتبط با سلامتی یک جنبه اساسی برای ارتقا و حفظ سلامت کلی و بهزیستی و همچنین کاهش خطرات سلامت قلبی و عروقی و سوخت و ساز مرتبط با عدم تحرک، از جمله چاقی است (۳۷).

■ عوارض ناشی از کاهش آمادگی جسمانی در کودکان کم توان ذهنی

سطوح پایین آمادگی جسمانی مرتبط با سلامتی در کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی مشاهده شده است (۳۸-۴۱). این سطح از آمادگی جسمانی نگران کننده است زیرا کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی در حال حاضر با مشکلات سلامتی بیشتری نسبت به کودکان در حال رشد مواجه هستند (۴۲). همچنین آمادگی جسمانی ضعیف، یک عامل خطر برای بیماری های قلبی عروقی، دیابت قندی و سلامت روانی نامناسب است (۴۳-۴۶). چندین مطالعه طولی اثبات نموده اند

هستند و ۳۴ درصد کودکان ۶ تا ۱۱ ساله با اختلال طیف اُتیسزم اضافه وزن دارند یا چاق محسوب می‌شوند (۶۵). براساس داده‌های به دست آمده‌ی غربالگری شده، شیوع اضافه وزن و چاقی در کودکان کم‌توان ذهنی پس از رسیدن به سن بلوغ افزایش یافته است (۶۱). شیوع چاقی یا اضافه وزن در پسران ۸-۱۱ ساله ۴۶٫۲ درصد بود، در حالی که ۴۸ درصد از پسران ۱۲-۱۸ ساله دارای اضافه وزن یا چاقی بودند. ۳۸٫۹ درصد از دختران ۸-۱۱ ساله در دسته اضافه وزن یا چاق قرار گرفتند در حالی که در افراد ۱۲-۱۸ ساله این میزان ۵۷٫۳ درصد بود. این روندهای مربوط به سن همچنین در بین جوانان با نشانگان دان و اختلال طیف اُتیسزم نیز مشاهده شد (۵۷، ۶۲، ۶۵). چاقی در کودکان کم‌توان ذهنی منجر به کاهش استقلال در آنها شده و بر روی مشارکت در فعالیت‌های جامعه محور تأثیر می‌گذارد. آمادگی جسمانی علاوه بر کمک به کاهش بیماری‌های مزمن و دستیابی به مزایای سلامتی، به تقویت وزن مناسب و سالم بدن کمک می‌کند (۳۶).

■ عملکرد هوازی

عملکرد هوازی به توانایی بدن در انتقال مؤثر اکسیژن به سلول‌ها اطلاق می‌شود. این عامل بستگی به عملکرد قلب، ریه‌ها، خون و عضلات اسکلتی دارد. ظرفیت هوازی بالا به فرد امکان می‌دهد هنگام انجام فعالیت‌های زندگی روزمره از استقامت بیشتری برخوردار باشد، همچنین شیوع بیماری‌های مزمن مرتبط با عدم فعالیت را کاهش می‌دهد. بهبود ظرفیت هوازی همچنین باعث افزایش تحویل خون و اکسیژن از سیستم قلبی عروقی به عضلات می‌شود که باعث افزایش کارایی عضلات می‌گردد (۶۶). اگرچه حداکثر اکسیژن مصرفی (VO_{2max}) دقیق‌ترین معیار اندازه‌گیری ظرفیت هوازی در بزرگسالان محسوب می‌شود اما اکسیژن مصرفی اوج (VO_{2peak}) برآورد بهتری از حداکثر اکسیژن مصرفی را برای کودکان فراهم می‌کند زیرا آنها به ندرت به فاز فلیت بیشینه اکسیژن مصرفی می‌رسند (۶۷) ضربان قلب اوج (HR_{Peak}) و نسبت تبادل تنفسی، شاخص‌های بهتری برای اکسیژن مصرفی اوج در کودکان به حساب می‌آیند. برای کودکان کم‌توان ذهنی، عوامل مختلف فیزیولوژیکی و انگیزشی نیز باید در نظر گرفته شود. ظرفیت هوازی را می‌توان خارج از شرایط آزمایشگاه اندازه‌گیری کرد و برآوردهای حداکثر اکسیژن مصرفی را می‌توان به دست

به دست آمده از نمرات شاخص توده بدنی بر حسب صدک، ۲۵ درصد از کودکان ۳-۱۰ ساله با نشانگان دان به عنوان افراد چاق و ۴۵٫۵ درصد از افراد ۸ تا ۱۶ ساله با اضافه وزن یا چاق طبقه‌بندی می‌شوند (۵۷، ۵۸). افزایش سطح تناسب اندام در دوران کودکی با کاهش میزان تجمع چربی در دوران نوجوانی همراه است که این موضوع مهم برای کاهش خطرات بهداشتی همراه با چاقی مورد توجه قرار می‌گیرد (۵۹).

گذر از کودکی به بزرگسالی یک دوره زمانی مهم است که در آن الگوهای رشد آمادگی جسمانی و چاقی بین دختران و پسران ظهور می‌کند. میان سطوح آمادگی جسمانی و جنسیت در کودکان کم‌توان ذهنی رابطه معناداری پیدا نشده است. به این معنا که جنسیت کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر معناداری بر سطوح آمادگی جسمانی آنها ندارد (۳۸).

اگر چه پسران در مقایسه با دختران در رابطه با همه‌ی مؤلفه‌های آمادگی جسمانی نمره بالاتری کسب می‌کنند اما طیف گسترده‌ای از نمرات در هر گروه منجر به اختلاف معناداری نمی‌شود. همزمان با رشد و گذر از کودکی به بزرگسالی، پسران تمایل دارند دستاوردهای بیشتری در آمادگی جسمانی کسب کنند در حالی که دختران تمایل به حفظ آمادگی جسمانی را دارند و تمایل دارند در حالت فلیت یا حفظ وضع موجود به سر ببرند (۳۷، ۵۹). این الگوی پیشرفت منجر به تفاوت‌های جنسی مهم در بین نوجوانان با کم‌توانی ذهنی می‌شود (۶۰). افزایش توده چربی در دختران توأم با سطوح پایین آمادگی جسمانی در دوران نوجوانی با سرعت بیشتری صورت می‌گیرد. این امر منجر به شیوع بیشتر اضافه وزن و چاقی در دختران کم‌توان ذهنی در دوران نوجوانی می‌شود (۵۹، ۶۱). رابطه بین جنسیت، سطوح آمادگی جسمانی و چاقی و اضافه وزن، اهمیت فعالیت‌های تقویت‌کننده در جهت بهبود آمادگی هوازی و آمادگی عضلانی اسکلتی را قبل از بزرگسالی نشان می‌دهد به همین دلیل افزایش فعالیت بدنی در کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی یک امر حیاتی و کلیدی می‌باشد (۵۷، ۶۲).

به سبب اینکه این افراد از قد کوتاهی برخوردارند بنابراین شاخص توده بدنی نمی‌تواند برآورد دقیقی از ترکیب بدنی آنها ارائه دهد (۶۳) با این حال، هیچ‌گونه استاندارد ویژه کودکان با کم‌توانی ذهنی در سنجش ترکیب بدنی وجود ندارد (۶۴). کودکان با اختلال طیف اُتیسزم نیز از نظر ترکیب بدنی ضعیف

برای تمامی سطوح توانایی (خفیف، متوسط، شدید و عمیق) مورد تأیید است، ارزیابی می‌شود (۳۵). در مطالعات ثابت شده است که رکورد بارفیکس در کودکان کم توان ذهنی ضعیف‌تر از کودکان در حال رشد است (۳۵، ۳۸، ۶۸، ۶۹). با افزایش سن، میزان قدرت و استقامت در بین کودکان کم توان ذهنی افزایش می‌یابد، اما عملکرد آنها پایین‌تر از همسالان در حال رشد می‌باشد (۳۸). کودکان کم توان ذهنی واجد اضافه وزن یا چاقی نسبت به کودکان سالم و بدون اضافه وزن و چاقی در تمامی سنین، از نظر اجرای حرکات بارفیکس و شنای سوئدی ایزومتریک ضعف زیادی از خود نشان دادند و رکورد آنها بسیار کمتر از همسالان عادی خود بود (۶۹). آزمون نشستن و رساندن یکی از رایج‌ترین ارزیابی‌ها برای آزمایش انعطاف پذیری کودکان است. کودکان کم توان ذهنی که اضافه وزن یا چاقی داشتند، انعطاف پذیری کمتری از خود نشان دادند (۶۹).

■ آزمون آمادگی جسمانی براکپورت^۲ ویژه کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی

آزمون آمادگی جسمانی براکپورت یک آزمون مرتبط با سلامتی است که به منظور ارزیابی و بهبود قابلیت‌های جسمانی برای استفاده در بین کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در سال ۱۹۹۳، وزارت آموزش و پرورش ایالات متحده آمریکا به پژوهش‌هایی پرداخت که تحت عنوان Project Target نامگذاری شد، این پژوهش‌ها در درجه اول برای تهیه یک پروتکل آزمون آمادگی جسمانی مرتبط با سلامتی و معیار معتبری برای کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی طراحی شد. گروه سنی مورد مطالعه در حدود ۱۰ تا ۱۷ سال بود. در کل ۱۵۴۲ کودک با و بدون کم توانی ذهنی مورد سنجش قرار گرفتند و تجزیه و تحلیل این نتایج منجر به طراحی و ایجاد آزمون آمادگی جسمانی براکپورت شد. این نام از پروژه‌ای که در دانشگاه ایالتی نیویورک با نام براکپورت انجام شده گرفته شده است (۷۰). لازم به ذکر است که این آزمون برای کودکان و نوجوانان توانمند سالم و با کم توانی ذهنی از قبیل کم توانی ذهنی، آسیب‌های نخاعی، فلج مغزی، نابینایی، ناهنجاری‌های مادرزادی، قطع عضو کاربرد دارد. نوع حرکات آزمون آمادگی جسمانی تقریباً برای هر دانش‌آموز قابل تنظیم است. تعداد کل حرکات آزمون موجود ۲۷ مورد

آورد. برای اندازه‌گیری ظرفیت هوازی کودکان کم توان ذهنی از آزمون‌های معتبر دوییدن استقامت قلبی عروقی پیشرونده^۱ (دوی رفت و برگشت ۱۶ متر و ۲۰ متر با حداکثر سرعت)، آزمون پیاده‌روی یک مایل و آزمایش پیاده روی یا دوییدن زمان دار معمولاً استفاده می‌شود زیرا می‌توان در هنگام آزمون به تشویق‌های کودکان پرداخت (۶۷). کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با همسالان عادی خود که در حال رشد هستند از ظرفیت هوازی کمتری برخوردارند (۳۸، ۶۸). با این حال، کاهش ظرفیت هوازی اوج در کودکان با نشانگان دان ممکن است به دلیل عواملی مانند اختلال اتونوم، کاهش ظرفیت تهویه‌ای و اختلال در عملکرد متابولیکی باشد (۵۷، ۶۳). علاوه بر این، کودکان کم توان ذهنی که دارای اضافه وزن یا چاقی بودند در مقایسه با شرکت کنندگان غیر چاق، کاهش در ظرفیت هوازی هنگام دوییدن را نشان دادند (۶۹). ذکر این نکته ضروری است که میزان استقامت و سرعت دوییدن در کودکان با کم توانی ذهنی با افزایش سن افزایش می‌یابد. اما این میزان پیشرفت قابل مقایسه با همسالان بدون کم توانی ذهنی و در حال رشد نیست (۳۸).

■ عملکرد اسکلتی عضلانی

عملکرد اسکلتی عضلانی مشتمل بر قدرت عضلانی، استقامت و انعطاف پذیری است. قدرت عضلانی به حداکثر نیرویی که فرد می‌تواند اعمال کند، اشاره دارد، در حالی که استقامت عضلانی به تعداد دفعاتی است که عضله می‌تواند یک عمل خاص را به طور مکرر انجام دهد. انعطاف پذیری به عنوان دامنه حرکت یک مفصل خاص تعریف می‌شود. این انعطاف پذیری به عضلات اجازه می‌دهد تا با کارایی بیشتری حرکت کنند و به نوبه خود ثبات بیشتری را در اطراف آن مفصل ایجاد کنند. هر سه مؤلفه عملکرد اسکلتی عضلانی برای حفظ وضعیت مناسب قامت، استقلال و مشارکت در فعالیت‌های اوقات فراغت فعال ضروری می‌باشد (۳۵). پژوهشگران اثبات کرده‌اند که کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با همسالان عادی در حال رشد خود، از سطح عملکرد اسکلتی عضلانی کمتری برخوردارند و این موضوع بر میزان مشارکت آنها در کارها و فعالیت‌های روزمره و نیز شرکت در مسابقات ورزشی تأثیر می‌گذارد (۶۸) قدرت و استقامت عضلانی آنها اغلب با دو حرکت بارفیکس ایزومتریک و شنای سوئدی ایزومتریک که

1. Progressive Aerobic Cardiovascular Endurance Run (PACER)

2. Brockport Physical Fitness Test (BPFT)

پژوهش‌ها، عملکرد هوازی و ترکیب بدن بیشتر مورد توجه و آزمون قرار گرفته است ولی برای این گروه از کودکان عملکرد اسکلتی عضلانی به منظور دستیابی به نتایج بهینه سلامت ضروری تر می‌باشد (۳۷).

■ تأثیر انواع تمرینات ورزشی بر سطوح آمادگی جسمانی کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی

کانگ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی به بررسی تأثیر تای چی (TC) و هوازی (AE) بر پارامترهای تن‌سنجی و آمادگی جسمانی در کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی پرداختند. برای این منظور ۶۶ فرد چینی به مدت ۱۲ هفته تمرینات تای چی و تمرین هوازی را اجرا و خارج از برنامه ورزشی به عنوان شرایط کنترلی در فعالیت‌های هنری و صنایع دستی فعالیت نمودند. بعد از ۱۲ هفته مداخله، در عملکرد آزمون ۶ دقیقه راه رفتن اثر قابل توجه‌ای مشاهده و تغییرات معناداری در شاخص توده بدنی، عملکرد دراز نشست، آزمون پیاده روی ۶ دقیقه‌ای در گروه هوازی مشاهده شد. همچنین افزایش قابل توجهی در پرش عمودی، هماهنگی اندام تحتانی و هماهنگی اندام فوقانی در گروه تای چی مشاهده شد. علاوه بر این، گروه تای چی پیشرفت قابل توجهی در تعادل نسبت به گروه کنترل نشان داد و در نهایت نتیجه‌گیری نمودند که تای چی ممکن است قدرت پا و هماهنگی اندام تحتانی و فوقانی را بهبود بخشد. در حالی که هوازی ممکن است برای شاخص توده بدنی، دراز نشست و آمادگی قلبی و تنفسی مفید باشد (۷۱). ووترز و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای به ارزیابی آمادگی جسمانی مرتبط با سلامتی کودکان با کم توانی ذهنی و بررسی ارتباط فعالیت بدنی و رشد حرکتی با آمادگی جسمانی آنان پرداختند. ۱۲۸ کودک کم توان ذهنی متوسط و شدید (۸۳ پسر؛ ۱۲ تا ۱۸ سال) از مراکز ویژه انتخاب و برنامه روزانه آزمون‌های آمادگی جسمانی میدانی (ترکیب بدن، قدرت عضلانی، استقامت عضلات و آمادگی قلبی تنفسی) را اجرا نمودند.

