

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

تجربه زیسته مادران دارای کودک با اختلال یادگیری ویژه: یک مطالعه پدیدارشناختی

رامین حبیبی کلیبر، حبیب امانی

تأثیر آموزش برنامه توانمندسازی خودتنظیمی بر اضطراب تحصیلی دانش آموزان با اختلال یادگیری ویژه

ابراهیم رهبر کرباسدهی، عباسعلی حسین‌خانزاده، فاطمه رهبر کرباسدهی

تأثیر روش شاو (Shaw) بر حافظه کاری دانش آموزان با عملکرد هوشی مرزی

احمد عابدی، مرضیه ترابی، سalar فaramarzi

پیش‌بینی تعامل مادر - کودک بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای مادران دارای

کودک با کم‌توانی هوشی

آفرین مثنوی‌خوان

اثر بخشی آموزش واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان با کم‌توانی هوشی

ندا مرزعاوی، همایون هارون رشیدی

ادراک گفتار در کودکان کاربر کاشتینه حلزونی

امیرعباس ابراهیمی

مقایسه مهارت‌های حرکتی دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان، مشکلات تلفظی و

گفتار بهنجار

زهره رائق، علی زینالی

Lived Experience of Mothers of Children with Specific Learning Disorder :
A Phenomenological Study

Ramin Habibi Kaleybar, Habib Amani

The Effect of Self-Regulation Empowerment Program Training on Academic Anxiety of
Students with Specific Learning Disorder

Ebrahim Rahbar Karbasdehi, Abbas Ali Hossein Khanzadeh, Fatemeh Rahbar Karbasdehi

The Effect of Shaw's Method on Working Memory of Students with Borderline Intellectual
Functioning (BIF)

Marzie Torabi, Ahmad Abedi, Salar Faramarzi

Prediction of Mother-Child Interaction Based on Personality Traits and Coping Styles of
Mothers of Children with Intellectual Disability

Afarin Masnavi Khan

Effectiveness of Reality Therapy Training on Resilience and Psychological Well-Being of
Mothers of Children with Intellectual Disabilities

Neda Marzawi, Homayoon Haroon Rashidi

Speech Perception in Children with Cochlear Implants

Amir-abbas Ebrahimi

Comparison of Motor Skills Among Studens with Intellectual Disability, Stuttering,
Articulation Problems and Normal Speech

Zohreh Raeghi, Ali Zeinali

Proprietor:

Special Education Organization

Chairman:

Seyed Javad Hosseini, Ph.D.

Editor-in-chief:

Mohammad kamali, Ph.D.

Executive Manager:

Esmail Barghi, Ph.D.

Editorial Secretary & System Administrator:

A.A. Ebrahimi, Ph.D.

Editorial board:

Mehrnaz Azadyekta, Ph.D.

Seyed Mohsen Asgari Nekah, Ph.D.

Mahnaz Esteki, Ph.D.

Akram Parand, Post Doc.

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, MA.

Azam Hosseinipour, MD.

Mohammad Nikafrooz, MA.

Amir Ghamarani, Ph.D.

Mahla Ebrahimi, MA.

Ali Ziaee mehr, Ph.D.

Exceptional.education@yahoo.com

www.Exceptionaleducation.ir



Content

Author Guide	2
Lived Experience of Mothers of Children with Specific Learning Disorder: A Phenomenological Study	9
Ramin Habibi Kaleybar, Habib Amani	
The Effect of Self-Regulation Empowerment Program Training on Academic Anxiety of Students with Specific Learning Disorder	19
Ebrahim Rahbar Karbasdehi, Abbas Ali Hossein Khanzadeh, Fatemeh Rahbar Karbasdehi	
The Effect of Shaw's Method on Working Memory of Students with Borderline Intellectual Functioning (BIF)	27
Marzie Torabi, Ahmad Abedi, Salar Faramarzi	
Prediction of Mother-Child Interaction Based on Personality Traits and Coping Styles of Mothers of Children with Intellectual Disability	39
Afarin Masnavi Khan	
Effectiveness of Reality Therapy Training on Resilience and Psychological Well-Being of Mothers of Children with Intellectual Disabilities	47
Neda Marzawi, Homayoon Haroon Rashidi	
Speech Perception in Children with Cochlear Implants	55
A.A. Ebrahimi	
Comparison of Motor Skills Among Studens with Intellectual Disability, Stuttering, Articulation Problems and Normal Speech	61
Zohreh Raeghi, Ali Zeinali	
Abstract	74



تعلیم و تربیت استثنایی

صاحب امتیاز: سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور
مدیر مسئول: دکتر سید جواد حسینی
سر دبیر: دکتر محمد کمالی
مدیر داخلی: دکتر اسماعیل برقی
دبیر تحریریه و مدیر سامانه: دکتر امیرعباس ابراهیمی

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

هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

مهناز آزاد یکتا / دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی - واحد اسلام شهر
 سید محسن اصغری نکاح / استادیار دانشگاه فردوسی مشهد
 مهناز استکی / دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران مرکزی
 اکرم پرند / پسا دکتری روان شناسی کودکان استثنایی
 اکبر دارویی / استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
 داریوش فرهود / استاد ژنتیک دانشگاه علوم پزشکی تهران
 حمید علیزاده / استاد روان شناسی دانشگاه علامه طباطبائی
 گیتا موللی / دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
 مجید یوسفی لویه / دکتری تخصصی روان شناسی کودکان

همکاران تحریریه:

علی اسلامبولچی مقدم / کارشناس ارشد کودکان استثنایی
 اعظم اسادات حسینی پور / پزشک
 محمد نیک افروز / کارشناس ارشد زبان انگلیسی

ویراستار علمی: امیر قمرانی / استادیار دانشگاه اصفهان
ویراستار ادبی: مهلا ابراهیمی / کارشناس ارشد زبان شناسی همگانی
ویراستار انگلیسی: علی ضیایی مهر / دکتری آموزش زبان انگلیسی



دوماهنامه علمی

سال بیستم، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۹
 شماره ۱- پیاپی ۱۵۹

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

رایانامه

Exceptional.education@yahoo.com

سامانه دریافت مقاله

www.Exceptionaleducation.ir

سایر پایگاه های نمایه کننده

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

شيوه نگارش مقاله برای نشریه تعلیم و تربیت استثنایی

۲

تجربه زیسته مادران دارای کودک با اختلال یادگیری ویژه: یک مطالعه پدیدارشناختی



۹

رامین حبیبی کلیر، حبیب امانی

تأثیر آموزش برنامه توانمندسازی خودتنظیمی بر اضطراب تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه



۱۹

ابراهیم رهبر کرباسدهی، عباسعلی حسین خانزاده، فاطمه رهبر کرباسدهی

تأثیر روش شاو (Shaw) بر حافظه کاری دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی



۲۷

احمد عابدی، مرضیه ترابی، سالار فرامرزی

پیش‌بینی تعامل مادر - کودک بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای مادران دارای کودک با کم‌توانی هوشی



۳۹

آفرین مثنوی‌خوان

اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان با کم‌توانی هوشی



۴۷

ندا مرزعاوی، همایون هارون رشیدی

ادراك گفتار در کودکان کاربر کاشتینه حلزونی



۵۵

امیرعباس ابراهیمی

مقایسه مهارت‌های حرکتی دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان، مشکلات تلفظی و گفتار بهنجار



۶۱

زهره رائق، علی زینالی

چکیده انگلیسی مقاله‌ها

۷۴



شیوه 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، نشریه علمی 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 (Original 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 یادشده 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 مقاله‌ها یا ترجمه‌هایی پذیرفته می‌شوند که پیش از این در جای دیگر چاپ نشده باشند. ارسال مطالب به این نشریه به معنای تأیید این موضوع است و هرگونه مسئولیتی متوجه ارسال‌کننده مقاله است.
 - مطلب ارسالی با قلم‌میترا ۱۴ در محیط نرم‌افزاری Word (آفیس ۲۰۱۳ به بالا) تایپ و از طریق وب‌گاه نشریه 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.
- مقالات منطبق با شرایط بالا، ضمن اعلام وصول و ارسال فرم تعهد جهت امضای نویسنده مسئول و پس از دریافت نظر حداقل دو داور در هیئت تحریریه مورد بررسی قرار می‌گیرد و رای نهایی به اطلاع نویسنده مسئول خواهد رسید. هویت داوران ناشناس خواهد ماند. چنانچه مقاله ارسالی با شرایط ذکر شده برگشت داده شود، زمان برگشت در حکم تاریخ واقعی وصول مقاله منظور می‌شود. چنانچه مقاله کاملاً مطابق موارد ذکر شده در این راهنما بوده و پذیرش کامل داوران را نیز اخذ کند، جهت چاپ در نخستین شماره ممکن در نظر گرفته خواهد شد.
- زبان مقاله فارسی بوده، آیین نگارش کاملاً رعایت شده و از به کار بردن اصطلاحات خارجی که معادل دقیق و پذیرفته‌شده فارسی دارند، خودداری شود. معیار نشریه در مورد دستور خط و اصلاحات تخصصی، فرهنگستان زبان و ادب فارسی است.

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

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

ب) وابستگی سازمانی دانشگاه آزاد اسلامی

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

مثال: دانشیار گروه، واحد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهر، کشور ...

۲) عضو غیر هیئت علمی

□ مثال برای دانشجو: دانشجوی کارشناسی ارشد ...، واحد ...، دانشگاه آزاد اسلامی، شهر، کشور

□ مثال برای فارغ التحصیل غیر هیئت علمی: دکتری، واحد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهر، کشور

ج) وابستگی سازمانی دستگاه دولتی

دکتری، دستگاه، شهر، کشور ...

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

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

■ از نوشتن عنوان‌هایی مانند دکتر، پروفیسور، مهندس و ... خودداری شود.

نکته مهم: در نوشتن وابستگی سازمانی به انگلیسی، به هیچ وجه عنوان گروه، دانشکده، دانشگاه و حتی شهر

■ چنانچه نویسنده مقاله با حمایت سازمان یا مؤسسه و شخص حقیقی خاصی، اقدام به چاپ مقاله کرده است، لازم است قید شود.

■ ارسال متن اصلی مقاله‌های ترجمه شده به پیوست الزامی است.

■ در صورت عدم رعایت مطالب یاد شده، مقاله پذیرفته نمی‌شود.

■ نامه درخواست نشر: هر مقاله ارسالی به دفتر نشریه تعلیم و تربیت استثنایی باید همراه یک نامه شامل موارد زیر باشد:

□ نویسنده مسؤل (و در صورت نیاز نویسنده رابط) معرفی شود و ترتیب نام نویسندگان به تأیید همه رسیده باشد.

□ تمامی حقوق مؤلف و نشر محتوای مقاله به نشریه تعلیم و تربیت استثنایی واگذار شود.

□ درخواست چاپ مقالات و تعهدنامه عدم ارسال به سایر نشریات و محتوای مقاله به تأیید تمام نویسندگان رسیده باشد.

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 زیر عنوان نوشته شود و رتبه علمی و وابستگی سازمانی آن‌ها در جلوی نام شان درج شود.

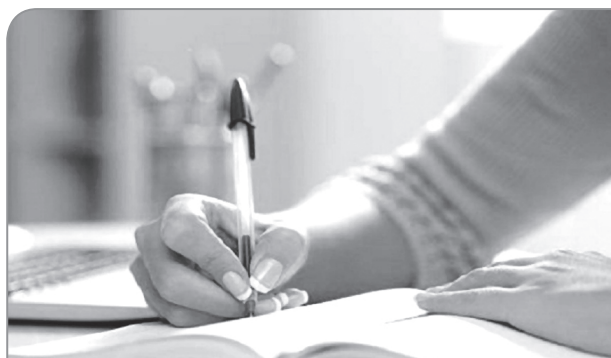
الف) وابستگی سازمانی دانشگاه‌های دولتی

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 ...

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 شکل کوتاه شده کلمات استفاده شود (مانند e, g و v. s و ...).
۸. از افعال معلوم (نه مجهول) استفاده شود.
۹. متن چکیده نباید از هم گسسته باشد، خواننده باید تداوم و ارتباط جملات و محتوی مقاله را حس کند.
۱۰. با به کارگیری کلماتی مانند امکان دارد، احتمالاً، شاید، می توان محدودیت ها و عدم قطعیت نتایج را نشان داد.

را از خودتان به انگلیسی بنویسید بلکه دقیقاً از وبگاه همان دانشگاه جستجو کرده و بنویسید.



روش نگارش چکیده فارسی و انگلیسی

مقاله های پژوهشی

در تهیه و ارسال مقاله های 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.

■ زمینه از کلیات شروع و به سمت جزئیات حرکت می کند.

■ زمینه باید شامل مبانی نظری، بیان مسأله، پیشینه، ضرورت و اهمیت پژوهش باشد.

■ باید در حدود یک صفحه بیان شود.

■ از نوشتن مطالب عمومی، غیرضروری و غیرمفید خودداری شود.

● روش بررسی:

این قسمت شامل: طرح پژوهش و آزمودنی ها، ابزار یا تکالیف، شیوه اجرا و ملاحظات اخلاقی است.

■ آزمودنی ها: توضیح مختصری در مورد جامعه، نمونه، روش نمونه گیری و ویژگی های آماری نمونه ارائه می شود.

■ ابزار: ضمن معرفی ابزار، چگونگی تهیه و ساخت و روایی و پایایی ابزار و نحوه اجرا و نمره گذاری آن به طور مختصر اشاره می شود.

■ شیوه اجرا: به توضیح پیرامون روش گردآوری اطلاعات و چگونگی بررسی یا کنترل متغیرها پرداخته می شود.

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

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

■ چکیده باید در بردارنده زمینه و هدف، روش بررسی (شامل جامعه، نمونه، روش نمونه گیری، ابزار و روش تحلیل آماری)، یافته ها و نتیجه گیری باشد.

■ روش

□ نوع روش تحقیق؛ نمونه و نمونه گیری، ابزار اندازه گیری با ذکر نام ابزار و نام نویسنده و سال و روش اجرا نوشته شود.

□ یافته ها: در دو یا سه خط در مورد یافته های پژوهش نوشته شود. سطح معناداری در پرانتز آورده شود.

■ واژه های کلیدی: این واژه ها باید اصلی ترین و مرتبط ترین کلمات مرتبط با متن مقاله باشند. تعداد واژه ها بین ۴ تا ۷ کلمه باشد.

۲. از ذکر مطالب خارج از متن مقاله خودداری شود، چکیده در واقع خلاصه بسیار فشرده ای از محتوا و یا نتایج پژوهش است.

۳. نقل قول مستقیم نشود، بلکه مطالب دیگران، به زبان نویسنده مقاله خلاصه شود.

۴. اطلاعات مهم و کلیدی در چکیده آورده شود.

۵. برای شماره ها، از ارقام استفاده شود، مثلاً به جای «دوازده»، ۱۲ نوشته شود. (مگر اینکه عدد، در ابتدای جمله آمده باشد).

راهنمای تنظیم جدول و نمودار

الف) جدول

- زمانی که با آوردن چند جمله در متن می‌توان داده‌ها را خلاصه کرد یا هنگامی که روابط میان داده‌ها و توالی زمانی می‌تواند به روشنی در بندی بیان شود تا حد امکان از جدول‌ها استفاده نشود.
- داده‌ها باید به نحوی مرتب شوند که عناصر شبیه به هم (به خصوص اعداد) به صورت عمودی خوانده شوند، نه به صورت افقی.
- عنوان جدول باید کوتاه باشد و به دو عبارت یا جمله تقسیم نشود. به‌طور کلی به استثنای خطوط افقی که زیر سرستون‌ها و عنوان و انتهای جدول کشیده می‌شود تا آن‌ها را از قسمت زمینه جدا سازد، از کشیدن خط‌های افقی و عمودی دیگر در جدول پرهیز شود. اعداد جدول باید به فارسی نوشته شود.
- تعداد جدول‌های یک مقاله نباید بیشتر از چهار عدد و جمع جدول‌ها و نمودارها نباید بیش از پنج عدد باشد.

ب) نمودارها و شکل‌ها

- باید زمانی از تصویر یا نمودار استفاده کرد که برای خوانندگان کارایی واقعی داشته باشد. اعداد و نوشته‌های محورها به فارسی نوشته شوند.
- نمودارها به صورت سیاه و سفید باشند و از ارسال نمودارهای رنگی خودداری شود.
- لازم است فایل عکس و شکل‌های ارسالی با قالب مناسب و کیفیت خوب ضمیمه مقاله 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 پراپرتز 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 هر شماره فقط یک منبع باید در نظر گرفته شود. ارجاع به

■ **ملاحظات اخلاقی:** به اصلی‌ترین موارد رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه اشاره شود.

● یافته‌ها:

- پژوهشگر باید یافته‌ها و نتایج به‌دست آمده 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.
- همیشه نویسنده یا نویسندگان مسئول درستی و دقت تحلیل‌ها هستند.

● 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 داده، کاربردهای احتمالی نتایج به‌دست 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 به‌نحوی 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 به‌دست آوردن موجودی یا سهم در یک سازمان را که ممکن است از طریق انتشار مقاله به‌دست بیاید و یا از دست برود به صورت مشخص بیان کنند.

● کتاب:

نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده (گان). عنوان کتاب. نوبت و ویرایش. محل انتشار: ناشر؛ سال انتشار، صفحات انتخابی [ابتدا عبارت «pp» وارد 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 و ویرایش. محل انتشار: ناشر؛ سال انتشار. صفحات انتخابی (ابتدا عبارت «pp» وارد 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.

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 وارد 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.

مثال:

■ 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.

● منابع الکترونیک:

مجله الکترونیک

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

مثال:

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

استناد به وب‌گاه

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

● 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.

Johnson VA, Brun-Vezinet F. Update of the drug resistance mutations in 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»): وارد 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:

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>.

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.
 - جدولها، نمودارها و اشکال مطابق شرایط ذکر شده باشد و 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.
 - منابع بودجه و حمایت پژوهش یا افراد و سازمانهایی که از نتایج پژوهش بهره مند و متأثر هستند یا چنانچه هرگونه تأییدیه از کمیته اخلاق در پژوهش یا مجوز از مؤسسات مرتبط وجود دارد، بیان شود.
 - نامه درخواست نشر پیوست باشد.
 - فایل های مقاله به درستی پیوست شده باشند.
 - فاصله و نیم فاصله، نشانه های سجاوندی، دستور خط و مصوبات فرهنگستان زبان و ادب فارسی رعایت شده باشد.

تجربه زیسته مادران دارای کودک با اختلال یادگیری ویژه: یک مطالعه پدیدارشناختی

□ رامین حبیبی کلیبر*، دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران
□ حبیب امانی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

صفحات ۹ - ۱۸

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: تولد فرزند برای مادر همواره با فشار روانی و اضطراب همراه است؛ حال اگر کودک مشکلاتی نیز داشته باشد، احساسات و هیجاناتی را به دنبال خواهد داشت. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر شناسایی تجربه زیسته مادران دارای کودک با اختلال یادگیری ویژه بوده است.

روش: این پژوهش به روش پژوهش کیفی از نوع پدیدارشناسی در سال ۱۳۹۷ طی دوره‌ای چهارماهه انجام شد. جامعه آماری آن تمامی مادران دارای کودکی با اختلال یادگیری ویژه بودند که به مرکز مشکلات یادگیری ازنا (لرستان) مراجعه کرده بودند. با نمونه‌گیری هدفمند تا میزان اشباع، شش مادر انتخاب شدند که در مصاحبه عمیق و بدون ساختار شرکت کردند. مصاحبه‌ها بر اساس روش کلایزی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: تجارب مادران در چهار مضمون اصلی و پنج مضمون فرعی به شرح زیر سازمان یافت: ۱- بی‌نظمی در خانواده، ۲- نگرانی (۱. نگرانی در مورد وضعیت اجتماعی، ۲. نگرانی در مورد وضعیت تحصیلی، ۳. نگرانی از آینده)، ۳- هیجانات مثبت و ۴- هیجانات منفی (۱. احساس گناه، خشم، فشار روانی و افسردگی، ۲. ترس از بارداری) که در مقاله به تفصیل مورد بحث قرار گرفته‌اند.

نتیجه‌گیری: پرورش کودکانی که اختلال یادگیری ویژه دارند، تجربه‌ای دشوار است که حمایت تخصصی از مادران، طی نخستین سال‌های تحول اختلال را ضروری می‌سازد. به این منظور، هر یک از مضامین پژوهش حاضر، اهداف درمانی بالقوه برای افزایش بهزیستی مادران است که می‌توان آنها را برای ارتقای مداخلات موجود و در طراحی مداخلات نوین به کار برد.

کلیدواژه‌ها: تجربه زیسته، پدیدارشناسی، اختلال یادگیری ویژه.

مقدمه

اختلال یادگیری، اختلال در یک یا چند مهارت روان‌شناختی پایه است که درک یا کاربرد زبان شفاهی یا نوشتاری را شامل می‌شود. این اختلال ممکن است خود را به صورت کم‌توانی در گوش دادن، فکر کردن، صحبت کردن، خواندن، نوشتن، هجی کردن یا انجام محاسبات ریاضی نشان دهد (۱). شیوع اختلال

یادگیری ویژه براساس راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-V) در تمام ابعاد تحصیلی مانند خواندن، نوشتن و ریاضیات بین ۵ تا ۱۵ درصد در میان کودکان سنین مدرسه در تمام فرهنگ‌ها و زبان‌های مختلف برآورد شده است. شیوع اختلال یادگیری ویژه در کشورهای مختلف متفاوت است. برای مثال، در کشور هند شیوع اختلال یادگیری در کودکان دبستانی

* E-mail: habibikaleybar@gmail.com

اختلال یادگیری کودک باعث افزایش تیدگی والدین به ویژه مادر و احتمال بروز مشکلات روانی در مادر می شود (۱۲).

نتیجه پژوهش دیسون (۱۳) نشان داد اختلال یادگیری کودک باعث ایجاد اثرات منفی از جمله فشار روانی خانوادگی، اختلاف والدین، بروز واکنش های منفی در دیگر افراد خانواده و مشکلاتی در برقراری ارتباط با مدرسه می شود. هارپر، دایچس، هارپر، روپر و سوث (۱۴) خاطرنشان کردند چالش های گسترده ای وجود دارد که از والدین کودکی با اختلال یادگیری جدایی ناپذیر است. این کودکان به توجه زیاد نیاز دارند و به طور کلی، در مقایسه با کودکان بدون کم توانی ممکن است نیازهای بیشتری داشته باشند.

بسیاری از مادران دارای کودکی با اختلال یادگیری ویژه زمانی که این کم توانی پنهان تشخیص داده می شود سطح اضطراب خفیفی را تجربه می کنند. این اضطراب ها باید در مشاوره برای اطمینان از توان بخشی مطلوب این کودکان مورد توجه قرار گیرد (۱۵). زمانی که والدین می فهمند فرزندشان اختلال یادگیری دارد، سفری را آغاز می کنند که آن ها را در یک زندگی مملو از هیجانات قوی و انتخاب های دشوار قرار می دهد (۱۶). نخستین بار که مادران متوجه می شوند فرزندشان مشکل دارد، احساسات و هیجانات فراوانی را تجربه می کنند که شاید رایج ترین شان احساس گناه باشد. این واکنش ممکن است به این دلیل باشد که علل اختلال یادگیری ناشناخته است. در نتیجه، مادران بیشتر تمایل دارند خود را سرزنش کنند (۱۷).

وجود کودک با کم توانی، فشار روانی جسمانی و روانی بر خانواده، و به ویژه مادر وارد می کند و والدین این کودکان فشار روانی زیادی را متحمل می شوند (۱۸). هنگامی که آرزوی داشتن فرزند سالم در مادران برآورده نمی شود، اغلب احساسات و هیجانات منفی مانند عدم پذیرش، ناامیدی، احساس گناه و فشار روانی به سراغشان می آید (۱۹). اختلال یادگیری تأثیرات شدیدی بر زندگی خانوادگی می گذارد که سطوح بالای فشار روانی و اضطراب، انزوا و بلا تکلیفی از جمله این موارد است (۹). اغلب مادران هنگامی که فرزندشان با شکست مواجه می شود، ناامید شده و نسبت به زندگی آینده و عملکرد تحصیلی او دچار اضطراب و فشار روانی می شوند (۲۰).

یکی از رویدادهای فشارزا و نگران کننده برای والدین به ویژه مادران، داشتن کودکی با اختلال یادگیری است (۲۱).

حدود ۱۵ درصد (۲)، در استرالیا حدود ۱۱ درصد و در ایالات متحده آمریکا حدود ۱۵ درصد گزارش شده است (۱). شیوع اختلال یادگیری ویژه در ایران نیز متفاوت گزارش شده است. برای مثال، بهنام (۳) در فراتحلیلی که به بررسی شیوع اختلال یادگیری ویژه در دانش آموزان مقطع ابتدایی ایرانی پرداخت، میزان این شیوع را حدود ۴/۵۸ درصد گزارش کرد. پسران حدود یک تا دو درصد بیشتر از دختران اختلال یادگیری داشتند. در پژوهش علی محمدلو، نیوشا و فرقدانی (۴)، شیوع کلی اختلال یادگیری ویژه بر حسب جنسیت (دختران، ۱۳/۲ درصد و پسران، ۶ درصد) برآورد شده است. از آنجایی که اختلال یادگیری ویژه یک مشکل عصب شناختی است، به نظر تدریج و هال (۵) اصلی ترین علل اختلالات عصب شناختی نامشخص است، اما اختلال یادگیری ویژه می تواند به وسیله عوامل متعددی از جمله مشکلات تولد و فرزندپروری ایجاد شوند. حضور کودکی با اختلال یادگیری ویژه می تواند شرایط ویژه ای را برای خانواده ایجاد کند. در نتیجه، والدین ممکن است با چالش هایی مواجه شوند که والدینی که کودکی با اختلال یادگیری ندارند، تجربه نمی کنند (۶). داشتن کودکی با اختلال یادگیری منجر به تغییرات بسیاری در شیوه زندگی کل اعضای خانواده می شود. روند شناسایی و پذیرش اختلال یادگیری فرایند دشواری است که تأثیرات کیفی و کمی بر شیوه زندگی خانوادگی دارد (۷).

اختلال یادگیری پیامدهای منفی ای به همراه دارد که مشکلاتی را در حیطه های مختلف اجتماعی، هیجانی و تحصیلی برای کودک به وجود می آورند (۸). والدین دارای فرزندی با اختلال یادگیری، به دلیل شرایط خاصی که در مسیر تربیت کودک با آن ها مواجه اند، تجربه های مختلفی نسبت به والدین دیگر دارند. مشکلات کودکان واکنش هایی مانند خشم، انکار، احساس گناه، اندوه، بی کفایتی، حمایت افراطی، طرد، همانندسازی و عدم تحمل کودک را در والدین برمی انگیزد (۶). از آنجایی که ارتباط مادر و فرزند در هم تنیده شده است و رابطه آن ها در روان شناسی اهمیت بالایی دارد، تغییر هر یک بر دیگری تأثیرگذار است (۹). در فرهنگ ما اغلب مسئولیت تربیت فرزند بر عهده مادر است. حضور کودکی با اختلال یادگیری مسئولیت مادر را سنگین تر می کند و ناکامی های پی در پی مادر موجب پرخاشگری او می شود (۱۰). حضور کودکی با اختلال یادگیری بر زندگی، هیجانات، افکار و رفتار اعضای خانواده به ویژه مادر تأثیر نامناسبی دارد (۱۱).

مشکلات فرزندشان، فشار شدید روانی و اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند و در معرض اختلال‌های خلقی مانند افسردگی و اضطراب هستند. به دلیل این که مادر اولین فردی است که مستقیماً با کودک ارتباط برقرار می‌کند، احساساتی مانند ناکامی، تقصیر، احساس گناه و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک می‌تواند سبب جدایی مادر و عدم علاقه به برقراری ارتباط با محیط و همچنین پایین آمدن عزت‌نفس، احساس خودکم‌بینی، بی‌ارزش بودن و غم و اندوه در مادر شود. عزت‌نفس پایین، مادر را در معرض افسردگی و خطر سلامت روانی قرار می‌دهد (۱۰).

مطالعات محدودی که در این حوزه تجارب پدران و مادران را به تفکیک گزارش کرده‌اند، بر این موضوع تأکید داشته‌اند که ممکن است تفاوت‌هایی بین تجارب مادران با پدران وجود داشته باشد که از لحاظ تأثیر بر پیش‌آگهی اختلال حائز اهمیت است. برای مثال، نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که مشکلات کودکی با اختلال یادگیری، اغلب کارکرد خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب وارد شدن فشار روانی به پدر و مادر می‌شود (۲۸). حضور کودک دارای مشکل، تغییرات مهمی در زندگی خانواده به‌ویژه مادر ایجاد می‌کند (۱۸). مادرانی که کودکی با اختلال یادگیری دارند، تجربه رضایت‌بخش کمتری در حوزه روابط اجتماعی و محیط خانواده نشان دادند. بررسی‌های انجام‌شده نشان می‌دهند پژوهش‌ها در مورد تجربه مادرانی که کودکی با اختلال یادگیری ویژه دارند، بسیار کم است. هرچند پژوهش‌های زیادی علل و درمان انواع اختلال یادگیری ویژه در تعامل با مادر به پیامدهای خانوادگی اختلال یادگیری ویژه در تعامل با مادر پرداخته نشده است. با توجه به شیوع بالای این کم‌توانی و تأثیرگذاری بر عملکرد خانواده، بررسی پیامدهای خانوادگی آن اهمیت و ضرورت دارد.

بنابراین، هدف از مطالعه حاضر، آشکارسازی تجارب زیسته مادران کودک دارای اختلال یادگیری ویژه از طریق روش پدیدارشناسی بود. براساس شواهدی که مطرح شد، مداخله زودهنگام در سنین پایین ضروری است. همچنین، توجه به متغیرهای مرتبط با مادران برای بهبود بهزیستی آنان و افزایش توان بالقوه مداخلات زودهنگام اهمیت بسزایی دارد. بنابراین، شناسایی تجارب مادرانی که دارای کودک با اختلال یادگیری ویژه هستند، می‌تواند نیل به این اهداف را تسهیل کند، اما تاکنون مطالعه‌ای که بر تجارب زیسته مادران

هرچند کم‌توانی کودک در رفتار و یادگیری مادر تأثیر منفی می‌گذارد، در فرهنگ‌های مختلف، افراد و به‌ویژه والدین به گونه‌های متفاوتی به کم‌توانی واکنش نشان می‌دهند. هارپر و همکاران (۱۴) معتقدند هر چند عواملی مانند زایش و فرزندپروری می‌توانند ماشه‌چکان اختلال یادگیری باشند، چیزی که واضح و روشن به نظر می‌رسد چالش‌های بین‌فرهنگی است که یکی از ویژگی‌های جدانشدنی در پرورش کودکی با اختلال یادگیری ویژه است. نتایج پژوهش سیدنوری، کافی، حسین‌خانزاده و کریمی‌لیچاهی (۲۲) که به بررسی سلامت عمومی و رضایت زناشویی مادران دارای فرزندی با اختلال یادگیری در مقایسه با مادران دارای فرزند عادی پرداختند، نشان داد مادران کودک با اختلال یادگیری ویژه از نظر رضایت زناشویی و برخی شاخص‌های سلامت عمومی از جمله اضطراب، بی‌خوابی و افسردگی در سطح پایین‌تری از مادران کودک عادی قرار دارند. کایاما و هایت (۲۳) در پژوهشی که بر روی خانواده‌های ژاپنی انجام دادند دریافتند فرهنگ بر دیدگاه افراد درباره کم‌توانی فرزند تأثیر می‌گذارد. مطالعات قبلی نشان داده است مادران دارای کودک نارساخوان مشکلات زیادی را تجربه می‌کنند. هنگامی که اشتیاق آن‌ها به داشتن کودک سالم برآورده نمی‌شود، احساسات منفی مانند انکار، ناکامی، احساس گناه و فشار روانی به سراغ اغلب آن‌ها می‌آید (۱۹). در پژوهشی که اوگا و هارون (۲۴) بر روی مادران مالزیایی دارای فرزند نارساخوان انجام دادند، مشخص شد اصلی‌ترین چالشی که این مادران با آن روبه‌رو هستند عدم آگاهی از نارساخوانی است. مارشال و همکاران در مطالعه‌ای نتیجه گرفتند والدین این کودکان نسبت به خدمات مراقبتی نگرانند و به خدمات حمایتی برای شغل آینده کودکانشان احساس نیاز می‌کنند (۲۵).

هرچند بخشی از تجارب منفی والدین به ارتباط با دیگران مربوط است، بررسی دقیق‌تر این تجارب نشان می‌دهد والدین نیز آگاهی محدودی نسبت به این اختلال به‌ویژه در مورد روآوردهای درمانی دارند (۲۶)؛ به طوری که مادران برای درمان اختلال یادگیری خود از متخصصان استفاده می‌کنند، اما چون نمی‌توانند این راهنمایی‌ها را برای کودکان خود به کار گیرند، آن‌ها را ناکافی توصیف می‌کنند. این مسئله می‌تواند میزان مشکلات روان‌شناختی مادران را افزایش دهد (۲۷). پژوهش‌های مختلف تأکید کرده‌اند والدین به‌ویژه مادرانی که کودکی با اختلال یادگیری دارند، به دلیل

که در پژوهش حاضر مصاحبه عمیق و بدون ساختار به کار رفت، زیرا این نوع مصاحبه‌ها به دلیل انعطاف‌پذیری، متناسب با پژوهش کیفی و روی‌آورد پدیدارشناختی هستند. همچنین، مزیت این شیوه گردآوری داده‌ها این است که به پژوهشگر امکان بررسی موضوع‌های پیچیده، بحث‌برانگیز و کشمکش‌برانگیز را می‌دهد. به‌طور کلی، روایی و اعتبار داده‌های حاصل با پایبندی به معیارهای قابلیت اجرا، ارزش واقعی، ثبات و مبتنی بر واقعیت بودن در اجرای پژوهش حاصل می‌شود (۲۶).

روش اجرا

پس از کسب مجوزهای لازم، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج و همچنین شیوه نمونه‌گیری و براساس حد اشباع که پیش‌تر توضیح داده شد، مادران شرکت‌کننده در مصاحبه‌ها حضور یافتند. میانگین سنی مادران بین ۲۴ تا ۳۸ (با میانگین ۲۹/۵) سال بود، همگی خانه‌دار و با تحصیلات متوسطه، دیپلم و کاردانی بودند. سه نفر از آن‌ها تنها یک فرزند داشت. مصاحبه عمیق و بدون ساختار با این مادران در یکی از اتاق‌های آرام و ایمن انجام شد. بدین صورت که پس از برقراری ارتباط اولیه و فراهم کردن احساس راحتی برای شرکت‌کنندگان، از آنان خواسته شد تا در مورد اختلال یادگیری فرزندشان صحبت کنند. در این فرایند که مبتنی بر توضیحات مادر بود، ممکن بود از او خواسته شود در مورد برخی موضوعات، توضیحات بیشتری بدهد، از احساساتش بگوید، یا مصاحبه‌کننده آنچه درک کرده بود را دوباره برای مادر توضیح دهد تا مشخص شود او موضوع را چگونه تجربه کرده است. اشباع اطلاعات در یک دوره چهارماهه و برای هر مصاحبه طی ۲۵ تا ۴۰ دقیقه صورت گرفت.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش هفت مرحله‌ای کلایزی استفاده شد. این روش دارای مراحل به این شرح است: نخست، توصیف تمام مشارکت‌کنندگان در پژوهش برای هم‌احساس شدن با آن‌ها خوانده می‌شود. بعد، به هر کدام از شیوه‌نامه‌ها رجوع و عبارات مهم استخراج می‌شود. در ادامه، معنی یا مفهوم هر عبارت مهم (با عنوان مفاهیم تنظیم‌شده) توسط محقق شکل می‌گیرد. سپس، مفاهیم تنظیم‌شده، درون دسته‌های موضوعی سازماندهی و یافته‌ها با توصیف جامع از پدیده مورد نظر تلفیق می‌شوند. توصیف جامع از پدیده مورد تحقیق به شکل بیانیه‌ای صریح و

این کودکان متمرکز باشد، صورت نگرفته است. در نتیجه، هدف پژوهش حاضر شناسایی تجارب مادران دارای کودکی با اختلال یادگیری برای درک عمیق‌تر تجارب زندگی روزمره با این کودکان بود.

روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های کیفی است که با استفاده از روی‌آورد پدیدارشناسی انجام شده است. با توجه به موضوع این مطالعه، پژوهش کیفی که دارای روشی نظام‌مند و ذهنی است برای توصیف تجارب زندگی و درک معانی آن کارایی دارد. همچنین، روی‌آورد پدیدارشناسی که به بررسی تجارب انسان‌ها می‌پردازد و بر پدیده‌های ذهنی متمرکز است، می‌تواند آنچه را از دیدگاه شخص تجربه‌کننده حائز توجه است، آشکار کند (۲۶). جامعه آماری مطالعه حاضر، مادران ایرانی دارای فرزندی با اختلال یادگیری ویژه در سال ۱۳۹۷ بود که با مراجعه به مرکز مشکلات یادگیری ازنا (لرستان) با نمونه‌گیری هدفمند و مبتنی بر هدف انتخاب شدند. در پژوهش کیفی، گزینش براساس نیاز پژوهش و هدف مورد نظر پژوهشگر انجام می‌شود. بنابراین، در این مطالعه ملاک‌های ورود شامل این موارد بود: مراقب اصلی و مادر زیستی کودک (۷ تا ۱۱ ساله) با اختلال یادگیری ویژه باشد، تشخیص اختلال حداقل سه ماه پیش از مشارکت در مطالعه توسط فوق‌تخصص کودکان نارساخوان صورت گرفته باشد، مادران باید آمادگی اشتراک‌گذاری و توانایی بیان واضح احساسات و افکار خود را داشته باشند، و محتوای فرم رضایت آگاهانه را امضا کنند. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل همبودی اختلال‌های شدید، فرزندخواندگی و همچنین طلاق والدین بود. به‌طور کلی، در این شیوه، زمانی که مصاحبه‌ها حاوی اطلاعات جدید و متفاوت با مصاحبه‌های پیشین نباشند اشباع داده‌ها صورت گرفته است. در این پژوهش، اشباع طی مصاحبه با شش مادر حاصل شد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از دو ابزار برای گردآوری داده‌ها استفاده شد: (۱) پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی که توسط پژوهشگر ساخته شد و شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی مانند سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، شغل و نظایر آن بود، (۲) مصاحبه

فراوانی برای مادر ایجاد می‌کند. مادران این کودکان زیر بار مشکلات فرزندشان در هم می‌شکنند، اغلب دچار نگرانی می‌شوند و امیدشان را از دست می‌دهند. این نگرانی‌ها می‌تواند دامنه گسترده‌ای داشته باشد.

مضمون فرعی ۱: نگرانی اجتماعی

کودکانی با اختلال یادگیری ویژه، در مهارت‌های یادگیری نسبت به کودکان عادی ضعیف‌تر هستند و رفتارهای غیراجتماعی و گاهی رفتارهای تکانشی از خود نشان می‌دهند (۳۱). در نتیجه، مادران از برچسب خوردن فرزندشان (داشتن مشکل ذهنی یا رفتاری)، از اینکه نتواند در زندگی اجتماعی درست رفتار کند، و مورد شماتت اقوام و دیگران قرار گیرد نگران هستند. برخی از مادران نگرانی‌های خود را این‌گونه بیان کردند؛ مادری گفت: «هر جا می‌رویم نمی‌تواند مثل بچه‌های دیگر رفتار کند. پیش فامیل خجالت می‌کشیم و نمی‌توانیم دیگر با آن‌ها رفت‌وآمد کنیم». مادر دیگری گفت: «وقتی در مهمانی‌ها از بچه‌ها سؤال می‌شود، همیشه نگرانم وقتی فرزندم جواب نمی‌دهد به او برچسب تبیل یا ضعیف بزنند».

مضمون فرعی ۲: نگرانی در مورد وضعیت تحصیلی

یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در ایجاد فشار روانی بر خانواده که سازگاری درونی خانواده را به خطر می‌اندازد، وضعیت آموزشی این کودکان است (۲۱). به علت ضعف در خواندن، نوشتن و یا ریاضی، عملکرد دانش‌آموزی با اختلال یادگیری، مورد قبول معلم و خانواده نیست. در این مورد مادران نگرانی بیشتری داشتند. یکی از مادران گفت: «نمراتش همیشه قابل قبول یا نیاز به تلاش بیشتر است و خیلی کم خوب می‌گیرد. معلمش ناراضی است، البته من خیلی با او کار می‌کنم. نگرانم نتواند قبول شود». مادر دیگری گفت: «وقتی می‌خواهد بخواند انگار کلمات را نمی‌بیند. نمی‌دانم حواسش کجاست. از بس بهش گفتم خسته شدم». مادر دیگری گفت: «نمی‌دانم درس خواندنش خوب می‌شود یا نه؛ یعنی می‌تواند باسواد شود یا از مدرسه اخراجش می‌کنند. اگر قبول نشود، آبرویمان در فامیل می‌رود». مادر دیگر گفت: «خجالت می‌کشم وقتی مادران دیگر کارنامه بچه‌هایشان را با ذوق نشان می‌دهند. اصلاً نمی‌توانم کارنامه‌اش را نشان دیگران بدهم».

روشن تنظیم می‌شود. در پایان، نتایج به شرکت‌کنندگان داده شده و در مورد یافته‌ها از آن‌ها پرسیده می‌شود (۲۹). برای اطمینان‌پذیری و تأیید روایی داده‌ها، یافته‌های این پژوهش به مشارکت‌کنندگان ارائه شده و آن‌ها نظرات خود را درباره هماهنگی یافته‌ها با تجربیاتشان بیان می‌کنند.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها با روش کلایزی به چهار مضمون اصلی و پنج مضمون فرعی منجر شد که در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: مضامین اصلی و فرعی تجارب مادران دارای کودک با اختلال یادگیری ویژه

مضامین اصلی	مضامین فرعی
بی‌نظمی در خانواده	
نگرانی	نگرانی اجتماعی نگرانی در مورد وضعیت تحصیلی نگرانی از آینده
هیجانات منفی	احساس گناه، خشم، فشار روانی و افسردگی
هیجانات مثبت	ترس از بارداری بعدی

مضمون اصلی ۱: بی‌نظمی در خانواده

اغلب کودکانی که با اختلال یادگیری دست‌وپنجه نرم می‌کنند، در توجه، تمرکز، برنامه‌ریزی و رفتارهای خودتنظیمی مشکل دارند (۳۰). این کودکان نسبت به کودکان بدون اختلال یادگیری در خانه دچار مشکلات رفتاری بیشتری هستند. اغلب مادران از بی‌نظمی و بی‌برنامگی کودک شاکی بودند. مادری می‌گفت: «همیشه من باید وسایل و برنامه مدرسه‌اش را آماده کنم». نظر مادر دیگر این بود که «از موقعی که از مدرسه می‌آید همه‌اش باید بگویم که تکالیف مدرسه‌اش را بنویسد تا شب به زور باید با هم بنویسیم». مادر دیگری می‌گفت: «اتاقش هیچ‌وقت مرتب نیست، لباس‌هایش یک طرف و وسایل مدرسه‌اش طرف دیگر. هر وقت می‌خواهد به مدرسه برود من باید بگردم و پیدایشان کنم».

مضمون اصلی ۲: نگرانی

در فرهنگ ما مسئولیت فرزندان غالباً بر عهده مادران است. بنابراین، داشتن فرزندی با کم‌توانی، نگرانی‌های

مضمون فرعی ۳: نگرانی از آینده

داشتن فرزندی با اختلال یادگیری باعث می‌شود مادر امید به آینده را از دست بدهد و همیشه به شرایط بدتری بیندیشد (۳۲). بسیاری از مادران اضطراب خود را در مورد آینده نامطلوب کودک از جمله آینده تحصیلی او ابراز کردند. نگرانی‌ها شامل مدرسه کودک و وضعیت سلامت او بود. با توجه به پیشینه، نگرانی اصلی مادران، توانایی کودک در مراقبت از خود و مسائلی مانند ازدواج، اشتغال، مستقل شدن، و مسئولیت‌پذیری بود. همان‌گونه که مادران اظهار داشتند: «می‌ترسم، اگر من نباشم چه کسی از او مراقبت می‌کند». یا «عیب روی بچه‌ام بماند که نتواند ازدواج کند».

مضمون اصلی ۳: هیجانات منفی

داشتن نگرش منفی در مادران باعث کاهش سلامت روان می‌شود (۲۱). با توجه به اینکه تکرار و تمرین و انجام دادن تکلیف در منزل با نظارت مادران صورت می‌گیرد، آن‌ها در ارتباط با مشکلات تحصیلی کودک، خشم، افسردگی، ناراحتی و حتی عصبانیت را تجربه کرده‌اند.

مضمون فرعی ۱: احساس گناه، خشم، فشار روانی و افسردگی

هنگامی که آرزوی داشتن فرزند سالم در مادران برآورده نمی‌شود، اغلب احساسات و هیجانات منفی مانند عدم پذیرش، ناامیدی، احساس گناه و فشار روانی به سراغشان می‌آید. در پژوهش‌های مختلف گفته شده است که والدین به ویژه مادران به دلیل کم‌توانی فرزندشان، فشار روانی شدید و اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند و مستعد افسردگی هستند (۱۵). در فرهنگ ایرانی مادر یک کودک استثنایی متمایز و خاص است. آن‌ها کودک را بخشی از خود در نظر می‌گیرند. کودک بخش ذاتی زندگی آن‌هاست که اغلب آن‌ها را به خود مشغول کرده است. مادران مجبورند بیشتر وقتشان را صرف مراقبت و تربیت کودک کنند، پس وقتی کودک مشکلی داشته باشد، این تجربه برای مادر سخت و فشارزا می‌شود (۲۱). تعدادی از مادران در این زمینه گفته‌اند: «هر کلمه را باید چند بار به او بگویم، اما فردا همان را در املا غلط می‌نویسد. واقعاً عصبانی‌ام می‌کند، تنبیه‌اش می‌کنم و بعد پشیمان می‌شوم». مادر دیگری گفت:

«نشده چیزی را یک بار برایش توضیح بدهم و بفهمد، از بس برایش توضیح می‌دهم خسته می‌شوم. بعضی وقت‌ها از شدت عصبانیت مجبور می‌شوم بزَنَمش». مادر دیگری گفت: «نمی‌دانم چه گناهی کرده‌ام که اینجور باید تقاص پس بدهم». مادر دیگری گفت: «واقعاً لجم را در می‌آورد و من هم زود از کوره در می‌روم و سرش داد می‌زنم و دلم می‌خواهد رهايش کنم، اما دوباره ناراحت می‌شوم و به سراغش می‌روم».

تدرا و هال (۵) معتقدند والدینی که کودکی با اختلال یادگیری ویژه دارند، ممکن است یک احساس گناه دائمی داشته باشند؛ چون خودشان را به دلایل ژنتیکی، مصرف الکل و فشار روانی زیاد در زمان بارداری در ایجاد مشکل مقصر می‌دانند. گاهی مادران وقتی مشکلی برای فرزندشان پیش می‌آید، به دنبال مقصر می‌گردند؛ گاهی خودشان و گاهی همسرشان را دخیل می‌دانند. مادری می‌گفت: «از اینکه بعضی وقت‌ها تنبیه‌اش می‌کنم ناراحت می‌شوم و می‌گویم شاید مغزش نمی‌کشد» و مادر دیگری می‌گفت: «به همسرم گفتم که فعلاً بچه نمی‌خواهیم و زود است، اما قبول نکرد. او مقصر است». مادری می‌گفت: «شوهرم همه‌اش من را مقصر می‌داند و می‌گوید اگر تو رهايش کنی، خودش خوب می‌شود». مادر دیگری می‌گفت: «واقعاً دیگر نمی‌دانم باید چه کار کنم. از دست این بچه قرص اعصاب می‌خورم؛ خودم هم نیاز به کمک دارم». و مادر دیگری می‌گفت: «همه زندگی‌ام دخترم است. هر کاری که از دستم بر بیاید انجام می‌دهم. از موقعی که دیدم با بقیه فرق دارد خیلی نگران و افسرده‌ام».

مضمون فرعی ۲: ترس از بارداری بعدی

مادران به دلیل احساسات و هیجانات منفی، داشتن انتظارات بالا از فرزند و تجربه دشواری که در دوران رشد و تحول کودک داشته‌اند، نگران بارداری بعدی هستند. این که یکی از علل اختلال یادگیری، ژنتیک است بر این نگرانی و ترس می‌افزاید. در این زمینه مادری گفت: «همسرم خیلی دوست دارد بچه دیگری داشته باشیم، اما می‌ترسم آن بچه هم مثل این باشد. واقعاً اگر مثل همین باشد چه کار کنم؟» مادر دیگری گفت: «دوست دارم بچه دیگری داشته باشم، اما اینقدر سر این بچه اذیت شدم که از بارداری بعدی منصرف شدم، همین یکی برایم بس است».

مضمون اصلی ۴: هیجان مثبت

بر می‌انگیزد (۶).

مضمون دیگر، نگرانی بود که مضامین فرعی آن شامل نگرانی اجتماعی، نگرانی از وضعیت تحصیلی و نگرانی از آینده بود که با نتایج پژوهشی هارپر (۱۴) و آلیس و داهلان (۲۰) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که وجود کودک دارای مشکل، فشار روانی جسمانی و روانی بر خانواده و به ویژه مادر وارد می‌کند و والدین کودکان با کم‌توانی‌های تحولی، فشار روانی زیادی را متحمل می‌شوند (۱۸). هنگامی که آرزوی داشتن فرزند سالم در مادران برآورده نمی‌شود، اغلب احساسات و هیجانات منفی مانند عدم پذیرش، ناامیدی، احساس گناه و فشار روانی به سراغشان می‌آید (۱۹). بسیاری از مادرانی که کودکی با اختلال یادگیری ویژه دارند، زمانی که این کم‌توانی پنهان تشخیص داده می‌شود، سطح اضطراب این کم‌توانی پنهان تشخص داده می‌شود، سطح اضطراب شدیدی بر زندگی خانوادگی می‌گذارد که سطوح بالای فشار روانی و اضطراب، انزوا و بلا تکلیفی از جمله این موارد هستند (۹). اغلب مادران هنگامی که فرزندشان با شکست مواجه می‌شود، ناامید شده و نسبت به زندگی آینده و عملکرد تحصیلی او دچار اضطراب و فشار روانی می‌شوند (۲۰).

مضمون دیگر، نشان‌دهنده هیجانات منفی بود که این یافته نیز با نتایج پژوهش‌های بساک نژاد و فراهانی (۲۱)، و نریمانی و همکاران (۱۰) مطابقت دارد. والدین به ویژه مادران این کودکان، به دلیل مشکلات فرزندشان، فشار روانی شدید و اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند و در معرض اختلال‌های خلقی مانند افسردگی و اضطراب هستند. به دلیل اینکه مادر اولین فردی است که مستقیماً با کودک ارتباط برقرار می‌کند، احساساتی مانند ناکامی، تقصیر، احساس گناه و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک می‌تواند سبب جدایی مادر و عدم علاقه به برقراری ارتباط با محیط و همچنین پایین آمدن عزت‌نفس، احساس خودکم‌بینی، بی‌ارزش بودن و غم و اندوه در مادر شود. عزت‌نفس پایین، مادر را در معرض افسردگی و خطر سلامت روانی مادر قرار می‌دهد (۱۰).

کودکی با اختلال یادگیری، بر زندگی مادر، روابط بین اعضای خانواده و اقوام و حتی بر عملکرد خانواده تأثیر می‌گذارد. همچنین می‌تواند بر جنبه‌های روحی - هیجانی، جسمی و اجتماعی نیز مؤثر باشد. در این پژوهش، مشارکت‌کنندگان، کودکی با اختلال یادگیری داشتند و تجربه آن‌ها هم مثبت و هم منفی بود. براساس نظریه نظام

برجیس و همکاران (۳۳) بیان کرده‌اند که هرچه افراد باور مثبت و قوی‌تری نسبت به دنیا داشته باشند، آشفتگی‌های روانی کمتری دارند. این باورهای مثبت باعث می‌شود فرد در مواجهه با حوادث و رویدادهای زندگی از راهبردهای مناسب‌تری استفاده کند. مادرانی که احساس می‌کردند داشتن کودکی با اختلال یادگیری آزمونی الهی است، مورد حمایت و پشتیبانی دیگران قرار می‌گرفتند. در فرهنگ ایرانی، والدین معتقدند که کودک هدیه‌ای از طرف خدا است و خداوند از والدین در شرایط روحی، احساسی و اقتصادی حمایت می‌کند. باور افراد بر این است که والدینی که کودکی با کم‌توانی دارند، احتمالاً به‌طور قابل توجهی نسبت به والدینی که فرزندان بدون کم‌توانی دارند، به خدا معتقدتر هستند. فرهنگ ایرانی معتقد است بیماری یا هرگونه کم‌توانی کودک، یکی از مهم‌ترین آزمون‌های خداوند است و خداوند آن‌ها را مورد آزمایش قرار داده است. این باورها به مادران کمک می‌کند تا فرزندشان را با وجود کم‌توانی بپذیرند. یکی از مادران بیان کرد که داشتن اعتقادات مذهبی به او کمک کرده است تا با مشکل فرزندش کنار بیاید. این مادر گفت: «تولد این بچه برای من یک امتحان الهی است و هرطور که باشد او را می‌پذیرم. خیلی او را دوست دارم و هر کاری هم که نیاز باشد برایش انجام می‌دهم تا بهتر شود».

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، شناسایی تجارب مادران دارای کودکی با اختلال یادگیری ویژه بود. برای این مطالعه از روش کیفی با روی‌آورد پدیدارشناسی استفاده شد. یافته‌ها در چهار مضمون اصلی بی‌نظمی در خانواده، نگرانی، هیجانات منفی و هیجانات مثبت سازماندهی شدند. نخستین مضمون اصلی، بی‌نظمی در خانواده بود که این یافته با نتایج پژوهش‌های کاکاوند همسو است. به طوری که والدین دارای فرزندی با اختلال یادگیری، به دلیل شرایط خاصی که در مسیر تربیت کودک با آن‌ها مواجه‌اند، تجربه‌های متفاوتی نسبت به والدین دیگر دارند. مشکلات کودکان واکنش‌هایی مانند خشم، انکار، احساس گناه، اندوه، بی‌کفایتی، حمایت افراطی، طرد، همانندسازی و عدم تحمل کودک را در والدین

یادگیری چالش برانگیز بود؛ چون دیگر اعضای خانواده مادر را کمتر مورد حمایت و توجه قرار می دادند. برای مثال، نقش پدر در فرهنگ ایرانی بیشتر متوجه مسئولیت های مالی است و به همین دلیل همسر خود را کمتر مورد توجه و حمایت قرار می دهد.

به طور کلی، این یافته ها ضرورت حمایت تخصصی از مادران طی نخستین سال های تحول اختلال را نشان می دهد و هر یک از مضامین حاصل را یک هدف درمانی بالقوه معرفی می کند که باید برای بهبود نتایج درمانی مدنظر قرار گیرد. با وجود این، مطالعه حاضر، پژوهشی مقدماتی در این حوزه بود. فقدان پژوهش کیفی مشابه برای مقایسه دقیق تر یافته ها و عدم ارائه فرضیه به دلیل استفاده از روش کیفی، محدودیت های عمده این پژوهش محسوب می شوند. بنابراین، آگاهی دادن به خانواده ها به ویژه مادران باید در حکم یکی از اهداف اصلی مدارس به ویژه مراکز مشکلات یادگیری مدنظر قرار گیرد. والدینی که آگاه باشند، با کمک و راهنمایی درمانگران می توانند شرایط مناسبی برای کودکانشان فراهم آورند. در آموزش والدین نیز باید بر رفتارهایی تأکید کرد که برای رشد مهارت های پایه کودکان مورد نیاز است. همچنین، درمانگران و مربیان مراکز مشکلات یادگیری باید از چگونگی زندگی کردن با این کودکان که می تواند بر سلامت و احساسات مادران تأثیر بگذارد، بیشتر آگاه شوند. هر چند اغلب مادران داشتن کودکی با اختلال یادگیری را تجربه ای ناخوشایند می دانند، برخی که دیدگاه معنوی داشتند از آن به مثابه تجربه ای مثبت یاد کردند. بنابراین، توجه به سلامت روانی مادران و نیازهای کودکان، به مادران کمک خواهد کرد تا بتوانند نقش مادری خود را به خوبی ایفا کنند. همچنین، آگاهی دادن به مادران در مورد اختلال یادگیری و تعامل با سایر مادران، می تواند زمینه ای برای پیشرفت کودک فراهم کند. بنابراین، مربیان مراکز و درمانگران این حوزه نقش مهمی ایفا خواهند کرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران برخورد لازم می دانند تا از مدیریت مرکز آموزش و توان بخشی مشکلات یادگیری و همچنین از همه مادرانی که در این پژوهش همکاری کردند صمیمانه تشکر نمایند.

خانواده، اگر در یکی از زیرمجموعه های خانواده مشکلی پیش بیاید، بر دیگر واحدهای نظام خانواده (مثل پدر و مادر) اثر می گذارد. در خانواده های دارای کودکی با اختلال یادگیری، مادران معمولاً مسئولیت بیشتری در آموزش بر عهده دارند و به همین دلیل فشار بیشتری را متحمل می شوند. در نتیجه، سلامت روانی آن ها در ابعاد گوناگون به مخاطره می افتد (۲۱).

مضمون دیگر، هیجان مثبت بود که این یافته نیز با نتایج پژوهش های هاکنبری و وینکلستین (۳۴)، و کافمن و هالاهان (۱۷) همسواست. هر چند برخی از مادران به دلیل داشتن باور مثبت و مذهبی از لحاظ معنوی حمایت می شوند، کماکان در مورد آینده نامشخص فرزند خود، غم و اندوه، احساس ناامیدی و اضطراب دارند. با وجود این، آن ها می توانند با پذیرش فرزند خود آن گونه که هست، از احساس گناه و اضطراب بکاهند. همان گونه که هاکنبری و وینکلستین (۳۴) بیان کرده اند حمایت از سوی اعضای خانواده یکی از عوامل مهم برای مقابله با فشار روانی و اضطراب است و در صورت عدم حمایت، مشکلات خانواده تشدید می شود. هاکنبری و وینکلستین (۳۴) معتقدند که شناخت والدین از مشکل فرزند بر میزان فشار روانی والدین تأثیر می گذارد. بنابراین، مربیان، معلمان و درمانگران می توانند شناخت والدین را افزایش داده تا سطح فشار روانی آنان را کاهش دهند. مطالعات نشان می دهند چگونه ارتقای سلامت می تواند کیفیت زندگی در شرایط مزمن را بهبود بخشد.

زمانی که والدین می فهمند فرزندشان اختلال یادگیری دارد، سفری را آغاز می کنند که آن ها را در یک زندگی مملو از هیجانات قوی و انتخاب های دشوار قرار می دهد (۱۶). نخستین بار که مادران متوجه می شوند فرزندشان مشکل دارد، احساسات و هیجانات فراوانی را تجربه می کنند که شاید رایج ترین شان احساس گناه باشد. این واکنش ممکن است به این دلیل باشد که علل اختلال یادگیری ناشناخته است. در نتیجه، مادران بیشتر تمایل دارند خودشان را سرزنش کنند (۱۷).

در این پژوهش، بسیاری از مشارکت کنندگان اظهار داشتند بیشترین زمانشان را صرف آموزش و تربیت برخی از رفتارهای خود می کنند. به همین دلیل اغلب مادران در طول زندگی خود فشار روانی زیادی داشتند. همچنین، برنامه ریزی و نظارت بر فعالیت های کودکی با اختلال

References

- Westwood P. What teachers need to know about learning difficulties. Aust Council for Ed Research, 2008.
- Mogasale VV, Patil VD, Patil N M, & Mogasale V. Prevalence of specific learning disabilities among primary school children in a South Indian city. The Indian Journal of Pediatrics 2012, 79(3): 342-347.
- Behnam B. Meta-analysis of the prevalence of learning disabilities in Iranian elementary students, Journal of Research in Exceptional Children 2005, 5 (4): 417-436. [In Persian]
- Ali Mohammadloo E, Niusha B, & Farghadani, A. Prevalence of Learning Disabilities in Quasi-Family Children by Demographic Variables, Social Welfare Quarterly 2015, 15 (58): 237-267. [In Persian]
- Taderera C, Hall H. Challenges faced by parents of children with learning disabilities in Opuwo, Namibia. African journal of disability 2017, 6(1): 1-10.
- Kakavand A. Psychology of Exceptional Children. Tehran: Psychological Publishing, 2006. [In Persian]
- Kermanshahi, S. M., Vanaki, Z., Ahmadi, F., Kazemnejad, A., Mordoch, E., & Azadfalah, P. (2008). Iranian mothers' perceptions of their lives with children with mental retardation: A preliminary phenomenological investigation. Journal of Developmental and Physical Disabilities, 20(4), 317-326.
- Freilich R, Shechtman Z. The contribution of art therapy to the social, emotional, and academic adjustment of children with learning disabilities. The Arts in psychotherapy 2010, 37(2): 97-105.
- Ismaili M, Basiri N, Khair Z. The Effect of Mindfulness-Based Effectiveness on Increasing the Psychological Well-Being of Mothers of Children with Learning Disorders. Journal of Learning Disabilities 2016, 6 (1): 26-39.
- Narimani M, Aghamohammadian HR, Rajabi S. Comparison of Mental Health of Exceptional Children with Mental Health of Normal Children, Journal of Mental Health 2007, 33: 15-15.
- Tabassum RA, Mohsin NA. Depression and anxiety among parents of children with disabilities: A case study from developing world. International Journal of Environment, Ecology, Family and Urban Studies (IJEEFUS) 2013, 3(5): 33-40.
- Ebrahimi Moghaddam H, Yarmohammadi L, Zadagaqar Alikhani M, ArabAmeri M. The Effect of Problem-Based Coping Strategies on the Stress of Mothers of Children with Learning Disorders. Journal of Educational Psychology 2016, 7 (3): 43-50.
- Dyson L. Unanticipated effects of children with learning disabilities on their families. Learning Disability Quarterly 2010, 33(1): 43-55.
- Harper A, Dyches TT, Harper J, Roper SO, South M. Respite care, marital quality, and stress in parents of children with autism spectrum disorders. Journal of autism and developmental disorders 2013, 43(11), 2604-2616.
- Karande S, Kulkarni S. Quality of life of parents of children with newly diagnosed specific learning disability. Journal of Postgraduate Medicine 2009, 55(2): 97-107.
- Kalek D. The effectiveness of a family-centered early intervention program for parents of children with developmental delays ages 0 through 3. Pepperdine University, 2008.
- Kauffman JM, Hallahan DP, Pullen PC. Handbook of special education. Routledge, 2017.
- Amiri Majd M, Hosseini, SF, Jafari A. Comparison of quality of life and marital intimacy of parents of children with Down syndrome, parents of children with learning disabilities, and parents of normal children. Journal of Learning Disabilities 2014, 4 (1): 38-55. [In Persian].
- Venkatakrishnashastry I, Vranda MN. Attitudes of parents towards children with specific learning disabilities. Disability, CBR & Inclusive Development 2012, 23(1): 63-69.
- Alias NA, Dahlan A. Enduring difficulties: the challenges of mothers in raising children with dyslexia. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2015, 202, 107-114.
- Besaknezhad S, Farahani M. The Relationship between Attitude to Self, World and Future with Mental Health in Mothers of Children with Learning Disabilities in Ahvaz. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2015, 22 (5), 773-779.
- Sidnouri SZ, Kafi, SM, Hossein Khanzadeh A, Karimi Lichahi, R. Comparison of General Health and Marital Satisfaction in Mothers of Children with Normal and Learning Disabilities. Journal of Disability Studies 2015, 5 (1), 119-127. [In Persian].
- Kayama M, Haight W. Disability and stigma: how Japanese educators help parents accept their children's differences. Social work 2013, 59(1), 24-33.