با ترکیبی از آزمون‌های آمادگی جسمانی و سنتی می‌باشد که به‌طور ویژه برای کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی مورد استفاده قرار می‌گیرد. اگرچه حرکات زیادی برای انتخاب وجود دارد ولی تنها ۶-۴ بخش برای افراد استفاده می‌شود (۷۰). عملکرد عضلانی اسکلتی یا استقامت و قدرت عضلانی در این آزمون مشتمل بر حرکات لیفت تنه^۱، قدرت گرفتن^۲، پرس سینه نیمکت^۳، شنای سوئدی ایزومتریک^۴، شنای سوئدی نشسته^۵، پرس سینه با دمبل^۶، کرول برعکس^۷، راه رفتن یا هل دادن ویلچر^۸ به میزان ۴۰ متر، آزمون رمپ با ویلچر^۹، کشش بارفیکس^{۱۰}، کشش بارفیکس اصلاح شده^{۱۱}، آویزان شدن از میله بارفیکس با دستان راست^{۱۲}، آویزان شده با دستان خمیده از میله بارفیکس^{۱۳}، پول آپ^{۱۴}، پول آپ اصلاح شده^{۱۵} می‌باشد. ترکیب بدنی با استفاده کالیپر چربی‌سنج، نمایه توده بدنی و آنالیز امیدانسی بیوالکتریک^{۱۶} همچنین آمادگی قلبی تنفسی یا هوازی با آزمون دویدن استقامت قلبی عروقی پیشرونده (دوی رفت و برگشت ۲۰ یا ۱۵ متر)، آزمون حرکت هوازی هدفمند^{۱۷}، آزمون یک مایل دویدن یا راه رفتن استفاده می‌شود. به منظور ارزیابی انعطاف پذیری کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی از آزمون‌های نشست و رساندن بک ساور^{۱۸} یا با یک زانوی خمیده، کشش سرشانه^{۱۹}، کشش اصلاح شده کاربرد^{۲۰}، آزمون توماس اصلاح شده^{۲۱} استفاده می‌شود (۳۵، ۷۰). هدف از آزمون‌های کشش و انعطاف پذیری راست کردن آرنج، چرخش داخلی و خارجی ساعد، راست کردن زانو، دور شدن و راست کردن شانه، چرخش خارجی شانه و راست کردن کمر می‌باشد.

با توجه به مطالعات انجام شده در بالا می‌توان نتیجه گرفت که کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی از منظر سطوح آمادگی جسمی مرتبط با سلامت در همه مؤلفه‌ها (ترکیب بدن، قدرت، استقامت، انعطاف پذیری و آمادگی قلبی تنفسی) نسبت به کودکان عادی و همسال خود ضعیف‌ترند. اگرچه در بیشتر

1. Trunk Lift
2. Grip Strength
3. Bench press
4. Isometric Push-up
5. Seated Push-up.
6. Dumbbell Press
7. Reverse Curl
8. Push/Walk (40m)
9. Wheelchair Ramp Test
10. Curl-Up
11. Curl-Up (modified)

12. Extended-Arm Hang
13. Flexed-Arm Hang
14. Pull Up
15. Pull Up (modified)
16. Bioelectrical Impedance Analysis
17. Target Aerobic Movement Test
18. Back-Saver Sit & Reach
19. Shoulder Stretch
20. Apley Scratch Test (modified)
21. Thomas Test (modified)

یک برنامه ۱۰ هفته‌ای استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که مشارکت در برنامه ۱۵ ساعته فعالیت بدنی می‌تواند به طور قابل توجهی ظرفیت هوازی و قدرت و استقامت عضلانی را در کودکان کم توان ذهنی افزایش دهد (۷۴).

هارتمن و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای به بررسی مقایسه آمادگی جسمانی مرتبط با مهارت در مقابل آمادگی هوازی به عنوان پیش‌بینی‌کننده عملکرد اجرایی در کودکان دارای معلولیت ذهنی یا عملکرد ذهنی مرزی پرداختند. لازم به ذکر است که آمادگی هوازی و آمادگی مرتبط با مهارت به طور همزمان در رابطه با حوزه عملکرد اجرایی در این کودکان مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه، ۷۳ کودک کم توان ذهنی (محدوده سنی ۸-۱۱؛ ۵۱ پسر با ضریب هوشی ۵۶-۷۹) یا کم توان ذهنی مرزی (ضریب هوشی ۷۱-۷۹) به طور سالانه طی یک دوره ۴ ساله آزمون‌های آمادگی هوازی (دوی رفت و برگشت ۲۰ متری یا شاتل ران) و آمادگی مرتبط با مهارت (ضربه زدن به صفحه و دوی ۱۰ × ۵ متر) را اجرا نمودند. مدل‌های چندسطحی نشان داد که آمادگی جسمانی مرتبط با مهارت با حافظه کاری و هر دو معیار انعطاف‌پذیری شناختی ارتباط دارد، اما در مدل‌های مشابه هیچ ارتباط معناداری بین آمادگی هوازی و عملکرد اجرایی یافت نشد. علاوه بر این، سن به طور قابل توجهی با حافظه کاری و انعطاف‌پذیری شناختی به نفع کودکان بزرگتر مرتبط بود و به طور کلی نتیجه‌گیری نمودند که آمادگی جسمانی مرتبط با مهارت از منظر عملکرد اجرایی در مقایسه با آمادگی هوازی در کودکان دارای معلولیت ذهنی یا عملکرد ذهنی مرزی از اهمیت بیشتری برخوردار است (۵۶).
تأمین و همکاران (۲۰۱۵) در یک مطالعه به بررسی طراحی مدل و ارزیابی اثربخشی ورزش استقامتی در افزایش آمادگی جسمانی در افراد با کم توانی ذهنی چاق پرداختند. در این مطالعه ۲۱۲ فرد چاق ۱۰ تا ۳۰ ساله از کلیه دانشکده‌های ویژه DKJ جاکارتا انتخاب و به ۳ گروه تقسیم شدند. سپس ۳ نوع تمرین متفاوت به آنها داده شد. گروه اول، تمرینات استقامتی عضلات اندام تحتانی را با شدت ۲۰ تکرار بیشینه (۲۰RM) و پس از آن تمرینات استقامتی قلبی تنفسی را به مدت ۲۴-۲۵ دقیقه اجرا کردند. گروه دوم، تمرینات استقامتی عضلات اندام تحتانی را با شدت ۱۰ تکرار بیشینه (۱۰RM) و پس از آن تمرینات استقامتی قلبی تنفسی را به مدت ۲۶-۲۷ دقیقه اجرا کردند. گروه سوم، به عنوان گروه شاهد، توپ تنیس را با فاصله ۱۰ متر

نمرات با مقادیر مرجع مقایسه شدند و با تجزیه و تحلیل رگرسیون خطی ارتباط بین نتایج تناسب اندام و فعالیت بدنی و پیشرفت حرکتی مورد بررسی قرار گرفت. میزان زیادی از اضافه وزن (۲۳-۲۵ درصد) و چاقی (۱۵-۱۰ درصد) در این افراد مشاهده شد. رکورد کسب شده توسط ۹۱-۷۱ درصد از آنها در آزمون قدرت عضلانی، استقامت و آمادگی قلبی تنفسی کمتر از مقادیر مرجع بودند. فعالیت بدنی و پیشرفت حرکتی به طور معناداری با نمرات کسب شده آزمون‌های مذکور ارتباط داشت و نتیجه گرفتند کودکانی که دارای ناتوانی ذهنی متوسط تا شدید هستند و در مراکز ویژه مشغول می‌باشند، با کاهش متوسط تا شدید سطح آمادگی جسمانی مواجهه می‌باشند و بایستی بی‌درنگ سیاست‌ها و مداخلات ورزشی برای افزایش آمادگی جسمانی برای این گروه خاص از کودکان اجرا شود، که انتظار می‌رود افزایش فعالیت‌های بدنی و مهارت‌های حرکتی مؤلفه‌های مؤثرتر باشد. بهبود توسعه حرکتی به احتمال زیاد منجر به بهبود آمادگی جسمانی نیز خواهد شد (۷۲).
ووترز و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه دیگری به بررسی عملی بودن و قابلیت اطمینان آزمون‌های سنجش آمادگی جسمی مرتبط با سلامتی در کودکان دارای سطوح متوسط تا شدید کم توانی ذهنی پرداختند. ۳۹ کودک (۲ تا ۱۸ ساله) آزمون‌های قدرت و استقامت عضلات را انجام دادند، آزمایش ۶ دقیقه پیاده روی اصلاح شده به منظور سنجش آمادگی قلبی تنفسی انجام شد و آزمون‌های ترکیب بدن از آنها نیز به عمل آمد که ۳۰-۹۷ درصد از آزمایش‌ها با موفقیت انجام شد. پایایی کوتاه مدت و بلند مدت آزمون و آزمون مجدد در کلیه آزمون‌ها خوب بود. ولی در ارتباط با آزمون‌های قدرت پایایی کوتاه مدت و بلند مدت کمی مشاهده شد و در پایان نتیجه‌گیری نمودند اندازه‌گیری مؤلفه‌های ترکیب بدن و آمادگی قلبی تنفسی، عملی و قابل اعتماد می‌باشد ولی اندازه‌گیری مؤلفه استقامت عضلانی نسبتاً عملی و قابل اعتماد است (۷۳).

کولینز و همکاران (۲۰۱۷) در یک مطالعه به اثرات فعالیت بدنی در بهبود آمادگی جسمانی در کودکان دارای ناتوانی ذهنی و رشدی پرداختند. تمرکز پژوهش آنها بر بهبود عملکرد مؤلفه‌های آمادگی جسمانی از طریق برنامه فعالیت بدنی در بین ۳۵ کودک ۷-۱۲ ساله (۲۵ پسر، ۱۰ دختر) با ناتوانی ذهنی و رشدی بود. برای ارزیابی میزان آمادگی جسمانی آزمودنی‌ها از آزمون آمادگی جسمانی براکپورت^۱ قبل و بعد از شرکت در

شد. تفاوت معناداری بین دو گروه پس از درمان مشاهده نشد و در نهایت نتیجه‌گیری نمودند که ورزش قایقرانی می‌تواند در بهبود عملکرد ریوی در کودکان با نشانگان دان مؤثر باشد (۷۶). آپوال و همکاران (۲۰۱۳)، آمادگی قلبی تنفسی در افراد کم‌توان ذهنی را مورد بررسی قرار دادند. اهداف این بررسی به روزرسانی نظرات قلبی پژوهشگران در مورد (الف) میزان آمادگی قلبی تنفسی و عوامل تعیین‌کننده آن و (ب) روایی و پایایی آزمون آمادگی قلبی تنفسی در افراد کم‌توان ذهنی بود. در نتیجه ۳۱ مقاله که عمدتاً شامل افراد جوان‌تر با کم‌توانی ذهنی خفیف تا متوسط بود به‌صورت عمیق مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های قلبی حاکی از وجود آمادگی پایین قلبی تنفسی در افراد کم‌توان ذهنی بود. سطح آمادگی قلبی تنفسی کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی در حال حاضر پایین است و با افزایش سن افراد مبتلا، سطوح آمادگی قلبی تنفسی کاهش بیشتری پیدا می‌کند. علاوه بر این، زنان از آمادگی جسمانی قلبی تنفسی کمتری نسبت به مردان دارند. عدم تحرک بدنی و بی‌کفایتی کرونوتروپیک به احتمال زیاد در کاهش سطح آمادگی قلبی تنفسی ایفای نقش می‌نمایند. سطح آمادگی قلبی تنفسی افراد کم‌توان ذهنی می‌تواند با استفاده از پروتکل‌های پیشینه‌نوارگردان پس از انجام جلسات آشنایی مورد ارزیابی قرار گیرد. اگر چه برآورد حداکثر اکسیژن مصرفی از آزمایش‌های میدانی مشکل‌ساز است اما آزمایش‌های میدانی معتبر و قابل اعتمادی برای اندازه‌گیری شاخص‌های آمادگی قلبی تنفسی کشف و شناسایی شده‌اند (۷۷). جدول (۱)، پژوهش‌های انجام شده در رابطه با فعالیت ورزشی و اثرات آن بر پیشرفت عوامل آمادگی جسمانی مرتبط با سلامت و ویژه ورزش در کودکان ناتوان ذهنی را نشان می‌دهد.

به مدت ۱۰ دقیقه پرتاب کردند. این برنامه ۳ بار در هفته به مدت ۴ ماه اجرا شد. ارزیابی اثربخشی تمرین با اندازه‌گیری حداکثر وزنه قابل تحمل و ۶ دقیقه پیاده‌روی در مسیر مستطیلی صورت گرفت و در نهایت توان هوازی آزمودنی‌ها با استفاده از فرمول برآورد $\max VO_2$ به دست آمد. مدل نوع دوم در افزایش سطح استقامت عضلات اندام تحتانی در مقایسه با نوع اول و سوم برای افراد کم‌توان ذهنی مبتلا به چاقی مؤثرتر بود. در ضمن، ثابت شد که مدل نوع اول در افزایش سطح استقامت قلبی تنفسی در مقایسه با نوع دوم و سوم برای افراد کم‌توان ذهنی مبتلا به چاقی مؤثرتر است. بنابراین آنها به کودکان کم‌توان ذهنی مبتلا به چاقی پیشنهاد کردند که اثربخش‌ترین مدل تمرینی برای آنها این است که ابتدا ورزش استقامتی عضلات اندام تحتانی و به دنبال آن یک ورزش استقامتی قلبی تنفسی را انجام دهند (۷۵).