24. Oga C, Haron F. Life experiences of individuals living with dyslexia in malaysia: a phenomenological study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2012, 46: 1129-1133.
25. Marshall, J., Tanner, J. P., Kozyr, Y. A., & Kirby, R. S. (2015). Services and supports for young children with Down syndrome: parent and provider perspectives. *Child: Care, Health and Development*. 41(3), 365-373.
26. Hossainzadeh Maleki Z, Rasoolzadeh Tabatbaei K, Mashhadi A, Moharreri F. Preschool children with attention deficit hyperactivity disorder: Iranian fathers' experiences. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2018; 20(4): 283 - 293. [In Persian]
27. Corcoran J. Parents' experience of raising a child with attention deficit disorder. *ADHD Rep*. 2017; 25(4): 6-10.
28. Hoseinzadeh Maleki Z, Rasoolzadeh Tabatabaei K, Mashhadi A, Moharreri F. Attention deficit hyperactivity disorder in preschool age: lived experiences of mothers. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2019; 6(1): 265-275.
29. Stephen G. Transformations: A world of home hemodialysis. *Health Care* 2003, 38(2): 29-50.
30. Cazan AM. Self regulated learning strategies- predictors of academic adjustment. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2012, 33, 104-108.
31. Morris S. Promoting social skills among students with nonverbal learning disabilities. *Teaching Exceptional Children* 2002, 34(3), 66-70.
32. Weich S, Churchill R, Lewis G. Dysfunctional attitudes and the common mental disorders in primary care. *Journal of affective disorders* 2003, 75(3), 269-278.
33. Berjis M, Hakim Javadi M, Taher M, Gholamali Lavasani M, Hossein Khanzadeh AA. Comparison of worry, hope and meaning of life in mothers of children with autism, hearing loss and learning disability *Journal of Learning Disability* 2013, 3 (1), 6 - 27.
34. Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML, Kline NE. The child with respiratory dysfunction. *Wong's essentials of pediatric nursing*, 2005.

تأثیر آموزش برنامه توانمندسازی خودتنظیمی بر اضطراب تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه

- ابراهیم رهبر کرباسدهی*، کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
- عباسعلی حسین‌خانزاده، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
- فاطمه رهبر کرباسدهی، دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

صفحات ۱۹ - ۲۶

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

زمینه: دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه با عوامل تنش‌زای متعدد جسمی و روانی مواجه هستند که بر کیفیت زندگی آنان تأثیر می‌گذارد. با توجه به ارتباط اضطراب تحصیلی با خودتنظیمی، یکی از روش‌هایی که می‌تواند به دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه کمک کند، آموزش توانمندسازی خودتنظیمی است. هدف از پژوهش حاضر تعیین تأثیر آموزش برنامه توانمندسازی خودتنظیمی بر اضطراب تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه بود.

روش: طرح تحقیق نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. نمونه پژوهش ۲۸ نفر از دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه شهرستان رشت در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بودند که به‌طور در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس اضطراب مدرسه (فرم معلم) در مراحل پیش و پس از آموزش استفاده شد. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه، تحت آموزش گروهی برنامه توانمندسازی خودتنظیمی قرار گرفتند و گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد آموزش برنامه توانمندسازی خودتنظیمی بر بهبود اضطراب تحصیلی و مؤلفه‌های آن (اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی) در دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه تأثیر دارد ($p < .001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش، برنامه توانمندسازی خودتنظیمی می‌تواند در بهبود مهارت‌های شناختی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه، از کارایی لازم برخوردار باشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود این مداخله در آموزش دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه به‌کار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: خودتنظیمی، اضطراب تحصیلی، اختلال یادگیری ویژه

مقدمه

میزان شیوع این اختلال در اکثر فرهنگ‌ها و جوامع ۵ تا ۱۵ درصد در کودکان برآورد شده است (۲) و در ایران نیز شیوع این اختلال ۴/۵۸ درصد بوده که پسرها ۱/۱ تا ۲/۲ درصد بیش از دخترها دچار این اختلال هستند (۳). طبق

اختلال یادگیری ویژه^۱ یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عصبی-تحویلی^۲ تشخیص داده‌شده در دوران کودکی است که مهم‌ترین علت عملکرد ضعیف تحصیلی به‌شمار می‌رود (۱).

* E-mail: Ebrahim.Rahbar74@gmail.com

1. Specific Learning Disorder
2. Neurodevelopmental Disorders

و در مقایسه با دانش‌آموزان بدون این اختلال سطح بالایی از مشکلات رفتاری و اجتماعی - هیجانی را از خود نشان می‌دهند (۴).

تاکنون تکنیک‌ها و روش‌های متعددی برای آموزش دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه به‌کار برده شده است، اما بررسی‌ها نشان می‌دهند هر کدام از این روش‌های آموزشی بر جنبه‌های خاصی از این دانش‌آموزان تأثیر داشته و فقط تا حدودی در آموزش این دانش‌آموزان مؤثرند (۵). در دهه اخیر رویکردی که در زمینه مهارت‌های شناختی و فراشناختی تحول پیدا کرده رویکرد خودتنظیمی^۵ است. این رویکرد توانسته خلأهای نظریه شناختی - رفتاری را تعدیل و برطرف نماید (۸). با توجه به نبود برنامه‌ای جامع برای دانش‌آموزانی که در پیشرفت تحصیلی با مشکلاتی مواجه هستند، برنامه‌توانمندسازی خودتنظیمی طراحی شده و به اجرا درآمده است که در ایران نیز برای نخستین بار مورد استفاده قرار گرفت (۹).

آموزش راهبردهای خودتنظیمی به دانش‌آموزان این امکان را می‌دهد با برنامه‌ریزی، سازماندهی و خودبازبینی به شیوه تکلیف‌مدارتر به انجام تکالیف درسی و فعالیت‌های روزمره بپردازند. دانش‌آموزان به کمک راهبردهای خودتنظیمی می‌توانند شکست‌های متعدد خود را دوباره مورد بررسی و بازبینی قرار دهند. در نهایت یادگیری فعال در دانش‌آموزان بهبود می‌یابد. این دانش‌آموزان به‌واسطه خودتنظیمی می‌توانند از مفید بودن راهبردهای خاص برای حل مسئله کارا و یادگیری مؤثر آگاهی داشته باشند (۵). در راستای تأثیر آموزش خودتنظیمی می‌توان به یافته محققانی مانند جلیل‌زاده و زارعی (۱۰) اشاره کرد که در مطالعه‌ای با ارائه ۸ جلسه آموزش خودتنظیمی برای دانش‌آموزان نشان دادند این آموزش توانسته به‌طور معناداری میزان انگیزش تحصیلی و اضطراب امتحان دانش‌آموزان را بهبود دهد. همچنین پژوهش‌های دیگر نیز نشان داده‌اند آموزش خودتنظیمی توانسته بر بهبود سلامت روان کودکان و نوجوانان به‌طور معناداری تأثیر داشته باشد (۹ و ۱۱).

اگرچه تحقیقات زیادی در زمینه اضطراب دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه صورت گرفته ولی کمتر تحقیقی چه

ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، اختلال یادگیری ویژه (اختلال خواندن^۱، اختلال نوشتن^۲ و اختلال ریاضی^۳) عبارت است از وجود اختلال در یک یا چند فرایند اساسی روان‌شناختی که در فهم یا کاربرد زبان گفتاری یا نوشتاری مشکل ایجاد کرده و ممکن است کاستی‌هایی را در توانایی گوش دادن، فکر کردن، صحبت کردن، خواندن، نوشتن، هجی کردن کلمه‌ها یا محاسبه‌های ریاضی ایجاد کند (۲).

اختلال یادگیری ویژه می‌تواند پیامدهای منفی به‌همراه داشته باشد و فعالیت روزمره فرد را تحت تأثیر قرار دهد، زیرا حافظه، استدلال و توانایی حل مسئله را در این کودکان با مشکل روبرو می‌کند. در واقع، این اختلال می‌تواند مشکلاتی را در حیطه اجتماعی، هیجانی و تحصیلی برای کودک فراهم کند (۴). این دانش‌آموزان به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی، قادر به بیان هیجانات و احساسات خود نیستند که باعث سرکوب و عدم مهارت در بیان احساسات شده و بهداشت روانی کودک را به‌مخاطره انداخته و منجر به اضطراب و تنیدگی روان‌شناختی در آنان می‌شود (۵).

از جمله مشکلات دیگر دانش‌آموزان با اختلال یادگیری که بیش‌تر از سایر دانش‌آموزان آن را تجربه می‌کنند، اضطراب تحصیلی^۴ است. اضطراب تحصیلی یک واکنش هیجانی ناخوشایند به موقعیت ارزیابی است. این هیجان با احساس نوعی از تنش، تشویش و برانگیختگی دستگاه عصبی خودکار مشخص می‌شود. اضطراب تحصیلی، سلامت روانی دانش‌آموزان را تهدید می‌کند و بر خودکارآمدی، شکوفایی استعداد، شکل‌گیری شخصیت و هویت اجتماعی آنان تأثیر منفی می‌گذارد (۶).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که اضطراب تحصیلی در این دانش‌آموزان مربوط به عدم تمرکز، حواس‌پرتی، ضعف در درس، عدم پیشرفت تحصیلی، برجسب خوردن از طرف همکلاسی‌ها و کاهش اعتماد به نفس بوده که باعث می‌شود میزان ترک مدرسه در آن‌ها در دوران نوجوانی ۱/۵ برابر میانگین باشد (۵ و ۷). بنابراین، دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه با توجه به شکست‌های مکرر و مداوم تحصیلی نسبت به مشکلات رفتاری و اجتماعی آسیب‌پذیرتر

1. Dyslexia
2. Dysgraphia
3. Dyscalculia

4. Academic Anxiety
5. Self - regulation

ابزار

مقیاس اضطراب مدرسه (فرم معلم)^۱

این پرسشنامه که لینهام و همکاران (۱۲) آن را ساخته و اعتباریابی کردند، ابزاری شانزده پرسشی به منظور بررسی دو خرده‌مقیاس اضطراب اجتماعی^۲ و اضطراب فراگیر^۳ است. هر پرسش در مقیاس درجه‌بندی لیکرت از ۰ (هرگز) تا ۳ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود که نمرات ممکن برای اضطراب اجتماعی از ۰ تا ۲۱، برای اضطراب فراگیر از ۰ تا ۲۷ و برای اضطراب کل از ۰ تا ۴۸ بود. نمرات ۸ و بیشتر بر اضطراب اجتماعی، ۱۰ و یا بیشتر بر اضطراب فراگیر، و ۱۷ یا بیشتر در مجموع اضطراب، نشان‌دهنده وضعیت اضطراب بالا در نظر گرفته شده است. پایایی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳، روایی آن ۰/۷۳، و در ایران ضریب آلفای کرونباخ آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۲، و میزان روایی محتوایی این مقیاس نیز ۰/۸۰، گزارش شده است (۱۳). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۴ به دست آمد.

برنامه مداخله

برنامه توانمندسازی خودتنظیمی رویکردی انعطاف‌پذیر است. طراحی ساختار آموزشی این برنامه به‌طور مستقیم با سه مرحله دوران‌دیشی (آینده‌نگری)، عملکرد، و خودواکنشی الگوی خودتنظیمی زیرمن^۴ مرتبط است؛ که به موجب آن، الگوهای آموزشی خاصی به دانش‌آموزان ارائه می‌شود. تمام ویژگی‌های آموزشی برنامه توانمندسازی خودتنظیمی را می‌توان به دو جزء اساسی تقسیم کرد: الف) توالی و محتوای مؤلفه‌های آموزشی، ب) تأکید بر تفکر راهبردی (۱۴). این برنامه را پژوهشگر به‌شیوه گروهی و بر پایه الگوی زیرمن (۱۴) روی تمام شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در جلسه‌های آموزشی در یکی از مراکز اختلال‌های یادگیری اجرا کرد. یک هفته پس از اجرای پیش‌آزمون در دو گروه؛ گروه آزمایشی، به مدت ۱۲ جلسه، ۲ روز در هفته، هر جلسه ۶۰ دقیقه تحت آموزش قرار گرفت و تکلیف‌های خانگی برای تمرین این مهارت‌ها در سایر موقعیت‌های زندگی دریافت کرد. به گروه گواه هیچ آموزشی داده نشد. یک هفته پس از پایان آموزش، پس‌آزمون برای هر دو گروه انجام شد.

در خارج از کشور و چه در داخل کشور به تأثیر آموزش برنامه توانمندسازی خودتنظیمی بر اضطراب دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه پرداخته است.

با توجه به مشکلات اضطرابی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه و به‌ویژه تأثیر آن بر تشدید اختلال، انجام پژوهش برای آموزش، مداخله و رفع این مسئله لازم و ضروری است؛ چون از این راه می‌توان به افزایش سلامت روان در این دانش‌آموزان کمک نمود و از وخامت بیشتر اختلال و همچنین انزوای این افراد جلوگیری کرد.

بنابراین، با توجه به اهمیت مشکلات اضطرابی در این دانش‌آموزان از یک سو و تأثیر آموزش برنامه توانمندسازی خودتنظیمی بر آنان از سوی دیگر، در این پژوهش برآن هستیم تا تأثیر آموزش برنامه توانمندسازی خودتنظیمی بر اضطراب تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه را مورد تحقیق قرار دهیم.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه مورد مطالعه همه دانش‌آموزان مراجعه‌کننده به مراکز اختلال‌های یادگیری شهرستان رشت در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. نمونه پژوهش ۳۲ دانش‌آموز با اختلال یادگیری ویژه بودند که بر اساس ملاک‌های ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۲۰۱۳) و اطلاعات مندرج در پرونده تحصیلی آن‌ها تشخیص اختلال یادگیری ویژه را دریافت کرده بودند، و به‌طور در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۶ نفر). ملاک‌های ورود به پژوهش، جنسیت (پسر)، سن (۱۰ تا ۱۲ سال)، پایه تحصیلی (چهارم تا ششم ابتدایی)، بهره هوشی (۸۵-۱۱۵)، عدم مصرف دارو مرتبط با اختلال به‌طور همزمان و نبود سایر اختلالات روان‌شناختی (بر اساس مدارک مندرج در پرونده تحصیلی) بود. ملاک خروج از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه دانش‌آموز از جلسات آموزشی بود. در خلال آموزش ۴ نفر (۲ نفر از گروه آزمایش و ۲ نفر از گروه گواه) از دانش‌آموزان به دلیل مشکلات شخصی از روند اجرای پژوهش خارج شدند.

1. School Anxiety Scale -Teacher Report (SAS-TR)
2. Social Anxiety

3. Generalized Anxiety
4. Zimerman

جدول ۱) برنامه آموزش توانمندسازی خودتنظیمی زیرمن

تعداد جلسات	عنوان جلسه	اهداف	محتوی جلسه
اول و دوم	معرفی	معرفی ماهیت برنامه توانمندسازی خودتنظیمی به دانش‌آموزان و بررسی باورهای دانش‌آموزان در مورد چالش‌های تحصیلی آن‌ها	<ul style="list-style-type: none"> ایجاد رابطه و ارائه برنامه توانمندسازی خودتنظیمی. تعامل با دانش‌آموزان در فعالیت‌های مرتبط با مصادیق علت شکست‌هایشان و استفاده از راهبردهای یادگیری.
سوم و چهارم	تجزیه و تحلیل وظایف	کمک به دانش‌آموزان در تجزیه و تحلیل و شناسایی شیوه‌های مطالعه و عملکرد موفقیت‌آمیز در آزمون‌ها	<ul style="list-style-type: none"> بحث در مورد ارزش تجزیه و تحلیل تکالیف وابسته به تجربه دانش‌آموز. ارائه راهنمایی و تمرین به شکل تجزیه و تحلیل آزمون.
پنجم و ششم	تعیین هدف	آموزش دانش‌آموزان در مورد تعیین اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت در آزمون‌ها	<ul style="list-style-type: none"> بحث در مورد ارزش تعیین هدف وابسته به تجربه دانش‌آموز. ارائه راهنمایی و تمرین برای تعیین اهداف و نتایج آن در آزمون.
هفتم و هشتم	برنامه‌ریزی راهبردی	آموزش دانش‌آموزان درباره چگونگی توسعه برنامه‌های راهبردی برای رسیدن به اهداف در آزمون‌ها	<ul style="list-style-type: none"> بحث در مورد ارزش رویکردهای راهبردی در یادگیری. مشارکت دانش‌آموزان در مورد زمینه‌های خاصی از مطالعه که برای آنها دشوار است (به عنوان مثال، حفظ کردن). ارائه الگو و راهنمایی به دانش‌آموزان با برنامه‌های راهبردی.
نهم و دهم	آموزش راهبردی	تسهیل یادگیری محتوای آزمون‌ها برای دانش‌آموزان و ارائه تکنیک‌های مدیریت رفتار و محیط در هنگام مطالعه	<ul style="list-style-type: none"> ارائه راهنمایی و تمرین در استفاده از طرح‌های مفهومی و راهبردهای حافظه. بحث و بررسی آموزش‌های اضافی در مورد تاکتیک‌های یادگیری.
یازدهم و دوازدهم	درون‌اندیشی	درگیر کردن دانش‌آموزان در فرآیندهای تأملی کلیدی مانند قضاوت خود (مانند ارزیابی پیشرفت و عملکرد خود در آزمون‌ها) و واکنش‌های خود	<ul style="list-style-type: none"> استفاده از خودتنظیمی برای کمک به فرآیند نتایج ارزیابی دانش‌آموزان. بحث درباره باورهای انعکاسی خود در مورد عملکردشان در آزمون‌ها. استفاده از تجزیه و تحلیل خطاها و بررسی نقص‌ها و مهارت‌های فراشناختی دانش‌آموزان برای تنظیم راهبردهای سازگاری.

روش اجرا

برای اجرای پژوهش حاضر، پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه گیلان و مراجعه به اداره آموزش و پرورش ناحیه ۲ شهرستان رشت، مجوز اجرای پژوهش گرفته شد. سپس با مراجعه به مراکز اختلال یادگیری نمونه‌های مورد پژوهش شناسایی شدند. جهت ملاحظات اخلاقی نیز از والدین رضایت‌نامه‌ای برای همکاری فرزندشان در روند اجرای پژوهش گرفته و به آن‌ها اطمینان داده شد تمام اطلاعات محرمانه بوده و فرزندشان در هر مرحله از پژوهش می‌توانند در صورت تمایل از پژوهش خارج شود. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با نرم‌افزار SPSS24 و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری انجام شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان در رده سنی ۱۲-۱۰ سال

با میانگین سنی ۱۱/۲۱ در گروه آزمایش؛ و ۱۱/۴۷ در گروه گواه بودند. در گروه آزمایش؛ ۲۸/۵۷ درصد (۴ نفر) کلاس چهارم، ۵۷/۱۴ درصد (۸ نفر) کلاس پنجم، و ۱۴/۲۸ درصد (۲ نفر) کلاس ششم بودند. در گروه گواه نیز ۲۱/۴۲ درصد (۳ نفر) کلاس چهارم، ۶۴/۲۸ درصد (۹ نفر) کلاس پنجم، و ۱۴/۲۸ درصد (۲ نفر) کلاس ششم بودند. ۲۸/۵۷ درصد (۸ نفر) از شرکت‌کنندگان فرزند اول، ۴۲/۸۵ درصد (۱۲ نفر) فرزند دوم، ۲۱/۴۲ درصد (۶ نفر) فرزند سوم و ۷/۱۴ درصد (۲ نفر) از شرکت‌کنندگان فرزند چهارم خانواده بودند.

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه در دو گروه آزمایش و گواه در متغیر اضطراب تحصیلی ارائه شده است و همچنین توزیع هنجار متغیر با آماره کولموگروف - اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت که معنادار نبود؛ در نتیجه توزیع متغیر از توزیع هنجار پیروی می‌کند.

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار متغیر مورد مطالعه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار	کولموگروف - اسمیرنوف	سطح معنی‌داری
اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶/۲۵	۲/۲۱	۰/۷۷	۰/۰۷
		گواه	۱۷/۰۳	۱/۱۳	۰/۸۷	۰/۱۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۷/۱۱	۲/۱۴	۰/۷۴	۰/۰۹
		گواه	۱۶/۱۷	۱/۷۴	۰/۸۱	۰/۱۴
اضطراب فراگیر	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۱/۵۸	۱/۴۱	۰/۷۶	۰/۰۶
		گواه	۲۱/۷۱	۲/۵۱	۰/۸۰	۰/۱۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۸/۸۹	۱/۸۱	۰/۷۹	۰/۰۸
		گواه	۲۲/۱۳	۲/۴۲	۰/۸۵	۰/۱۲
نمره کل	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۷/۴۷	۱/۱۲	۰/۸۱	۰/۰۷
		گواه	۳۶/۲۱	۲/۸۴	۰/۶۹	۰/۰۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۶۲	۱/۳۱	۰/۷۲	۰/۱۱
		گواه	۳۷/۳۴	۲/۴۷	۰/۷۵	۰/۱۸

رگرسیون رعایت شده است ($P > 0/05$). بر اساس آزمون لوین و عدم معناداری آن، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی نیز رعایت شده است ($P > 0/05$). آزمون‌های بالا قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری را مجاز شمردند.

جهت اجرای تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای نمره کل اضطراب تحصیلی، ابتدا مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی در حکم پیش‌فرض تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نشان داد با احتمال ۹۵ درصد فرض همگنی شیب خطوط

جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای نمره کل اضطراب تحصیلی در دو گروه آزمایش و گواه

Eta ²	P	F	MS	df	SS	منبع تغییرات	اضطراب تحصیلی
۰/۸۹	۰/۰۰۱	۷۴/۵۱	۵۷۷/۴۷	۱	۵۷۷/۴۷	عضویت گروهی	

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات اضطراب تحصیلی در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$)؛ بنابراین، آموزش برنامه توانمندسازی خودتنظیمی می‌تواند اضطراب تحصیلی را در دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه کاهش می‌دهد.

برای اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیری ابتدا مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی در حکم پیش فرض تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد با احتمال ۹۵ درصد مفروضه همگنی شیب خطوط رگرسیون رعایت شده است ($P > ۰/۰۵$). نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی معناداری رابطه بین مؤلفه‌های اضطراب تحصیلی نشان داد رابطه بین این

مؤلفه‌ها معنادار است ($X^2 = ۲۴/۳۷$, $df = ۲۰$, $P < ۰/۰۰۱$). برای رعایت فرض‌های همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون باکس و لوین استفاده شد. طبق آزمون باکس که برای هیچ یک از مؤلفه‌ها معنادار نبود، و شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس به درستی رعایت شده است ($P = ۰/۱۲$, $F = ۱/۴۵$, $BOX = ۲۶/۱۷$). براساس آزمون لوین و عدم معناداری آن برای همه مؤلفه‌ها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است ($P > ۰/۰۵$). آزمون‌های بالا قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری را مجاز شمردند. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های مورد مطالعه معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$, $F = ۲۵/۱۴$, $P = ۰/۰۷$ = لامبدای ویلکز).

جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای نمرات مؤلفه‌های اضطراب تحصیلی در دو گروه آزمایش و گواه

Eta	P	F	MS	df	SS	متغیر وابسته
۰/۸۴	۰/۰۰۱	۲۶/۲۳	۲۴۷/۸۵	۱	۲۴۷/۸۵	اضطراب اجتماعی
۰/۸۱	۰/۰۰۱	۲۱/۱۷	۲۹۴/۲۶	۱	۲۹۴/۲۶	اضطراب فراگیر

براساس اطلاعات جدول ۴ چنین استنباط می‌شود تفاوت عملکرد گروه‌های آزمایش و گواه در مؤلفه‌های اضطراب تحصیلی معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$)، به بیان دیگر آموزش برنامه توانمندسازی خودتنظیمی، مؤلفه‌های اضطراب تحصیلی را در دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه کاهش می‌دهد.

براساس اطلاعات جدول ۴ چنین استنباط می‌شود تفاوت عملکرد گروه‌های آزمایش و گواه در مؤلفه‌های اضطراب تحصیلی معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$)، به بیان دیگر آموزش

جدول ۵) میانگین و انحراف معیار تعدیل شده مؤلفه‌های اضطراب تحصیلی به همراه حدود اطمینان ۹۵ درصد

حدود اطمینان ۹۵ درصد		انحراف معیار	میانگین	گروه	متغیرهای وابسته
حد بالا	حد پایین				
۱۷/۷۵	۶/۹۲	۲/۵۱	۱۱/۶۸	آزمایش	اضطراب اجتماعی
۱۸/۲۷	۱۳/۶۳	۱/۲۷	۱۶/۶۰	گواه	
۲۳/۳۵	۱۱/۴۲	۱/۹۷	۱۵/۲۳	آزمایش	اضطراب فراگیر
۲۴/۳۷	۱۶/۴۸	۱/۸۳	۲۱/۹۲	گواه	

با توجه به جدول ۵ و نتیجه تفاضل میانگین‌ها، مشاهده می‌شود که تفاضل میانگین تعدیل شده گروه‌های آزمایش و گواه برای مؤلفه‌های اضطراب تحصیلی معنادار است، یعنی

آموزش برنامه توانمندسازی خودتنظیمی با اطمینان ۹۵ درصد بر بهبود اضطراب تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری تأثیر داشته است.

با توجه به جدول ۵ و نتیجه تفاضل میانگین‌ها، مشاهده می‌شود که تفاضل میانگین تعدیل شده گروه‌های آزمایش و گواه برای مؤلفه‌های اضطراب تحصیلی معنادار است، یعنی

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش برنامه توانمندسازی خودتنظیمی بر اضطراب تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه انجام شد. بررسی نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش برنامه توانمندسازی خودتنظیمی بر بهبود اضطراب تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه مؤثر است ($P < 0/001$). نتایج پژوهش‌های جلیل‌زاده و زارعی (۱۰)، ویسی‌کهره و همکاران (۱۱)، و کلاری و همکاران (۹)، که از تأثیر آموزش برنامه خودتنظیمی بر بهبود اضطراب تحصیلی دانش‌آموزان حمایت نموده‌اند، با نتایج پژوهش حاضر همسو است.

در راستای تبیین یافته‌های اضطراب فراگیر در دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه می‌توان گفت اگرچه اختلال یادگیری ویژه در سنین دبستان با ویژگی‌هایی مانند کم‌توجهی، اضطراب، پرخاشگری و مشکلات تحصیلی آشکار می‌شود (۸)، اما در طی زمان، مزمن و پایدار بوده و عامل خطر ساز نیرومندی برای مشکلات هیجانی-رفتاری و تحول استعدادهای ذهنی در دوره دبستان است که با نتایج ضعیف تحصیلی، تکرار پایه، پایین بودن عزت‌نفس و افسردگی همراه می‌شود (۴). بنابراین، آموزش توانمندسازی خودتنظیمی به دانش‌آموزان این امکان را می‌دهد تا با برنامه‌ریزی، سازماندهی و خودبازبینی به شیوه‌های تکلیف‌مدارتر به انجام تکالیف درسی و فعالیت‌های روزمره بپردازند و شکست‌های متعددشان را دوباره مورد بررسی و بازبینی قرار دهند تا در نهایت، یادگیری فعال در این گونه دانش‌آموزان بهبود یابد. این آموزش به دانش‌آموزان می‌آموزد تا با استفاده از راهبردهای یادگیری گوناگون، به‌طور مداوم میزان پیشرفت خود را ارزیابی و نظارت کرده و تلاش کنند تا در صورت لزوم به‌منظور یادگیری بهتر، راهبردهای یادگیری را تغییر دهند. این دانش‌آموزان به‌واسطه خودتنظیمی از مفید بودن راهبردهای خاص برای حل مسئله کارا، و یادگیری مؤثر آگاهی داشته و نیز در انعطاف‌پذیری شناختی، توانمندی لازم را به‌دست می‌آورند (۹).

در راستای تبیین یافته‌های اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه می‌توان گفت اختلال یادگیری، افت تحصیلی، برچسب خوردن و دریافت خدمات آموزش ویژه باعث می‌شود کودک احساس کند با بقیه هم‌تایان خود تفاوت دارد و این مسئله احساس اضطراب

تحصیلی دانش‌آموز را افزایش داده و منجر به اضطراب اجتماعی و اعتماد به نفس ضعیف می‌شود. مشکلات اجتماعی نیز می‌تواند باعث افزایش مشکلات تحصیلی آنان نیز شود، زیرا در این میان ارتباط دانش‌آموزان با معلم کم بوده و یادگیری گروهی با هم‌تایان را نیز از دست می‌دهند (۷). وجود عامل گروهی در برنامه توانمندسازی خودتنظیمی، فعال‌سازی تکنیک‌های خودتنظیمی را تسهیل نموده و آثار مهمی بر اضطراب اجتماعی از قبیل طرد و بریدگی، انزوای اجتماعی، بی‌اعتمادی و محرومیت هیجانی دارد. در واقع، به دلیل ایجاد پیوندها و تعاملات نزدیک بین اعضای گروه، امکان تجربه تکنیک‌های یادگیری در یک محیط حمایت‌گرانه نیز افزایش یافته و از طرف دیگر با افزایش فرصت‌های آموزش راهبردی، حس خودکارآمدی و خطرپذیری اعضا برای انجام رفتارهای جدید نیز تقویت می‌شود؛ همچنین اعضای گروه یاد می‌گیرند به جای کناره‌گیری از هیجانات خود، به ابراز همدلی و برآورده ساختن نیازهای عاطفی خود در گروه بپردازند (۵). از محدودیت‌های پژوهش حاضر، نمونه مورد بررسی دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی مراجعه‌کننده به مراکز اختلال یادگیری بود بنابراین، قابلیت تعمیم نتایج آن به سایر دانش‌آموزان در مقاطع دیگر محدود است. شیوه نمونه‌گیری در دسترس و عدم امکان پیگیری نتایج از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود از این مداخله آموزشی جهت ارتقای نظام آموزشی و بهبود عملکرد دانش‌آموزان با سایر نیازهای ویژه در یادگیری دروس نیز بهره گرفته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، برنامه آموزش توانمندسازی خودتنظیمی روی هر دو جنس و سایر مقاطع تحصیلی انجام شود که می‌تواند زمینه‌ساز بستری مناسب برای مقایسه بهتر و افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج شود.

تشکر و قدردانی

از تمام شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر به‌خاطر همکاری صادقانه‌شان تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

References

- Moll K, Kunze S, Neuhoff N, Bruder J, Schulte-Körne G. Specific learning disorder: prevalence and gender differences. *PLoS one*. 2014; 9(7): e103537.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V*. Arlington: American Psychiatric Association. 2013.
- Zare Bahramabadi M, Ganji K. The study of prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and its comorbidity with learning disorder (LD) in primary school's students. *Journal of Learning Disabilities*, 2014; 3(4): 25-43. [Persian].
- Rahbar Karbasdehi E, Abolghasemi A, Hossein Khanzadeh A, Rahbar Karbasdehi F. Comparison of neurocognitive and social skills students with and without dyscalculia. *Neuropsychology*, 2019; 4(15): 107-122. [Persian].
- Rahbar Karbasdehi E, Abolghasemi A, Hossein Khanzadeh A. The effect of self-regulation empowerment program training on neurocognitive functions of students with mathematics disorder. *Iranina Journal of Health Education and Health Promotion*. 2018; 6(4): 403-412. [Persian].
- Rahbar Karbasdehi F, Hossein Khanzadeh A, Rahbar Karbasdehi E. Effect of social skills training on social self-empowerment and alexithymia in students with specific learning disabilities. *Journal of Exceptional Education*. 2017; 2(145): 5-12. [Persian].
- Rahbar Karbasdehi F, Abolghasemi A, Rahbar Karbasdehi, E. The effect of social-emotional skills training on motivational beliefs and self-regulated learning strategies in students with specific learning disorder. *Journal of Cognitive Strategies in Learning*. 2018; 6(10): 39-55. [Persian].
- Rahbar Karbasdehi F, Hossein Khanzadeh A, Abolghasemi A. Effects of self-regulation strategies training on academic self-efficacy and reading performance of students with dyslexia. *Journal of Family and Research*. 2019; 15(4): 49-66. [Persian].
- Rahbar Karbasdehi E, Abolghasemi A, Hossein Khanzadeh A. The effect of self-regulation empowerment program training on neurocognitive and social skills in students with dyscalculia. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2019; 21(2): 71-80.
- Jalilzadeh H, Zarei H. The effect of self-regulation strategies on academic motivation and test anxiety in students. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2018; 11(42): 13-36. [Persian].
- Veisi Kahreh S, Imani S, Haseli YM, Mansour FK. Study of effectiveness of self-regulated learning strategies on math anxiety of dependent cognitive style of school students. *International Journal of Educational and Psychological Researches*. 2018; 4(2): 89-92.
- Lyneham HJ, Street AK, Abbott MJ, Rapee RM. Psychometric properties of the school anxiety scale-teacher report (SAS-TR). *J Anxiety Disord*. 2008; 22(2): 292-300.
- Hajiamini Z, Mohamadi A, Ebadi A, Fathi-Ashtiani A, Tavousi M, Montazeri A. The school anxiety scale-teacher report (SAS-TR): Translation and psychometric properties of the Iranian version. *BMC psychiatry*. 2012;12(1): 1-7.
- Cleary TJ, Platten P, Nelson A. Effectiveness of the self-regulation empowerment program with urban high school students. *J Adv Acad*. 2008; 20 (1): 70-107.

تأثیر روش شاو (Shaw) بر حافظه کاری دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی

□ احمد عابدی*، دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

□ مرضیه ترابی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

□ سالار فرامرزی، دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

صفحات ۲۷-۳۸

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

زمینه: پژوهش حاضر با هدف بررسی، تأثیر روش شاو (Shaw) بر حافظه کاری دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی پایه اول دبستان انجام شد.

روش: طرح پژوهش از نوع تک‌آزمودنی، با طرح خط پایه چندگانه (MBD) در یک الگوی زمانی پلکانی با مرحله پیگیری بود. به این منظور از بین دانش‌آموزان پایه اول دبستان شهر اصفهان در سال ۹۶-۹۵ تعداد ۴ نفر به شیوه در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس هوش کودکان وکسلر ویرایش چهارم (WISC-IV) و مصاحبه بالینی استفاده شد. دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی ۱۶ جلسه (هفته‌ای یک جلسه به مدت ۴۰ دقیقه) تحت آموزش با روش شاو قرار گرفتند. داده‌های آماری با روش تحلیل دیداری بررسی شدند.

یافته‌ها: نتایج درصد داده‌های ناهمپوش (PND) و درصد همپوشی داده‌ها (POD)، و تحلیل درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی نشان داد اثر روش شاو در بهبود حافظه کاری کودکان با عملکرد هوشی مرزی معنادار است.

نتیجه‌گیری: روش شاو می‌تواند در کنار سایر روش‌ها برای بهبود حافظه کاری دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی مؤثر بوده و از آن در آموزش و توان‌بخشی چنین دانش‌آموزانی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: عملکرد هوشی مرزی، حافظه کاری، روش شاو

مقدمه

بخشی از افراد یک جامعه را دانش‌آموزانی تشکیل می‌دهند که معمولاً (بدون دریافت خدمات اضافی) می‌توانند همراه و همگام دیگر همکلاسی‌های خود در تحصیل و یادگیری موفق شوند. دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی^۱ کسانی هستند که نمره هوش به‌رآن‌ها بین ۷۵

تا ۹۰ است و در حکم دانش‌آموزان استثنایی تلقی نمی‌شوند. بنابراین، در کلاس‌های عادی قرار می‌گیرند، اما به خدمات اضافی نیاز دارند. براساس نامگذاری انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا (۱۹۵۹)، اصلاح این تعریف در سال ۱۹۷۳ این گروه در حکم افراد عادی و فاقد عقب‌ماندگی هوشی در نظر گرفته شده‌اند (۱).

* E-mail: a.abedi@edu.ui.ac.ir

1. Borderline Intellectual Functioning

ارزیابی پردازش‌های شناختی می‌شود و در حکم سامانه‌ای ذهنی وظیفه‌اندوزش و پردازش موقت اطلاعات را برای انجام تکالیف پیچیده شناختی به‌عهده دارد (۱۲).

این فرض وجود دارد که آموزش مستقیم تکالیف شناختی که حافظه کاری، کنترل بازداری و تغییر توجه در آن به‌کار رفته قادر به تقویت ظرفیت شناختی است، به طوری که کنترل منظم و کلی‌تری بر هیجان‌ات و رفتار ایجاد می‌کند و توجه متمرکز را در کلاس پرورش می‌دهد (۱۳). اصطلاح حافظه کاری به سامانه‌ای که مسئول دستکاری و ذخیره‌سازی موقت اطلاعات است اشاره می‌کند و کارکرد آن در حکم یک فضای کاری ذهنی است که می‌تواند به‌طور انعطاف‌پذیر برای حمایت از فعالیت‌های شناختی روزانه که نیاز به پردازش و ذخیره‌سازی دارد مورد استفاده قرار بگیرد (۱۴). کاستی حافظه کاری متأثر از مشکلاتی است که در کارکردهای اجرایی وجود دارد، به طوری که آسیب کارکردهای اجرایی به کاستی در حافظه کاری منجر می‌شود (۱۵). حافظه کاری برخلاف هوش، با سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی، اقتصادی والدین رابطه مستقیم ندارد و کودکان صرف نظر از گذشته یا اثرات محیطی می‌توانند فرصتی برابر برای تقویت حافظه کاری داشته باشند (۱۶).

نتایج تحقیقات نشان می‌دهد رابطه معناداری میان هوش عمومی و حافظه کاری وجود دارد و هر دو دارای واریانس مشترک هستند (۱۷). مؤلفه‌های حافظه کاری با یادگیری و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان ارتباط دارد و همبستگی مثبت و قوی میان حافظه و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان مشاهده شده است. داشتن حافظه قوی، پیش‌بینی‌کننده موفقیت‌های تحصیلی است (۱۸). حافظه کاری از جمله مؤلفه‌های کارکرد اجرایی به‌شمار می‌رود و به علت عملکردش در جنبه‌های گوناگون حافظه مورد توجه قرار گرفته است (۱۹). در مجموع نتایج تحقیقات مؤید آن است که حافظه کاری - و نه هوش - قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده موفقیت در خواندن، نوشتن و حساب است (۲۰).

اغلب کودکان با عملکرد هوشی مرزی فاقد انعطاف‌پذیری شناختی و فراشناختی هستند و برای برنامه‌ریزی، تجزیه و تحلیل و تعهد به تکلیف توانایی محدودی دارند، این مشکلات با رشد کیفی در ارتباط بوده و منجر به کاستی در کارکردهای

عملکرد هوشی مرزی اصطلاحی است که بیشتر برای توصیف افرادی با هوش بهر (IQ) در محدوده ۷۰ تا ۸۰ به‌کار می‌رفت اما در پنجمین راهنمای تشخیص آماری اختلالات روانی (DSM-V)^۱ به‌صورت یک طبقه تشخیصی وجود ندارد. در DSM-V از این اصطلاح به‌مثابه حالتی استفاده می‌شود که ممکن است کانون توجه بالینی باشد اما ملاک‌های خاصی برای آن ارائه نشده است (۲). این گروه بر اساس برآوردهای توزیع بهنجار هوش ۱۳/۵۹ درصد از جمعیت را به‌خود اختصاص می‌دهند. این دانش‌آموزان در مدرسه به‌سختی درس می‌خوانند و هنوز اجازه استفاده از خدمات آموزش ویژه را نیافته‌اند و از طرف دیگر، به آسانی با نظام‌های آموزش ویژه کنار نمی‌آیند (۳).

عملکرد هوشی مرزی نه یک کم‌توانی هوشی و نه یک اختلال رشدی است (۴). به همین دلیل سامانه‌های طبقه‌بندی تشخیصی برای فراهم کردن یک تعریف روشن از کودکان با عملکرد هوشی مرزی به هر دلیل ناتوان هستند (۵). ویژگی بارز این کودکان این است که دیر می‌آموزند و زود فراموش می‌کنند (۶). عناوین بسیاری برای تشخیص این کودکان به کار می‌رود مانند: کودکان مرزی^۲، دیرآموز^۳ (۷)، آهسته‌گام (۶)، عملکرد هوشی مرزی، عملکرد هوشی زیر متوسط^۴، عقب مانده ذهنی مرزی^۵، ظرفیت هوشی مرزی^۶ و یا کم‌توانی یادگیری مرزی^۷ (۸). این کودکان در تکلم و درک زبان نوشتاری و کارکردهای اجرایی مشکل دارند و در راهبردهای جبرانی نقص دارند (۸ و ۹).

کودکان با عملکرد هوشی مرزی ظاهر جسمی، تاریخچه پزشکی و رشدی بهنجاری را پشت سر می‌گذارند (۱۰). به دلیل همین ظاهر جسمی بهنجار و عملکرد سازشی مطلوب، دیر هنگام شناسایی شده و از برنامه‌های مداخله زود هنگام، کمتر بهره‌مند می‌شوند (۷). این گروه به دلیل محدودیت‌های شناختی ممکن است دچار شکست‌های تحصیلی و یا آسیب‌های روان‌شناختی شوند، بنابراین، نیازمند توجه ویژه هستند.

امروزه، حافظه کاری به عنوان یک موضوع مهم توجه بسیاری از متخصصان را به خود جلب کرده است (۱۱). حافظه کاری، توانایی نگهداری اطلاعات در ذهن در حین انجام تکالیف پیچیده است و شامل توانایی نظارت بر عملکرد و

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

2. Borderline

3. Slow Learner

4. Sub average Intellectual Functioning

5. Borderline Mental Retardation

6. Borderline Intellectual Capacity

7. Borderline Learning Disability

اجرائی از جمله حافظه کاری می‌شود (۲۱).

دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی کمبودهایی در حافظه کوتاه‌مدت و بلندمدت توصیف می‌شوند (۲۲). این ناکارآمدی در کودکان با عملکرد هوشی مرزی منجر به مشکلاتی در ذخیره کردن، یادآوری و استفاده از فرایندهای کنترل پیچیده می‌شود. ضعف در حافظه کوتاه‌مدت باعث نمی‌شود در کارهای ساده و عینی موفق نشوند اما در کارهای پیچیده و انتزاعی مشکلاتی را به وجود می‌آورد (۲۳).

این کودکان تفاوت‌های سطحی شناختی با همگنان عادی خود دارند، آنان در درک و پردازش اطلاعات از محیط پیرامونی و در پی آن رفتار مفید و مؤثر در محیط، کاستی‌هایی دارند و در حافظه و یادگیری، و فرایندهای مربوط به آن دچار ضعف‌هایی هستند. اغلب این دانش‌آموزان در تشخیص و حتی درک، دشواری‌هایی دارند (۲۴).

میزان یادگیری کودکان با عملکرد هوشی مرزی در کسب مهارت‌های رشدی عادی تأخیر دارد. آنان ۱ تا ۲ سال در مقایسه با هم‌تایانشان در به دست آوردن مهارت‌های اساسی زندگی (به عنوان مثال، تعامل اجتماعی، سبک‌های ارتباطی، مهارت‌های حافظه و الگوهای تفکر) تأخیر دارند (۲۵). کودکان با عملکرد هوشی مرزی فاقد تمرکز، دارای حافظه، تخیل و پیش‌بینی ضعیف، و ناتوانی در بیان ایده‌هایشان از طریق زبان هستند (۲۶).

به دلیل اهمیت حافظه کاری در زندگی روزمره و پیشرفت تحصیلی، پژوهشگران از راهبردهای مختلفی جهت آموزش حافظه کاری استفاده کرده‌اند: آموزش حافظه کاری با استفاده از نرم‌افزار روبومو^۱ (۲۷)، استفاده از نرم‌افزار فارسی آموزش حافظه کاری و آموزش از طریق فعالیت‌های حافظه کاری شنوایی، آموزش حافظه کاری بینایی، بازی با تصاویر و حافظه بازنشاسی (۲۸).

نتایج مطالعات آلووی^۲ حاکی از آن بود که دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی، کاستی‌های گسترده‌تری از حافظه کاری و کارکردهای اجرایی نسبت به دانش‌آموزان عادی دارند (۲۹). به ویژه، حافظه کاری دیداری-فضایی و تکلیف مرتب‌سازی بهترین پیش‌بینی‌کننده بود تا به طور قابل اطمینانی دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی را از عادی مجزا کند. نقش حافظه کاری در دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی خفیف (بهره هوشی بین ۵۵ تا ۸۵) نیز دستاوردهای جالبی داشت.

مطالعات اخیر کشمکش بیشتر این دانش‌آموزان در تکلیف حافظه کوتاه‌مدت کلامی و حافظه کاری را در مقایسه با هم‌تایان خود نشان داده است (۳۰). به طور خلاصه، مطالعات آلووی نشان داد دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی، نیم‌رخ متمایزی از نقایص حافظه کاری و کارکردهای اجرایی دارند. اعتبار تکلیف حافظه کاری دیداری-فضایی در شناسایی درست دانش‌آموزان با هوش پایین از هم‌تایان عادی مهم‌ترین پیامد عملی پژوهش آلووی بود (۲۹).

پژوهش‌های مربوط به حافظه کاری نشان داد که تعداد بازنمایی فعال در حافظه کاری می‌تواند در بیش از یک دوره کوتاه‌مدت افزایش یابد (۳۱). یکی از محدود مطالعات در موضوع تداوم فواید اثربخشی و انتقال آموزش‌ها توسط داهلین^۳ و همکاران انجام شد. آن‌ها نشان دادند که افزایش عملکرد به‌روزرسانی حافظه بیش از یک دوره ۱۸ ماهه دوام داشته است. همچنین، یک انتقال اثر نزدیک در تکلیف به‌روزرسانی بدون آموزش (تکلیف ۳-Back) و انتقال دور در حافظه رویدادی را گزارش کردند (۳۲).

نتایج پژوهش ریگز^۴ و همکاران نشان داد که برنامه راهبردهای ارتقای تفکر جایگزین در پایه‌های دوم و سوم، باعث بهبودی در کنترل بازدارنده و روانی کلام در این کودکان شد (۳۳). نتایج پژوهش وستبرگ و همکاران حاکی از آن بود آموزش حافظه کاری منجر به بهبود تکلیف حافظه کاری، توجه و نیز کاهش معنی‌دار مشکلات شناختی در افراد دچار آسیب مغزی می‌شود (۲۰). در پژوهش تورل، آموزش حافظه کاری با آموزش بازداری در کودکان پیش‌دبستان مقایسه شد. کودکان شرکت‌کننده در مطالعات وی به چهار گروه تقسیم شدند که شامل آموزش حافظه کاری، آموزش بازداری، بازی با یک بازی رایانه‌ای و گروه بدون مداخله بود. نتایج نشان داد هم گروه آموزش حافظه فعال و هم گروه آموزش بازداری نسبت به دو گروه دیگر عملکردشان در تکلیف بهبود یافت، اما این بهبودی تنها برای گروه آموزش حافظه کاری معنی‌دار بود (۳۴).

با توجه به این که، کودکان با عملکرد هوشی مرزی در حافظه کاری و حافظه کوتاه‌مدت ضعیف هستند و مشکلاتی در توجه و عملکردهای اجرایی و مهارت‌های حرکتی ظریف و درشت دارند (۱۰) نیاز به یک برنامه آموزشی ویژه دارند تا بتوان با توجه به ویژگی‌های خاص این کودکان مشکلات مربوط به کارکردهای

1. RoboMemo
2. Alloway

3. Dahlin
4. Riggs

اجرائی از جمله کاستی در حافظه کاری را جبران کرد. روش شاو براساس کاری که در اصل با کودکان با عملکرد هوشی انجام گرفت تدوین شد و بعد از اجرای برنامه، پیشرفت‌هایی در زمینه مهارت‌های تحصیلی حاصل شد و این کودکان به سطح کلاس نزدیک شدند (که کار بسیار دشواری بود). این برنامه را که در هلند یک محقق اجرا کرد و توسعه داد در اروپا به نام الگوی شاو و در آمریکا به نام الگوی فراتحصیلی مطرح شد (۳۵). روش شاو چارچوبی براساس پنج ویژگی عمده دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی است. این چارچوب یک ساختار آموزشی دقیق و مرتبط (آموزش با سرعت مناسب، کوتاه کردن زمان آموزش، تکرار بیشتر و آموزش عینی، آموزش در گروه‌های کوچک با استفاده از وسایل کمک آموزشی و برنامه‌های دسته‌بندی‌شده در حکم مکمل در زمینه آموزش خواندن، ریاضیات و مهارت‌های اجتماعی) - پیش‌سازماندهی برای ارائه مطالب جدید - انتقال مهارت‌ها/تعمیم به فعالیت‌های روزمره (با توجه به موضوع آموزش، یادآوری‌کننده‌های فراشناختی، مربوط کردن مطالب جدید به مطالب پیشتر آموخته‌شده در همه زمینه‌های آموزشی) - کلاس درس با گام مناسب - پیشگیری از مشکلات آموزشی و توجه ویژه به سلامت جسمانی این کودکان را شامل می‌شود. این پنج اصل به نام اصول پنج‌گانه در روش شاو مطرح شده است (۳۶). در برنامه عادی درسی برای این دانش‌آموزان تقویت و تربیت حواس باید در حکم یکی از ارکان مهم برنامه در نظر گرفته شده و هرگونه آموزش به کودک باید با استفاده از حواس او آغاز شود (مرحله عینی) بنابراین، معلم باید با استفاده از بازی‌های آموزشی گوناگون به تقویت حواس مختلف مانند حس بینایی، حس شنوایی، حس لامسه بپردازد. به‌طور مثال، در مورد حس بینایی با به‌کارگیری روش‌های متنوع، منظم و دقیق باید به تقویت درک دیداری، تداعی دیداری، تکمیل دیداری و حافظه دیداری و در مورد حس شنوایی به تقویت درک شنیداری، تمیز شنیداری، تداعی شنیداری، حافظه شنیداری و... بپردازد. در آموزش باید به موارد زیر پرداخت: فراهم کردن فعالیت‌های عینی و معنی‌دار و ایجاد زمینه برای مشارکت گروهی، کاهش حواس‌پرتی‌ها و فراهم کردن محیطی با نشاط و راحت جهت تسهیل فرایند یادگیری، آموزش همراه با تمرین و تکرار مستمر و استفاده دقیق از برنامه‌های تقویت و استفاده از تکنیک‌های مختلف در آموزش و استفاده از موادی که همه دانش‌آموزان

را به تلاش و تفکر وامی‌دارد و اجازه موفقیت به آنها می‌دهد، و تقویت اعتماد به نفس در دانش‌آموزان به شیوه‌های گوناگون مانند: عدم تأکید بر ضعف‌های کودک، افزایش تجارب موفقیت‌آمیز، و تقویت رفتارهای مطلوب در کودکان. این روش برنمرات آزمون تأثیر مثبت دارد و در هر برنامه درسی با هر سطحی قابل اجرا است. این برنامه راهبرد مؤثری برای همه کودکان است. نیاز به مهارت تخصصی خاصی ندارد و باعث افزایش زمان مشارکت می‌شود (۲۴، ۳۷). بنابراین، با توجه به ویژگی‌های خاص کودکان با عملکرد هوشی مرزی آموزش را باید تغییر داد و با سرعت کند این کودکان هماهنگ کرد (۲۶). رها کردن آنها در جریان عادی مدارس جایگزین مناسبی برای آنان نیست (۳۵). نظام آموزش و پرورش و خود دانش‌آموزان فرض را بر این گذاشته‌اند که قرار است در مدرسه شکست بخورند. این نگرش منجر به نتایج جدی برای این دانش‌آموزان می‌شود - بسیاری از آنان عقب‌نگه‌داشته می‌شوند، مشکلات اجتماعی و رفتاری آنان افزایش می‌یابد و اخراج می‌شوند و مدارس از نتایج ارزیابی این دانش‌آموزان در رنج است. مدیران و معلمان می‌توانند این چرخه شکست را متوقف کنند و زمینه موفقیت آنان را فراهم کنند با شناسایی این نکته که عملکرد هوشی مرزی عامل خطر برای شکست تحصیلی است نه حکم به شکست. برای مثال، نوجوانی هم، با عوامل خطر زیادی همراه است. دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی می‌توانند انعطاف‌پذیری خود را افزایش دهند و بر عوامل خطر چیره شوند. بسیاری از دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی در مدرسه موفق می‌شوند و به دبیرستان می‌روند و تحصیلات متوسطه را به پایان می‌رسانند (۳۶). با توجه به نیاز این گروه از دانش‌آموزان و دلایل ارائه شده، هدف از تحقیق حاضر بررسی تأثیر روش شاو بر بهبود حافظه کاری دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی پایه اول دبستان بود.

روش پژوهش

آزمودنی‌ها

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه کودکان با عملکرد هوشی مرزی پایه اول دبستان در سال ۱۳۹۵ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴ کودک پایه اول دبستان که بهره هوشی ۷۰ تا ۸۵ داشتند انتخاب شدند.

به دست می‌داد. در ویرایش تازه، بهره هوشی کل و چهار شاخص درک کلامی، استدلال ادراکی، حافظه کاری و سرعت پردازش به دست می‌آید که نسبت به ویرایش سوم که مشتمل بر بهره هوشی کلامی و عملی بود کارایی قابل ملاحظه‌تری دارد. پایایی بازآزمایی خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۶۵ تا ۰/۹۵ و پایایی دونیمه‌سازی آن‌ها از ۰/۷۱ تا ۰/۸۶ محاسبه شده است. روایی آزمون از راه محاسبه همبستگی نمرات خرده‌مقیاس‌ها با نمره کل آزمون، بیانگر روایی خوب این آزمون است. ضرایب روایی آزمون ۰/۶۶ تا ۰/۹۲ گزارش شده است از شاخص حافظه کاری آزمون هوش وکسلر کودکان ویرایش چهارم، جهت بررسی حافظه کاری دانش‌آموزان استفاده شد. نمره این شاخص، از خرده‌مقیاس‌های فراخوانی ارقام (اعداد رو به جلو و اعداد معکوس)، توالی حرف و عدد محاسبه می‌شود. شاخص حافظه فعال این آزمون از پایایی بسیار خوبی برخوردار بوده و پایایی بازآزمایی آن ۰/۸۲ و پایایی دونیمه‌سازی آن ۰/۸۵ گزارش شده است. همچنین این شاخص از روایی خوبی برخوردار است طوری که همبستگی این شاخص با سایر خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۴۰ تا ۰/۹۴ بیان شده است (۳۸).

□ **مصاحبه بالینی:** مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس پنجمین راهنمای تشخیص آماری اختلالات روانی صورت گرفت و آزمودنی‌های دارای عملکرد هوشی مرزی توسط یک متخصص کودکان استثنایی تشخیص داده شدند.

□ **جلسات آموزشی:** در پژوهش حاضر جلسات آموزشی روش شاو طی ۱۶ جلسه آموزش انفرادی اجرا شد که در جدول ۲ آورده شده است.

معیارهای ورود به پژوهش این ۴ آزمودنی عبارت بودند از: سن ۷ تا ۸ سالگی، بهره هوشی ۷۰ تا ۸۵ (جدول ۱)، رضایت والدین، عدم مصرف دارو و نداشتن اختلال همراه مانند اتیسم و اختلال نافرمانی مقابله‌ای. ملاک خروج در این پژوهش که موجب حذف برخی از آزمودنی‌ها شد عدم تمایل افراد به شرکت در این پژوهش بود. ملاک‌های ورود و خروج برای انتخاب آزمودنی‌ها، توسط متخصص کودکان استثنایی مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین در راستای رعایت اصول اخلاقی، اصل رازداری و رضایت آگاهانه والدین مدنظر بود.

جدول ۱) ویژگی‌های فردی شرکت‌کنندگان در تحقیق

شرکت کننده	سن	جنسیت	کلاس	هوشبهر
اول	۷	پسر	اول	۸۲
دوم	۸	پسر	اول	۷۹
سوم	۷	پسر	اول	۸۵
چهارم	۷	پسر	اول	۸۵

ابزارهای پژوهش

ابزارهای این پژوهش برای گردآوری داده‌ها در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری شامل مقیاس هوشی وکسلر چهارم و مصاحبه بالینی بود.

آزمون هوش وکسلر کودکان ویرایش چهارم: وکسلر (۳۷) هوش را با عنوان توانایی کلی فرد برای عمل هدفمند، استدلال و مواجهه مؤثر با محیط تعریف نمود. مقیاس اصلی هوش وکسلر کودکان دارای ۱۲ زیرمقیاس بود که در دو مقیاس کلامی و عملی، سه نمره بهره هوشی کلامی، عملی و کلی را

جدول ۲) جلسات روش شاو (۲۳، ۳۵ و ۳۶)

جلسه یکم و دوم	برقراری ارتباط اولیه، مروری بر ساختار جلسات، اصول کلی درمان مبتنی بر روش شاو، آشناکردن والدین و معلم به ویژگی‌های کودکان با عملکرد هوشی مرزی و اهمیت ایجاد مثلث دانش‌آموز، والدین و معلم
جلسه سوم و چهارم	تعدیل‌سازی در برنامه درسی و مطالب آموزشی برای دانش‌آموز با عملکرد هوشی مرزی و لزوم همکاری معلم، تعدیل‌سازی در محیط آموزشی یعنی نشان دادن کودک با عملکرد هوشی مرزی در ردیف جلوی کلاس و لزوم عینی کردن آموزش، استفاده از وسایل کمک‌آموزشی دیداری و شنیداری
جلسه پنجم و ششم	آموزش مهارت‌های شناختی پیش از ورود به مدرسه، ایجاد انگیزه برای رسیدن به موفقیت نه پرهیز از آن، ایجاد منبع کنترل درونی (با توجه به نظریه اسناد)

ادامه جدول ۲

انتقال مفاهیم آموزش داده شده به زندگی واقعی کودک، آموزش عملکردهای اجرایی (توجه، تمرکز، حافظه، زبان)	جلسه هفتم و هشتم
آموزش مهارت‌های اجتماعی (احوالپرسی کردن، اجازه گرفتن، معذرت خواهی، درخواست کردن، تشکر کردن، ارتباط با همتایان و...) با روش الگویابی	جلسه نهم و دهم
آموزش ریاضی با استفاده از وسایل کمک آموزشی، در نظر گرفتن زمان بیشتر برای تکمیل تکالیف، مرور تمرین‌های جلسات پیش، آموزش مفاهیم اصلی با دیدن، احساس کردن، شنیدن و انجام دادن	جلسه یازدهم و دوازدهم
آموزش تکنیک‌های تغییر و ایجاد رفتار مطلوب به والدین، آموزش استفاده از جدول رفتاری، آموزش برقراری روابط مثبت با کودک	جلسه سیزدهم و چهاردهم
مروری کلی بر جلسات پیشین، آموزش دوباره والدین با اصول کلی روش شاو و جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش	جلسه پانزدهم و شانزدهم

طرح پژوهشی

چهارم همزمان با جلسه دوازدهم آزمودنی اول، و جلسه نهم آزمودنی دوم، و جلسه ششم آزمودنی سوم با ۱۱ نقطه در خط پایه وارد برنامه مداخله شد. مداخله شامل ۱۶ جلسه هفتگی بود که طی آن در هر جلسه، آزمودنی‌ها انفرادی و به مدت ۴۵ دقیقه تحت آموزش با برنامه شاو قرار می‌گرفتند. در آغاز هر جلسه مداخله، تکالیف جلسه قبل مورد بررسی و مرور قرار می‌گرفت، سپس موضوع جلسه تازه مطرح می‌شد و در آخر جلسه به آزمودنی تکلیف داده می‌شد. در مرحله مداخله هر دو جلسه، یکبار آزمودنی مورد ارزیابی قرار می‌گرفت و روند آن ثبت می‌شد. به مثابه موقعیت پیگیری، یک ماه پس از مداخله آزمودنی‌ها، سه جلسه در مرحله پیگیری عملکرد شناختی و پیشرفت تحصیلی آنها دوباره مورد ارزیابی قرار گرفت.

■ **روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:** در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری^۴ نمودارها با شاخص روند^۵، ثبات^۶، درصد داده‌های ناهمپوش (PND)^۷ و درصد همپوشی داده‌ها (POD)^۸ استفاده شد. نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر طی جلسات خط پایه و مداخله در جدول ۳ آمده است. یافته‌های جدول ۳ به صورت نمودار داده‌ها به قرار زیر است (نمودار ۱).

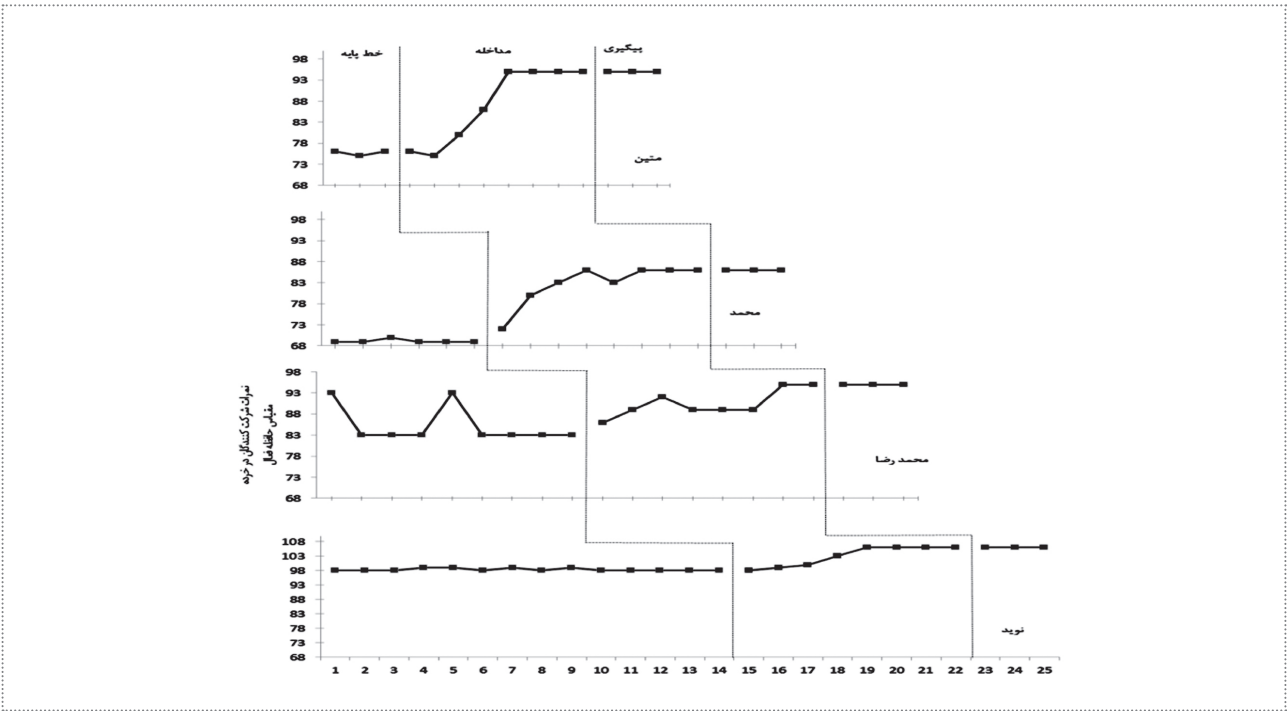
این پژوهش از نوع پژوهش‌های مورد منفرد^۱ یا آزمایش سری‌های زمانی^۲، پژوهشی است مشتمل بر تحقیق فشرده روی تعداد محدودی از افراد که به صورت انفرادی یا در حکم یک گروه واحد در نظر گرفته می‌شوند و در آن از طرح MBD^۳ استفاده شده است. موقعیت نخست، A و موقعیت دوم، B نامیده می‌شود. به طور کلی، موقعیت نخست، خط پایه است. در موقعیت دوم یک مداخله درمانی اجرا می‌شود. سپس متغیر وابسته مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. موقعیت خط پایه (موقعیت کنترل)، رفتار هدف را پیش از اجرای هر روش درمانی اندازه‌گیری می‌کند. در این پژوهش پیش از آغاز مداخله برای هر ۴ آزمودنی خط پایه به روش پلکانی با مقیاس هوشی و کسلسر چهار ارزیابی شد و هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. پس از سه جلسه، خط پایه برنامه شاو برای آزمودنی اول به صورت انفرادی آغاز شد و سه آزمودنی دیگر در موقعیت خط پایه باقی ماندند. همزمان با جلسه سوم مداخله آزمودنی اول، مداخله آزمودنی دوم (که ۶ خط پایه داشت) آغاز شد و آزمودنی سوم و چهارم همچنان در موقعیت خط پایه باقی ماندند. همزمان با جلسه نهم آزمودنی اول، و جلسه ششم آزمودنی دوم، آزمودنی سوم با ۹ نقطه در خط پایه وارد برنامه مداخله شد و آزمودنی

1. Single-subject Experiment
2. Time-series Experiment
3. Multiple baseline Design
4. Visual Analysis

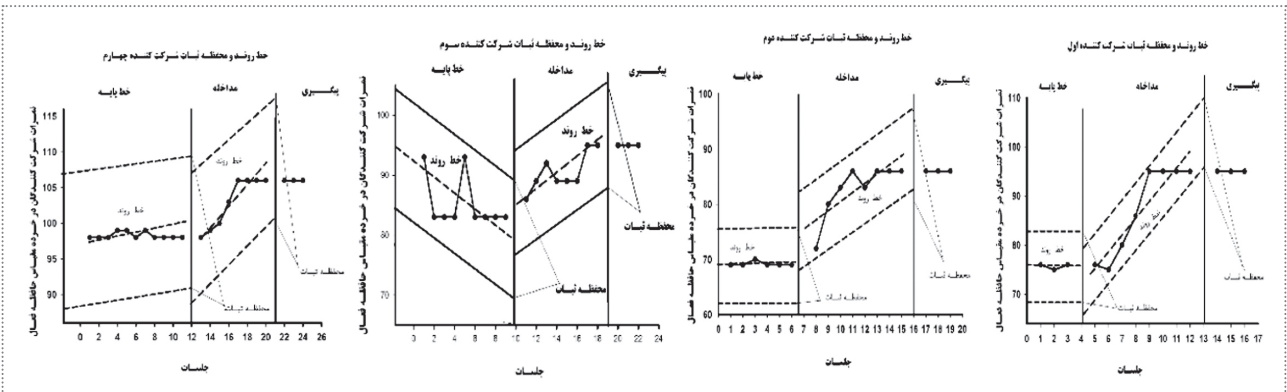
5. Trending
6. Stability
7. Percentage of Non-Overlapping Data
8. Percentage of Overlapping Data

جدول ۳) داده‌های حافظه کاری در موقعیت مداخله و پیگیری برای ۴ آزمودنی

جلسات مداخله و پیگیری شرکت‌کنندگان	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
	م-ز	۷۶	۷۵	۸۰	۸۶	۹۵	۹۵	۹۵	۹۵	۹۵	۹۵
م-م	۷۲	۸۰	۸۳	۸۶	۸۳	۸۶	۸۶	۸۶	۸۶	۸۶	۸۶
م-ن	۸۶	۸۹	۹۲	۸۹	۸۹	۸۹	۹۵	۹۵	۹۵	۹۵	۹۵
ن-پ	۹۸	۹۹	۱۰۰	۱۰۳	۱۰۶	۱۰۶	۱۰۶	۱۰۶	۱۰۶	۱۰۶	۱۰۶



نمودار ۱) اثر بخشی روش شاو بر حافظه کاری



نمودار ۲) خط روند و محفظه ثبات ۴ آزمودنی (تحلیل‌های آماری حذف شد)

قرار دارند. بنابراین، داده‌ها در هر دو بخش در سطح ثبات قرار دارند. مقدار PND برابر با ۸۷/۵ درصد و POD برابر با ۱۲/۵

بر اساس یافته‌های نمودار ۲، مربوط به خط روند در مرحله خط پایه و مرحله مداخله تمام داده‌ها داخل محفظه ثبات

است. بنابراین، آموزش مبتنی بر روش شاو در زمینه حافظه کاری برای شرکت‌کننده اول ۸۷ درصد اثربخش بود. بر اساس یافته‌های نمودار ۲، مربوط به خط روند در مرحله خط پایه و مرحله مداخله تمام داده‌ها داخل محفظه ثبات قرار دارند. بنابراین، داده‌ها در هر دو بخش در سطح ثبات قرار دارند. مقدار PND برابر با ۱۰۰ درصد و POD برابر با صفر است. بنابراین، آموزش مبتنی بر روش شاو در زمینه سرعت پردازش برای شرکت‌کننده دوم کاملاً اثربخش بود. بر اساس یافته‌های نمودار ۲، در نمودار مربوط به خط روند در مرحله خط پایه و مرحله مداخله تمام داده‌ها داخل محفظه ثبات قرار دارند. بنابراین، داده‌ها در هر دو بخش در سطح ثبات قرار دارند. مقدار PND برابر با ۱۰۰ درصد و POD برابر

با صفر است. بنابراین، آموزش مبتنی بر روش شاو در زمینه حافظه کاری برای شرکت‌کننده سوم کاملاً اثربخش بود. بر اساس یافته‌های نمودار ۲، مربوط به خط روند در مرحله خط پایه و مرحله مداخله، تمام داده‌ها داخل محفظه ثبات قرار دارند. بنابراین، داده‌ها در هر دو بخش در سطح ثبات قرار دارند. مقدار PND برابر با ۰/۷۵ درصد و POD برابر با ۰/۲۵ است. بنابراین، آموزش مبتنی بر روش شاو در زمینه سرعت پردازش برای شرکت‌کننده چهارم ۷۵ درصد اثربخش بود. جدول ۴، نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی را برای نمودار داده‌های آزمودنی‌ها طبق فرم تحلیل دیداری نشان می‌دهد (۳۹).