الکافی و هلال (۲۰۱۴)، تأثیر برنامه ورزش قایقرانی در مقایسه با برنامه فیزیوتراپی سینه بر عملکرد ریوی در کودکان با نشانگان دان را بررسی نمودند. به همین منظور ۲۹ شرکت‌کننده (۸ تا ۱۲ ساله) از هر دو جنس، در این مطالعه شرکت کردند. آنها به‌طور تصادفی در ۲ گروه مطالعه قرار گرفتند. گروه اول، یک برنامه فیزیوتراپی برای قفسه سینه دریافت کرد در حالی که گروه دوم برنامه ورزش هوازی را با استفاده از یک ارگومتر قایقرانی دریافت کردند. مؤلفه‌های ظرفیت حیاتی، ظرفیت حیاتی اجباری، حجم بازدمی اجباری پس از ۱ ثانیه و اوج جریان بازدمی آزمودنی‌ها قبل و بعد از ۱۲ هفته متوالی اجرای تمرینات توسط دو گروه اندازه‌گیری شد. پیشرفت قابل توجهی در کلیه متغیرهای اندازه‌گیری شده پس از درمان در هر دو گروه مطالعه مشاهده

جدول (۱) پژوهش‌های انجام شده در رابطه با اثر فعالیت ورزشی بر آمادگی جسمانی کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی

تعداد آزمودنی‌ها	سن	سطح کم‌توانی ذهنی	پروتکل ورزشی (مدت/شدت)	مؤلفه آمادگی جسمانی	دستاوردهای عمده	رفرنس
۱۹ پسر نوجوان کم‌توانی ذهنی	۱۳-۱۷ سال	متوسط	۱۴ هفته ورزش هیپوترپی به مدت ۳۰ دقیقه در هر جلسه زمان واکنش، زمان فعالیت پیشینه عضلات و فعالیت الکترومیوگرافی (EMG) رکتوس فموریس و دو سر ران در هنگام ایستادن از یک صندلی تحت سه شرط: در پاسخ به محرک‌های صوتی، شنیداری و صوتی با چشمان بسته اندازه‌گیری شد.	زمان واکنش حرکت، فعالیت عضله	بهبود عملکرد پاسخ عضلانی، بهبود عملکرد حرکتی	(۷۸)

تعداد آزمودنی‌ها	سن	سطح کم توانی ذهنی	پروتکل ورزشی (مدت/شدت)	مؤلفه آمادگی جسمانی	دستاوردهای عمده	رفرنس
۳۰ دختر نوجوان با نشانگان دان	۱۲-۱۸ سال	متوسط	۲۰ هفته تمرینات ویراتوربدن	توده چربی و ترکیب بدنی	کاهش توده چربی اندام فوقانی، بهبود ترکیب بدن، افزایش استقلال و سلامت آزمودنی‌ها	(۷۹)
۳۰ پسر و دختر نوجوان کم توانی ذهنی		متوسط	۱۰ هفته تمرین ترکیبی (قدرتی-استقامتی)، ۳ بار در هفته به مدت ۵۰ دقیقه شامل: دوچرخه ثابت، تمرین قدرتی دوسر و سه سر بازو، پله، تمرین قدرتی چهار سر ران و همسترینگ تمرین پله و دوچرخه با ۶۰ درصد HRreserve شروع و بعد از ۱۰ جلسه به ۷۵ درصد رسید	ترکیب بدن، قدرت و استقامت عضلانی، توان هوازی، پروفایل لیپیدی	بهبود پروفایل لیپیدی و ترکیب بدنی، افزایش در قدرت و مقاومت عضلانی در برابر خستگی، افزایش رکورد ۶ دقیقه پیاده روی (۵۰ متر)	(۸۰)
۹ کودک دختر و پسر کم توان ذهنی	۹-۱۱ سال	متوسط	شرکت در کلاس‌های تربیت بدنی، تعادل با استفاده از تست راه رفتن روی چوب موازنه تست Beam task -KTK -سنجیده شد	عملکرد تعادلی	پیشرفت در تعادل حرکتی	(۸۱)
۴ دختر و ۴ پسر با کم توانی ذهنی متوسط	۱۷-۲۱ سال	متوسط	۱۲ هفته برنامه تمرینی مرتبط با بسکتبال (۳ بار در هفته به مدت ۴۰ دقیقه)	مهارت در بسکتبال، آمادگی جسمانی	پیشرفت در فاکتورهای آمادگی جسمانی و مهارت	(۸۲)
۱۶ پسر با کم توانی ذهنی	۱۲-۱۴ سال	متوسط	۱۰ هفته تمرینات شنا و ورزش‌های آبی (۲ بار در هفته به مدت ۴۰ دقیقه)	استقامت قلبی عروقی، استقامت عضلات، سرعت، تعادل ایستا و چابکی	افزایش ظرفیت همه فاکتورهای آمادگی جسمانی	(۸۳)
۳۰ پسر کم توان ذهنی	۸-۱۵ سال	خفیف تا متوسط	۱۰ هفته تمرینات آمادگی قلبی عروقی بر پایه مدرسه (۳ بار در هفته به مدت یک ساعت با شدت ۸۰-۶۰ درصد). HR _{peak} با استفاده از دوی رفت و برگشت ۲۰ متر یا شاتل ران ۲۰ متری	آمادگی قلبی عروقی	بهبود آمادگی قلبی عروقی	(۸۴)

تعداد آزمودنی‌ها	سن	سطح کم توانی ذهنی	پروتکل ورزشی (مدت / شدت)	مؤلفه آمادگی جسمانی	دستاوردهای عمده	رفرنس
۴ دختر کم توان ذهنی	۸-۱۱ سال		۲ ماه تمرینات تردمیل و ارزیابی با مقیاس عملکردی ۳۱ آئمه	توانایی در راه رفتن و ایستادن، مدت زمان پیاده روی در مسیرهای مختلف و بالا رفتن از پله ها و شیب ها	افزایش توانایی عملکردی شامل افزایش توانایی سرعت پیاده روی برای ۲۵ متر زانو، بالا رفتن از پله	(۸۵)
۱۸ کودک کم توان ذهنی شامل ۱۴ پسر و ۴ دختر	۹-۱۱ سال	متوسط	۱۲ هفته تمرین ترامپولین بصورت روزانه و به مدت ۲۰ دقیقه تعادل با استفا ده از ۳ آزمون ایستادن روی ۲ پا با چشمان باز و بسته و ایستادن روی یک پا با چشمان باز روی صفحه فشار الکترونیکی و توانایی حرکتی از طریق آزمون بشین و برس و آزمون نهایی پرش طول و ارتفاع سنجیده شد.	تعادل و توانایی حرکتی شامل پرش طول، پرش سارجنت، تعادل ایستا و انعطاف پذیری	بهبود توانایی حرکتی و تعادل ایستا	(۷۸)
۲ دختر	۷ و ۴ سال	شدید	۲۰ ماه ورزش آبی همراه با تمرینات کل بدن یا فول بادی در ۳ مرحله اندازه گیری گردید	آمادگی قلبی و تنفسی، قدرت و استقامت عضلانی و انعطاف پذیری	بهبود قابل توجه تحرک مفصل، قدرت عضلات و استقامت در حین فعالیت های عملکردی و کاهش ضربان قلب استراحت	(۸۶)
۲۳ نوجوان شامل ۱۷ پسر و ۶ دختر	۱۳-۱۷ سال		۱۰ هفته تمرین مقاومتی پیشرونده (مشمول بر ۶ حرکت با دستگاه، ۳ ست با ۱۲ تکرار برای هر حرکت تا رسیدن به واماندگی)	قدرت عضلات اندام تحتانی	بهبود در قدرت عضلانی اندام تحتانی	(۸۷)
۵۴ نوجوان پسر و ۲۶ دختر با نشانگان دان	۱۵-۱۹ سال	خفیف تا متوسط	۳ ماه تمرین حسی- حرکتی (۲ بار در هفته) با استفاده از سطوح ناپایدار	تعادل ایستا	بهبود حس عمقی افراد با تمرین در سطوح ناپایدار	(۸۸)

تعداد آزمودنی‌ها	سن	سطح کم توانی ذهنی	پروتکل ورزشی (مدت/شدت)	مؤلفه آمادگی جسمانی	دستاوردهای عمده	رفرنس
نشانگان دان ۳۰ کودک با	۱۰-۱۲ سال	متوسط	۶ هفته ترکیب تمرین با وزنه و فیزیوتراپی	تعادل ایستا و پویا	بهبود تعادل ایستا و پویا	(۸۹)
۲۲ کودک و نوجوان کم توان ذهنی یا با اختلال طیف اتیسم چاق و با اضافه وزن	۱۰-۱۸ سال		۲۴ هفته برنامه های بدنی مدرسه توام با مداخله تغذیه ای (۱۸ جلسه فعالیت بدنی در مدرسه)، آمادگی جسمانی با استفاده از تست ۶ دقیقه پیاده روی سنجیده شد	استقامت عضلانی و آمادگی هوازی	افزایش رکورد پیاده روی ۶ دقیقه ای به میزان ۵۴ متر	(۹۰)

بحث

باتوجه به مطالعات انجام شده ثابت شده است که کودکان کم توان ذهنی از منظر سطوح آمادگی جسمانی مرتبط با سلامت در همه مؤلفه‌ها (ترکیب بدن، قدرت، استقامت، انعطاف پذیری و آمادگی قلبی تنفسی) نسبت به کودکان عادی و همسال ضعیف‌ترند. اگرچه در بیشتر پژوهش‌ها، عملکرد هوازی و ترکیب بدن بیشتر مورد توجه و آزمون قرار گرفته است ولی برای این گروه از کودکان عملکرد اسکلتی عضلانی به منظور دستیابی به نتایج بهینه سلامت ضروری تر می باشد (۳۷). تمرینات تای چی ممکن است قدرت پا و هماهنگی اندام تحتانی و فوقانی را بهبود بخشد، در حالی که تمرینات هوازی ممکن است برای شاخص توده بدنی، دراز نشست و آمادگی قلبی و تنفسی مفید باشد (۷۱). براساس مطالعات به عمل آمده، رکورد قدرت عضلانی، استقامت عضلانی و آمادگی قلبی تنفسی کسب شده توسط ۹۱-۷۱ درصد از کودکان کم توان ذهنی با سطوح کم توانی ذهنی متوسط تا شدیدی که در مراکز ویژه مشغول به فعالیت هستند کمتر از مقادیر مرجع بود و میزان زیادی از اضافه وزن (۲۳-۲۵ درصد) و چاقی (۱۵-۱۰ درصد) در آنها مشاهده شد. همچنین فعالیت بدنی و پیشرفت حرکتی به طور معناداری با نمرات کسب شده آزمون‌های مذکور ارتباط داشت و متخصصان توصیه نمودند

بایستی بی درنگ سیاست‌ها و مداخلات ورزشی برای افزایش آمادگی جسمانی برای این گروه خاص از کودکان اجرا شود زیرا بهبود توسعه حرکتی به احتمال زیاد منجر به بهبود آمادگی جسمانی نیز خواهد شد (۷۲). آمادگی جسمانی مرتبط با مهارت از منظر عملکرد اجرایی در مقایسه با آمادگی هوازی در کودکان دارای معلولیت ذهنی یا عملکرد ذهنی مرزی از اهمیت بیشتری برخوردار است و بیشتر از آمادگی هوازی می تواند عملکرد اجرایی کودکان کم توان ذهنی را پیش بینی نماید. همچنین سن در این کودکان نقش اساسی ایفا می نماید به این معنا که با افزایش سن، آمادگی جسمانی مرتبط با مهارت این کودکان در اثر افزایش میزان حافظه و انعطاف-پذیری شناختی تقویت می شود (۵۶). مطالعات مرتبط با پایایی و عملی بودن آزمون‌های آمادگی جسمانی برای سنجش مؤلفه‌های قدرت عضلانی، استقامت عضلانی، ترکیب بدن و آمادگی قلبی تنفسی در کودکان کم توان ذهنی با سطوح متوسط تا شدید نشان داد که پایایی کوتاه مدت و بلند مدت مؤلفه‌های ترکیب بدن و آمادگی قلبی تنفسی، عملی و قابل اعتماد می باشد و اندازه‌گیری مؤلفه استقامت عضلانی نسبتاً عملی و قابل اعتماد می باشد اما در ارتباط با آزمون‌های قدرت پایایی کوتاه مدت و بلند مدت کمی مشاهده شد. بنابراین نتیجه‌گیری می شود که آزمون‌های آمادگی جسمانی برای کودکان کم توان

ناتوان ذهنی شده است (۸۴). ترکیب تمرینات آبی با تمرینات فول بادی در طولانی مدت یک استراتژی ارزشمند جهت بهبود قابل توجه تحرک مفصل، قدرت عضلات و استقامت در حین فعالیت‌های عملکردی و کاهش ضربان قلب استراحت و در مجموع منجر به افزایش فاکتورهای آمادگی مرتبط با سلامت می‌شود (۸۶). برای بهبود تعادل ایستا از آزمون‌های ایستادن روی دو پا یا چشم‌مان باز و بسته و ایستادن روی یک پا یا چشم‌مان باز روی صفحه فشار الکترونیکی و برای بهبود تعادل پویا از آزمون‌های راه رفتن در سطوح ناپایدار، راه رفتن روی چوب موازنه استفاده می‌شود (۷۸، ۸۱، ۸۶، ۸۸).