جدول ۴) نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی ۴ آزمودنی در خرده‌مقیاس حافظه کاری

تحلیل بین موقعیتی				تحلیل درون موقعیتی									
$\frac{B}{A}$				مقایسه موقعیت‌ها	B				A				توالی موقعیت‌ها
چهارم	سوم	دوم	اول	شرکت‌کنندگان	چهارم	سوم	دوم	اول	چهارم	سوم	دوم	اول	شرکت‌کنندگان
				تغییرات روند	۸	۸	۸	۸	۱۱	۹	۶	۳	طول موقعیت
$\frac{+}{-} \frac{1}{4}$	$\frac{-}{+} \frac{1}{4}$	$\frac{+}{-} \frac{1}{4}$	$\frac{-}{+} \frac{1}{4}$	تغییرات جهات									سطح
مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	اثر وابسته به هدف	۱۰۴/۵	۸۹	۸۴/۵	۹۰/۵	۹۸	۸۳	۶۹	۷۶	میانه
با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	تغییر ثبات	۱۰۳	۹۰/۵	۸۲/۷۵	۸۸/۳۸	۹۸/۲۷	۸۵/۲۲	۶۹/۱۷	۷۵/۶۷	میانگین
با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	تغییر در سطح	۹۸-۱۰۶	۸۶-۹۵	۸۲/۷۵	۷۶-۹۵	۹۸-۹۹	۸۳-۸۳	۸۴/۵	۷۵-۷۶	دامنه تغییرات
$\frac{۹۹}{۹۸}$	$\frac{۸۹}{۸۳}$	$\frac{۸۴}{۶۹}$	$\frac{۸۳}{۷۶}$	تغییر نسبی	با ثبات	با ثبات	با ثبات	بی ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	دامنه تغییرات محفظه ثبات
$\frac{۹۸}{۹۸}$	$\frac{۸۶}{۸۳}$	$\frac{۷۲}{۶۹}$	$\frac{۸۶}{۷۶}$	تغییر مطلق	۹۹/۵-۱۰۶	۸۹-۹۲	۸۱/۵-۸۶	۸۳-۹۵	۹۸-۹۸	۸۳-۸۳	۶۹-۶۹	۷۶-۷۶	تغییر نسبی
$\frac{۱۰۴}{۹۸}$	$\frac{۸۹}{۸۳}$	$\frac{۸۴}{۶۹}$	$\frac{۹۰}{۷۶}$	تغییر میانه	۹۸-۱۰۶	۸۶-۹۵	۸۲-۸۶	۸۶-۹۵	۹۸-۹۸	۸۳-۸۳	۶۹-۶۹	۷۶-۷۶	تغییر مطلق
$\frac{۱۰۳}{۹۸/۲۷}$	$\frac{۹۰/۵}{۸۵/۲۲}$	$\frac{۸۲/۷۵}{۶۹/۱۷}$	$\frac{۸۸/۳۸}{۷۵/۶۷}$	تغییر میانگین	صعود	صعود	صعود	صعود	همسطح	همسطح	همسطح	همسطح	جهت روند
				همپوشی داده‌ها	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	جهت ثبات
۰/۷۵	۰/۱۰۰	۰/۱۰۰	۸۵/۵	PND	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر	مسیرهای چندگانه
۰/۲۵	۰	۰	۱۲/۵	POD									

طور کلی، یعنی طبق شاخص PND آموزش با ۱۰۰ درصد اثربخش بود و می‌توان گفت مداخله مؤثر بود. در مورد آزمودنی ۴، نمرات خط پایه نشان می‌دهد طی ۱۱ جلسه خط پایه، داده‌ها روندی صعودی داشتند (نمودار ۵). پس از آغاز مداخله، تغییر ثبات در خط پایه به صعودی در مداخله رسید و طبق شاخص PND آموزش با ۷۵ درصد اثربخش بود.

در تبیین نتایج می‌توان گفت با توجه به این که کودکان با عملکرد هوشی مرزی در حافظه کاری مشکل دارند آموزش جهت بهبود حافظه کاری و مؤلفه‌های مربوط به آن می‌تواند موجب تقویت حافظه شود که این امر به نوبه خود می‌تواند باعث بهبود و بالا رفتن سطح عملکرد تحصیلی کودک شود. به عبارت دیگر، آموزش‌های متناسب با مؤلفه‌های حافظه کاری اعم از کلامی، بینایی-فضایی با استفاده از اشکال، و حروف به کودک داده می‌شود که موجب تقویت حافظه، و فعال شدن بخشی از مغز (که در رابطه با حافظه کاری است) می‌شود. در این پژوهش، آموزش‌هایی مناسب با حافظه کاری با استفاده از اشکال، حروف و اعداد در آموزش کودکان مورد استفاده قرار گرفت. در تبیین دیگر باید گفت که در برنامه شاو مهارت‌های دیداری و فضایی آموزش داده می‌شود و مهارت‌های دیداری-فضایی می‌تواند مهارت‌های شناختی را افزایش دهد چون آموزش عینی، مجسم کردن و هم چنین آموزش جهت‌یابی و مفاهیم اساسی باعث می‌شود کودک با درک آن‌ها، از مهارت‌های شناختی (نظیر حافظه، توجه، حل مسئله) سود ببرد و آشکار است که هر چه تمرین و فعالیت‌های شناختی افزایش یابد می‌تواند حافظه کاری را تقویت کند.

در تبیین سوم باید گفت نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند کاستی حافظه متأثر از مشکلاتی است که در کارکردهای اجرایی وجود دارد، به طوری که آسیب کارکردهای اجرایی به کاستی حافظه کاری منجر می‌شود. با توجه به وجود کاستی‌های شناختی به‌ویژه مشکلات بارز در کارکردهای اجرایی، حافظه کاری دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی دچار اشکال است. با توجه به این نکته که اولاً، تأکید و اساس برنامه شاو بر افزایش مهارت‌های شناختی است، و دوم، این برنامه بر تقویت چندین مهارت اصلی مرتبط

سه موقعیت آزمایشی در این مطالعه وجود دارد: (۱) خط پایه (۲) مداخله (۳) پیگیری. طی موقعیت خط پایه، شرکت‌کنندگان آزمون وکسلر را تکمیل کردند. موقعیت مداخله شامل ۱۶ جلسه هفتگی بود. نمودار ۱ موقعیت‌های مختلف پژوهش را در طرح خط پایه چندگانه نشان می‌دهد. همانطور که مشهود است عملکرد کودکان در موقعیت خط پایه در زمینه حافظه کاری پایین است، اما پس از مداخله عملکرد آنها بهبود یافت. نتایج مشاهده شده در نمودار در آزمودنی‌ها مشابه است. نتایج کلی پژوهش نشان داد آموزش یاد شده مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تأثیر آموزش مبتنی بر روش شاو (Shaw) بر بهبود حافظه کاری دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی (BIF) پایه اول بود. یافته‌های حاصل از تحلیل نمودارهای هر ۴ آزمودنی نشان دهنده اثربخشی چارچوب آموزشی شاو بر افزایش حافظه کاری آن‌ها بود. طبق نمودار ۱، داده‌های هر ۴ آزمودنی پس از دریافت آموزش روندی صعودی در جهت هدف پژوهش (افزایش حافظه کاری) را نشان می‌دهد. طبق نمودار ۲، در آزمودنی ۱ پس از طی ۳ نقطه خط پایه، با شروع آموزش تغییر در سطح و روند (طبق شاخص تغییر سطح و روند) در نمرات ایجاد شد و روند نمرات صعودی تغییر یافت که نشان دهنده اثربخشی آموزش بر افزایش حافظه کاری است، همچنین PND نشان می‌دهد هیچ همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله وجود ندارد و مداخله با ۸۵/۵ درصد اطمینان مؤثر است. طبق نمودار ۳، آزمودنی ۲ طی ۶ نقطه خط پایه، روند باثباتی را در حافظه کاری نشان داد. با شروع آموزش، تغییر در سطح و روند (طبق شاخص تغییر سطح و روند) در نمرات ایجاد شد و روند تغییر یافت. همچنین PND نشان می‌دهد که هیچ همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله وجود ندارد و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان مؤثر است. در مورد آزمودنی ۳، نمرات خط پایه نشان می‌دهد طی ۹ جلسه خط پایه، داده‌ها روندی نزولی و ثابت داشتند (نمودار ۴). پس از آغاز مداخله، تغییر صعودی در سطح نمرات ایجاد شد (طبق شاخص تغییر سطح) و به

از این پژوهش با نتایج تحقیق تورل و همکاران (۳۴) همسو و با نتایج پژوهش ریگزو و همکاران (۳۳) ناهماهنگ است. نتایج این پژوهش از دو زاویه بالینی و نظری بسیار مهم است. از دیدگاه بالینی این نتایج نشان داد که روش شاو به‌ویژه در زمینه حافظه کاری می‌تواند در توان بخشی کارکردهای اجرایی به‌ویژه حافظه کاری دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی مفید باشد. از آنجا که ضعف در حافظه کاری می‌تواند از درگیر شدن دانش‌آموز در برنامه‌های آموزشی جلوگیری کند، همچنین، به دلیل رابطه تنگاتنگ کارکردهای اجرایی با پیشرفت تحصیلی، این مداخله می‌تواند ابزار مفیدی جهت دستیابی به پیشرفت تحصیلی بهتر در دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی باشد.

یافته‌های این پژوهش باید با توجه به برخی محدودیت‌های آن مورد توجه و استفاده قرار بگیرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان محدوده سنی (۷-۸) ساله را نام برد بنابراین، نتایج آن را باید با احتیاط به گروه‌های سنی دیگر و یا اختلال‌های دیگر تعمیم داد. علاوه بر این، در این پژوهش از طرح موردمنفرد استفاده شد که لازم است پژوهش با گروه‌های بزرگتر تکرار شود. با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود برنامه شاو در کنار سایر روش‌های آموزشی کودکان با عملکرد هوشی مرزی به کار برده شود. همچنین می‌توان از یافته‌های این پژوهش در مراکز مشاوره و توان بخشی استفاده نمود.

با کارکردهای اجرایی از جمله حافظه، سرعت پردازش اطلاعات و توجه تأکید دارد و مداخلاتی بر روی آن‌ها انجام می‌گیرد بنابراین، شاید دلیل اثرگذاری این برنامه بر حافظه کاری این موارد بوده باشد.

نتایج این پژوهش با تحقیقات شاو (۲۳، ۳۵، ۳۶) همخوانی دارد. همچنین با پژوهش کرانولدگیو، اورسینی (۲۰۱۴)، پزوتی، سالوادور - کارولا و همکاران (۲۰۱۳) همسو است که نتایج آن‌ها نشان داد کودکان با عملکرد هوشی مرزی در گفتار و درک زبان نوشتاری و عملکردهای اجرایی مشکل دارند و در راهبردهای جبرانی نقص دارند. همچنین با پژوهش‌های ماسی و همکاران و اسکوپات و همکاران همسو است که نتایج آن‌ها نشان داد اغلب کودکان BIF فاقد انعطاف‌پذیری شناختی و فراشناختی هستند و توانایی محدودی برای برنامه‌ریزی، تجزیه و تحلیل و تعهد به تکلیف دارند (۹). این مشکلات با رشد کیفی در ارتباط بوده و منجر به کاستی در کارکردهای اجرایی از جمله حافظه کاری می‌شود. همچنین این نتیجه با نتایج مطالعات کلینبرگ و همکاران (۱۳)، آلووی (۲۹)، دهلین و همکاران (۳۲)، وستبرگ و همکاران (۲۲)، تورل و همکاران (۳۴)، راپورت و همکاران (۴۰) و سودر کویست و همکاران (۳۹) همخوانی داشت. نتایج تحقیق آلووی نشان داد دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی نسبت به دانش‌آموزان عادی کاستی گسترده‌تری در حافظه کاری و کارکردهای اجرایی دارند (۳۰). به‌ویژه، حافظه کاری دیداری-فضایی و تکالیف مرتب‌سازی بهترین پیش‌بینی‌کننده برای مجزا کردن قابل اطمینان دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی از عادی است. آلووی همچنین به این نتیجه رسید که دانش‌آموزان با عملکرد هوشی مرزی نیم‌رخ متمایزی از حافظه کاری و کارکردهای اجرایی نسبت به دانش‌آموزان عادی دارند (۲۱). نتایج پژوهش سودرکویست و همکاران نیز حاکی از آن بود که در کودکان با کم‌توانی هوشی، نقایص حافظه کاری کلامی اغلب شدیدتر از نقایص حافظه کاری دیداری-فضایی است (۴۱). در پژوهش وندرملن و همکاران نیز مداخله توانست تنها حافظه کاری کلامی را در کودکان با عملکرد هوشی مرزی افزایش دهد و در حافظه کاری دیداری-فضایی افزایشی مشاهده نشد (۴۲). نتایج به‌دست آمده

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from DSM-IV-tr. American Psychiatric Pub, 2000.
2. Sadock, Benjamin J., and Virginia A. Sadock. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
3. Naderi, E., and M. Saif Naraghi. "Research methods and evaluation in human sciences." Tehran, Iran: Badr Publications (2007). [Persian]
4. Ferrari, Michael. "Borderline intellectual functioning and the intellectual disability construct." *Intellectual and developmental disabilities* 47.5 (2009): 386-389.
5. Ninivaggi, F. J. "Borderline intellectual functioning in children and adolescents: reexamining an

- underrecognized yet prevalent clinical comorbidity." Connecticut Medicine 65.1 (2001): 7-11.
6. Gh, Afrooz. "Introduction to psychology and education of exceptional children." Tehran: Tehran University Publications (2010). [Persian]
 7. Behpazhouh, A., and B. Salemian. "Comparison of perception of cognitive and social competences in low achiever, slow learner and normal students." (2001): 21-40.. [Persian]
 8. Carulla, Luis Salvador, et al. "Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11." World Psychiatry 10.3 (2011): 175-180.9. Cornoldi, C., Giofre, D., Orsini, A., & Pezzuti, L. (2014). Differences in the intellectual profile of children with intellectual vs. learning disability. Research in Developmental Disabilities, 35(9), 2224-2230.
 9. Cornoldi, Cesare, et al. "Differences in the intellectual profile of children with intellectual vs. learning disability." Research in Developmental Disabilities 35.9 (2014): 2224-2230.
 10. Karande, Sunil, Sandeep Kanchan, and Madhuri Kulkarni. "Clinical and psychoeducational profile of children with borderline intellectual functioning." The Indian Journal of Pediatrics 75.8 (2008): 795.
 11. Dagenais, Emmanuelle, et al. "Role of executive functions in prospective memory in multiple sclerosis: Impact of the strength of cue-action association." Journal of clinical and experimental neuropsychology 38.1 (2016): 127-140.
 12. Ashori, Mohammad, Sogand Ghasemzadeh, and Fatemeh Dallalzadeh Bidgoli. "The Impact of Play Therapy Based on Cognitive-behavioral Model on the Social Skills of Preschool Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder." Quarterly Journal of Child Mental Health 6.2 (2019): 27-39.
 13. Klingberg, Torkel, and Fiona McNab. "Working memory remediation and the D1 receptor." American Journal of Psychiatry 166.5 (2009): 515-515.
 14. Alloway, Tracy P., et al. "Evaluating the validity of the automated working memory assessment." Educational Psychology 28.7 (2008): 725-734.13. Harkin, B., Miellet, S., & Kessler, K. (2012). What checkers actually check: an eye tracking study of inhibitory control and working memory? PloS one, 7(9), e44689.
 15. Harkin, Ben, Sebastien Miellet, and Klaus Kessler. "What checkers actually check: an eye tracking study of inhibitory control and working memory?" PloS one 7.9 (2012): e44689.
 16. Arjmandnia, A., and M. ShokoohiYekta. "Improving Working Memory." (2012).
 17. Giofrè, David, Irene C. Mammarella, and Cesare Cornoldi. "The structure of working memory and how it relates to intelligence in children." Intelligence 41.5 (2013): 396-406.
 18. Davis, Nash, Linda Sheldon, and Susan Colmar. "Memory mates: A classroom-based intervention to improve attention and working memory." Journal of Psychologists and Counsellors in Schools 24.1 (2014): 111-120.
 19. Baddeley, Alan. "Working memory: looking back and looking forward." Nature reviews neuroscience 4.10 (2003): 829.18. Alloway, T. P., & Alloway, R. G. (Eds.). (2013). working memory: The connected intelligence. Psychology Press.
 20. Alloway, Tracy Packiam, and Ross G. Alloway, eds. working memory: The connected intelligence. Psychology Press, 2013.
 21. Masi, Gabriele, Mara Marcheschi, and Pietro Pfanner. "Adolescents with borderline intellectual functioning: psychopathological risk." Adolescence 33.130 (1998): 415-415.
 22. Westerberg, Helena, et al. "Computerized working memory training after stroke—a pilot study." Brain Injury 21.1 (2007): 21-29.
 23. Shaw, S. R. "Borderline intellectual functioning: rejecting an outmoded classification or ignoring critical challenges." Revista Psihologie. Pedagogie specială. Asistentă socială (Journal of Psychology, Special Education, and Social Work) 3 (2008): 53-78.
 24. Gordey, David Walter. "Teacher-Student Relatedness: The Importance of Classroom Relationships for Children with Hearing Loss." (2018).
 25. Vlachou, Anastasia, Eleni Didaskalou, and Effi Argyrakouli. "Preferences of students with general learning difficulties for different service delivery modes." European Journal of Special Needs Education 21.2 (2006): 201-216.
 26. Bhatt, M. "Are the teaching practices in mainstream classrooms having children with special needs inclusive? Reflections in Indian context." (2008).
 27. Klingberg, Torkel, et al. "Computerized training of working memory in children with ADHD-a randomized, controlled trial." Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 44.2 (2005): 177-186.
 28. Abedi, Ahmad, and S. Aghababaei. "The effectiveness

- of working memory training on improving the academic performance of children with dyscalculia." (2011): 0-0.. [Persian]
29. Alloway, T. P. "Working memory and executive function profiles of individuals with borderline intellectual functioning." *Journal of Intellectual Disability Research* 54.5 (2010): 448-456.
30. Maehler, Claudia, and K. Schuchardt. "Working memory functioning in children with learning disabilities: does intelligence make a difference?" *Journal of Intellectual Disability Research* 53.1 (2009): 3-10.
31. Kaznowski, Kimberly. "Slow learners: Are educators leaving them behind?." *NASSP Bulletin* 88.641 (2004): 31-45.
32. Dahlin, Erika, et al. "Plasticity of executive functioning in young and older adults: immediate training gains, transfer, and long-term maintenance." *Psychology and aging* 23.4 (2008): 720.
33. Riggs, Nathaniel R., et al. "The mediational role of neurocognition in the behavioral outcomes of a social-emotional prevention program in elementary school students: Effects of the PATHS curriculum." *Prevention Science* 7.1 (2006): 91-102.
34. Thorell, Lisa B., et al. "Training and transfer effects of executive functions in preschool children." *Developmental science* 12.1 (2009): 106-113..
35. Shaw, S.R. (2012). *Bilding Resilience for Children with Borderlin Intelligence: A Meta – Acadmic Frame work*, international school psychology association montreal ,QC july 9,2012.
36. Shaw, Steven, Darlene Grimes, and Jodi Bulman. "Educating slow learners: Are charter schools the last, best hope for their educational success." *The Charter Schools Resource Journal* 1.1 (2005): 10-19. *International Journal of Educational Planning & Administration*, 3(2), 139-143.
37. Wechsler, David. "Wechsler intelligence scale for children—Fourth Edition (WISC-IV)." San Antonio, TX: The Psychological Corporation (2003).
38. Abedi, M. R., A. Sadeghi, and M. Rabiei. "Standardization of the Wechsler intelligence scale for children-IV in Chahar Mahal Va Bakhteyri State." (2013): 138-158. [Persian]
39. Farahani, H. A., et al. "Methodology of case study designs in behavioral sciences and medical (practical approach)." Persian. Tehran: Dange (2010). [Persian]
40. Rapport, Mark D., et al. "Do programs designed to train working memory, other executive functions, and attention benefit children with ADHD? A meta-analytic review of cognitive, academic, and behavioral outcomes." *Clinical psychology review* 33.8 (2013): 1237-1252.
41. Söderqvist, Stina, et al. "Computerized training of non-verbal reasoning and working memory in children with intellectual disability." *Frontiers in human neuroscience* 6 (2012): 271.
42. Van der Molen, MJvd, et al. "Effectiveness of a computerised working memory training in adolescents with mild to borderline intellectual disabilities." *Journal of Intellectual Disability Research* 54.5 (2010): 433-447.

پیش‌بینی تعامل مادر - کودک بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای مادران دارای کودک با کم‌توانی هوشی

□ آفرین مثنوی‌خوان*، کارشناسی ارشد روان‌شناسی شخصیت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

صفحات ۳۹ - ۴۶

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش پیش‌بینی تعامل مادر-کودک بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و سبک مقابله‌ای در مادران دارای کودک با کم‌توانی هوشی بود.

روش: پژوهش پیش‌رو از نوع همبستگی است. نمونه آماری شامل ۲۰۹ نفر از مادران دارای کودک با کم‌توانی هوشی بود که به صورت طبقه‌ای از چهار ناحیه آموزش و پرورش شهرستان کرج در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه شخصیتی نئو مک کری و کاستا (۱۹۸۵) و تعامل مادر-کودک رابرت (۱۹۶۱) و سبک مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (۱۹۸۸)، و جهت تحلیل داده‌ها از شاخص آماری پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل یافته‌ها نشان داد ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای توان پیش‌بینی تعامل مادر-کودک را ندارند. همچنین میان برخی از خرده‌مقیاس‌های متغیر ویژگی‌های شخصیتی و تعامل مادر کودک رابطه معناداری وجود دارد (۰/۰۵ < p). میان خرده‌مقیاس پذیرش با خرده‌مقیاس‌های انعطاف‌پذیری و مسئولیت‌پذیری رابطه مثبت و مستقیم و میان خرده‌مقیاس‌های حمایت، سهل‌گیرانه و طرد با خرده‌مقیاس‌های روان‌نژندگرایی، انعطاف‌پذیری، دلپذیری و مسئولیت‌پذیری رابطه معکوس و منفی وجود دارد. میان خرده‌مقیاس‌های متغیر راهبردهای مقابله‌ای و تعامل مادر-کودک رابطه معناداری (۰/۰۵ < p) وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت برای پیش‌بینی کیفیت تعامل مادر-کودک با کم‌توانی هوشی ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای مادران، نقش چندانی نداشته و متغیرهای دیگری این ارتباط را تبیین می‌کنند. **واژه‌های کلیدی:** تعامل مادر-کودک، ویژگی‌های شخصیتی، سبک مقابله‌ای، کودک با کم‌توانی هوشی.

مقدمه

با وجود بسیاری از مشکلات که والدین برای تولد فرزند خود متحمل می‌شوند، امید به سالم و طبیعی بودن کودک موجب احساس اعتماد در آنها و در نتیجه پذیرش کودک می‌شود. به محض آگاه شدن والدین از کم‌توانی هوشی فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها مبدل به ناامیدی شده و مشکلات شروع می‌شود (۱). این موضوع می‌تواند موجب عدم پذیرش کودک توسط مادر شود. این پذیرش از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر تحول روانی و اجتماعی کودک محسوب می‌شود (۲، ۳). در این

خصوص ویژگی‌های والدین به‌ویژه مادر (۴)، رفتار مادرانه و واکنش‌های مادر نسبت به فرزند (بر اساس نظریه دلبستگی) تأثیر بسزایی نه تنها در دوران کودکی بلکه تأثیر ماندگاری در تمام مراحل دارد. از این رو، می‌توان این‌گونه بیان کرد یکی از عوامل بنیادی، نحوه پذیرش و برخورد مادر با کم‌توانی کودک است (۵، ۶). تولد کودک با کم‌توانی هوشی به عنوان منبع فشارزا (۷-۱۰) سلامت عمومی والدین به‌ویژه مادران (۱۱) را به خطر می‌اندازد ولی میزان تأثیر آن تا اندازه‌ای به ارزیابی شناختی و ویژگی‌های شخصیتی و مهارت‌های مقابله‌ای مادر بستگی دارد

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی و جزو مطالعات همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش همه مادران دارای کودک با کم‌توانی هوشی مقطع ابتدایی (۱۴-۶ ساله) مشغول تحصیل در مدارس استثنایی نواحی ۴ گانه کرج در سال ۹۷-۹۶ بودند. نمونه آماری این پژوهش شامل ۲۰۹ نفر بود که براساس جدول مورگان^۱ از مادران دارای کودک با کم‌توانی هوشی و به روش طبقه‌ای (رعایت نسبت توزیع افراد گروه جامعه در گروه نمونه)، از بین ۴ ناحیه آموزش و پرورش مدارس استثنایی کرج (ناحیه یک، ۴۴ نفر؛ ناحیه دو، ۳۶ نفر؛ ناحیه سه، ۶۶ نفر؛ ناحیه چهار، ۸۰ نفر؛ و ناحیه پنج، ۶۳ نفر از ۷۵ نفر) انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از بهره هوشی ۵۰ تا ۶۹ (براساس نتایج سنجش تخصصی در زمان نام‌نویسی و براساس آزمون‌های هوش برای هر دانش‌آموز در سامانه سناد)، نداشتن اختلالات دیگر، قرارگیری دانش‌آموز در گروه سنی مورد نظر (۱۴-۶ ساله)، رضایت از شرکت داوطلبانه، و حداقل سواد مادر. برای جمع‌آوری داده‌ها نیز از سه پرسشنامه زیر استفاده شد.

الف) پرسشنامه رابطه مادر-کودک: پرسشنامه مذکور توسط روث^۲ در دانشگاه واشنگتن تهیه و به فارسی ترجمه شده است. پرسشنامه رابطه مادر-کودک با ۴۸ پرسش، چهار ویژگی (میزان پذیرش، طرد، اعطای آزادی و ابراز محبت به کودک از سوی مادر) را می‌سنجد به گونه‌ای که هر یک از پرسش‌ها برای سنجیدن یکی از ویژگی‌های یادشده طراحی شده‌اند. در تنظیم پاسخ‌های پرسشنامه، الگوی لیکرت مدنظر بوده است (کاملاً موافقم، موافقم، نمی‌توانم تصمیم بگیرم، مخالفم و کاملاً مخالفم). این پرسشنامه از نظر روایی محتوایی به تأیید سه تن از کارشناسان رسید و از نظر پایایی نیز از طریق دو نیمه کردن سؤالات ۵۸/۰ به دست آمد (۲۹). در پژوهش حاضر نیز برای به دست آوردن پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ضرایب با میانگین ۰/۷۹ برای خرده‌مقیاس‌های مختلف حاصل شد.