اگرچه اجرای برنامه‌های ورزشی گروهی نیز برای بسیاری از کودکان کم‌توان ذهنی لذت بخش است اما به احتمال زیاد بسیاری از آنها این نوع تمرین‌ها را به‌عنوان بخشی از فعالیت‌های بدنی اوقات فراغت خود و به‌طور انفرادی و مستقل از دیگران انتخاب نمی‌کنند (۹۲). برای اینکه کودک از نظر جسمی سواد داشته باشد، به فرصت‌های کافی برای توسعه شایستگی در جهت انجام یک مجموعه مهارت‌های حرکتی نیاز دارد. با این حال، تمرین مکرر مهارت‌های فردی در انزوا کافی نیست. همچنین کودک برای انجام آن مهارت‌ها در انواع فعالیت‌ها و زمینه‌ها، باید اعتماد به نفس بالایی داشته باشد. به‌عنوان مثال، در همه ابعاد یک بازی سافت بال کودک باید بتواند در ضربه زدن، پرتاب، گرفتن و دویدن مهارت یابد تا نسبت به همسالان خود به موفقیت دست یابد (۹۳) همچنین به منظور ارتقا و حفظ سطح قابل توجهی از مؤلفه‌های آمادگی جسمانی و شرکت همه روزه و پیوسته این کودکان در تمرینات و فعالیت‌های ورزشی، برنامه‌های ورزشی می‌بایست مشتمل بر مهارت‌های مورد نیاز آنها باشد تا به‌صورت موفقیت آمیز بتوانند آنها را اجرا نمایند. همچنین برنامه‌ریزی ورزشی باید طوری باشد که فرصتی برای مشارکت فرد فراهم آورد و در عین حال تعادل بین بهبود تناسب اندام و ایجاد یک محیط تفریحی که کودک در آن بیشتر تمایل به بازگشت به جلسه بعدی را داشته باشد را فراهم نماید متخصصان و مربیان ورزش جای اینکه تنها بر فعالیت ورزشی تمرکز نمایند بایستی تمرکز بیشتری بر مشارکت همزمان در فعالیت بدنی و توسعه مهارت فردی داشته باشند زیرا این امر منجر به افزایش اعتماد بنفس و شایستگی کودکان کم‌توان ذهنی شده و مشارکت مادام‌العمر آنها در فعالیت ورزشی و دنبال نمودن ورزش تخصصی مورد نظر را به دنبال خواهد داشت (۸۴، ۹۴). برنامه‌های موجود

ذهنی با سطوح متوسط تا شدید در سنجش مؤلفه‌های ترکیب بدنی و آمادگی قلبی تنفسی پایا است و می‌توان از آنها با کمال اطمینان به‌منظور بهبود این قابلیت‌ها بهره برد و در سنجش مؤلفه استقامت عضلانی بایستی با احتیاط کامل اقدام نمود و آزمون‌های سنجش قدرت را در کودکان با نشانگان دان کمتر استفاده کرد (۷۳). استفاده از آزمون آمادگی جسمانی براکپورت به‌عنوان یک آزمون معتبر جهت کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی پیشنهاد می‌شود زیرا با استفاده از ۲۷ آزمون به سنجش قابلیت‌های آمادگی جسمانی مرتبط با سلامت می‌پردازد و امکانات پیچیده و پرهزینه‌ای نیاز ندارد. مطالعات نشان داده‌اند که اجرای این آزمون منجر به افزایش قابل توجه در ظرفیت هوازی، قدرت و استقامت عضلانی و به‌طور کلی افزایش عملکرد اسکلتی عضلانی می‌شود (۷۴). برای افزایش آمادگی جسمانی کودکان کم‌توان ذهنی مبتلا به چاقی همچنین بهبود پروفایل لیپیدی آنها مدل‌های تمرینی مختلفی ارائه شده است. اثربخش‌ترین مدل در افزایش سطوح استقامت عضلانی اندام تحتانی، اجرای تمرینات استقامت تحتانی با ۱۰ تکرار بیشینه و پس از آن اجرای تمرینات استقامت هوازی به مدت ۲۷ دقیقه و اثربخش‌ترین مدل در افزایش سطوح آمادگی هوازی یا استقامت قلبی تنفسی، اجرای تمرینات استقامتی عضلات اندام تحتانی با شدت ۲۰ تکرار بیشینه و پس از آن تمرینات استقامت هوازی به مدت ۲۵ دقیقه می‌باشد. لازم به ذکر است که برای حصول نتیجه بهتر می‌بایست این تمرینات ۳ بار در هفته و در مدت زمان بیشتر از ۴ ماه انجام شود (۷۵). نظر به اینکه کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی حجم‌های ریوی کمتری در مقایسه با همسالان عادی دارند، شرکت در ورزش قایقرانی و استفاده از یک ارگومتر قایقی منجر به بهبود در ظرفیت حیاتی، ظرفیت حیاتی اجباری، حجم بازدمی اجباری پس از ۱ ثانیه و اوج جریان بازدمی آنها در طولانی مدت (بیشتر از ۱۲ هفته) خواهد شد (۷۶). اثبات شده است برای تقویت قدرت عضلانی اندام بالایی و استقامت عضلات شکم بایستی به مدت ۱۰-۴ ماه تمرینات ورزشی ویژه قدرت و استقامت اندام بالایی را به کودکان کم‌توان ذهنی تجویز نمود (۶۸، ۹۱). البته لازم به ذکر است که برنامه‌های تمرینی کوتاه مدت نیز سبب بهبود فاکتورهای آمادگی جسمانی شده‌اند. پژوهشگران اثبات کرده‌اند که اجرای ۱۰ هفته (۳ بار در هفته) تمرینات تناوبی خیلی شدید توأم با اجرای برخی فعالیت‌های ورزشی منجر به افزایش ظرفیت هوازی در کودکان

References

1. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, is the 2013 update to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, the taxonomic and diagnostic tool published by the American Psychiatric Association.
2. Katz G, Lazcano-Ponce E. Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *salud pública de méxico*. 2008; 50(S2):132-41.
3. Dairo YM, Collett J, Dawes H, Oskrochi GR. Physical activity levels in adults with intellectual disabilities: A systematic review. *Preventive medicine reports*. 2016;4:209-19.
4. Doran CM, Einfeld SL, Madden RH, Otim M, Horstead SK, Ellis LA, et al. How much does intellectual disability really cost? First estimates for Australia. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 2012;37(1):42-9.
5. Harris JC. Intellectual disability: Understanding its development, causes, classification, evaluation, and treatment: Oxford University Press; 2006.
6. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in developmental disabilities*. 2011;32(2):419-36.
7. Emerson E, Glover G, Hatton C, Wolstenholme J. Trends in age-standardised mortality rates and life expectancy of people with learning disabilities in Sheffield over a 33-year period. *Tizard Learning Disability Review*. 2014.
8. Holland A. Ageing and learning disability. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176(1):26-31.
9. Heslop P, Blair PS, Fleming P, Hoghton M, Marriott A, Russ L. The Confidential Inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: a population-based study. *The Lancet*. 2014;383(9920):889-95.
10. Krahn GL, Hammond L, Turner A. A cascade of disparities: health and health care access for people with intellectual disabilities. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*. 2006;12(1):70-82.
11. Lin P-Y, Lin L-P, Lin J-D. Hypertension, hyperglycemia, and hyperlipemia among adolescents with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*. 2010;31(2):545-50.
12. Wallén EF, Müllersdorf M, Christensson K, Malm G, Ekblom Ö, Marcus C. High prevalence of cardio-metabolic risk factors among adolescents with intellectual disability. *Acta Paediatrica*. 2009;98(5):853-9.

برای خانواده‌هایی که کودکانی با کم توانی ذهنی را دارند باید عملی و واقع بینانه باشد. برنامه‌های ورزشی مبتنی بر مدرسه مزایایی دارد. برای مثال کودکان در مدرسه تحت نظر مربی ورزش هستند و والدین برای دستیابی به پیشرفت ورزشی فرزندشان مجبور نیستند سایر مسئولیت‌های خانواده را مدیریت کنند. پژوهش‌های قبلی نشان داده است که پزشکان در زمینه فیزیوتراپی و آموزش بدنی می‌توانند برنامه‌های تمرینی با کیفیت ارائه دهند که منجر به بهبود سطح آمادگی جسمانی در کودکان با اختلال ذهنی می‌شود (۹۵). اما اثر این مداخلات به اندازه مداخلات ورزشی نمی‌باشد. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که مشارکت در برنامه‌های ورزشی ساختارمند منجر به بهبود توانایی حرکتی می‌شود که در نهایت بهبود سطوح آمادگی جسمانی در کودکان کم توان ذهنی را به دنبال دارد. اساس این پیشرفت‌ها این است که کودکان کم توان ذهنی می‌توانند در دوره‌های کوتاه مدت و متناوب فعالیت ورزشی شرکت کنند اما شدت این فعالیت‌ها بایستی از سبک تا متوسط در نظر گرفته شود. مشارکت کودکان کم توان ذهنی در PA در شدت‌های بالاتر و برای مدت طولانی‌تر در صورت دستیابی به سطوح بالاتر آمادگی جسمانی نیز امکان پذیر است (۹۳)، در حالی که شرکت در برنامه‌هایی با شدت زیاد (مانند تمرینات تناوبی شدید) و تمرینات تردمیل منجر به افزایش قابل توجه سطح آمادگی جسمانی کودکان کم توان ذهنی می‌شود ولی امکان شرکت در این برنامه‌ها به صورت پایدار وجود ندارد (۸۴، ۸۵).

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی در فعالیت بدنی و تمرینات ورزشی مشارکت کمتری دارند آگاهی از میزان آمادگی جسمانی آنها و ارتباط آن با فعالیت بدنی و تمرینات ورزشی به پژوهشگران و متخصصان ورزشی کمک می‌کند تا مداخلات ورزشی مؤثرتری را برای بهبود آمادگی جسمانی در این جمعیت خاص و آسیب پذیر داشته باشند.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسنده این مقاله تصریح می‌نماید که هیچ‌گونه تضاد منافی در خصوص مطالعه حاضر وجود ندارد.

13. Bergström H, Hagströmer M, Hagberg J, Elinder LS. A multi-component universal intervention to improve diet and physical activity among adults with intellectual disabilities in community residences: a cluster randomised controlled trial. *Research in developmental disabilities*. 2013;34(11):3847-57.
14. Robertson J, Emerson E, Gregory N, Hatton C, Turner S, Kessissoglou S, et al. Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*. 2000;21(6):469-86.
15. Richards J, Hillsdon M, Thorogood M, Foster C. Face-to-face interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(9).
16. Team LS. Statistics on obesity, physical activity and diet: England 2014. Leeds, UK: Health and Social Care Information Centre. 2014.
17. Honeycutt AA, Grosse SD, Dunlap LJ, Schendel DE, Chen H, Brann E, et al. Economic costs of mental retardation, cerebral palsy, hearing loss, and vision impairment. Using survey data to study disability: Results from the National Health Interview Survey on Disability. 2003;3:207-28.
18. Draheim CC, Williams DP, McCubbin JA. Prevalence of physical inactivity and recommended physical activity in community-based adults with mental retardation. *Mental retardation*. 2002;40(6):436-44.
19. Emerson E. Underweight, obesity and exercise among adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005;49(2):134-43.
20. Finlayson J, Jackson A, Cooper SA, Morrison J, Melville C, Smiley E, et al. Understanding predictors of low physical activity in adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2009; 22(3):236-47.
21. Haveman M, Perry J, Salvador-Carulla L, Walsh PN, Kerr M, van Schrojenstein Lantman-de Valk H, et al. Ageing and health status in adults with intellectual disabilities: results of the European POMONA II study. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 2011;36(1):49-60.
22. McGuire B, Daly P, Smyth F. Lifestyle and health behaviours of adults with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2007; 51(7):497-510.
23. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The lancet*. 2012;380(9838):247-57.
24. Temple VA, Frey GC, Stanish HI. Physical activity of adults with mental retardation: review and research needs. *American Journal of Health Promotion*. 2006;21(1):2-12.
25. Dodd KJ, Shields N. A systematic review of the outcomes of cardiovascular exercise programs for people with Down syndrome. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2005;86(10):2051-8.
26. Frey GC, Temple VA, Stanish HI. Interventions to promote physical activity for youth with intellectual disabilities. *salud pública de méxico*. 2017;59:437-45.
27. Hocking J, McNeil J, Campbell J. Physical therapy interventions for gross motor skills in people with an intellectual disability aged 6 years and over: a systematic review. *International journal of evidence-based healthcare*. 2016;14(4):166-74.
28. Houwen S, van der Putten A, Vlaskamp C. A systematic review of the effects of motor interventions to improve motor, cognitive, and/or social functioning in people with severe or profound intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*. 2014;35(9):2093-116.
29. Shin I-S, Park E-Y. Meta-analysis of the effect of exercise programs for individuals with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*. 2012;33(6):1937-47.
30. Moss S, Goldberg D, Patel P, Wilkin D. Physical morbidity in older people with moderate, severe and profound mental handicap, and its relation to psychiatric morbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1993;28(1):32-9.
31. Fragala-Pinkham MA, Dumas HM, Barlow CA, Pasternak A. An aquatic physical therapy program at a pediatric rehabilitation hospital: a case series. *Pediatric Physical Therapy*. 2009;21(1):68-78.
32. Budden S. Rett syndrome: habilitation and management reviewed. *European child & adolescent psychiatry*. 1997;6:103-7.
33. Lotan M, Ben-Zeev B. Rett syndrome. A review with emphasis on clinical characteristics and intervention. *The Scientific World Journal*. 2006;6:1517-41.
34. Lotan M, Merrick J. Rett syndrome management with Snoezelen or controlled multi-sensory stimulation. A review. De Gruyter; 2004.
35. Winnick J, Short FX. Brockport physical fitness test manual: a health-related assessment for youngsters with disabilities: Human Kinetics; 2014.
36. Rimmer JH, Rowland JL, Yamaki K. Obesity and secondary conditions in adolescents with disabilities: addressing the needs of an underserved population. *Journal of Adolescent Health*. 2007;41(3):224-9.
37. Smith JJ, Eather N, Morgan PJ, Plotnikoff RC, Faigenbaum AD, Lubans DR. The health benefits of muscular fitness for children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Sports medicine*. 2014;44(9):1209-23.
38. Hartman E, Smith J, Westendorp M, Visscher C. Development of physical fitness in children with

- intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research*. 2015;59(5):439-49.
39. Izquierdo-Gomez R, Martínez-Gómez D, Tejero-Gonzalez CM, Cabanas-Sánchez V, Ruiz JR, Veiga ÓL. Are poor physical fitness and obesity two features of the adolescent with Down syndrome? *Nutricion hospitalaria*. 2013;28(4):1348-51.
 40. Salaun L, Berthouze-Aranda SE. Physical fitness and fatness in adolescents with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2012;25(3):231-9.
 41. Slevin E, Truesdale-Kennedy M, McConkey R, Livingstone B, Fleming P. Obesity and overweight in intellectual and non-intellectually disabled children. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2014;58(3):211-20.
 42. Oeseburg B, Dijkstra GJ, Groothoff JW, Reijneveld SA, Jansen DEC. Prevalence of chronic health conditions in children with intellectual disability: a systematic literature review. *Intellectual and developmental disabilities*. 2011;49(2):59-85.
 43. Anderssen SA, Cooper AR, Riddoch C, Sardinha LB, Harro M, Brage S, et al. Low cardiorespiratory fitness is a strong predictor for clustering of cardiovascular disease risk factors in children independent of country, age and sex. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. 2007;14(4):526-31.
 44. Hurtig-Wennlöf A, Ruiz JR, Harro M, Sjöström M. Cardiorespiratory fitness relates more strongly than physical activity to cardiovascular disease risk factors in healthy children and adolescents: the European Youth Heart Study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. 2007;14(4):575-81.
 45. Ortega FB, Ruiz JR, Castillo MJ, Sjöström M. Physical fitness in childhood and adolescence: a powerful marker of health. *International journal of obesity*. 2008;32(1):1-11.
 46. Ortega FB, Tresaco B, Ruiz JR, Moreno LA, Martín-Matillas M, Mesa JL, et al. Cardiorespiratory fitness and sedentary activities are associated with adiposity in adolescents. *Obesity*. 2007;15(6):1589-99.
 47. Andersen LB, Hasselstrøm H, Grønfeldt V, Hansen SE, Karsten F. The relationship between physical fitness and clustered risk, and tracking of clustered risk from adolescence to young adulthood: eight years follow-up in the Danish Youth and Sport Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2004;1(1):6.
 48. Raitakari OT, Juonala M, Kähönen M, Taittonen L, Laitinen T, Mäki-Torkko N, et al. Cardiovascular risk factors in childhood and carotid artery intima-media thickness in adulthood: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Jama*. 2003;290(17):2277-83.
 49. Hilgenkamp TI, van Wijck R, Evenhuis HM. (Instrumental) activities of daily living in older adults with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*. 2011;32(5):1977-87.
 50. Oppewal A, Hilgenkamp TI, van Wijck R, Schoufour JD, Evenhuis HM. Physical fitness is predictive for a decline in daily functioning in older adults with intellectual disabilities: results of the HA-ID study. *Research in developmental disabilities*. 2014;35(10):2299-315.
 51. Bilo R, Oranje A. 9 Kindermishandeling en de kindertandheelkunde. *Kindertandheelkunde 1: Springer*; 2009. p. 125-40.
 52. Straetmans JM, van Schrojenstein Lantman-de HM, Schellevis FG, Dinant G-J. Health problems of people with intellectual disabilities: the impact for general practice. *Br J Gen Pract*. 2007;57(534):64-6.
 53. Vonken M, Maaskant M, Van den Akker M. Aandoeningen van het bewegingsapparaat bij mensen met een verstandelijke handicap [Disorders of the movement system of people with intellectual disability]. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten (Dutch Journal for Care to Persons with Intellectual Disabilities)*. 2006;32:98-111.
 54. Seddon P, Khan Y. Respiratory problems in children with neurological impairment. *Archives of disease in childhood*. 2003;88(1):75-8.
 55. Wuang YP, Wang CC, Huang MH, Su CY. Profiles and cognitive predictors of motor functions among early school-age children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2008;52(12):1048-60.
 56. Hartman E, Smith J, Houwen S, Visscher C. Skill-related physical fitness versus aerobic fitness as a predictor of executive functioning in children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Research in developmental disabilities*. 2017;64:1-11.
 57. Esposito PM. Validating Accelerometry and Skinfold Measures in Youth with Down Syndrome 2012.
 58. Hill DL, Parks EP, Zemel BS, Shults J, Stallings VA, Stettler N. Resting energy expenditure and adiposity accretion among children with Down syndrome: a 3-year prospective study. *European journal of clinical nutrition*. 2013;67(10):1087-91.
 59. Rodrigues LP, Leitão R, Lopes VP. Physical fitness predicts adiposity longitudinal changes over childhood and adolescence. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2013;16(2):118-23.
 60. Borremans E, Rintala P, McCubbin JA. Physical fitness and physical activity in adolescents with Asperger syndrome: A comparative study. *Adapted Physical Activity Quarterly*. 2010;27(4):308-20.

61. Lloyd M, Temple VA, Foley JT. International BMI comparison of children and youth with intellectual disabilities participating in Special Olympics. *Research in Developmental Disabilities*. 2012;33(6):1708-14.
62. MacDonald M, Lord C, Ulrich DA. The relationship of motor skills and social communicative skills in school-aged children with autism spectrum disorder. *Adapted Physical Activity Quarterly*. 2013;30(3):271-82.
63. Pitetti K, Baynard T, Agiovlasitis S. Children and adolescents with Down syndrome, physical fitness and physical activity. *Journal of Sport and Health Science*. 2013;2(1):47-57.
64. Bertapelli F, Pitetti K, Agiovlasitis S, Guerra-Junior G. Overweight and obesity in children and adolescents with Down syndrome—prevalence, determinants, consequences, and interventions: a literature review. *Research in Developmental Disabilities*. 2016;57: 181-92.
65. Hill AP, Zuckerman KE, Fombonne E. Obesity and autism. *Pediatrics*. 2015;136(6):1051-61.
66. Fletcher GF, Blair SN, Blumenthal J, Caspersen C, Chaitman B, Epstein S, et al. Statement on exercise. Benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans. A statement for health professionals by the Committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation of the Council on Clinical Cardiology, American Heart association. *Circulation*. 1992;86(1):340-4.
67. Rowland TW. Does peak VO₂ reflect VO₂max in children?: evidence from supramaximal testing. *Medicine and science in sports and exercise*. 1993;25(6):689-93.
68. Golubović Š, Maksimović J, Golubović B, Glumbić N. Effects of exercise on physical fitness in children with intellectual disability. *Research in developmental disabilities*. 2012;33(2):608-14.
69. Frey G, Chow B. Relationship between BMI, physical fitness, and motor skills in youth with mild intellectual disabilities. *International journal of obesity*. 2006;30(5):861-7.
70. Winnick JP, Short FX. *The Brockport physical fitness test manual: Human Kinetics*; 1999.
71. Kong Z, Sze T-M, Yu JJ, Loprinzi PD, Xiao T, Yeung AS, et al. Tai Chi as an alternative exercise to improve physical fitness for children and adolescents with intellectual disability. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(7):1152.
72. Wouters M, Evenhuis HM, Hilgenkamp TI. Physical fitness of children and adolescents with moderate to severe intellectual disabilities. *Disability and rehabilitation*. 2019:1-11.
73. Wouters M, Van Der Zanden AM, Evenhuis HM, Hilgenkamp TI. Feasibility and reliability of tests measuring health-related physical fitness in children with moderate to severe levels of intellectual disability. *American journal on intellectual and developmental disabilities*. 2017;122(5):422-38.
74. Collins K, Staples K. The role of physical activity in improving physical fitness in children with intellectual and developmental disabilities. *Research in developmental disabilities*. 2017;69:49-60.
75. Tamin TZ, Idris F, Mansyur M, Soegondo S. Model and effectiveness of endurance exercise to increase physical fitness in intellectual disability subjects with obesity: A randomized controlled trial. *Acta Medica Indonesiana*. 2015;47(2).
76. El Kafy EMA, Helal OF. Effect of rowing on pulmonary functions in children with Down syndrome. *Pediatric Physical Therapy*. 2014;26(4):437-45.
77. Oppewal A, Hilgenkamp TI, van Wijck R, Evenhuis HM. Cardiorespiratory fitness in individuals with intellectual disabilities—a review. *Research in developmental disabilities*. 2013;34(10):3301-16.
78. Giagazoglou P, Arabatzi F, Kellis E, Liga M, Karra C, Amiridis I. Muscle reaction function of individuals with intellectual disabilities may be improved through therapeutic use of a horse. *Research in developmental disabilities*. 2013;34(9):2442-8.
79. González-Agüero A, Matute-Llorente A, Gómez-Cabello A, Casajús JA, Vicente-Rodríguez G. Effects of whole body vibration training on body composition in adolescents with Down syndrome. *Research in developmental disabilities*. 2013;34(5):1426-33.
80. Elmahgoub SM, Lambers S, Stegen S, Van Laethem C, Cambier D, Calders P. The influence of combined exercise training on indices of obesity, physical fitness and lipid profile in overweight and obese adolescents with mental retardation. *European journal of pediatrics*. 2009;168(11):1327.
81. Gorla JI, Leonardo T, Paulo F. Performance of balance beam task of KTK by people with intellectual disability. *J of Artigo*. 2010:101-11.
82. Tsikriki G, Batsiou S, Douda E, Antoniou P. The effects of a pilot exercise program of basketball basic skills on individuals with moderate mental retardation. *Inquiries in Sport & Physical Education*. 2007;5(3):352-62.
83. Yılmaz I, Ergu N, Konukman F, Agbuğa B, Zorba E, Cimen Z. The effects of water exercises and swimming on physical fitness of children with mental retardation. *Journal of Human Kinetics*. 2009;21:105-11.
84. Ozmen T, Yildirim NU, Yuktasir B, Beets MW. Effects of school-based cardiovascular-fitness training in children with mental retardation. *Pediatric exercise science*. 2007;19(2):171-8.
85. Lotan M, Isakov E, Merrick J. Improving functional skills and physical fitness in children with Rett syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2004;48(8):730-5.

86. Torres LE, Sanders ME, Benitez CB, Ortega AM. Efficacy of an Aquatic Exercise Program for 3 Cases of Rett Syndrome. *Pediatric Physical Therapy*. 2019;31(4):E6-E13.
87. Shields N, Taylor NF. A student-led progressive resistance training program increases lower limb muscle strength in adolescents with Down syndrome: a randomised controlled trial. *Journal of Physiotherapy*. 2010;56(3):187-93.
88. Jankowicz-Szymanska A, Mikolajczyk E, Wojtanowski W. The effect of the degree of disability on nutritional status and flat feet in adolescents with Down syndrome. *Research in developmental disabilities*. 2013;34(11):3686-90.
89. Rahman SA, Rahman A. Efficacy of virtual reality-based therapy on balance in children with Down syndrome. *World Applied Sciences Journal*. 2010;10(3):254-61.
90. Hinckson EA, Dickinson A, Water T, Sands M, Penman L. Physical activity, dietary habits and overall health in overweight and obese children and youth with intellectual disability or autism. *Research in developmental disabilities*. 2013;34(4):1170-8.
91. Fragala-Pinkham MA, Haley SM, Goodgold S. Evaluation of a community-based group fitness program for children with disabilities. *Pediatric Physical Therapy*. 2006;18(2):159-67.
92. Fragala-Pinkham MA, Haley SM, Rabin J, Kharasch VS. A fitness program for children with disabilities. *Physical therapy*. 2005;85(11):1182-200.
93. Stodden DF, Goodway JD, Langendorfer SJ, Robertson MA, Rudisill ME, Garcia C, et al. A developmental perspective on the role of motor skill competence in physical activity: An emergent relationship. *Quest*. 2008;60(2):290-306.
94. Haney K, Messiah SE, Arheart KL, Hanson E, Diego A, Kardys J, et al. Park-based afterschool program to improve cardiovascular health and physical fitness in children with disabilities. *Disability and health journal*. 2014;7(3):335-42.
95. Davis K, Zhang G, Hodson P. Promoting health-related fitness for elementary students with intellectual disabilities through a specifically designed activity program. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2011;8(2):77-84.

اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش علائم افسردگی مزمن در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسسم

- سید مجتبی عقیلی*، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران
- آرزو اصغری، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کوثر بجنورد، بجنورد، ایران
- سعید کفاش صدقی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران
- میترا نمازی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات شاهرود، سمنان، ایران

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۳ • تاریخ انتشار: مرداد و شهریور ۱۴۰۱ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۹۳ - ۱۰۱

چکیده

زمینه و هدف: والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسسم با چالش‌های خاص و منحصر به فردی در زندگی در زمینه‌های فرزند‌پروری، مسائل خانوادگی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی مواجه می‌شوند. هدف پژوهش حاضر اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش علائم افسردگی مزمن مادران این کودکان می‌باشد.

روش: روش پژوهش نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسسم شهر گرگان در سال ۱۳۹۷ بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایشی) و (۱۵ نفر گروه گواه) به عنوان نمونه انتخاب شدند. گروه آزمایشی طی ۸ جلسه به صورت گروهی تحت آموزش قرار گرفتند و گروه گواه در فهرست انتظار برای آموزش قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی (۱۹۹۵) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش طرح‌واره درمانی در کاهش افسردگی مزمن مادران کودکان اُتیسستیک تأثیر معنادار داشت ($p \leq 0/000$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، نتیجه گرفته می‌شود که جهت درمان افسردگی مزمن مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسسم می‌توان از طرح‌واره درمانی استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: اختلال طیف اُتیسسم، افسردگی مزمن، طرح‌واره درمانی، مادران

جدید افسردگی یا به عبارت دیگر عود افسردگی می‌شوند و در نتیجه درمان‌پذیری را کاهش می‌دهند (۱۱). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت^{۱۱}، افسردگی نوعی احساس غم مداوم و عدم علاقه به فعالیت‌هایی است که افراد به طور طبیعی از انجام آن لذت می‌برند (۱۲). افسردگی یکی از اختلالات خلقی است که با نشانه‌هایی از جمله احساس غم و اندوه، از دست دادن علاقه و انگیزه، بدبینی و افکار خودکشی همراه است و تأثیرات زیادی بر کارکرد فردی، اجتماعی و حرفه‌ای افراد دارد (۱۳). در واقع افسردگی مجموعه‌ای از حالات مختلف روانی است که از احساس خفیف ملال تا سکوت و دوری از فعالیت روزمره بروز می‌کند. افسردگی عملکردهای روزمره فرد همچون خوردن و خوابیدن و سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۴). در واقع، تولد هر کودک با ناتوانی مشکلات بسیاری برای پدر و مادر به وجود می‌آورد. حال با توجه به ویژگی‌های کودکان با اختلال طیف اُتیسْم و خلق و خوی دشوار آنها، پرورش کودکی با این مشکلات تحولی، یک چالش مهم و منحصر به فرد برای هر دو والد است (۱۵). آشکار است، وجود چنین وضعیتی سبب بروز رفتارهای متفاوتی از سوی والدین می‌شود و عملکرد روزانه و رفتارهای آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و اغلب در مخاطره ابتلا به افسردگی قرار می‌دهد (۱۶).