ب) پرسشنامه ۵ عاملی شخصیت: پرسشنامه ۵ عاملی جدید شخصیت (NEOPI-R) و نسخه بازنگری شده آن (NEO-FFI) پرسشنامه‌های شخصیتی هستند که در سال ۱۹۸۵ مک‌کری و کاستا^۳ برای جمعیت بهنجار تهیه کردند و در طی دهه گذشته

(۱۲). یکی از عوامل مهمی که به نظر می‌رسد بیشترین نفوذ را بر روابط و رفتار داشته باشد ویژگی‌های شخصیتی است (۱۳، ۱۴) و از تفاوت‌های فردی در حکم عامل اصلی تفاوت در شخصیت افراد یاد می‌شود (۱۵، ۱۶). علاوه بر آن، راهبردهایی که افراد جهت مقابله با رویدادهای فشارزا (۱۷) به کار می‌برند نیز در حکم عامل برانگیزاننده می‌توانند تجربه هیجانات مثبت و منفی، بهزیستی ذهنی، رفتاری و هیجانی فرد را به مخاطره اندازند (۱۸، ۱۹). سبک‌های مقابله‌ای، تلاش‌های شناختی و رفتاری هستند که افراد در موارد فشارزا (۲۰) برای کنار آمدن با مسائل و مشکلات به کار می‌برند و نقش اساسی و تعیین‌کننده‌ای در سلامت جسمانی و روانی آنها ایفا می‌کند (۲۱). براساس پژوهش‌های انجام شده والدین کودکان با کم‌توانی هوشی نسبت به والدین کودکان بدون کم‌توانی هوشی در مواجهه با موقعیت‌های فشارزا، از راهبردهای مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌کنند (۳، ۲۱، ۲۲) که در صورت برقراری تعامل مفید و سازنده از جمله بازی (۲۳) می‌تواند شرایط بهتری را برای کودک و همچنین مادر فراهم کند. پژوهش‌ها در رابطه با الگوهای تعاملی نشان داده‌اند مادران دارای کودک با کم‌توانی هوشی، فشار روانی بیشتری را تجربه می‌کنند. رایج‌ترین الگوهای ارتباطی آنها سهل‌گیرانه و طرد است و الگوهای ارتباطی پذیرش در سطح کمتری قرار دارد (۷، ۱۰، ۲۴، ۲۵). این سطح از فشار روانی در مادران دانش‌آموزان با اختلالات یادگیری نیز دیده می‌شود (۲۶) که می‌توان با آموزش سبک‌های فرزندپروری (۲۷) و مداخلاتی در راستای بهبود تعامل مادر-کودک (۲۳) بر بخشی از این فشارها چیره شد. اما آنچه در این پژوهش‌ها مورد بررسی قرار نگرفته است نقش ویژگی‌های شخصیتی در تعامل و ارتباط است؟ اگر چه در برخی پژوهش‌ها رابطه میان شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای اشاره شده اما رابطه آن با کیفیت تعامل مادر-کودک مورد توجه قرار نگرفته است (۲۸). حال پرسش این است، آیا ویژگی‌های شخصیتی مادر (برون‌گرایی، مسئولیت‌پذیری، انعطاف‌پذیری، روان‌نژندگرایی و دل‌پذیری) می‌توانند تعامل مادر با کودک را به شکل پذیرش، حمایت افراطی، سهل‌گیری و طرد نشان دهند. از این رو، با توجه به پیش‌بین بودن متغیرهای ویژگی شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای برای متغیر تعامل مادر-کودک، پژوهش حاضر به دنبال بررسی میزان پیش‌بینی کیفیت تعامل مادر-کودک براساس متغیرهای ویژگی شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای است.

1. Morgan
2. Roth

3. Mc Cray and Costa

این پرسشنامه ۶۶ پرسش دارد و هشت راهبرد مقابله‌ای را می‌سنجد. این الگوهای هشت‌گانه به دو دسته روش‌های مسئله‌مدار (جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل‌مدبرانه مسئله، و ارزیابی مجدد مثبت)، و هیجان‌مدار (مقابله رویاروی، دوری جویی، خویش‌داری و گریز-اجتناب) تقسیم شده‌اند و هر چه فردی در این خرده‌مقیاس‌ها نمره بیشتری کسب کند نشان دهنده آن است که از این راهبردها در موقعیت‌های فشارزا بیشتر استفاده می‌کند. برای نمره‌گذاری از روش ۴ گزینه‌ای لیکرت استفاده شد (صفر نشانگر «به‌کار نبردم»، نشانگر ۱، «تا حدودی به‌کار بردم»، ۲ نشانگر «بیشتر مواقع به‌کار بردم»، و ۳ نشانگر «زیاد به‌کار بردم»). روایی درونی پرسشنامه مذکور برای خرده‌مقیاس‌های مختلف از ۰/۷۸ تا ۰/۸۴ و پایایی نیز میان ارقام ۰/۸ تا ۰/۸۸ گزارش شده است (۱۸). پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر برای مؤلفه‌های مختلف با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ بود.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی به‌دست آمده از افراد گروه نمونه نشان داد بیشتر مادران، دارای مدرک تحصیلی معادل دیپلم و تنها ۴ درصد شاغل بودند. در این میان، ۲۹ مادر بیش از یک فرزند استثنایی داشتند و فرزند استثنایی نیمی از آنها اولین فرزند خانواده بود.

بیشترین استفاده را در کاربست‌های پژوهشی و بالینی داشتند. این پژوهشگران با استفاده از تحلیل عاملی به این نتیجه رسیدند پنج بُعد (روان‌نژندگرایی، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی) را می‌توان برای تفاوت‌های فردی در خصوصیات شخصیتی منظور کرد. گروسی، حق‌شناس و نفیسی در سال ۱۳۷۸ این پرسشنامه را در ایران هنجاریابی کردند (۲۱). فرم کوتاه این ابزار دارای شصت ماده است که پنج عامل اصلی مذکور را در شش خصوصیت برای هر عامل می‌سنجد. برای هر عامل در این پرسشنامه، دوازده پرسش وجود دارد و مواد به‌صورت پنج‌گزینه‌ای (کاملاً موافقم ۴، موافقم ۳، نظری ندارم ۲، مخالفم ۱، کاملاً مخالفم ۰) نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهش مک‌گری و کاستا و برای بررسی روایی پرسشنامه با استفاده از روایی همزمان و روایی همگرا میزان روایی ۰/۷۱ تا ۰/۷۷ برای هر بُعد به‌دست آمد. همچنین ضریب آلفای گزارش شده توسط مک‌گری و کاستا بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ با میانگین ۰/۸۱ متغیر است (۳۰). آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر نیز برای پنج بُعد ذکرشده از ۰/۸۳ تا ۰/۸۸ متغیر بود.

ب) پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن؛

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (۱۹۸۸) بر اساس نظریه شناختی-پدیدارشناختی درباره فشار روانی طراحی شده است و به سنجش افکار و اعمالی می‌پردازد که افراد برای مقابله با برخوردهای فشارزای زندگی روزمره به‌کار می‌برند.

جدول ۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	خرده‌مقیاس	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
راهبرد مقابله‌ای	مسئله‌مدار	۳۷/۸۹	۶/۹۸	۰/۵۰	۰/۴۰
	هیجان‌مدار	۳۵/۷۰	۱۱/۰۲	۰/۱۶	۱/۱۲
رابطه مادر-کودک	پذیرش	۳۷/۲۱	۷/۶۴	۱/۵۵	۱/۷۳
	حمایت	۳۸/۱۴	۹/۹۱	۰/۳۷	۱/۰۴
	سهل‌انگارانه	۴۰/۰۶	۸/۴۷	-۰/۳۷	۰/۵۶
	طرد	۳۸/۴۳	۶/۳۷	-۰/۰۴	۰/۰۹
ویژگی شخصیتی	روان‌نژندگرایی	۲۴/۱۳	۷/۵۸	۰/۰۹	۰/۰۲
	برون‌گرایی	۲۸/۶۸	۵/۵۲	۰/۷۷	۱/۹۱
	انعطاف‌پذیری	۲۶/۲۹	۵/۷۴	۰/۶۶	۱/۸۶
	دلپذیری	۳۰/۸۹	۵/۲۲	۰/۰۶	۰/۸۷
	مسئولیت‌پذیری	۳۶/۴۵	۶/۹۳	-۰/۶۱	۱/۰۶

می‌توان گفت داده‌ها هنجار بوده و می‌توان از آزمون‌های پارامتری در تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

نتایج جدول ۱ علاوه بر مشخص نمودن شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش، نشان می‌دهد قدمطلق نمرات شاخص چولگی و کشیدگی کمتر از ۲ است که بر این اساس

جدول ۲) ماتریس همبستگی برای متغیرهای ویژگی شخصیتی و راهبرد مقابله‌ای با تعامل مادر-کودک

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
روان‌نژندگرای	۱										
برون‌گرایی	-.۲۶۵**	۱									
انعطاف‌پذیری	-.۱۳۲	۰.۰۷۹	۱								
دلپذیری	-.۲۶۲**	۰.۲۴**	۰.۱۸۹**	۱							
مسئولیت‌پذیری	-.۳۱**	۰.۴۱۳**	۰.۲۳۴**	۰.۴۱۵**	۱						
مسئله‌مدار	-.۰۰۶	۰.۲۵۳**	۰.۱۹۶**	۰.۱۲۷	۰.۳۱۷**	۱					
هیجان‌مدار	۰.۱۳۴	۰.۰۶	-.۰۲۱	۰.۱	۰.۱۴۹**	-.۰۵۲۱**	۱				
پذیرش	-.۰۲۹	-.۰۰۹	۰.۲۸۴**	۰.۱۲	۰.۲۳۳**	-.۰۲۸	-.۰۱۱۹	۱			
حمایت	۰.۱۰۴	-.۰۰۶۸	-.۰۲۹۳**	-.۰۱۲۱	-.۰۱۴۵*	-.۰۰۴۸	۰.۰۲	-.۰۲**	۱		
سهل‌گیرانه	۰.۱۶۸*	-.۰۰۴۱	-.۰۰۸۶	-.۰۱۵*	-.۰۱۴۵*	۰.۰۰۴	-.۰۰۲۴	-.۰۱۲۴	۰.۰۶۱**	۱	
طرد	۰.۱۳۹*	-.۰۰۱۴	-.۰۱۲۸	-.۰۱۲۲	-.۰۲۱۳**	۰.۱۰۴	۰.۰۳۸	-.۰۲۴**	۰.۰۴۸**	۰.۰۵۰۴**	۱

*p<0.05 **p<0.01

سطوح ۰.۰۱ و ۰.۰۵ برقرار است اما میان خرده‌مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای و تعامل چهارگانه رابطه معناداری وجود ندارد. بنابراین، متغیر راهبردهای مقابله‌ای از معادله رگرسیون خارج می‌شود.

بر اساس نتایج جدول ۲ می‌توان گفت میان تعامل سهل‌گیرانه (r= ۰.۱۶۸)، و طرد (r= ۰.۱۹۳) با روان‌نژندگرای؛ تعامل پذیرش (r= ۰.۲۸۴) و حمایت (r= -۰.۲۹۳) با انعطاف‌پذیری؛ تعامل پذیرش (r= ۰.۲۳۳)؛ و حمایت سهل‌گیرانه (r= -۰.۱۴۵) و طرد (r= -۰.۲۱۳) با مسئولیت‌پذیری رابطه معناداری در

جدول ۴) آزمون بررسی استقلال مقادیر باقیمانده یا خطا

مدل	R	R ^۲	R تعدیل شده	دوربین واتسون
۱	۰.۱۹۷	۰.۰۳۹	۰.۰۱۵	۱/۴۴

برای آزمون استقلال خطاها در بین متغیرهای پیش‌بین، ارزش شاخص دوربین واتسون^۲ مورد بررسی قرار گرفت. ارزش شاخص مذکور ۱/۴۴ بود. به نظر فیلد^۳ ارزش شاخص دوربین واتسون بالاتر از ۲، نشان‌دهنده عدم استقلال خطاهاست. بر این اساس، با توجه به ارزش شاخص آزمون، بررسی استقلال مقادیر باقیمانده یا خطا محاسبه شد و می‌توان گفت فرض استقلال خطاها نیز در بین داده‌های پژوهش برقرار است.

جدول ۳) ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای پژوهش

variance inflation factor	Tolerance	متغیر
۱/۱۶	۰/۸۵	روان‌نژندگرای
۱/۲۴	۰/۸	برون‌گرایی
۱/۰۷	۰/۹۳	انعطاف‌پذیری
۱/۲۵	۰/۷۹	دلپذیری
۱/۴۶	۰/۶۸	مسئولیت‌پذیری

بر اساس دیدگاه میر، گومست، گارینو^۱ ارزش عامل تورم واریانس بالاتر از ۱۰ و ارزش ضریب تحمل کمتر از ۰/۱ نشان‌دهنده هم‌خطی و در نتیجه این فرض، رگرسیون برقرار است.

1. Meyer, Gomest and Guarino

2. Durbin-Watson

3. Fild

با توجه به رعایت فرض رگرسیون در ادامه به تحلیل فرضیه پژوهش پرداخته می‌شود.

جدول ۵) نتایج معناداری مدل رگرسیون

الگو	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
همزمان	رگرسیون	۲۰۹/۴۹۵	۵	۴۱/۸۹۴	۱/۶۳	
	باقیمانده	۵۲۰۴/۶۰۳	۲۰۳	۲۵/۶۳۸		۰/۱۵۲
	مجموع	۵۴۱۴/۰۷۱	۲۰۸			

جدول ۶) ضرایب رگرسیون

مدل	متغیر	β	T	سطح معناداری
همزمان	ثابت		۱۱/۰۶۸	۰/۰۰۰
	روان نژندگرایی	۰/۱۲۶	۱/۶۹	۰/۰۹
	برون گرایی	۰/۰۵	۰/۶۵	۰/۵۱
	انعطاف پذیری	-۰/۰۷۶	-۱/۰۶	۰/۲۸
	دلپذیری	-۰/۰۵۹	-۰/۷۶	۰/۴۴
	مسئولیت پذیری	-۰/۰۴۹	-۰/۵۹	۰/۵۵

انعطاف‌پذیری ($\beta = -۰/۰۷۶$)، دلپذیری ($\beta = -۰/۰۵۹$) و مسئولیت‌پذیری ($\beta = -۰/۰۴۹$) بر تعامل مادر-کودک معنادار نبودند و معادله رگرسیون برای پیش‌بینی شکل نمی‌گیرد.

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۶ می‌توان گفت علی‌رغم رابطه معنادار میان متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت تعامل مادر-کودک، روان‌نژندگرایی ($\beta = ۰/۱۲۶$)، برون‌گرایی ($\beta = ۰/۰۵$)،

بحث و نتیجه‌گیری

رابطه معنادار، نمی‌توانند تعامل مادر-کودک را پیش‌بینی کنند. نتایج یافته‌های این فرضیه با یافته‌های (۴، ۶، ۱۷، ۲۰) همسو است. در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان این‌گونه بیان کرد با توجه به شدت رابطه کم در ماتریس همبستگی میان متغیرهای پژوهش، انتظار می‌رفت متغیرها در معادله رگرسیون وارد نشوند (مانند خرده‌مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای) و یا در صورت وارد شدن به معادله رگرسیون (ویژگی شخصیتی) از توان کم پیش‌بینی برخوردار باشند. اما در خصوص وجود رابطه معنادار میان متغیرهای پژوهش می‌توان اشاره کرد شخصیت هر فرد در دوران کودکی شکل می‌گیرد و این ویژگی‌ها می‌توانند در سرتاسر گستره زندگی انسان اثرگذار باشند، مادران نیز از این قاعده مستثنی نیستند. این ویژگی‌های شخصیتی بر کیفیت تعامل مادران با فرزندشان اثر می‌گذارد اما آنچه در این خصوص

والدین به‌ویژه مادران دارای کودک با کم‌توانی هوشی فشار روانی و جسمانی بیشتری را نسبت به والدین دارای کودک بدون کم‌توانی هوشی تجربه می‌کنند و این فشار در روابط آن‌ها اثر می‌گذارد. هر چه مادر، فشار روانی بیشتری را تجربه کند الگوی تعامل به سمت طرد پیش می‌رود و هر چه فشار روانی کمتر باشد پذیرش بیشتر می‌شود. انتخاب راهبردها به مهارت مادر بستگی دارد. بر این اساس با توجه به اهداف پژوهش، فرضیه مطرح شده با روش رگرسیون به دنبال پیش‌بینی کیفیت تعامل مادر-کودک بر اساس متغیرهای ویژگی‌های مشترک و راهبردهای مقابله‌ای بود. برای پیش‌بینی متغیر رابطه مادر-کودک تنها متغیر ویژگی‌های شخصیتی وارد معادله رگرسیون شد که در نهایت نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد ویژگی‌های شخصیتی علی‌رغم وجود

مهم است وجود فرزند استثنایی و با تأکید بر کم‌توانی هوشی در پژوهش پیش‌رو است. از این رو، ویژگی‌های شخصیتی مادران در حکم یکی از اعضای خانواده که نقش مستقیم در تربیت فرزندان دارد حائز اهمیت است. این مهم، زمانی که تعامل مادر-کودک به دوران کودکی و سال‌های اولیه زندگی اشاره داشته باشد از اهمیت دو چندانی برخوردار است و مادر با ویژگی‌های شخصیتی خود تعامل و کیفیت تعامل با فرزندش را پایه‌ریزی می‌کند. از سوی دیگر، به سبب نوع مشکلات و مسائلی که کودک استثنایی دارد نیازمند حمایت و توجه بیشتری است و تمام این موارد بر عهده مادر (در حکم اولین فرد دارای ارتباط دوطرفه با کودک) است. از سویی دیگر، ویژگی‌های روان‌شناختی مادران (از قبیل تنش زیاد، اضطراب و افسردگی) می‌توانند تعامل مثبت مادر-کودک را تحت تأثیر قرار دهند. این ویژگی‌ها، انرژی موجود در مادران را صرف مراقبت از خود می‌کند و این شرایط نیز به نوعی بر تعامل مادر-کودک اثر می‌گذارند (۲۶). وجود کودک با کم‌توانی هوشی، شوکی در والدین ایجاد می‌کند و در پی آن والدین برای از بین بردن چنین شوکی تلاش زیاد می‌کنند. وقتی والدین پس از درمان‌های بسیار متوجه عدم تغییر کم‌توانی هوشی کودک‌شان می‌شوند، افسرده و نسبت به مشکلات و فشارها آسیب‌پذیر می‌شوند و تمایل به دریافت حمایت از سوی دیگران دارند ولی والدین به‌ویژه مادران آنها که ارتباط نزدیکی با کودک دارند دچار ضربات روحی، روانی، اجتماعی و ارتباطی مهلکی می‌شوند. کودک با کم‌توانی هوشی، بیشترین فشار را بر مادر وارد می‌کند به طوری که تعادل روانی مادر را مدت‌ها دگرگون می‌کند. اگرچه بدون شک بیشتر مادران پس از مدتی سازگاری خود را به دست خواهند آورد ولی علاوه بر نگرانی در مورد آینده فرزند خود، تنش‌های جانبی که مربوط به مراقبت، سلامت و... است وجود دارد که می‌تواند بهداشت روانی مادر را در معرض خطر قرار دهد. موارد ذکر شده در یافته‌های فرض مطرح شده برای خرده‌مقیاس‌های ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات نیز تجلی یافت به‌گونه‌ای که ویژگی شخصیتی روان‌نژندگرای در حکم ویژگی منفی تلقی می‌شود و به‌جز خرده‌مقیاس سهل‌گیرانه با سایر خرده‌مقیاس‌های رابطه مادر-کودک رابطه معناداری ندارد. از سوی دیگر، میان

برخی خرده‌مقیاس‌ها رابطه معکوس وجود دارد. به عنوان مثال، مادری که ویژگی شخصیت مسئولیت‌پذیر دارد در تعامل با کودک خود نمی‌تواند سهل‌گیرانه برخورد کند و رابطه این دو متغیر؛ معکوس، و رابطه میان این خرده‌مقیاس با رابطه مادر-کودک؛ از نوع حمایت و پذیرش، مثبت و مستقیم است. براساس این نتایج، نتایج دیگر پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند مادران دارای کودک با کم‌توانی هوشی فشار روانی بیشتری را از آن‌چه در میان مادران با فرزند بدون کم‌توانی هوشی وجود دارد تجربه می‌کنند و این امر سبب می‌شود تعامل مادر-کودک آسیب‌پذیر باشد به‌گونه‌ای که الگوهای ارتباطی سهل‌گیرانه و طرد در مقایسه با دیگر الگوها (از جمله پذیرش) کمتر در میان این گروه از مادران دیده می‌شود (۷، ۱۰، ۲۴، ۲۵). در ارتباط با عدم رابطه معنادار میان دو متغیر، راهبرد مقابله‌ای و کیفیت تعامل مادر-کودک نیز بایستی این یافته براساس واکنش اولیه مادران تبیین شود. به‌طور خلاصه، بایستی به این نکته اشاره کرد دلیل عدم معناداری روابط میان متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای و تعامل مادر-کودک، متفاوت بودن واکنش اولیه مادر در تولد فرزند است. به‌نظر پژوهشگران کیفیت تعامل والد-کودک به تأثیر نحوه برقراری ارتباط و نگرش نسبت به کودک و ایجاد یک جو عاطفی توسط والدین و به‌ویژه مادر بستگی دارد (۲۷) که به این معناست واکنش اولیه مادر به فرزند استثنایی خود می‌تواند نوع راهبرد وی در تعامل دوطرفه مادر-کودک را پیش‌بینی کند. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش گلیدن، بیلینگز، و جاب^۱ (۲۰۰۶)؛ و حجازی و صبحی^۲ (۲۰۱۰) که به این نتیجه رسیدند روان‌نژندگرایی در مادران کودکان با کم‌توانی هوشی نسبت به دیگر ابعاد شخصیت هم‌سو است (۱۴، ۲۸). نکته دیگری که در تبیین پژوهش حاضر می‌توان راهگشا باشد مقابله مذهبی است و این امر از آنجایی حائز اهمیت است که خانواده‌های گروه نمونه در یک بافت مذهبی (در جامعه ایرانی) زندگی می‌کنند. مقابله مذهبی با تأثیر بر نگرش‌های بین‌فردی موجب افزایش مهارت‌های ارتباطی می‌شود و تعاملات خانوادگی را افزایش می‌دهد. در همین راستا برخی پژوهش‌ها (۳۱) گزارش کرده‌اند مذهبی بودن والدین و مقابله مذهبی با

1. Glidden LM, Billings F, Jobe BM.

2. Hejazi M, Sobhi A

References

1. Ghadipasha M, Sardaripour M, Khoshravesh S. Comparison of the Preliminary Discordant Schema in Psychopath Men Offenders with Personality Disorder. *Iranian Journal of Forensic Medicine*. 2014;19(2):283-9.
2. Ashori M, Afrooz G, Arjmandnia A, Pormohammadreza-tajrishi M, Ghobari-Bonab B. The Effectiveness of Positive Parenting Program (Triple-P) on Parental Self-Efficacy and Mother-Child Interaction in Children Suffering from Intellectual Disability. *The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2015;23(5): 489-500.
3. Aghajani S, Afrooz GA, Narimani M, GhobariBonab MB, Mohsenpur Z. The Effectiveness of Social Problem Solving Training on Mother-Child Interaction among Mothers with Slow Paced Children. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2015;4(4):691-717.
4. van Bysterveldt AK, Westerveld MF, Gillon G, Foster-Cohen S. Personal narrative skills of school-aged children with Down syndrome. *International journal of language & communication disorders*. 2012;47(1): 95-105.
5. Komeyjani M. Exceptional Children and Their Mothers' challenges. *Journal of Exceptional Education*. 2012; 2(110):38-44.
6. Sarvghad S, Rezaee A, Irani F. Relationship between attachment styles and personality traits with anxiety. *Scientific Journal Management System*. 2013;2(3):117-36.
7. Zheng Y, Maude SP, Brotherson MJ, Summers JA, Palmer SB, Erwin EJ. Foundations for self-determination perceived and promoted by families of young children with disabilities in China. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*. 2015:109-22.
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.
9. Verhoeven M, Junger M, Van Aken C, Deković M, Van Aken MA. Mothering, fathering, and externalizing behavior in toddler boys. *Journal of Marriage and Family*. 2010;72(2):307-17.
10. Osmančević Katkić L, Lang Morović M, Kovačić E. Parenting stress and a sense of competence in mothers of children with and without developmental disabilities. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*. 2017; 53(Supplement):63-76.

افزایش سلامت روانی و مهارت‌های شناختی در مقابله با مسائل ضمن ارتقای شرایط روانی مناسب برای تعاملات بین‌فردی موجب بهبود کیفیت تعامل-کودک می‌شود. با توجه به این موضوع در تبیین نتایج به دست آمده توجه به بافت مذهبی خانواده‌ها نیز می‌تواند در تعامل مادر-کودک نقش بسزایی داشته باشد. در نهایت می‌توان گفت، در فرهنگ ایران زمین مادران دارای کودک با کم‌توانی هوشی در تبیین علت‌شناسی کم‌توانی فرزند خود و رنج ناشی از آن، نقش عمده‌ای را به خدا نسبت می‌دهند. به نظر می‌رسد دل بستگی به خدا و پایگاه امن آن برای والدین به نوعی با کاهش تنش‌ها به تاب‌آوری و در نتیجه تعامل بهتر با فرزند کمک می‌نماید. همچنین حمایت مناسب از سمت جامعه و اعضای خانواده نیز عواملی هستند که نباید نادیده انگاشت. در انتها نیز توجه به محدودیت‌های پژوهش شامل محل انجام پژوهش و جنسیت افراد نیز در تعمیم نتایج نیز بایستی مدنظر قرار گیرند از این رو، پیشنهاد می‌شود در این زمینه و برای سایر گروه‌های استثنایی نیز پژوهش‌هایی صورت گیرد تا در نهایت قدرت تعمیم‌دهی نتایج افزایش یابد.

11. Verma A, Srivastava P, Kumar P. Stress among parents having children with mental retardation: a gender perspective. *Journal of Disability Management and Rehabilitation*. 2017;2(2):68-72.
12. Alagheband M, Aghayousefi A, Kamali M, Dehestani M, Haghiroalsadat F, Nazari T, et al. Effect of Coping-Therapy on Mental Health of Mothers with Genetic and Non Genetic Mentally Retarded Children. *The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2011;19(1):104-13.
13. Boyce CJ, Wood AM, Ferguson E. For better or for worse: The moderating effects of personality on the marriage-life satisfaction link. *Personality and Individual Differences*. 2016;97:61-6.
14. Hejazi M, sobhi A, N K. The personality traits of mothers with more than one exceptional child. *Quarterly journal of behavioral science*. 2010;3 (8): 66-51.
15. Mohammadi S, Kazemi Rezaei SA, Gasemi Argene3 H, Kazemi Rezaie4 SV, Mousavi SA. The Relationship between Personality Dimensions with Attachment Styles and Identity Styles in Student with Hearing Impairment. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2017;4(1):88-98.
16. Çelik GT, Oral EL. Big Five and Organizational Commitment-The Case of Turkish Construction Professionals. *Human Resource Management Research*. 2016;6(1): 6-14.
17. Yazdkhasfi F, Tavangar L. Personality and perceived maternal control in relation to anxiety in female students in Isfahan University in 2010. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2012;16(4):92-100.
18. Kakabaraei K, Arjmandnia AA, Afroz GA. The Relationship between Coping Strategies and Perceived Social Support and Mental Well-being Scales in Parents with Exceptional and Normal Children in Kermanshah, in 2010. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2012;2(7):1-26.
19. Pekrun R, Goetz T, Titz W, Perry RP. Academic emotions in students' self-regulated learning and achievement: A program of qualitative and quantitative research. *Educational psychologist*. 2002;37(2): 91-105.
20. Chai MS, Low CS. Personality, coping and stress among university students. *American Journal of Applied Psychology*. 2015;4(3-1):33-8.
21. Gorbani M. Comparison of marital satisfaction, coping strategies and lifestyle in parents of mentally and mentally retarded children of Azarshahr. Tabriz: Tarbiat Moalem University; 2013.
22. Vidyasagar N, Koshy S. Stress and coping in mothers of Autistic children. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 2010;36(2):245-8.
23. Garcia D, Magariño L, Bagner DM. Parent-Child Interaction Therapy for Children with Developmental Delay and Related Problems. *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy: Springer*; 2018. p. 99-111.
24. sadeghian e, mohammadi z, shamsaei f. The relationship between stress and mothers communication patterns of educable mentally retarded children. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2017;25(3):76-86.
25. Hadi Zadeh N. The Effectiveness of Resilient Education on the Relation between Mother-Baby in Mothers with Mental Disabilities. Tehran: University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare; 2014.
26. Karande S, Kumbhare N, Kulkarni M, Shah N. Anxiety levels in mothers of children with specific learning disability. *Journal of Postgraduate Medicine*. 2009;55(3):165.
27. Pourmohammadreza-Tajrishi Ms, A'shouri M, Afroz GA, Arjmand-nia AA, Ghobari-Bonab B. The Effectiveness of Positive Parenting Program (Triple-P) Training on Interaction of Mother-child with Intellectual Disability. *Archives of Rehabilitation*. 2015;16(2):128-37.
28. Glidden LM, Billings F, Jobe BM. Personality, coping style and well-being of parents rearing children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2006;50(12):949-62.
29. Ghadami M, Kakoo Jouibari AA. Emotional Attitudes of Hearing Disability and Intellectually Disabled Students' Mothers towards their Children. *Journal of Exceptional Children*. 2011;11(3):283-92.
30. Kakabarae K, afsharnya k. Short Version of the Big Five Inventory: Testing for Factorial Invariance across Parents with Normal and Exceptional Children. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2012;2.1(Special Issue- Family and Divorce):27-43.
31. Nemati S, Mohammadpour K. Relationship Between Religious Coping and Psychological Hardiness with Quality of Mother-Child Interaction Among Mothers of Children with Dyslexia. *Quarterly Journal of Social Work*. 2016;5(1):27-33.

اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان با کم‌توانی هوشی

□ ندا مرزعاوی، دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران
□ همایون هارون رشیدی*، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

صفحات ۴۷ - ۵۴

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

زمینه: واقعیت‌درمانی نوعی روان‌درمانی است که در آن سعی می‌شود با توجه به مفاهیم واقعیت، مسئولیت و امور درست و نادرست در زندگی فرد، به رفع مشکلات او کمک شود. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان با کم‌توانی هوشی شهر سوسنگرد بود.

روش: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمام مادران کودکان با کم‌توانی هوشی شهر سوسنگرد بود که از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر به روش در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار داده شد. گروه آزمایشی، آموزش واقعیت‌درمانی را هفتگی (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) دریافت کردند؛ در حالی که گروه گواه در معرض هیچ مداخله‌ای قرار نگرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تاب‌آوری کانرو و دیویدسون و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه در نمرات تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بود. نتایج نشان داد آموزش واقعیت‌درمانی موجب افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی در مادران گروه آزمایش شده است ($p > 0/001$).
نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان از آموزش واقعیت‌درمانی در حکم روشی مؤثر در افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان با کم‌توانی هوشی در مداخله‌های درمانی و بالینی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری، کم‌توانی هوشی، واقعیت‌درمانی

مقدمه

تولد و حضور کودک با کم‌توانی هوشی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود که احتمالاً تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و ناامیدی را به دنبال خواهد داشت. شواهد حاکی از آن است که والدین کودکان با کم‌توانی هوشی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی مواجه می‌شوند (۱). در چنین موقعیتی گرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می‌بیند فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند با کم‌توانی هوشی؛

والدین، به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به بهزیستی روان‌شناختی قرار می‌دهد (۲). نظریات جدید در تعریف بهزیستی روان‌شناختی به جای نبود بیماری بر سلامتی تأکید می‌کنند (۳). به طوری که ریف و سینگر^۱ بهزیستی روانی را به صورت احساس مثبت و احساس رضایتمندی کلی از زندگی (شامل حوزه‌های مختلف شغلی، خانوادگی، فردی و اجتماعی) تعریف کرده‌اند. بر اساس الگوی ریف، بهزیستی روان‌شناختی از ۶ عامل تشکیل می‌شود: پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران

* Email: haroon_rashidi2003 @ yahoo .com

1. Ryff & Singer

مؤثر است (۱۱). مطالعات نشان داده‌اند افراد با تاب‌آوری زیاد، سطح کمتری از اجتناب را نشان می‌دهند و با درد ناشی از بیماریشان کنار می‌آیند. نگرش فاجعه‌سازی نسبت به درد ندارند و کمتر به سمت فاجعه‌سازی پیش می‌روند (۱۲). رویکردهای متعددی برای مداخله در حل مشکلات به‌کار گرفته شده است. یکی از این رویکردها استفاده از نظریه انتخاب یا واقعیت‌درمانی^۱ برای حل این مسائل و مشکلات است. واقعیت‌درمانی که از تازه‌ترین رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی محسوب می‌شود، مبتنی بر نظریه انتخاب و کنترل است، علت مشکلات روان‌شناختی را در انتخاب‌های افراد و عدم مسئولیت فرد در ارضای نیازهای خود می‌داند؛ در این درمان تلاش می‌شود که افراد از راه انتخاب‌های بهتر بتوانند نیازهای بنیادین خود را برآورده سازند (۱۳). در نظریه انتخاب، اعتقاد به این است که اعمال ما یک رفتار، و رفتار ما یک انتخاب است، یعنی خودمان رفتارهایمان را انتخاب می‌کنیم و مسئول زندگی خود و آنچه عمل و احساس می‌کنیم، هستیم (۱۴).
 ووبلدینگ و بیبلر^۲ از رویکرد نظریه انتخاب برای تعیین اثربخشی آن بر تسکین زنان و مردانی که فرزند خود را (در هر محدوده سنی) به‌تازگی یا در دهه‌های پیش از دست داده بودند، استفاده کردند. این پژوهش نشان داد که حداقل به‌طور موقت، امکان بهبود احساسات این افراد با رویکرد واقعیت‌درمانی وجود دارد و این‌که افراد با تجربه سوگ و به‌ویژه دردناکترین نوع آن، فقدان فرزند، می‌توانند از درک اصول و مفاهیم نظریه واقعیت‌درمانی سود ببرند (۱۵). سادات‌بری، آذرگون، عابدی و آقایی نشان دادند واقعیت‌درمانی می‌تواند در حکم یک روش درمانی مؤثر در افزایش تاب‌آوری استفاده شود (۱۶). همچنین شاملی و حسنی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند دچار سرطان را نتیجه گرفتند (۱۷). در پژوهشی دیگر، احمدیان و تبریزی نشان دادند مشاوره گروهی مبتنی بر واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری والدین تأثیر مثبت دارد (۱۸). همچنین مطالعه مشیریان و همکاران نیز نشان داد واقعیت‌درمانی به‌شیوه گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر کیفیت زندگی افراد پرخاشگر تأثیر دارد (۱۹). از طرفی جاماسیان مبارکه و دوکانه‌ای فرد در پژوهش خود، اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی را بر افزایش تاب‌آوری و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور نشان دادند (۲۰). به‌طور خلاصه،

(برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و دادن معنا به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) (۴). از این رو، بهزیستی روان‌شناختی تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار می‌گیرد که رویدادهای تنش‌زای زندگی از عمده‌ترین و تأثیرگذارترین این عوامل هستند (۵). شواهد پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد حوادث نامطلوب زندگی می‌توانند بهزیستی روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار داده و آن را مختل کرده و موجب مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب شوند (۶). بررسی‌ها نشان داده‌اند والدین دارای فرزند با کم‌توانی هوشی، در مقایسه با والدین کودکان بدون کم‌توانی، سطح سلامت عمومی پایین‌تر، اضطراب و احساس شرم و خجالت بیشتر، و سطح بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند (۲). همچنین تنیدگی والدین، میزان انزوای اجتماعی خانواده را افزایش می‌دهد (۷). برطرف کردن مشکلات تنیدگی والدین به‌ویژه مادر که بیش از دیگر اعضای خانواده در معرض آسیب ناشی از این تنیدگی است، بهداشت روانی را افزایش می‌دهد و به عملکرد بهتر در ایفای نقش فرزندپروری منتهی می‌شود بنابراین، یافتن راه‌های کمک‌رسانی جهت کاهش تنیدگی امری ضروری به‌نظر می‌رسد.