تاکنون روش‌های درمانی متعددی برای درمان اختلال افسردگی به کار برده شده است، اما بررسی‌ها نشان می‌دهد هر کدام از آنها اثر ویژه‌ای بر اختلال افسردگی دارد و فقط تا حدی در درمان این اختلال مؤثرند (۱۷). در چند دهه‌ی اخیر، رویکردی که در زمینه‌ی اختلالات خلقی تأثیرات مثبت داشته، رویکرد طرح‌واره درمانی^{۱۲} بوده است (۱۸). طرح‌واره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردی، بیماران را در غلبه بر طرح‌واره‌های مذکور یاری می‌دهد (۱۹). هدف اولیه این مدل روان‌درمانی، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرح‌واره‌ها است و هدف نهایی آن، بهبود طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (۲۰). طرح‌واره درمانی با تلفیق چهار تکنیک شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای در افراد علاوه بر زیر

از جمله اختلال‌های مهم دوران کودکی، اختلال طیف اُتیسْم^۱ است که شامل گستره‌ای از اختلالات عصبی رشدی بوده و در طول زندگی ادامه می‌یابد (۱). مشخصه اصلی اُتیسْم نقص مداوم در برقراری ارتباط اجتماعی متقابل، تعامل اجتماعی و الگوهای محدود تکراری و کلیشه‌ای در رفتار، علایق و فعالیت‌ها است (۲). کودکان با اختلال طیف اُتیسْم مشکلات عمده‌ای در تعاملات اجتماعی، ارتباطی و زبانی دارند (۳). والدین این کودکان با چالش‌های خاص و منحصر به فردی در زندگی در زمینه‌های فرزندپروری، مسائل خانوادگی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی مواجه می‌شوند (۴). اختلال طیف اُتیسْم اغلب با رفتارهای چالش‌برانگیز و ناسازگار همراه است که به صورت پرخاشگری^۲ بدنی، عدم رعایت نظم و کج خلقی، مشکلات توجه، نارسایی‌های زبانی و گفتاری، ارتباطی و اجتماعی نمایان می‌شود (۵)، که برای والدین، سطح بالایی از ناامیدی^۳ و افسردگی^۴ را ایجاد می‌کند، تأثیر منفی بر بهزیستی^۵، طرح‌واره‌ها^۶ و رفاه آنها گذاشته و باعث بروز اختلال در کارکردهای روزانه و اجتماعی آنان می‌شود (۶). بقرآبادی (۷) در پژوهشی دریافت که مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اُتیسْم مانند جیغ کشیدن، اصرار بر یکنواختی محیط و نیازمندی در مراقبت‌های بهداشت شخصی و تغذیه می‌تواند منجر به بروز اضطراب^۷، افسردگی و کیفیت زندگی^۸ پایین در والدین آنها شود. پتسونرا و مایلز (۸) در بررسی‌های خود به این نتیجه رسیدند که والدین و مراقبان کودکان با اختلال طیف اُتیسْم نسبت به سایر والدین از اضطراب، افسردگی، پریشانی روانی و تنش والدگری بالاتری برخوردارند.

عواطفی مانند احساس گناه و تقصیر و ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک می‌تواند سبب گوشه‌گیری مادر و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط (۹) و همچنین پایین آمدن عزت نفس^۹، احساس خودکم‌بینی و بی‌ارزشی، غم و اندوه در مادر شود که پیامد آن عزت نفس پایین، بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی^{۱۰} مادر است (۱۰) و تداوم این احساس‌ها منجر به فعال شدن طرح‌واره و شکل‌گیری یک دوره

1. Autism
2. violence
3. Disappointment
4. Depression
5. rehabilitation
6. Schemas

7. Anxiety
8. Quality of life
9. Self-esteem
10. mental health
11. The World Health Organization
12. Schema therapy

برطرف کند. از آنجایی که چنین پژوهشی در این راستا در کشور صورت نگرفته است و با توجه به اهمیت سلامت روان مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم، ضرورت دارد تا تأثیر آموزش طرح‌واره درمانی بر بهبود سلامت روان و کاهش افسردگی مادران مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین پرسش پژوهش حاضر نیز این است که آیا طرح‌واره درمانی بر کاهش علائم افسردگی مزمن در مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم اثربخش می‌باشد؟

روش

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 اُتیسْم شهر گرگان در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دهند. تعداد کل برابر با آمار استخراجی ۵۳ نفر بود. نمونه پژوهش حاضر براساس نمونه‌گیری هدفمند از مادران مراجعه کننده به مرکز اُتیسْم تعداد ۳۰ نفر با توجه به شرایط ورود به پژوهش انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه (۱۵ نفر)، با همگن‌سازی نمونه از نظر سن و تحصیلات برای هر مادر شناسه‌ای در نظر گرفته شد و از طریق قرعه‌کشی ۱۵ مادر در گروه آزمایشی و ۱۵ مادر در گروه گواه جایدهی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از سن (فرزند با اختلال طیف اُتیسْم در سنین ۶ تا ۱۱ سال)، جنسیت (هر دو جنس پسر و دختر)، سطح اُتیسْم (سطح ۱ و ۲ براساس پرونده پزشکی)، محل سکونت (شهر گرگان)، تحصیلات (حداقل دیپلم)، نمره بالاتر از خط برش (۲۰) در مقیاس افسردگی، و رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه، عدم انجام تکالیف خانگی، تحت آموزش و مداخله دیگر بودن، بود.

ابزار پژوهش

مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی^۱ (DASS): مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس توسط لایبوند و لایبوند (۲۳) ساخته شده است که مجموعه‌ای از سه مقیاس خودگزارش‌دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است. هر یک از خرده مقیاس‌ها شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های

سؤال بردن طرح‌واره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است (۲۱)، از نظر هیجانی نیز باعث تخلیه عواطف و هیجان‌های منفی مدفون شده از جمله خشم ناشی از عدم ارضاء نیازهای خودانگیزگی و دل‌بستگی ایمن به دیگران طی سال‌های کودکی می‌شود و با استفاده از تکنیک تجربی که طرح‌واره‌های دوران کودکی و خاطرات کودکی را بازسازی می‌کند (۲۲)، به ابراز هیجان و عواطف سرکوب شده منجر می‌شود و در نهایت، خودسانسوری هیجانی و مشکل در ابراز عواطف را از بین برده و باعث درمان افسردگی می‌شود (۲۳). طبق نتایج پژوهش‌ها طرح‌واره درمانی می‌تواند با اصلاح و شکل‌دهی طرح‌واره‌های ناسازگار، یکی از درمان‌های مؤثر در کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار دختران با نشانه‌های افسردگی باشد (۲۴). در این راستا، مطالعات مالوجینیس آرتز، سپیروپوم و همکاران (۲۵) نشان داد که طرح‌واره درمانی در درمان افسردگی مزمن و اختلال دو قطبی اثربخش است. مطالعات اورکی (۲۶) نشان داد که طرح‌واره درمانی بر میزان افسردگی و عود در مردان اثربخش می‌باشد؛ همچنین ورعی و همکاران (۲۷) دریافتند که طرح‌واره درمانی بر کاهش افسردگی و احساس تنهایی دانشجویان اثربخش می‌باشد.

رابطه بین اختلال کودک و کارکرد خانواده رابطه‌ای دو سویه و متقابل است. و بدین علت که اکثر پژوهش‌های انجام شده، اثر مستقیم مداخلات را بر بهبود کودک بررسی کرده‌اند و به اثری که مداخلات می‌تواند بر روی خانواده داشته باشد، توجهی نشده است. بسیاری از والدین و به‌ویژه مادران در مورد کودک اُتیسْتیک خود احساس گناه می‌کنند و پذیرش واقعیت برای آنها بسیار مشکل است (۲۸). پژوهش‌ها در مورد والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسْم نشان می‌دهد که والدین و به خصوص مادران این کودکان نسبت به کودکانی که دارای رشد عادی هستند سطوح بالایی از استرس را تجربه می‌کنند و در معرض خطر بالای بروز مشکلات جسمی و روانی هستند (۲۹). پرواضح است که برای توانمندسازی نهاد خانواده، باید تمهیداتی اندیشیده شود تا از ایستایی و رکود آن پیشگیری شود. پویا و سازنده بودن روابط در درون خانواده می‌تواند بستر مناسبی برای رشد و بالندگی اعضا خانواده باشد و یکی از راهکارهای ارائه شده در این خصوص، همواره مؤلفه آموزش بوده است. نهاد آموزش می‌تواند از طریق آگاه‌سازی مخاطبان و سپس تغییر نگرش آنان، الگوهای تنش‌زا و ناخوشنود کننده را

1. Stress Anxiety Depression Scale (DASS)

روش اجرا

برای انجام این پژوهش، پس از هماهنگی و اخذ مجوزهای لازم از مسئولان پژوهشی دانشگاه و هماهنگی با یک مرکز توان بخشی کودکان با اختلال طیف اُتیسسم، ابتدا برای جامعه آماری پژوهش جلسه‌ای برگزار و اهداف و اهمیت پژوهش توضیح داده شد، همچنین در مورد رعایت نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد و شرکت‌کنندگان، رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را امضاء کردند. پس از اجرای پیش‌آزمون، تعداد ۳۰ نفر از مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسسم که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، انتخاب شده 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 ۸ جلسه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (یک‌شنبه‌ها) در کلاس‌های طرح‌واره‌درمانی که توسط کارشناس مرکز توان بخشی کودکان با اختلال طیف اُتیسسم صورت گرفت، شرکت کردند و طی این مدت گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات مداخله، مقیاس استرس، اضطراب، افسردگی به‌عنوان پس‌آزمون، توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. پس از پایان پژوهش، به جهت رعایت ملاحظه‌های اخلاقی، این اطمینان به خانواده‌ها داده شد که اطلاعات و نام آنها محفوظ مانده و تنها جهت انجام پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین پس از پایان پژوهش، درمان بر روی گروه گواه نیز اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد. برنامه مداخله آموزش طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر پروتکل یانگ و همکاران (۳۴) تنظیم شد. خلاصه جلسات آموزشی در جدول (۱) ارائه شده است.

مربوط به آن به دست می‌آید. پاسخ‌دهی به سوالات به صورت طیف ۴ گزینه‌ای (صفر=اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند تا ۳=کاملاً در مورد من صدق می‌کند) می‌باشد. از آنجایی که این مقیاس فرم کوتاه‌شده مقیاس اصلی (۴۲ سؤال) است، در پژوهش حاضر نمره نهایی هر یک از این خرده مقیاس‌ها دو برابر شد. نمره کل این ابزار در خرده مقیاس‌های استرس معادل ۰/۳۳، اضطراب ۰/۲۰ و افسردگی ۰/۲۸ است که نمره کمتر نشانه استرس، اضطراب و افسردگی کمتر و نمره بیشتر نشانه استرس، اضطراب و افسردگی بیشتر می‌باشد. آنتونی و همکاران (۳۱) مقیاس مذکور را در مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۹/۰۷، ۲۳/۸۹، ۱/۲۳ و ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲، ۰/۹۵ بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه آنتونی و همکاران (۳۱) حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی و ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی و ضریب همبستگی ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی بود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۳۲) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار باآزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند. در بررسی روایی این مقیاس شیوه‌ی آماری تحلیل عاملی از نوع تأییدی و به روش مؤلفه‌های اصلی مورد استفاده قرار گرفت (۳۳). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمد.

جدول (۱) جلسات آموزشی طرح‌واره درمانی

اهداف جلسات	ردیف
برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه و اهداف و معرفی دوره، اجرای پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه.	جلسه یکم
آشنایی با روش‌های طرح‌واره‌درمانی، معرفی مفهوم طرح‌واره‌درمانی، آشنایی تمرین گروهی تصویرسازی ذهنی با طرح‌واره‌های خود، معرفی کتاب زندگی خود را دوباره بیافرینید.	جلسه دوم

اهداف جلسات	ردیف
آموزش مواجهه با پاسخ‌های ناکارآمد، آشنا نمودن اعضا با طرح‌واره‌ها و پاسخ مقابله خود در مواجهه با ناکارآمدی و از دست دادن امید و سایر موقعیت‌های زندگی شخصی، تکلیف خانگی پایش طرح‌واره‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای خود.	جلسه سوم
نوشتن سناریوی زندگی براساس مدل طرح‌واره‌درمانی، بررسی تکلیف هفتگی، نوشتن سناریوی زندگی شخصی، ارائه تکلیف خانگی.	جلسه چهارم
بررسی فنون شناختی، تکلیف هفتگی، بررسی معایب و مزایای پاسخ‌های مقابله و آموزش شیوه استفاده از کارت‌های آموزشی.	جلسه پنجم
بررسی فنون شناختی، بررسی تکلیف هفتگی، تمرین راهبردهای هیجانی و آشنایی با روش نامه نوشتن و گفتگو با صندلی خالی.	جلسه ششم
آموزش روش‌های طرح‌واره‌ای در الگوهای رفتاری، بررسی سبک‌های مقابله‌ای و مصادیق رفتاری، تمرین راهبردهای الگو شکنی رفتاری	جلسه هفتم
جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک اعضا، ارائه پس‌آزمون.	جلسه هشتم

یافته‌ها

۲۶/۶ درصد) فوق دیپلم و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) لیسانس داشتند. و در گروه گواه، ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) تحصیلات دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) فوق دیپلم و ۳ نفر (۲۰ درصد) دارای تحصیلات لیسانس بودند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایشی و گواه در جدول (۱) ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است.

آزمودنی‌های این پژوهش را مادران دارای فرزند با اختلال طیف اوتیسم تشکیل دادند. در گروه آزمایشی، ۷ نفر (۴۰ درصد) رده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۵ نفر (۳۳/۴ درصد) ۳۱ تا ۴۰ سال، ۳ نفر (۲۶/۶ درصد) ۴۱ تا ۵۰ سال بودند و در گروه گواه، ۸ نفر (۴۶/۷ درصد) رده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۴ نفر (۳۳/۳ درصد) ۳۱ تا ۴۰ سال، ۳ نفر (۲۰ درصد) ۴۱ تا ۵۰ سال داشتند. همچنین در گروه آزمایشی، ۹ نفر (۶۰ درصد) تحصیلات دیپلم، ۴ نفر

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون در دو گروه آزمایشی و گواه (تعداد: ۳۰)

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلکز	P
افسردگی مزمن	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۸/۱	۲/۶۰	۰/۹۷	۰/۷۶
		گواه	۱۸/۳	۲/۵۷	۰/۹۵	۰/۳۸
	پس‌آزمون	آزمایشی	۹/۲	۱/۵۴	۰/۹۷	۰/۸۲
		گواه	۱۸/۱۴	۲/۷۳	۰/۹۲	۰/۴۵

و گروه گواه ۱۸/۱۴ و ۲/۷۳ می‌باشد. همچنین توجه به این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز برای تمامی متغیرها معنادار نمی‌باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال می‌باشد.

همان‌طور که جدول (۲) نشان می‌دهد، در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی گروه آزمایشی به ترتیب ۱۸/۱ و ۲/۶۰ و گروه گواه ۱۸/۳ و ۲/۵۷ بوده و در مرحله پس‌آزمون، میانگین و انحراف معیار گروه آزمایشی ۹/۲ و ۱/۵۴

نبود، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین مفروضه همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبود میزان F در سطح ۰/۰۵ در متغیر افسردگی مزمن ($F=0.1/722, P=0.212 > 0.05$) بود. در جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون با پس‌آزمون متغیر افسردگی مزمن گزارش شده است.