تاب‌آوری^۱، از جمله متغیرهایی است که می‌تواند فشار روانی مادران را تعدیل کرده و به آنها در کنترل آن کمک کند. بلاک بر این باور است که خودتاب‌آوری توانایی سازگاری سطح کنترل برحسب شرایط محیطی است. افراد خودتاب‌آور دارای رفتارهای خودشکنا نه‌نیستند؛ از نظر عاطفی آرام هستند و توانایی تبدیل شرایط فشار روانی‌زا را دارند (۹). تاب‌آوری می‌تواند باعث امیدواری در تجارب بالینی شود و مزیت عمده آن این است که فرد را قادر می‌سازد در برابر موقعیت‌های سخت به راحتی تسلیم نشود (۱۰) تاب‌آوری یکی از مهم‌ترین توانایی‌های انسان است که باعث سازگاری مؤثر با عوامل خطر می‌شود و در طب و روان‌شناسی نشان‌دهنده مقاومت جسمانی و بهبود خودانگیخته و توانایی برقراری دوباره تعادل هیجانی در موقعیت‌های تنش‌زا است و در واقع به ویژگی‌هایی اشاره می‌کند که در سرعت و میزان بهبود بعد از رویارویی با تنش

1. Resilience
2. Reality Therapy

3. Wubbolding & Bibler

SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد)، و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) استفاده شد. در این پژوهش تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه و محرمانه‌ماندن اطلاعات رعایت شد.

ابزار پژوهش

۱) پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۱

این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) به منظور اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید طراحی کردند (۲۶). این مقیاس دارای ۲۵ گویه است و آزمودنی باید به هر یک از ماده‌های پرسشنامه در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از پاسخ کاملاً مخالفم، نمره ۱ صفر و پاسخ کاملاً موافقم، نمره ۴) پاسخ دهد. بیشینه و کمینه نمره فرد در این مقیاس صفر و صد است (۲۷). نمره بیشتر، بیانگر تاب‌آوری بالاتر است. کانر و دیویدسون، پایایی مقیاس تاب‌آوری را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و با روش بازآزمایی ۰/۷۸ گزارش کردند. روایی پرسشنامه، از راه بررسی همبستگی نمرات آن با نمرات مقیاس سرسختی روان‌شناختی و مکان کنترل، به ترتیب ضریبی برابر با ۰/۴۱ و ۰/۴۸ است (۲۸). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

۲) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف^۲

در این پژوهش از نسخه کوتاه (۱۸ سؤالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف که خانجانی آن را اعتباریابی کرده، استفاده شد. ریف در سال ۱۹۸۹، فرم اولیه را طراحی کرد که در سال ۲۰۰۲ بازنگری شد (۲۹). در فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف، پاسخ به هر یک از ۱۸ سؤال روی طیفی ۶ درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) مشخص می‌شود. بیشینه و کمینه نمره فرد در این مقیاس ۱۸ و ۱۲۶ است. نمره بیشتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر بود. ریف و کیزی مقدار آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را بین ۰/۷۸ گزارش کردند (۳۰). خانجانی مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۷۹ گزارش کرد (۳۱). در پژوهش حاضر، پایایی مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

پژوهش‌های مختلفی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سازگاری، کاهش مشکلات و اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب، تاب‌آوری، افزایش شادکامی، بهزیستی روانی، امید به زندگی، کاهش اضطراب، کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، عزت نفس و سلامت روانی را نشان داده‌اند (۲۱-۲۴). از آنجا که زندگی پر از چالش‌ها و فشارهای روانی و مشکلات است بنابراین، انسان، نیازمند ابزارهایی برای مقابله با این شرایط است. پیامدهای روان‌شناختی داشتن کودکی با کم‌توانی هوشی؛ جامعه، فرد و خانواده را دچار مشکلات جدی می‌کنند و هزینه‌های زیادی را به دنبال دارد. از این رو، اهمیت دارد که درمان‌های مؤثر از جمله واقعیت‌درمانی بر حالات مادران کودکان با کم‌توانی هوشی مورد بررسی و شناسایی قرار گیرد تا بتوان از بروز و یا تشدید مشکلات روان‌شناختی آنان پیشگیری کرد. از سوی دیگر آموزش واقعیت‌درمانی این امکان را برای فرد فراهم می‌آورد که توانایی‌های لازم برای عمل طبق معیارهای خود، و دستیابی به پیامدهای مطلوب در یک موقعیت ویژه را در خود پرورش دهد. با توجه به مطالب بالا و خلأ پژوهشی در زمینه نظریه انتخاب در ایران، پژوهش حاضر به منظور پاسخ به این مسأله که آیا واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان با کم‌توانی هوشی تأثیر دارد، انجام شد.

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود با دو گروه آزمودنی که هر دو گروه، دو بار مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. جامعه آماری پژوهش حاضر تمام مادران کودکان با کم‌توانی هوشی شهر سوسنگرد در سال ۱۳۹۶، به تعداد ۴۷۰ نفر بود. بر اساس نمونه‌گیری در دسترس از بین مادران کودکان با کم‌توانی هوشی ۳۰ نفر انتخاب شدند که به صورت تصادفی، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. حجم نمونه در پژوهش‌های آزمایشی ۱۵ نفر توصیه شده است (۲۵). میانگین سنی گروه آزمایش ۳۴ سال و ۶ ماه و گروه گواه ۳۵ و ۸ ماه بود. داشتن تمایل آگاهانه والد به شرکت در پژوهش و سواد خواندن و نوشتن از ملاک‌های ورود و غیبت بیش از دو جلسه، ملاک خروج از پژوهش بود. پس از پایان اجرای پژوهش، داده‌های جمع‌آوری شده با نرم افزار

1. Connor-Davidson Resilience scale

2. Ryff's Scale of Psychological Well-Being

روش اجرا

در این پژوهش، اجرای برنامه مداخله‌گرانه آموزش‌تئوری انتخاب به‌طور گروهی در حکم متغیر مستقل، و تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی در حکم متغیر وابسته بودند. پس از اجرای پیش‌آزمون روی گروه‌های آزمایشی و گواه، گروه آزمایشی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه)

به‌مدت دوماه و نیم در برنامه‌های واقعیت‌درمانی شرکت کردند و مبنای عملی و نظری (بر اساس کتاب درآمدی بر روان‌شناسی تئوری انتخاب گلاسر) این رویکرد به آنها آموزش داده شد اما گروه گواه مداخله خاصی را دریافت نکردند. پس از پایان جلسات مداخله روی گروه آزمایشی، مجدداً از هر دو گروه آزمایش و گواه خواسته شد که پرسشنامه‌های مربوط را تکمیل کنند. شرح برنامه مداخله در زیر آمده است.

جدول ۱) محتوای جلسات آموزش

اهداف جلسات	جلسات
برقراری ارتباط عاطفی و ارزیابی اولیه	جلسه اول
تشخیص این که تاکنون چه کارهایی در راستای این مشکل انجام شده و چه کارهایی باید انجام شود	جلسه دوم
شناسایی مشکل فعلی	جلسه سوم
ارزیابی اقدامات و رفتارهای کنونی یا قضاوت ارزشی درباره رفتار	جلسه چهارم
شناخت نیازها و اهمیت رفتار مسئولانه در واقعیت‌درمانی و اثر آن بر اضطراب	جلسه پنجم
بررسی گزینه‌ها و انتخاب‌های جایگزین	جلسه ششم
طراحی برنامه‌ای که به حل مشکل کمک کند	جلسه هفتم
تعهد گرفتن از مراجعان برای پیش بردن و پیگیری برنامه	جلسه هشتم
ایجاد ساختاری برای ارزیابی روند اجرای برنامه	جلسه نهم
جمع‌بندی مطالب و نتیجه‌گیری نهایی	جلسه دهم

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیرهای پژوهش دو گروه در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین در این جدول، نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنف

(K-SZ) برای بررسی هنجار بودن داده‌ها گزارش شده است. با توجه به جدول آزمون Z کلموگروف اسمیرنف برای متغیرها معنادار نیست. پس می‌توان توزیع هنجار متغیرها را نتیجه گرفت.

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون - پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه (تعداد ۳۰ نفر)

متغیر	وضعیت	گروه	M	SD	K-SZ	P
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶/۹۳	۴/۰۳	۰/۹۶۰	۰/۳۱۱
		گواه	۱۹/۸۰	۵/۲۶	۰/۶۱۵	۰/۶۹۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۲/۹۳	۴/۴۹	۰/۳۸۷	۰/۳۱۶
		گواه	۲۰/۶۰	۴/۹۲	۰/۴۳۵	۰/۳۷۰
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۰/۲۰	۷/۸۹	۱/۱۸۳	۰/۱۳۱
		گواه	۴۱/۹۳	۱۱/۹۲	۰/۷۴۴	۰/۶۳۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۷۹/۴۷	۷/۴۳	۰/۶۳۸	۰/۶۳۸
		گواه	۴۳/۴۷	۸/۳۰	۱/۰۴۸	۰/۲۱۴

است. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد واریانس تاب‌آوری ($p > 0/785$) و بهزیستی روان‌شناختی ($F = 0/76$ و $p > 0/888$)، در گروه‌ها برابر است.

نتایج آزمون بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش تاب‌آوری ($F = 2/78$ و $p > 0/107$)، بهزیستی روان‌شناختی ($F = 0/866$ و $p > 0/361$)، در گروه آزمایش و گواه، نشان داد شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر

جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه تاب‌آوری

متغیر	منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	P	Eta
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۶۸/۱۵	۱	۶۸/۱۵	۱/۹۷	۰/۱۲۳	۰/۱۲۳
	گروه	۳۵۲/۴۱	۱	۳۵۲/۴۱	۱۴۳/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷
	خطا	۵۳۹/۲۲	۲۷	۲۴/۵۱			
	کل	۲۶۳۶/۰۰	۳۰				

با توجه به میانگین نمره تاب‌آوری گروه آزمایش نسبت به میانگین نمره تاب‌آوری گروه گواه، موجب افزایش معنادار تاب‌آوری در گروه آزمایش شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است با کنترل پیش‌آزمون، بین تاب‌آوری گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش واقعیت‌درمانی

جدول ۴) نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	P	Eta
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۹۳/۳۹	۱	۹۳/۳۹	۲/۶۱	۰/۱۰۴	۰/۱۰۹
	گروه	۱۴۵/۴۷	۱	۱۴۵/۴۷	۷۷/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷۸
	خطا	۴۱۴/۷۴	۲۷	۱۸/۸۵			
	کل	۲۱۲۳/۰۰	۳۰				

یافته‌ها نشان داد با کنترل پیش‌آزمون، بین تاب‌آوری گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به میانگین تاب‌آوری گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه آموزش واقعیت‌درمانی، افزایش معنادار تاب‌آوری در گروه آزمایش را موجب شده است. این یافته با نتایج شاملی و حسنی، پرنزلا، احمدیان و تبریزی، کیم (۱۶-۱۹) همسو و هماهنگ است. سادات‌بری، آذرگون، عابدی و آقایی نشان دادند واقعیت‌درمانی می‌تواند در حکم یک روش درمانی مؤثر در افزایش تاب‌آوری استفاده شود (۱۶). همچنین شاملی و حسنی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند دچار سرطان را نتیجه گرفتند (۱۷). در پژوهشی دیگر، احمدیان و تبریزی نشان دادند مشاوره گروهی مبتنی بر واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری والدین تأثیر مثبت دارد (۱۸). در تبیین این نتایج

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است با کنترل پیش‌آزمون، بین بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش واقعیت‌درمانی با توجه به میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایش نسبت به میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی گروه گواه، موجب افزایش معنادار بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان با کم‌توانی هوشی بود.

زندگی خود را به طور مؤثری کنترل نمایند، در برابر مشکلات عاطفی قبول مسئولیت کنند، و با شناخت امور درست از نادرست و شناسایی نیازهای آدمی در فرآیند زندگی به ایجاد احساس مثبت کمک نمایند. بدین ترتیب واقعیت‌درمانی به مادران کمک می‌کند تا رفتارهایشان را از رفتار ناکارآمد به رفتار کارآمد تغییر دهند و انتخاب‌های سازنده و ارزیابی مناسبی از مسائل داشته باشند. این امر موجب کنترل درونی بالایی در آنها شد که به افزایش عزت‌نفس و افزایش بهزیستی روان‌شناختی آنها انجامید.

واقعیت‌درمانی به افراد می‌آموزد مسئولیت‌پذیر باشند، این نگرش، فرد را فرمانده اصلی زندگی خویش می‌کند، در نتیجه فرد می‌تواند نگرش‌هایش را تغییر دهد، هیجانات خود را بپذیرد و با آنها کنار آید. بنابراین، پذیرش وقایع زندگی که در اختیار فرد نیست و مواجه شدنش با مسائل ناشی از مشکلات، منجر به افزایش بار عاطفی و بهزیستی روان‌شناختی او می‌شود (۲۳).

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر نبود سنجش پیگیری در طرح پژوهش به دلیل عدم دسترسی آسان به شرکت‌کننده‌های گروه پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، پژوهشی مشابه در مورد مادران کودکان استثنایی در سایر شهرها انجام شود و نتایج مورد مقایسه قرار گیرد. جهت کاهش احتمال سوگیری افراد در پاسخ‌دهی و افزایش روایی درونی پژوهش نیز در روند کار از ابزارهای مختلف برای ارزیابی تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی از جمله مصاحبه و مشاهده استفاده شود. این پژوهش روی مادران دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی صورت گرفت بنابراین، در تعمیم نتایج به افراد جوامع دیگر باید دقت کافی مبذول کرد.

نتایج این پژوهش نشان داد با توجه به تأثیر مثبت واقعیت‌درمانی، از این رویکرد (که سهمی مهم در سلامت روان دارد) می‌توان در حکم روش سودمندی بر افزایش تاب‌آوری، و بهزیستی روان‌شناختی استفاده کرد و با برگزاری کارگاه‌ها و همایش‌هایی به خانواده‌ها در این زمینه‌ها آموزش لازم داده شود. با توجه به پژوهش‌های پیشین و مشاهده نقش مؤثر واقعیت‌درمانی بر متغیرهای مختلف، پیشنهاد می‌شود در سال‌های آینده پژوهشی با همین عنوان انجام شود تا جانب احتیاط در مورد تعمیم یافته‌ها به سال‌های آینده رعایت شود.

می‌توان گفت از آنجا که آموزش واقعیت‌درمانی گروهی می‌تواند موجب طرز تفکری مناسب شود و افراد می‌توانند طرز شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند، طبعاً به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیش‌رو به‌گونه سالمی مقابله کنند، برسختی‌ها چیره شوند و با جریان زندگی حرکت کنند، یا به عبارتی تاب‌آوری آن‌ها افزایش یابد. آموزش احتمالاً می‌تواند خاستگاه تغییرات، از جمله تغییر در نگرش‌ها و باورها باشد و این امر به نوبه خود باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود.

آموزش واقعیت‌درمانی گروهی باعث می‌شود افراد طرز شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند و برای اصلاح آن‌ها اقدام کنند. همچنین از روابط اجتماعی، کارکردن و تفریحات خویش لذت ببرند که به کاهش فشار روانی و افزایش تاب‌آوری آن‌ها می‌انجامد. ماهیت آموزش گروهی، می‌تواند تأثیر مثبتی در افزایش تاب‌آوری داشته باشد زیرا جمع شدن افراد در گروه و این که تک‌تک افراد احساس کنند دیگران نیز مشکلاتی مشابه با آن‌ها دارند، در کاهش فشار روانی و کاستن از روحیه منفی و در نتیجه افزایش قبول واقعیت و کنار آمدن با آن مؤثر است. پس، آموزش واقعیت‌درمانی گروهی می‌تواند باعث تاب‌آوری یا توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط ناگوار شود (۱۶).

همچنین با توجه به میانگین بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه یافته‌ها نشان داد آموزش واقعیت‌درمانی، موجب افزایش معنادار بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش شده است. نتایج این یافته با نتایج پژوهش‌های مشیریان و همکاران، و جاماسیان مبارکه و دوکانه‌ای‌فرد همسوست (۱۹-۲۰). جاماسیان مبارکه و دوکانه‌ای‌فرد در پژوهش خود اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی را بر افزایش تاب‌آوری و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور نشان دادند (۲۰). مطالعه مشیریان و همکاران نیز نشان داد واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر کیفیت زندگی افراد تأثیر دارد (۱۹). پژوهش‌های مختلف اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سازگاری، کاهش مشکلات و اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب، تاب‌آوری، افزایش شادکامی، بهزیستی روانی، امید به زندگی، کاهش اضطراب، کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، عزت‌نفس و سلامت روانی را نشان داده‌اند (۲۱-۲۴). در تبیین این یافته می‌توان گفت واقعیت‌درمانی گروهی، به افراد کمک می‌کند

References

1. Afrouz GH. An Introduction to the Education of Mentally Retarded Children, Tehran University Press, 2017. [Persian].
2. Khamis V. Psychological Distress Among Parents of children with Mental Retardation in United Arab Emirates. *Social science & medicine*, 2007; 64 (7), 850-868.
3. SeyedTabaee R, Rahmatinejad P, Mohammadi D, Etemad A. The role of coping strategies and cognitive emotion regulation in well-being of patients with cancer. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2017; 21(2):49-1.
4. Seligman, M. Chris Peterson's unfinished masterwork: The real mental illnesses. *Journal of Positive Psychology*. 2015; 01(0), 2-6.-75.
5. Roepke, A. M. & Seligman, M. E. P. Doors opening: A mechanism for growth after adversity. *Journal of Positive Psychology*. 2015; 01(3), 012-004.
6. Lareson JS. The measurement of health: Concepts and indicators. New York: Green Wood; 2016.
7. Meyers LS, Gamest G, Goarin AJ. Applied multivariate research, design and interpretation. London: Sage; 2016.
8. Haroon Rashidi H & Mansouri V. The Relationship between Perceived Social Support and Resilience with Psychological Distress in Mothers of Exceptional Children. *Exceptional Education*. 2017; 3(146):15-22. [Persian].
9. Abdepour E. Relation Between Resilience and Coping Strategies with Life Satisfaction in Gifted and Normal Students, MSc Theses, Dezful Islamic Azad University, 2014. [Persian].
10. Toby RO, Newton-John C M, Mick H. The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain rehabilitation. *Psychology*, 2014; 59(3):360 -365.
11. Kleirman E M, Beaver J K. A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Research*. 2013; 2(30): 934-939.
12. Sheikhzadeh F, Tarkhan M, Golchin N, Zare H. The efficacy of Group Education Resilience on General Health among Girls' students. *Psychol Stud*. 2015; 10(4):53-71. [Persian].
13. Corey, G. Reality Therapy. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy, 9Th edition, 333-359. Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage, 2013.
14. Rezaei Z, Niili nikou S, Nejati nezhad N, Ghasemi jobaneh R, Nooryan K. Effectiveness of Existential Psychotherapy in Increasing the Resiliency of Infertile Women. *Armaghane danesh* 2015; 20 (5): 453-459.
15. Wubbolding, R.E. W., & Bibler, L. How could this happen? The death of a child. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*. 2014; (1): 28-32.
16. Abbasi Molod H, Fatehizadeh M & Qamarani A. The effect of Glaser's couple therapy on the increased moral commitment of couples. *Insight and Islamic education*, 2011; 10 (25), 80-59. [Persian].
17. Shamly R, and Hsani F. The Effectiveness of Reality Therapy on Rescuing Mothers with Cancerous Children. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2017; 11(43):77-87. [Persian].
18. Ahmadian N, Tabrizi M. The Effectiveness of Group Counseling Based on Reality Therapy on Resiliency in Parents of Autistic Children in Isfahan City. *Exceptional Education*. 2018; 1 (150).
19. Moshirian Farahi S M, Moshirian Farahi S M M, Aghamohammadian Sharbaf H R, Sepehri Shamloo Z. The Effectiveness of Group Reality Therapy Based on Choice Theory on Quality of Life in People with Aggression. *IJPN*. 2017; 5(1): 47-53.
20. Jamasiyan Mobarake A, Dokaneeifard F. The Effectiveness of Group Reality Therapy on Increasing Resilience, Life Expectancy and Improving the Life of Infertile Women in Sarem Infertility Center. *Consultation and Psychotherapy Culture Magazine. Scientific-Research /ISC*; 2017; 29:237-262. [Persian].
21. Farnoodian F. The effectiveness of group reality therapy on mental health and self-esteem of Students. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 2016; 5(9), 18-24.
22. Kamarudin K. & Mamat N. Stress among the Parents of Children with Learning Disabilities: A Demographical Analysis. *International Journal of Humanities Social Sciences and Education*, 2015; 2(9), 194-200.
23. Sharf RS. Reality Therapy (Trans. D. Gençtanırım). Theories of Psychotherapy and Counseling, Concepts and Cases (Trans. N. Voltan-Acar, Ed.). Nobel Academic Publishing, 2014.
24. Slattery, E. McMaho, J. Gallagher, S. Optimism and benefit finding in parents of children with developmental disabilities: The role of positive reappraisal and social support, *Research in Developmental Disabilities*, 2017; 65, 12-22.
25. Kaveh M, Alizadeh H, Delavare A, Borjali A. Developing a program to increase stress relief and its impact on quality of life components of mothers with mild mental

- retardation. Iranian Journal of Exceptional Children. Quarterly Journal. 2011; 11(2): 119-140. [Persian]
26. Abrishamkesh S, Ardalan A, Kafi Masoleh SM, Fallahi Kesht Masjedi M. Relationship of Psychological Hardiness and Resilience with the Mental Health in Pre Hospital Technicians, Guilan province. Journal of Holistic Nursing and Midwifery. 2014; 26(82):10-18. [Persian].
27. Basharpour S, Atadokht A, Ghaffari M, Mowlaie M. Prediction of Depression through Cognitive Emotion Regulation and Resilience among Infertile Females. IJPN. 2017; 4 (4):34-42. [Persian].
28. Heidarian A, Zaharakar K, Mohsenzade F. The Effectiveness of Mindfulness Training on Reducing Rumination and Enhancing Resilience in Female Patients with Breast Cancer: a Randomized Trial. ijbd. 2016; 9 (2):52-59.
29. Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. Psychother Psychosom. 1996; 65(1):14-23.
30. Michaeli Manee F. [The study of Ryff psychological wellbeing scale factorial structure between Urmia university students]. Journal of Modern Psychological Researches. 2010; 5(18): 143-65.
31. Khanjani M, Shahidi S, Fath-Abadi J. [Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students (Persian)]. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2014; 8(32):27-36.

ادراک گفتار در کودکان کاربر کاشتینه حلزونی

□ امیرعباس ابراهیمی*، دکتری تخصصی شنوایی شناسی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی، تهران، ایران

صفحات ۵۵ - ۶۰

نوع مقاله: مروری

چکیده

در کودکان ناشنوایی که از سمعک‌های مرسوم سودی نمی‌برند کاشتینه‌های حلزونی موجب دسترسی به سیگنال گفتاری می‌شوند. با وجود نتایج بیشمار مثبت کاشتینه‌های حلزونی در کودکان ناشنوا، داده‌های منتشر شده هنوز گستره وسیعی از عملکرد را بین این کودکان نشان می‌دهند.

مطالعه متغیرهای احتمالی که موجب گوناگونی عملکرد کودکان کاربر کاشتینه حلزونی می‌شوند و بر ادراک گفتار اثر می‌گذارند برای والدین و متخصصان ضروری است. دسته‌بندی این عوامل توانایی بالین‌گران را برای دادن پیش‌آگهی پخته پیشاکاشت به خانواده‌ها افزایش می‌دهد و می‌تواند در تلاش برای رسیدن به بهترین نتیجه ممکن اجازه دستکاری بالقوه متغیرها را بدهد. این مقاله، مروری بر این عوامل است.

واژگان کلیدی: ادراک گفتار، کاشتینه‌های حلزونی، کودکان ناشنوا

مقدمه

بسیاری از کودکان با کم‌شنوایی عمیق حسی-عصبی دوطرفه از سمعک‌های پرتوان^۱ مرسوم استفاده می‌کنند. با وجود این، در شماری از این کودکان سمعک‌های مرسوم سودمند نیستند در نتیجه توانایی رشد زبان گفتاری و فهم‌پذیری^۲ گفتار به شدت محدود می‌شود. در این کودکان کاشتینه حلزونی تنها گزینه است (۱). کاشتینه حلزونی با سمعک متفاوت است چون گوش بیرونی، میانی و یاخته‌های مویی آسیب‌دیده گوش داخلی را دور می‌زند و مستقیماً باقیمانده یاخته‌های مویی شنوایی را تحریک می‌کند (۲).

نخستین بار کاشتینه‌های حلزونی چندکاناله در کودکان در ایالات متحده آمریکا به سال ۱۹۸۷ میلادی مورد استفاده قرار گرفتند. نتایج اولیه سود کاشتینه عمدتاً متمرکز بود بر توانایی کودکان هنگام استفاده از دستگاه به‌منزله کمک به گفتارخوانی، یا در موقعیت‌هایی که تعداد محدودی گزینه پاسخ در دسترس بود (مجموعه بسته). با مشاهده بهبودی پساکاشت در ویژگی‌های زبرنجیری، بازشناسی واژه

و همخوان، و ادراک واژه و جمله در آزمون‌های مجموعه بسته، پژوهشگران بیشماری در طول زمان، این نتایج را در کودکان ناشنوای پیش‌زبانی/مادرزادی که در زمان کاشت کوچکتر بودند، بررسی کردند. همزمان، تمرکز از عملکرد پساکاشت در آزمون‌های مجموعه بسته بر توانایی کودک در اندازه‌گیری‌های مجموعه باز که هیچ گزینه دیگری در دست نیست تغییر کرد و بنابراین، نتایج به مقدار زیادی در ردیف وضعیت‌های گوش دادن در محیط باز است. با وجود این، در طول چندین سال گذشته با پیشرفت در تشخیص کم‌شنوایی، فناوری کاشت، راهبردهای پردازشی، تکنیک‌های جراحی، گزینه‌های برنامه‌ریزی و رویکردهای مداخله‌ای، ثابت شده کاشتینه‌های حلزونی درمان بدون خطر و کارآمدی در کودکان ناشنوای حسی-عصبی هستند و همین امر گسترش معیارهای کاشت را در پی داشته است.

از اواخر دهه ۱۹۸۰ میلادی کودکان ۲ ساله و بزرگتر کاشت حلزونی شده‌اند. نتیجه بررسی‌های بیشمار نشان داده است کودکان ناشنوای پیشا و پس‌زبانی در تمام سنین پس از کاشت

* E-mail: mahyarebrahimi@yahoo.com

1. Power Hearing Aids
2. Intelligibility

جدول ۱ فهرستی از احتمالات آورده شده است. با دانستن این موضوع که بسیاری از این متغیرها هم تراز هستند و می‌توانند با هم به عنوان یک واحد دسته‌بندی شوند ملاحظه این ۲۲ متغیر احتمالی درهم تنیده شده کمتر دلهره‌آور است (۳).

جدول ۱) عوامل اثرگذار بر بازشناسی گفتار در کودکان کاربر کاشتینه‌های حلزونی (۳)

۱	فناوری کاشتینه
۲	باقیمانده شمار یاخته‌های عصبی ^۱
۳	محرومیت حسی (شنوایی)
۴	رشد مسیر شنوایی
۵	شکل پذیری ^۲ دستگاه شنوایی
۶	مدت ناشنوایی
۷	سن کاشت
۸	سبب شناسی ناشنوایی
۹	معیارهای انتخاب پیشاکاشت
۱۰	تراز شنوایی پیشاکاشت
۱۱	ادراک شنیداری گفتار پیشاکاشت
۱۲	اندازه‌گیری‌های ادراک گفتار پیشا و پساکاشت
۱۳	تراز زبانی پیشاکاشت: زبان گفتاری/ زبان دستی
۱۴	دیگر کم‌توانی‌ها
۱۵	موضوعات مرتبط با جراحی
۱۶	برنامه‌ریزی دستگاه
۱۷	خرابی دستگاه/ تجهیزات
۱۸	روش ارتباطی
۱۹	درونداد شنیداری
۲۰	بسامد/ نوع آموزش
۲۱	جایگاه آموزشی/ محیط دبستان/ پیش دبستان
۲۲	انگیزه والدین/ خانواده، مسائل اجتماعی

فناوری کاشتینه

از آغاز پژوهش بر روی توسعه کاشتینه‌های حلزونی، طراحی‌ها و راهبردهای بیشماری پدیدار شده‌اند. در گذشته دستگاه‌ها یک یا چندکاناله/الکترودی بودند. آرایه الکترودی^۳ بلند یا کوتاه (۳۰-۶ mm) بود و بیرون یا درون حلزون جایدهی

با دستگاه‌های چندکاناله توانستند فراتر از آنچه با سمعک‌های مرسوم قابل دستیابی بود به بازشناسی واج، واژه و جمله در مجموعه باز دست پیدا کنند. این نتایج، همراه با پیشرفت فناوری کاشتینه‌های حلزونی و مراقبت پساجراحی موجب کاشت کودکان زیر ۲ سال شد. دوباره، عملکرد این گروه سنی افزایش دسترسی به محرک‌های شنیداری را نشان داد و به افزایش ادراک گفتار و رشد زبان شفاهی منجر شد. درک شنیداری پساجراحی از درک گفتار در شرایط محدود و نیازمند افزودن سرنخ‌های شنیداری به زبان اشاره تا توانایی استفاده از شنیدن در حکم تنها روش ارتباط دریافتی گسترش پیدا کرد. در حقیقت امتیاز واژه‌های تک‌هجایی در آزمون‌های طراحی شده برای جمعیت کودکان نشان داد محدوده امتیاز یک سال پس از کاشت ۵ تا ۱۰۰ درصد بوده و کودکان کاربر کاشتینه‌های حلزونی در اندازه‌گیری‌های ادراک گفتار از کودکان کاشت نشده کاربر سمعک پیشی می‌گیرند. با وجود این، علی‌رغم استفاده از نقشه‌های پردازش گفتار کمتر پیچیده در مقایسه با راهبردهای پردازشی رایج، نتایج بلندمدت مطالعات اخیر در جمعیت کودکان به طور شگفت‌انگیزی خوب بوده است. به علاوه، بهبود ادامه‌دار ادراک گفتار در طول زمان در کودکان کاشت شده ۵ تا ۱۳ ساله بدون هیچ اثر زیان‌باری گزارش شده است (۳).