جهت بررسی تفاوت‌ها و ارزیابی دقیق نتایج اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر افسردگی مزمن از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد. استفاده از این تحلیل، مستلزم رعایت پیش‌فرض‌هایی است که پیش از اجرای آزمون مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی همگنی واریانس خطای متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایشی و گواه از آزمون لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد افسردگی مزمن ($F_{1,26} = 2/41, P=0.119 > 0.05$)، به لحاظ آماری معنادار

جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایشی و گواه در افسردگی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۲/۴۰۵	۱	۲/۴۰۵	۱۱/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۴۷
عضویت گروهی	۵۲۸/۰۶۷	۲	۵۲۸/۰۶۷	۱۴/۲۳	۰/۰۰۰	۰/۹۱
خطا	۴۸/۶۰۸	۲۷	۱/۸۷۰			

مثبت داشت. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش مؤذن‌زاده و همکاران (۱۱) مبنی بر اینکه طرح‌واره‌درمانی باعث کاهش شدت افسردگی و افکار خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان می‌شود؛ اورکی (۲۶) که نشان داد طرح‌واره‌درمانی بر میزان افسردگی و عود در مردان اثربخش می‌باشد؛ ورعی و همکاران (۲۷) مبنی بر اینکه طرح‌واره‌درمانی بر کاهش افسردگی و احساس تنهایی دانشجویان اثربخش می‌باشد؛ مالوجینیس و همکاران (۲۵) که دریافتند طرح‌واره‌درمانی در درمان افسردگی مزمن و اختلال دو قطبی مؤثر است و مطالعات پتسونرا و مایلز (۸) که نشان دادند طرح‌واره‌درمانی منجر به کاهش افسردگی و استرس والدین دارای کودکان با اختلال طیف اُتیسیم می‌شود، همسو است.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که طرح‌واره‌ها شناختی هستند که احساس خوشایند یا ناخوشایند از خویشتن، ترس و اضطراب از دست دادن، اعتماد به خود یا دیگران و آسیب دیدن و راه‌های مقابله با این افکار را در افراد به وجود می‌آورد. طرح‌واره‌درمانی با استفاده از روش‌های شناختی، تجربی، الگوشکنی رفتاری و رابطه درمانی با ایجاد آگاهی شناختی به بیماران کمک می‌کند تا طرح‌واره‌های خود را بشناسند و خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و

با توجه به جدول (۳) آماره F افسردگی مزمن در پس‌آزمون (۱۴/۲۳) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان افسردگی مزمن تفاوت معنادار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۹۱ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ است. آماره F پیش‌آزمون افسردگی مزمن نیز (۱۱/۲۸) می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که پیش‌آزمون تأثیر معناداری بر نمرات پس‌آزمون دارد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین تصحیح شده گروه آزمایشی در افسردگی مزمن (۱۰/۴۲) و میانگین گروه کنترل (۱۴/۱۷) می‌باشد که با توجه به آماره F در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. با توجه به این یافته می‌توان گفت که آموزش طرح‌واره‌درمانی موجب کاهش افسردگی مزمن مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر کاهش علائم افسردگی مزمن در مادران دارای کودکان با اختلال طیف اُتیسیم انجام شد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد، آموزش طرح‌واره‌درمانی بر کاهش افسردگی مزمن تأثیر

مؤثر عمل کند و با به‌کارگیری راهبردهای شناختی و رفتاری در کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار، نیرومند ساختن رفتارهای اجتماع پسند، افزایش شناخت اجتماعی و بهبود روابط مؤثر است (۲۱).

یافته‌های ارائه شده در این پژوهش با توجه به محدودیت‌های آن باید مورد بررسی قرار گیرد. انتخاب گروه نمونه از مادران و عدم حضور پدران و تعداد محدود نمونه از جمله محدودیت‌های این پژوهش بود که پیشنهاد می‌شود، آموزش حاضر برای پدران دارای کودکان با اختلال طیف اُتیسیم و در گروه نمونه بزرگتر انجام شود. با توجه به این که پژوهش حاضر به دلیل محدودیت زمانی، امکان پیگیری و واریسی پیامدهای اجرایی برنامه‌ی مداخله‌ای در بلند مدت را نداشت، بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از مرحله پیگیری بهره‌گیرند تا پایداری اثر آموزش بیشتر آشکار شود. با توجه به نتایج پژوهش به سایر پژوهشگران، روان‌شناسان و مشاوران فعال در این عرصه پیشنهاد می‌شود با توجه به آنکه رابطه بین اختلال کودک و کارکرد خانواده رابطه‌ای دوسویه و متقابل است، 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.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی خانواده‌های محترم کودکان با اختلال طیف اُتیسیم و مدیریت محترم مرکز توان بخشی کودکان اُتیسیم که صمیمانه در پژوهش حاضر همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سبک‌های مقابله‌ای مرتبط با آنها را مورد شناسایی قرار دهند. زمانی که افراد، طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای‌شان را درک می‌کنند، می‌توانند تا حدودی بر پاسخ‌هایشان کنترل داشته باشند. از این رو هدف درمان افزایش آگاهی عقلانی و کنترل هشیارانه بر طرح‌واره‌ها است. افراد به این نتیجه می‌رسند که طرح‌واره یا غلط است یا این که سخت اغراق‌آمیز است. روش‌های تجربی این امکان را به بیمار می‌دهند که به ارتباط بین ریشه‌های تحولی این طرح‌واره‌ها و مشکلات فعلی خود پی ببرند. در الگوشکنی رفتاری، افراد سعی می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرح‌واره، رفتارهای انطباقی‌تری را جایگزین کنند (۲۳). همچنین تبیین دیگر برای موفقیت طرح‌واره‌درمانی در روش‌های اصلی این رویکرد درمانی است؛ مثال هدف روش‌های شناختی به محک گذاشتن صحت و سقم طرح‌واره‌ها بود برای این منظور از راهبردهایی مثل آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدیدی از شواهد تأییدکننده طرح‌واره‌ها و برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره استفاده شد. برای مثال در راهبرد گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره هدف این بود که ذهن مراجع از حالت یک صدایی به حالت چند صدایی تغییر کند و جنبه سالم تقویت شود. با این روش مراجع متوجه شد که غیر از صدای طرح‌واره می‌تواند در ذهنش صدای سالمی را ایجاد کند (۱۹). همچنین هدف روش تجربی کار روی احساس‌های بدنی، عاطفی، خاطرات و تصاویر ذهنی بود. مراجعان به کمک روش‌های تجربی در سطح عاطفی با طرح‌واره‌های ناسازگار مبارزه کردند و با استفاده از تصویرسازی ذهنی خشم و ناراحتی خود را نسبت به حوادث دوران کودکی ابراز کردند. روش‌ها هنگامی که فراگرفته شوند در طول زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرند و هنگامی که فرد نتیجه آن را می‌بیند، به خود بازخورد مثبت می‌دهد و در نهایت این امر باعث کاهش اضطراب و افسردگی در کوتاه مدت و بلند مدت می‌شود (۱۷). براساس رویکرد طرح‌واره‌درمانی می‌توان گفت که تغییر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در پی طرح‌واره‌درمانی باعث تغییر در سبک زندگی و نگرش و رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم در بیماران می‌شود. طرح‌واره‌های افراد مبتلا به افسردگی مزمن را با استفاده از طرح‌واره درمانی به‌عنوان یک رویکرد روان‌شناختی (برای مثال یک جهان بینی و یک الگوی فکری منجر به بهبود افسردگی می‌شود (۲۰)). بنابراین، طرح‌واره درمانی با تغییر شناخت‌ها و رفتارهای سازش‌نا یافته، می‌تواند با کاهش نشانه‌های افسردگی، به‌عنوان یک روش مداخله

References

1. Kazemi, A. Sharifi Fard, A. Comparison of self-compassion, action flexibility and psychological well-being of mothers of children with autism spectrum with mothers of normal children. *Quarterly Journal of New Psychological Ideas*. 2021; 8 (12): 1-14. [In Persian].
2. Mirbod, M. Moradi, M. The effectiveness of behavioral activation on fear of negative evaluation and internalized stigma of mothers with autistic children. *Scientific Journal of Women and Culture*. 2021; 13(47): 53-64. [In Persian].
3. Murias, M. Major, S. Davlantis, K. Franz, L. & Harris, A. Validation of eye-tracking measures of social attention as a potential biomarker for autism clinical trials. *Autism res*. 2018; 11(1):74-166.
4. Baqarabadi, Gh. Sharif Daramadi, P. Ghodrati Mirkohi, M. Vakili S. The effectiveness of mindful self-care education with emphasis on Islamic-Iranian lifestyle on the functioning of families of mothers with autistic children. *Islamic lifestyle with a focus on health*. 2020; 4(1):12-22. [In Persian].
5. Davys, D. Mitchell, D. Martin, R. Fathers of people with intellectual disability: A review of the literature. *Journal of Intellectual Disabilities*. 2017; 21(1):175-196.
6. Snyder, W. Troiani, V. Behavioural profiling of autism connectivity abnormalities. *British Journal of psychiatry open*. 2020; 6(1):11-21.
7. Bahgarabadi, Gh. Evaluation of the effectiveness of a program based on self-compassion education on the level of anxiety, stress and depression of mothers of children with autism. *Exceptional Children Quarterly*. 2018; 18 (2): 87-98. [In Persian].
8. Phetrasuwan, S. Miles, M. Parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2019; 14(3):157-165.
9. Rezaei, S. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on depression, anxiety and stress of mothers of children with autism. *Clinical Psychology Studies*. 2020; 10(38): 57-78. [In Persian].
10. Dawson, G. Egger, H. Baranek, G. Carpenter, K. Precursors to the Development of Anxiety Disorders in Young Children with Autism Spectrum Disorder. *Duke University Durham United States. Nursing and Midwifery Faculty*. 2018; 1(1):36-46.
11. Mozamzadeh, T. Gholamrezai, S. Rezaei, F. The Effect of Schema Therapy on Severity of Depression and Suicidal Thoughts in Patients with Resistant to Depression. *The gift of knowledge*. 2018; 23(2): 253-266. [In Persian].
12. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. World Health Organization. 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.
13. Mokhtari, A. Kajbaf, M. Abedi M. The effect of intervention based on psychological capital on hope, optimism, resilience and self-efficacy of depressed patients. *Journal of Psychological Sciences*. 2020; 19(95):1411-1422. [In Persian].
14. Ashaie, S. Hurwitz, R. Cherney, L. Depression and subthreshold depression in stroke-related aphasia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2019; 100(7): 1294-1299.
15. Hassani, M. Haghighat, S. Bani, C. Prinaz. Explaining depression based on psychological flexibility and sense of cohesion in mothers with children with autism. *Developmental Psychology*. 2019; 8(6): 103-112. [In Persian].
16. Paulus, D. Vanwoerden, S. Norton, J. Sharp, C. Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as explanatory factors between neuroticism and depression. *Journal of affective disorders*. 2017; 190(9): 376-385.
17. Renner, F. Arntz, A. Peeters, F. Lobbestael, J. Huibers, M. Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2018; 51(2):66-73.
18. Paulus, D. Vanwoerden, S. Norton, P. Sharp, C. Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as explanatory factors between neuroticism and depression. *Journal of affective disorders*. 2017; 190(2): 376-385.
19. Carter, D. McIntosh, V. Jordan, J. Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 151(2): 500-505.
20. Karbasdehi, F. Abolghasemi, A. Rahbari Karbasdehi, I. 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].
21. Renner, F. DeRubeis, R. Arntz, A. Peeters, F. Lobbestael, J. Huibers, M. Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2018; 1(2): 10.22.
22. Slepecky, M. Kotianova, A. Vyskocilova, J. Prasko, J. Integration of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Personality Disorders. *European Psychiatry*. 2017; 30 (1): 1-10.

23. Kiai Rad, H. Pasha, R. Asgari, P. Makoundi, B. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and schema therapy on extramarital relationships and domestic violence in women with emotional divorce. *Journal of Psychological Sciences*. 2020; 19 (96): 1667-1682. [In Persian].
24. Young, J. Klosko, J. Weishaar, M. *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press. 2006.
25. Malogiannis, I. Arntz, A. Spyropouou, A. Tsartsara, E. Aggeli A. Karveli, S. Vlavianou, M. Pehlivanidis, A. Papadimitriou, G. Zervas, I. Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2019; 45(3): 319-32.
26. Oraki, M. Evaluation of the effectiveness of schema therapy on the rate of depression and recurrence in heroin-dependent men. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2019; 2(1): 9-18. [In Persian].
27. Varaee, P. poordad, S. Darabi, R. The Effect of Emotional Schema Therapy on Depression and Loneliness in Girl's Dormitory Students. *Rooyesh*. 2019; 8(2): 95-104. [In Persian].
28. Zarafshan, H. Hakim Shoushtari, M. Mohammadian, M. Zarei, J. Karimi Kismi, I. Houshang, H. The effect of parent group education on parents' mental health and reducing the problems of children with autism spectrum disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2019; 25 (4): 367-356. [In Persian].
29. Barroso, N. Mendez, L. Graziano, P. Bagner, D. Parenting stress through the lens of different clinical groups: a systematic review & meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology*. 2018; 46(1): 449-461.
30. Lovibond, P. Lovibond, Sh. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety stress Scale (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. 1995; 33(3): 335-43.
31. Antony, M. Bieling, P. Cox, B. Enns, M. Swinton, R. Psychometric properties of the 42- item and 21- item version of the depression anxiety stress scale in clinical group and a community sample. *Psychol Assess*. 1998; 2(1): 176-81.
32. Samani, S. Jokar, B. Reliability and validity of depression, anxiety, and stress scale-DASS. *J Soc Sci Mumanistics*. 2007; 26(3): 65-75. [In Persian].
33. Afzali, A. Delaware, A. Borjali, A. Mirzamani, M. Sources of psychometric properties of DASS-42 test based on a sample of high school students in Kermanshah. *Behavioral Science Research*. 2007; 2(5): 92-81. [In Persian].
34. Young, J. Cecero, J. Case of Silvia: A Schema-Focused Approach. *Psychotherapy Integration*. 2001; 11(1): 217-229.

The Effectiveness of Schema Therapy on Reducing the Symptoms of Chronic Depression in Mothers of Children with Autism

- **Seyed Mojtaba Aghili ***, Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Golestan, Iran
- **Arezou Asghari**, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Kowsar University, Bojnourd, Bojnourd, Iran
- **Saeed Kafash Sedghi**, Master of Psychology, Payame Noor University, Golestan, Iran
- **Mitra Namazi**, Master of Clinical Psychology, Shahroud University of Science and Research, Semnan, Iran

Abstract

Background and Aim: Parents with children diagnosed with autism face special and unique challenges in life in the areas of parenting, family, emotional, social and economic issues. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of schema therapy on reducing the symptoms of chronic depression in mothers with children with autism.

Method: The method of quasi-experimental research was pre-test, post-test with control group. The statistical population included all mothers with autistic children in Gorgan in 2018. 30 people (15 in the experimental group) and (15 in the control group) were selected as the sample by purposive sampling. The experimental group was trained in groups for 8 sessions and the control group was placed on a waiting list for training. The research instrument was the Stress, Anxiety and Depression Questionnaire (1995). Analysis of variance was used to analyze the data.

Results: The results showed that schema therapy training had a significant effect on reducing chronic depression in mothers with children with autism ($p \leq 0.000$).

Conclusion: Therefore, according to the findings, it can be concluded that the treatment scheme can be used to treat chronic depression in mothers with children with autism.

Keywords: Autism, Chronic Depression, Schema Therapy

* Email: Dr_aghili1398@yahoo.com

The Effect of Different Exercise Training on Physical Fitness of Children and Adolescents with Intellectual Disabilities: Systematic Review

□ **Reza Sabzevari Rad***, Assistant Professor of Exercise Physiology, Department of Physical Education and Sports Sciences, Imam Ali Officer University, Tehran, Iran

Abstract

Background & Purpose: Children and adolescents with Intellectual disabilities due to sedentary lifestyle experience various diseases and significant reduction in physical fitness, which ultimately leads to premature death. The effect of purposeful and structured exercise in improving the physical fitness of this category has been proven. Therefore, the aim of this study was to the effect of different exercise training on physical fitness of children and adolescents with Intellectual disabilities.

Methods: This study is a systematic review and the literature of this study are collected in mesh without time limit using the websites of Pubmed, google Scholar, SID, PubMed, Irandoc, Science direct, Scopus and searching for the three keywords " Exercise Training " , " Physical fitness "and " Children and Adolescents with Intellectual disabilities " .

Result: The greatest focus of sports professionals and coaches in designing exercises for children and adolescents with mental disabilities should be on simultaneous participation in sports activities and the development of individual skills, taking into account the intensity of light to moderate activity. This is because it will increase their self-confidence and competence and will lead to their lifelong participation in sports activities.

Conclusion: awareness of their physical fitness and its association with physical activity and exercise helps researchers and sports professionals to develop more effective exercise interventions to improve fitness In this particular and vulnerable population.

Keywords: Children and Adolescents with Intellectual disabilities, Exercise Training, Physical Fitness

* Email: -

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Mental Health and Irrational Beliefs of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorders in Iran: Systematic Review

- **Hamed Ahmadi***, Master of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaiee University, Tehran, Iran
- **Ali mohammad Fallah**, Master of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran University, Tehran, Iran
- **Hamed Mahmoudiansani**, Bachelor of Education for Exceptional Children, Farhangian University (Shahid Bahonar), Isfahan, Iran

Abstract

Background and purpose: In general, the level of mental health of mothers of children with autism is lower than the parents of normal children and parents of children with chronic diseases, and they use more irrational ideas and beliefs. One of the most widely used and effective methods to improve most psychological features is cognitive behavioral therapy. The aim of this study was to evaluate the effect of CBT treatment on mental health and irrational beliefs of mothers of children with autism spectrum disorders in Iran by systematic review and meta-analysis.

Methods: In this study, a search was performed using valid Persian and English keywords without time limit until 2021. Finally, 6 studies that met the inclusion criteria were selected and analyzed. In order to evaluate the heterogeneity of the studies, Q test and I2 index were used. Data were analyzed using MEDCALC software.

Results: In six studies analyzed with a sample size of 204 people, the mean standardized difference in mental health score in the intervention group with 95% confidence interval (1.340 to 0.427) was 0.883 units higher than the control group. Also, the mean standardized difference of irrational beliefs score in the intervention group with 95% confidence interval (-0.227 to 0.751) was 0.122 units.

Conclusion: The results of meta-analysis of the studies showed that cognitive-behavioral therapy is effective on the mental health of mothers of autistic children but has no effect on their irrational beliefs. Therefore, cognitive-behavioral therapy is recommended as an effective and complementary method to the mental health of mothers of children with autism.

Keywords: Autism, Cognitive Behavioral Therapy, Irrational Beliefs, Mental Health, Mothers of Children with Autism

* Email: Hamed.psychologist@gmail.com

The Effectiveness of Parental Management Training on Reducing Destructive Behavior Disorders in Students with Intellectual Disability

- **SHirin Mojavar***, Ph.D. Student in Psychology and Exceptional Children Education, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
- **Gholamali afrooz**, Distinguished Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
- **Atefeh Mohammadi feizabadi**, Ph.D. Student in Exceptional Children Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
- **Zahra Babazadeh**, Master of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ardabil Branch of Azad University, Ardabil, Iran

Abstract

Background & Purpose: The aim of this study was to investigate the effect of parental management training on reducing destructive behavioral disorders in students with intellectual disability.

Methods: The present study was performed by quasi-experimental method with pre-test and post-test with control group. The statistical population of the study included the parents of intellectual disability students of exceptional schools in Sazez in 2020-2021. In the first stage, the subjects were selected by available sampling method and after completing the scale of destructive behavioral disorders, Pelham et al. were appointed. The experimental group received 8 sessions of parental management training as a group and the control group did not receive any intervention. The data were analyzed by univariate and multivariate analysis of covariance in SPSS-20 software.

Findings: The results showed that destructive behavioral disorders (total), hyperactivity/impulsivity, conduct disorder, oppositional / defiant, attention deficit and unexplained destructive behavior of intellectual disability students had lower scores compared to the group that did not receive parental management training.

Conclusion: Therefore, the findings of the study showed that parental management training has a positive effect on reducing destructive behavior disorders and its subscales in intellectual disability students and its dimensions.

Keywords: Destructive Behavior Disorders, Parental Management training, Students with intellectual disability

* Email: shirin.mojaver@ut.ac.ir

Regular Sleep Schedule: A Way to Prevent Emotional/Behavioral Problems in Children

- **Setareh Shojaee***, Special Education Department, School of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran
□ **Farzaneh Behzadi**, Special Education Department, School of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

Abstract

Background: Prevention of children's behavioral problems is more important and necessary for parents, teachers, educators, and psychologists. In this article, behavioral-emotional disorders have been defined. Then, to prevent behavioral problems in children, Regular sleep planning is suggested, Finally, the conclusion was made.

Method: Data analysis in the present study was done in a systematic review. Its methodology is also based on collecting, classifying, and summarizing the findings of scientific research articles related to the regular sleep program: a method to prevent emotional-behavioral problems in children from the years 2000 to 2021, taken from the databases of Google Scholar, Elsevier, Absko, Springer, ProQuest, Eric, Ibuki with the keywords of regular sleep program, behavioral problems, children with emotional-behavioral disorders were selected in the initial search of 78 articles and 49 articles were selected that could be reviewed and reviewed. Among them, 20 articles were removed due to lack of relevance to the topic, 6 articles due to oldness, then 3 articles due to duplication in several databases, and finally, 49 articles were selected.

Results: Out of 78 articles based on the identified keywords, 49 papers could be used and reviewed, which we are employing in the field of causes and evaluation methods and how to develop a sleep plan.

Conclusion: Clinical experiences indicate that it is necessary to develop a regular sleep schedule as a technique to prevent behavioral problems in children.

Keywords: Behavioral and Emotional Problems, Children, Regular Sleep Schedule

* Email: bahareman@shirazu.ac.ir

The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Parenting Stress Components of Mothers of Children with Autism

□ **Shahram Rezaei**, Ph.D. Student of Clinical Psychology, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

□ **Mina Mojtabaie***, Associate Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

□ **Arezoo Shomalee Oskoei**, Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Abstract

Background & Purpose: Many factors can cause parenting stress, including having a child with autism. Therefore, the present study aimed to evaluate the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on the parenting stress components of mothers of children with autism.

Methods: The method of this research was quasi-experimental with pre-test and post-test design and a three-month follow-up with the control group. The statistical population included all mothers of children with autism in Tehran in 2020. Among them, 30 people were selected by purposive sampling method and randomly assigned to two groups: control (15 people) and experimental (15 people). The Parenting Stress Index Questionnaire (Abidin, 1990) was used to collect data. The experimental group received intensive short-term dynamic psychotherapy intervention in 12 sessions of 60 minutes (one session per week) individually, and the control group did not receive any intervention. To analyze the research data, one-way multivariate covariance analysis of repeated measurements and post hoc tests were used.

Findings: The results showed that intensive short-term dynamic psychotherapy affected the components of parenting stress (sense of competence, attachment, role limitation, depression, relationship with spouse, social isolation, and parental health) of mothers of children with autism. Effectiveness was maintained after the follow-up period ($P < 0.01$).

Conclusion: Therefore, it can be concluded that intensive short-term dynamic psychotherapy is an effective strategy in improving all the components of parenting stress of mothers with children with autism and can be used as an effective treatment.

Keywords: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy, Mothers with Autistic Children, Parenting Stress

* Email: mojtbaie.in@yahoo.com

The Effectiveness of Narrative Therapy on the Feelings of Inferiority and Depression of Mothers of Mentally Retarded Children

- **Yaser Rezapour Mir Saleh**, Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran
- **Mehdi Shomali Ahmadabadi***, Ph.D. in Psychology, Education Organization, Ardakan, Yazd, Iran
- **Atefeh Barkhordari Ahmadabadi**, Bachelor, General Psychology, Meybod Branch, Payame Noor University, Yazd, Iran.
- **Seyed Alireza Emrati**, Master of Clinical Psychology, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran
- **Elahe Akbarian Turkabad**, Master of Clinical Psychology, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran

Abstract

Background & Purpose: The effectiveness of narrative therapy on the feelings of inferiority and depression of mothers of mentally retarded children was the aim of this study.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was performed using a quasi-experimental approach and using a pre-test-post-test-follow-up design with a control group. The statistical population consisted of all mothers of mentally retarded children in Kashan in the academic year 1398-1399. Using the available sampling method, 24 people were selected as a sample and randomly assigned to two groups of 12 people (experimental and control). Participants answered Beck Depression Inventory (1961) and Yao et al.'s (1997) Standard Questionnaire on Pre-Examination, Post-Examination, and Follow-up. The experimental group received narrative-therapy intervention in 8 sessions of 1.5 hours and two sessions per week, while the control group did not receive any intervention during the study. Finally, the research data were analyzed by analysis of variance with repeated measures and at a significance level of 0.05.

Results: The results showed that the mean scores of depression and feelings of humiliation in the experimental group compared to the control group decreased significantly in the post-test phase and this decrease remained relatively constant in the follow-up phase ($p < 0.001$).

Conclusion: Based on the results of research, narrative therapy can be considered as an effective intervention method in reducing the psychological problems of mothers of children with mental disabilities.

Keywords: Depression, Feelings of Humiliation, Mental Retardation, Mothers, Narrative Therapy

* Email: Mahdi_shomali@yahoo.com

In The Name of God

Exceptional Education

Vol.22, August-September 2022, NO.3, Serial NO. 169

Proprietor:

Special Education Organization

Chairman:

Hamid Tarifi Hosseini, Ph.D.

Editor- in- chief:

Mohammad kamali, Ph.D.

Executive Manager:

Esmail Barghi, Ph.D.

Associate Editor & System Administrator:

Ali Eslambolchi moghaddam, M.A.

Editorial board:

Mehrnaz Azadyekta, Ph.D.

S. Mohsen Asgharinekah, Ph.D.

Mahnaz Estaki, Ph.D.

Akram Parand, Post Doc.

Abbas Ali HosseinKhanzadeh, Ph.D.

Akbar Darouie, Ph.D.

Dariush Farhoud, MD, Ph.D., MG.

Hamid Alizadeh, Ph.D.

Gita Movallali, Ph.D.

Majid Yoosefi Looyeh, Ph.D.

Editorial Boards Colleagues:

Ali Eslambolchi moghaddam, M.A.

Azam Hosseinipour, M.D.

Mohammad Nikafrooz, M.A.

Exceptional.education@yahoo.com

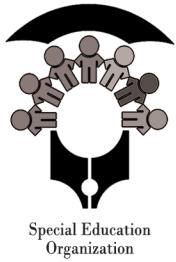
www.Exceptionaleducation.ir



Content

Author Guide	3
The Effectiveness of Narrative Therapy on the Feelings of Inferiority and Depression of Mothers of Mentally Retarded Children Yaser Rezapour Mir Saleh, Mehdi Shomali Ahmadabadi, Atefeh Barkhordari Ahmadabadi, Seyed Alireza Emrati, Elahe Akbarian Turkabad	9
The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Parenting Stress Components of Mothers of Children with Autism Shahram Rezaei, Mina Mojtabaie, Arezoo Shomalee Oskoei	19
Regular Sleep Schedule: A Way to Prevent Emotional/Behavioral Problems in Children Setareh Shojaei, Farzaneh Behzadi	31
The Effectiveness of Parental Management Training on Reducing Destructive Behavior Disorders in Students with Intellectual Disability SHirin Mojavar, Gholamali afrooz, Atefeh Mohammadi feizabadi, Zahra Babazadeh	47
The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Mental Health and Irrational Beliefs of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorders in Iran: Systematic Review Hamed Ahmadi, Ali mohammad Fallah, Hamed Mahmoudiansani	61
The Effect of Different Exercise Training on Physical Fitness of Children and Adolescents with Intellectual Disabilities: Systematic Review Reza Sabzevari Rad	75
The Effectiveness of Schema Therapy on Reducing the Symptoms of Chronic Depression in Mothers of Children with Autism Seyed Mojtaba Aghili, Arezou Asghari, Saeed Kafash Sedghi, Mitra Namazi	93
Abstracts	102





Exceptional Education

Bi-monthly scientific journal



Vol.22, August - September 2022, NO.3, Serial NO. 169

ISSN 1727-3145

The Effectiveness of Narrative Therapy on the Feelings of Inferiority and Depression of Mothers of Mentally Retarded Children

Yaser Rezapour Mir Saleh, Mehdi Shomali Ahmadabadi, Atefeh Barkhordari Ahmadabadi, Seyed Alireza Emrati, Elahe Akbarian Turkabad

The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Parenting Stress Components of Mothers of Children with Autism

Shahram Rezaei, Mina Mojtabaie, Arezoo Shomalee Oskoei

Regular Sleep Schedule: A Way to Prevent Emotional/Behavioral Problems in Children

Setareh Shojaee, Farzaneh Behzadi

The Effectiveness of Parental Management Training on Reducing Destructive Behavior Disorders in Students with Intellectual Disability

SHirin Mojavar, Gholamali afrooz, Atefeh Mohammadi feizabadi, Zahra Babazadeh

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Mental Health and Irrational Beliefs of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorders in Iran: Systematic Review

Hamed Ahmadi, Ali mohammad Fallah, Hamed Mahmoudiansani

The Effect of Different Exercise Training on Physical Fitness of Children and Adolescents with Intellectual Disabilities: Systematic Review

Reza Sabzevari Rad

The Effectiveness of Schema Therapy on Reducing the Symptoms of Chronic Depression in Mothers of Children with Autism

Seyed Mojtaba Aghili, Arezou Asghari, Saeed Kafash Sedghi, Mitra Namazi