عوامل اثرگذار بر ادراک گفتار کودکان کاربر کاشتینه حلزونی

علی‌رغم نتایج بیشمار مثبت کاشتینه‌های حلزونی در کودکان، داده‌های منتشر شده هنوز گستره وسیعی از عملکرد را بین کودکان کاربر کاشتینه‌های حلزونی نشان می‌دهند. از آنجا که نخستین پرسش والدین کودک نامزد کاشتینه‌های حلزونی اغلب این پرسش است «کدام دستگاه برای کودکم بهترین است»؟ نیاز به مطالعه متغیرهای احتمالی که موجب گوناگونی عملکرد می‌شوند و بر نتیجه پایانی اثر می‌گذارند باقی می‌ماند. درک عوامل احتمالی اثرگذار بر نتایج برای والدین و متخصصانی که با والدین سروکار دارند حیاتی است. دسته‌بندی این عوامل توانایی بالین‌گران را برای دادن پیش‌آگهی پخته پیشاکاشت به خانواده‌ها افزایش می‌دهد و می‌تواند در تلاش برای رسیدن به بهترین نتیجه ممکن اجازه دستکاری بالقوه متغیرها را بدهد. در

1. Neural Population
2. Plasticity

3. Electrode Array

به عصب شنوایی تحویل می‌دهد (۴). به‌طور متداول، مورد استفاده‌ترین دستگاه‌ها، چندالکترودی/چندکاناله هستند که از آرایه الکترودی پیش‌حلقوی یا مستقیم و انتقال تراپوستی^۲ استفاده می‌کنند. با وجود این، مؤثرترین تفاوت دستگاه‌ها، راهبرد پردازشی است که در نهایت سرشت تحریک الکترودها را تعیین می‌کند (۳). راهبرد پردازشی صوتی، روشی است که دستگاه کاشت حلزونی صدا را به تحریک الکتریکی عصب شنوایی تبدیل می‌کند. کاشتینه حلزونی باید مؤلفه‌های بسامدی، دامنه‌ای، و زمانی سیگنال صوتی را رمزگزاری و تحلیل کرده و به الگوی تحریک الکتریکی تبدیل کند. در کل، مکان تحریک، اطلاعات بسامدی را منتقل می‌کند. دامنه، با دامنه جریان محرك رمزگزاری می‌شود. نرخ^۳ و الگوی تحریک سرخ‌های زمانی را منتقل می‌کنند (۴).

می‌شد. اگرچه طراحی‌های مختلفی بین دستگاه‌ها وجود دارد (۳) تمام کاشتینه‌های حلزونی دارای اجزای بیرونی و درونی هستند (شکل ۱). اجزای بیرونی اجزایی هستند که روی سر قرار می‌گیرند و عبارت‌اند از (۱) میکروفون که صدا را به سیگنال الکتریکی تبدیل می‌کند، (۲) پردازشگر گفتار^۱ که هسته کارکردی دستگاه کاشت است و در طول ۴۰ سال گذشته توسعه گسترده‌ای پیدا کرده است سیگنال صوتی را دستکاری و به سیگنال الکتریکی تبدیل می‌کند، (۳) فرستنده که سیگنال‌های الکتریکی رمزگزاری شده را به اجزای درونی می‌فرستد. اجزای درونی اجزایی هستند که با جراحی زیر پوست در پشت گوش کاشته می‌شوند و عبارت‌اند از (۱) گیرنده-تحریک‌کننده که سیگنال پردازشگر صوتی را رمزگردانی می‌کند و بزرگترین بخش دستگاه درونی است و (۲) آرایه الکترودی که تحریک را

شکل ۱ اجزای بیرونی و درونی کاشتینه‌های حلزونی



یاخته‌های عقده ماریچی می‌شود در صورتی که بدون تحریک، پی‌یاخته‌تباهی^۵ پیوسته‌ای رخ می‌دهد. اگرچه مطالعات بیشتر نشان داده‌اند که محرومیت صوتی زود هنگام اثرات منفی بر دستگاه شنوایی مرکزی دارد، تاکنون یک دوره بحرانی پایان‌پذیر تعریف نشده است. با وجود این، نتیجه محرومیت‌های بعدی در خلال رشد، به شدت محرومیت زود هنگام نیست که تأییدی است بر وجود یک دوره تاکنون نامشخص بحرانی. همچنین، اثرات خنثی‌کنندگی تحریک الکتریکی مشابهی در

■ باقیمانده شمار یاخته‌های عصبی، محرومیت شنیداری، رشد مسیر شنوایی، شکل‌پذیری دستگاه شنوایی، مدت ناشنوایی و سن کاشت

دومین زیر مجموعه متغیر عبارت است از تظاهرات کارانداز شناختی^۴ یاخته‌های باقیمانده عقده ماریچی، و اثرات نبود ورودی شنیداری به دستگاه شنوایی در یک دوره زمانی. پژوهش نشان داده است در بچه‌گره‌هایی که در نوزادی ناشنوا شده بودند تحریک دائم الکتریکی موجب حفظ

1. Speech Processor
2. Transcutaneous
3. Rate

4. Physiologic
5. Neuronal Degeneration

هرکودک ناشنوا با کم‌توانی اضافی از کاشتینه حلزونی بهره نمی‌برد (۹) مهارت‌های شنیداری، زبانی، و ارتباطی بسیاری از این کودکان به دنبال کاشت پیشرفت اساسی پیدا می‌کند. هرچند درجه بهره بردن به مقدار زیادی وابسته به شدت کم‌توانی اضافی است و ارتباطی به کم‌شنوایی ندارد (۳). کم‌توانی‌ها شامل نایبایی، نشانگان CHARGE، کم‌توجهی/بیش‌فعالی، فلج مغزی، کم‌توانی هوشی، مشکلات یادگیری، اختلال فراگیر رشدی، درخودماندگی و بسیاری دیگر است (۳، ۱۰). کم‌توانی‌های غیرشناختی همچون نایبایی و فلج مغزی احتمال نمی‌رود اثر قوی بر عملکرد کودک با کاشت داشته باشند در حالی که احتمال دارد کم‌توانی‌های شناختی اثر قوی بر عملکرد کودک داشته باشند (۱۱). با توجه به این باور والدین کودکان ناشنوا دارای کم‌توانی اضافی؛ که کاشت حلزونی، کودکان را معالجه می‌کند بسیار مهم است که از انتظارات آنها بدون ناامید کردن‌شان به ملایمت کاست (۳).

دو وضعیت که نیازمند توصیف ویژه‌ای هستند عبارت‌اند از: ناشنوایی ناشی از مننژیت و ناهمزمانی شنیداری^۳ (عصب‌آسیب شنوایی^۴). نتایج مرتبط با کم‌شنوایی پسماننژیت اغلب به مقدار استخوانی شدن حلزون و پیامد اضافی مرتبط با مننژیت وابسته است. در رشد استخوانی حلزون، جای‌دهی مختصر آرایه الکترودی غیر معمول نیست. در این موارد باید مراقب پیش‌آگهی بود. به‌علاوه، هنگام وجود مشکلات اضافی ناشی از مننژیت در کودک، سودمندی نیز ممکن به مخاطره بیفتد.

ناهمزمانی شنیداری نوعی آسیب شنوایی است که در آن یاخته‌های مویی بیرونی کارکرد دارند اما انتقال عصبی، آسیب دیده (۳) و کم‌شنوایی از بهنجار تا عمیق متغیر است. ناهمزمانی شنوایی اختلالی همگن نیست و مجموعه‌ای است از نابهنجاری‌های شنیداری با مکان‌های متفاوت اختلال، سبب‌شناسی و علل گوناگون و تنوع یافته‌های شنیداری و مطابق با آن راهبردهای مدیریتی متفاوت. کاشت حلزونی در کودکان با ناهمزمانی شنیداری ناشی از نبود یا کاستی عصب شنوایی در مقایسه با کودکان دارای کالبدشناسی عصبی بهنجار موفقیت‌آمیز نیست. در این کودکان رشد بازشناسی گفتار پس از کاشت محتمل نیست و نامزد خوب کاشتینه حلزونی نیستند

پی‌یاخته‌های بچه‌گربه‌هایی که در بزرگسالی ناشنوا شده بودند یافت شده است (۳). پژوهش‌های زیادی اهمیت سن کاشت را تأکید کرده‌اند و نشان داده‌اند هرچه سن کاشت و مدت ناشنوایی کمتر باشد نتایج ادراک گفتار بهتر خواهد بود (۵-۸) و کودکانی که در سنین پایین‌تر کاشت شوند (زیر ۲ سالگی) در مقایسه با کودکان دیرتر کاشت شده (بزرگتر از ۴ سال) به سطح عملکرد شنیداری بهنجار دست خواهند یافت (۷).

■ تراز شنوایی و ادراک شنیداری گفتار پیشاکاشت

در طول سالیان گذشته معیارهای کاشت گسترش پیدا کرده و کودکانی با باقیمانده شنوایی بیشتر را نیز دربرگرفته است. برخی پژوهشگران ملاحظه کرده‌اند در مقایسه با کودکانی با کم‌شنوایی پیشاکاشت بیشتر، کودکانی با تراز^۱ شنوایی پیشاکاشت بهتر، پس از کاشت به نتایج بهتری دست پیدا کردند. اگرچه به نظر می‌رسد تراز شنوایی و مهارت‌های ادراک گفتار پیشاکاشت به عملکرد پساکاشت کمک می‌کنند ارتقا و مدت استفاده از فناوری (که موجب بهبود کلی امتیازها می‌شوند) ممکن است اثر بازشناسی گفتار پیشاکاشت را در مجموعه باز کاهش دهند (۳).

■ کم‌توانی‌های اضافی

گاه آسیب شنوایی در کودکان یکی از چندین نتیجه مرتبط با نشانگان خاصی است که می‌تواند بر نتیجه کاشت حلزونی اثر بگذارد (۳). مطابق پژوهش‌ها، برآورد می‌شود ۴۰ درصد کودکان ناشنوا کم‌توانی^۲ اضافی دیگری داشته باشند (۹). به علاوه، کودکانی که مشکل شناختی یا فیزیکی آشکار دیگری در آنها به چشم نمی‌خورد اغلب ممکن است همانند هم‌تایان با شنوایی بهنجار، علامت ظریف کم‌توانی‌هایی دیگری را نیز داشته باشند که پس از رفتن به مدرسه در آنها بروز پیدا کنند. برای مثال، در کودکان با شنوایی بهنجار انواعی از وضعیت‌ها شامل کم‌توانی یادگیری یا کم‌توجهی تنها پس از ورود به دبستان تشخیص داده می‌شود. قطعاً در کودکان با آسیب شنوایی نیز همین‌گونه است. جلسات مشاوره پیشاکاشت باید خانواده را از این احتمال و اثرات زبان‌بار این موضوع و دیگر موضوعات مرتبط با ناشنوایی که بر توانایی کودک در استفاده از سیگنال فراهم‌شده به وسیله کاشتینه اثر می‌گذارند آگاه کند (۳). اگرچه

1. Level
2. Disability

3. Auditory Dis-synchrony
4. Auditory Neuropathy

الکتروود تحریکی تبدیل شود. هر چه روند این تبدیل دقیق‌تر باشد، کودک به‌طور بالقوه ادراک گفتار بهتری در مجموعهٔ باز خواهد داشت (۱۴).

به‌طور مرسوم دو نوع اندازه‌گیری برای تعیین برنامه لازم است: آستانه‌های الکتریکی (کمترین تراز تحریک) و راحت‌ترین تراز بلندی (بیشینهٔ تراز تحریک) که در طول زمان تغییرپذیرند. اگر آستانه‌های الکتریکی و راحت‌ترین تراز بلندی درست نباشند دسترسی به صدا کامل نبوده و به عملکرد ضعیف پسا‌کاشت و استفاده نکردن از دستگاه منجر می‌شود (۱۵). برنامه‌ریزی، تنها تعیین آستانه و تراز راحتی نیست و اغلب ممکن است معضل برنامه‌ریزی رخ دهد. استخوانی‌شدن لایبرنت، بدشکلی موندینی، و دیگر ناهنجاری‌های گوش داخلی اغلب موجب جای‌دهی مختصر آرایهٔ الکتروودی و بنابراین، محدود شدن تعداد الکتروودهای در دسترس برای برنامه‌ریزی شده که به وضعیت‌های چالش‌زای برنامه‌ریزی و کاهش موقت ادراک و تولید گفتار می‌انجامد (۳). اگر تغییرات مشخصی در پاسخ‌دهی شنیداری کودک (از جمله تمیز شنیداری، افزایش درخواست تکرار، حذف یا اضافه کردن هجاها، تغییر در کیفیت آوایی یا کشیدن واکه‌ها) رخ دهد به جلسات اضافی برای برنامه‌ریزی نیاز خواهد بود (۱۵).

■ روش ارتباطی، درون‌داد شنیداری، بسامد/نوع آموزش، جایگاه آموزشی، اهداف و انتظارات

چهار روش اصلی رایج در آموزش کودکان ناشنوا وجود دارد که عبارت‌اند از: روش‌های دیداری (زبان اشاره)، ارتباط تام^۱ (که روش‌های تأکیدکننده بر لب خوانی، گفتار، حرکات طبیعی و نظام‌های اشارهٔ رمزگذاری شدهٔ دستی^۲ را با هم ترکیب می‌کند)، روش‌های شنیداری محور شامل شنیداری/شفاهی^۳ (که در آن کودک اغلب در مدرسه با تأکید بر آموزش شنیداری و جلسات آموزش گروهی با دیگر کودکان ناشنوا آموزش می‌بیند) و روش شنیداری-کلامی (که از گوش دادن به عنوان حس اولیه برای رشد زبان گفتاری استفاده می‌کند) (۱۶). پژوهش نشان داده است روش ارتباطی، رابطهٔ آماری معنادار بالایی با نتایج گفتار و زبان کودکان کاربر کاشتینه‌های حلزونی دارد و کودکانی که در برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر شنوایی شرکت می‌کنند در

(۱۲). اما در کودکان با ناهمزمانی شنیداری ناشی از جهش ژن اتوفرلین^۱ که موجب اختلال یاخته‌های درونی حلزون می‌شود چون کاشتینه مستقیماً پی‌یاخته‌های شنوایی حلزون را تحریک می‌کند و تحریک الکتریکی ناشی از کاشتینه در مقایسه با سمعک فعالیت عصبی همزمان‌تری را موجب می‌شود نتایج کاشت حلزونی، موفقیت‌آمیز گزارش شده است (۱۳).

■ موضوعات وابسته به جراحی

هدف از جراحی کاشت حلزونی قرار دادن تمام آرایهٔ الکتروودی در دالان صماخی^۲ حلزون با کمترین آسیب ممکن به ساختارهای گوش داخلی است. عوامل مختلفی که بر توانایی جراح در قرار دادن کامل آرایهٔ الکتروودی اثر می‌گذارند عبارت‌اند از: دژرویش موندینی^۳ یا استخوانی‌شدن لایبرنت که به بسته‌شدن حلزون می‌انجامد، ویژگی‌های آرایهٔ الکتروودی و تجربه جراحی. موضوعات دیگر جراحی عبارت‌اند از: پیچ‌خوردگی یا دیگر آسیب‌های ضربه‌ای ناشی از جراحی به الکتروود، جراحی عصب چهره‌ای، و مشکلات پسا‌جراحی زبانهٔ پوست^۴ شامل قطع ارتباط یا عفونت که ممکن است موجب بیرون‌افتادگی الکتروود شود.

اهمیت و جدی بودن روش‌های جراحی و عوارض بالقوه را نباید دست‌کم گرفت. بسیار کمتر ممکن است گوش‌پزشک و جراح کاشت با تجربه به‌ویژه در حلزون‌های دچار آسیب کالبدشناختی با مشکل روبرو شود. درستی جای‌دهی الکتروود و دستگاه حیاتی است و توانایی جراح برای درست قرار دادن بدون آسیب‌دیدگی یا پیچ‌خوردگی بخش‌های درونی وابسته است. اگرچه روش‌های جراحی عمومی برای تمام کاشتینه‌ها یکسان است اما با توجه به تفاوت بین آرایه‌های الکتروودی و ابزارهای جای‌دهی، لازم است جراحان با تکنیک‌ها مرتبط با هر دستگاه آشنا باشند (۳).

■ برنامه‌ریزی دستگاه

یکی از عوامل بسیار مهم بر عملکرد کاشتینه، شیوهٔ برنامه‌ریزی^۵ پردازشگر گفتار است (۳). هدف نهایی برنامه‌ریزی، تنظیم دستگاه به گونه‌ای است که درون‌داد صوتی به شیوهٔ کارآمدی به سیگنال الکتریکی قابل استفاده برای هر

1. OTOF

2. Scala Tympani

3. Mondini Dysplasia

4. Flap

5. Programming

6. Total Communication

7. Manually Coded

8. Auditory / Oral

- perception abilities in congenitally deaf subjects. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 1997;41(2):121-31.
6. Baumgartner WD, Pok SM, Egelierler B, Franz P, Gstoettner W, Hamzavi J. The role of age in pediatric cochlear implantation. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2002;62(3):223-8.
 7. Govaerts PJ, De Beukelaer C, Daemers K, De Ceulaer G, Yperman M, Somers T, et al. Outcome of cochlear implantation at different ages from 0 to 6 years. *Otology & Neurotology*. 2002;23(6):885-90.
 8. Kileny PR, Zwolan TA, Ashbaugh C. The influence of age at implantation on performance with a cochlear implant in children. *Otology & Neurotology*. 2001;22(1):42-6.
 9. Niparko JK. *Cochlear implants: principles & practices*: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
 10. Hamzavi J, Baumgartner WD, Egelierler B, Franz P, Schenk B, Gstoettner W. Follow up of cochlear implanted handicapped children. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2000;56(3):169-74.
 11. Zwolan T. Implantable Hearing Devices. In: J. Katz, C. Marshall, K. English, L. Hood, K. Tillery, editors. *Handbook of clinical audiology*. 5th ed: Williams & Wilkins Baltimore; 2015. p. 832.
 12. Pham NS. The management of pediatric hearing loss caused by auditory neuropathy spectrum disorder. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*. 2017;25(5):396-9.
 13. Kim L-S, Jeong S-W. Pediatric cochlear implantation in auditory neuropathy. *Neuropathies of the Auditory and Vestibular Eighth Cranial Nerves*. 2009:61-9.
 14. Shapiro WH, Bradham TS. Advancements in Cochlear Implant Programming. In: S. Waltzman, Roland JT, editors. *Cochlear Implants*: Thieme Medical Publishers, Inc.; 2014. p. 148-57.
 15. Shapiro WH. Device programming. In: S. B. Waltzman, Roland JT, editors. *Cochlear implants* New York: Thieme; 2004. p. 133-45.
 16. Robbins A. Rehabilitation after cochlear implantation. In: Niparko JK, editor. *Cochlear implants: Principles and practices*: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS, a Wolters Kluwer business; 2009. p. 271.
 17. Estabrooks W, Roland J. Therapeutic approaches following cochlear implantation. *Cochlear implants*: Thieme Medical Publishers, Inc.; 2014. p. 181.
 18. Ebrahimi A-A. Cochlear Implants In Children. *Exceptional Education Journal*. 2004; 31 (4) : 20-4 [Persian].

اندازه‌گیری‌های بازشناسی گفتار امتیاز بالایی به دست می‌آورند و این نتایج با افزایش تأکید بر شنیدن افزایش پیدا می‌کند (۱۷). از منظر جایگاه آموزشی اگر مدرسه محیط شنیداری مطلوبی که رشد شنوایی را ارتقاء داده و ترغیب کند فراهم کند کودک از کاشتینه حلزونی به خوبی استفاده خواهد کرد (۱۸). از این رو، والدینی که بر رشد شنیداری و زبان گفتاری ارزش قائل نیستند نباید کاشتینه حلزونی را برای کودکشان انتخاب کنند (۱۶).

نتیجه‌گیری

در میان جمعیت کودکان کاربر کاشتینه حلزونی نتایج ادراک گفتار کاملاً متغیر است. برخی از این عوامل که بر نتایج اثر می‌گذارند عبارت‌اند از: سن کاشت، مدت ناشنوایی، روش ارتباطی، باقیمانده شنوایی پیشاکاشت، کم‌توانی‌های اضافی و شیوه برنامه‌ریزی پردازشگر گفتار. اگرچه تمرکز این مقاله بر ادراک گفتار کودکان کاربر کاشتینه حلزونی است این عامل به تنهایی شکست یا موفقیت کاشت را تعریف نمی‌کند و حتی اگر ادراک گفتار ضعیف باقی بماند مزایای دیگری همچون رهایی از انزوای شنیداری، کمک به گفتارخوانی و آگاهی از صداهای هشداردهنده کمک بزرگی به کیفیت زندگی کودک خواهند کرد.

References

1. O'donoghue GM, Nikolopoulos TP, Archbold SM. Determinants of speech perception in children after cochlear implantation. *The Lancet*. 2000;356(9228):466-8.
2. Schraer-Joiner L. *Music for Children with Hearing Loss: A Resource for Parents and Teachers*: Oxford University Press; 2014.
3. Waltzman S. *Speech Perception in Children with Cochlear Implants*. In: S. Waltzman, Roland JT, editors. *Cochlear implants*: Thieme Medical Publisher; 2004. p. 146-52.
4. Burton Koch D., J. OM. cochlear implants. In: Metz MJ, editor. *Hearing Aid Amplification Technical and Clinical Considerations*. 3rd ed: Plural Publishing, Inc.; 2014. p. 569-682.
5. Snik A, Makhdoum MJA, Vermeulen AM, Brokx JP, van den Broeka P. The relation between age at the time of cochlear implantation and long-term speech

مقایسه مهارت‌های حرکتی دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان، مشکلات تلفظی و گفتار بهنجار

- زهره رائق، کارشناس ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
□ علی زینالی*، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

صفحات ۶۱-۷۳

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: این پژوهش با هدف مقایسه مهارت‌های حرکتی دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان، مشکلات تلفظی، و گفتار بهنجار انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه پس‌رویدادی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. از میان جامعه دانش‌آموزان پسر ابتدایی با کم‌توانی هوشی شهر ارومیه، ۹۰ نفر (هر گروه ۳۰ نفر) به روش نمونه‌گیری تمام‌شمار و در دسترس انتخاب شدند. برای همه گروه‌ها آزمون تجدیدنظرشده مهارت‌های حرکتی لینکلن-اوزرتسکی اجرا شد. داده‌ها با روش‌های آماری تحلیل واریانس چندمتغیری و تحلیل واریانس تک‌متغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که تمام ابعاد مهارت‌های حرکتی شامل: هماهنگی عمومی پویا، هماهنگی عمومی ایستا، هماهنگی دستی پویا، سرعت حرکت، حرکات ارادی همزمان متقارن و حرکات ارادی ناهمزمان نامتقارن در گروه دارای گفتار بهنجار به‌طور معناداری بالاتر از میانگین گروه‌های با لکنت زبان و مشکلات تلفظی بود ($P < 0/05$)، اما بین میانگین مهارت‌های حرکتی گروه‌های با لکنت زبان و مشکلات تلفظی به جزء مهارت هماهنگی عمومی پویا، تفاوت معناداری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که رشد متعادل توانایی‌های حرکتی اساس یادگیری‌های بعدی است، اصلاح دشواری‌های حرکتی پیش از شروع آموزش مهارت‌های دیگر ضروری است.

واژگان کلیدی: مهارت‌های حرکتی، کم‌توانی هوشی، لکنت زبان، مشکلات تلفظی، گفتار بهنجار

مقدمه

بررسی مهارت‌های حرکتی^۱ کودکان اهمیت زیادی دارد، بنابراین، پژوهشگران بسیاری مهارت‌های حرکتی کودکان عادی و کودکان استثنایی را بررسی و مقایسه کردند (۱). یکی از گروه‌های کودکان استثنایی دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی^۲ هستند که بهره هوشی آنها بین ۵۰ تا ۷۰ است (۲). دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی افرادی آموزش‌پذیر هستند

که از نظر سرعت فراگیری مشکلاتی دارند و در مقایسه با هم‌تایانشان یکسان عمل نمی‌کنند، اما می‌توانند برخی مهارت‌ها را فراگیرند. بیشتر این دانش‌آموزان قادرند همانند کودکان با هوش معمولی فعالیت‌های حرکتی را انجام دهند، اما یادگیری مهارت‌های حرکتی در این گروه با کندی همراه است (۳). دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی دارای مشکلاتی زیادی هستند که می‌توان به مشکلاتی در زبان بیانی از جمله

* E-mail: cognition20@yahoo.com

1. Motor Skills
2. Intellectual Disability

مناسب است. این بیانات، تلویحی بر دیدگاه جدید در مورد هم‌رویدادی اختلالات حرکتی و زبان دارد (۱۳). بین حرکات ظریف و درشت با زبان در ۳ سالگی به ترتیب ۰/۴۴ و ۰/۵۶، و در ۵ سالگی به ترتیب ۰/۳۴ و ۰/۳۵، رابطه مثبت وجود دارد. از یک سو این یافته‌ها حکایت از رابطه قوی زبان با رفتار حرکتی در دوره‌های رشد اولیه کسب مهارت‌های حرکتی و زبان دارد. از سوی دیگر، نشان‌دهنده کاهش این رابطه با رشد و تکامل این مهارت‌ها در سال‌های بعدی است (۱۴). این یافته‌ها اهمیت مداخلات هم‌افزایی^۴ را در سال‌های اولیه نشان می‌دهند.

کودکان با کم‌توانی هوشی معمولاً از نظر مهارت‌های حرکتی با هم‌تایان عادی خود تفاوت دارند (۳). مهارت‌های حرکتی یکی از مهمترین مهارت‌های پیش‌نیاز یادگیری محسوب می‌شوند و به معنای مجموعه حرکت‌های هماهنگ است که با هم ترکیب می‌شوند تا یک حرکت مانند بالا بردن دست به صورت بهینه انجام شود (۱۵). همچنین مهارت‌های حرکتی به معنای فعالیت‌های جنبشی و حرکتی هستند که مستلزم کنش هماهنگی اعضای بدن با یکدیگر می‌باشند و شامل هماهنگی عمومی پویا، هماهنگی عمومی ایستا، هماهنگی دستی پویا، سرعت حرکت، حرکات ارادی همزمان متقارن و حرکات ارادی ناهمزمان نامتقارن است (۱۶). هماهنگی عمومی پویا به معنای حفظ تعادل بدن در حین اجرای یک کار حرکتی و جنبشی است. هماهنگی عمومی ایستا یعنی توانایی تخمین تغییرات تعادل و هماهنگی فعالیت ماهیچه‌ای جهت حفظ ثبات. هماهنگی دستی پویا یعنی اجرای وظایف حرکتی ظریف و غیرظریف دست و شامل حرکات هماهنگ انگشتان و یا دست‌ها و بازوان با هم است. سرعت حرکت به معنای سرعت انجام کار با دست‌ها است. حرکات ارادی همزمان متقارن به معنای حرکاتی است که هر دو اندام باید در یک زمان انجام دهند. حرکات ارادی ناهمزمان نامتقارن به معنای حرکاتی است که با دو اندام در زمان‌های مختلف انجام می‌شود (۱۷).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از تفاوت مهارت‌های حرکتی بین کودکان عادی و استثنایی است. برای مثال ریکو، گابارد، بیرن و رایت (۲۰۱۲) ضمن بررسی و ارزیابی مهارت‌های

لکنت زبان^۱ و مشکلات تلفظی^۲ اشاره کرد. تولید زبان یک فعالیت حرکتی است که نیازمند هماهنگی بین دستگاه‌های زبانی، تولیدی، تنفسی، حنجره‌ای و صوتی است (۴). لکنت زبان به معنای اختلال سیالی کلامی با شروع در دوره کودکی است که در تمام طبقات اجتماع وجود دارد، اما در پسران ۳ تا ۴ برابر شایع‌تر از دختران است. همچنین شیوع لکنت زبان در موقع ورود به مدرسه و صحبت کردن در حضور آموزگار و سایر شاگردان از هر زمان دیگری بیشتر است (۵). لکنت زبان پدیده‌ای پیچیده روانی، حرکتی، و خاص دوران کودکی است که معمولاً از ۲ تا ۵ سالگی شروع می‌شود (۶). ملاک‌های تشخیص لکنت زبان در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۳ شامل تکرار صداها و هجاها، طولانی کردن حروف صدادار و بی صدا، کلمات بریده بریده، وقفه‌های قابل شنیدن و سکوت، درازگویی‌ها و تکرارهای کلمات تک‌هجایی است (۷). مشکلات تلفظی به معنای تولید نادرست صداها، گفتاری است و مشکلات تلفظی شایع‌ترین مشکل ارتباطی در بین دانش‌آموزان است (۸). به عبارت دیگر، هرگاه حرکات متقابل اندام‌های گفتاری چون زبان، لب‌ها، فک‌ها و کام در فردی از نظم و ترتیب عملکردی مناسبی برخوردار نباشد وی را دچار مشکلات تلفظی قلمداد می‌کنند (۹). مشکلات تلفظی به دلیل اشکالاتی که در برقراری ارتباط با دیگران ایجاد می‌کنند مانع بزرگی در راه پیشرفت فرد در جامعه محسوب می‌شوند (۱۰).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از ارتباط مثبت عملکردهای زبانی با مهارت‌های حرکتی است و کودکانی که آسیب بیشتری در دستگاه زبانی خود دارند، دارای مشکلات بیشتری در مهارت‌های حرکتی هستند (۱۱). مطالعات نشان می‌دهند، عوامل مختلفی در رشد حرکتی وجود دارد (نقل مکان، دستکاری اشیاء و حرکات بدن) که به رشد زبان کمک می‌کنند (۱۲). فراگیری حرکت در شیرخواران فرصتی برای تمرین مهارت‌های مرتبط با زبان را پیش از آن که برای این منظور مورد نیاز باشند فراهم می‌کند. ظهور مهارت‌های حرکتی جدید، تجربه شیرخواران را با اشیاء و افراد تغییر می‌دهد به طوری که برای هر دو، رشد عمومی ارتباطی و فراگیری زبان

1. Stuttering

2. Articulation Problems

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition: DSM-V

4. synergic

ارائه راهکارهایی برای کمک به آنها می‌پردازد. بنابراین، هدف این پژوهش مقایسه مهارت‌های حرکتی دانش‌آموزان پسر ابتدایی با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان، مشکلات تلفظی و گفتار بهنجار بود.

روش

این پژوهش پس‌رویدادی از نوع علی-مقایسه‌ای بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش شامل همه دانش‌آموزان پسر ابتدایی با کم‌توانی هوشی (دارای لکنت زبان، مشکلات تلفظی و گفتار بهنجار) شهر ارومیه در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بودند. در این پژوهش همه دانش‌آموزان پسر با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی در حکم نمونه انتخاب شدند (هر گروه شامل ۳۰ نفر بود). بر این اساس، ۳۰ دانش‌آموز با کم‌توانی هوشی دارای گفتار بهنجار نیز به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه، شامل دانش‌آموز پسر بودن، حداقل سن ۷ تا ۱۵ سال، بهره هوشی بین ۵۰ تا ۷۰ براساس پرونده تحصیلی، داشتن لکنت زبان، مشکلات تلفظی، و گفتار بهنجار برای هر یک از سه گروه براساس نظر گفتار درمانگر و عدم رخداد عوامل تنش‌زا مانند طلاق، مرگ عزیزان و غیره در شش ماه گذشته بود. همچنین ملاک‌های خروج از مطالعه شامل عدم امضای رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش توسط یکی از والدین دانش‌آموزان، و امتناع شرکت‌کنندگان از ادامه همکاری در آزمون بود. نحوه اجرای پژوهش این گونه بود که پس از بیان هدف پژوهش برای رئیس اداره آموزش و پرورش استثنایی شهر ارومیه، اجازه پژوهش و نامه همکاری با پژوهشگر گرفته شد. سپس به مدارس مربوط مراجعه و همه دانش‌آموزان پسر ابتدایی با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی و ۳۰ دانش‌آموز پسر ابتدایی با کم‌توانی هوشی دارای گفتار بهنجار انتخاب شدند. پس از آن با هماهنگی مدیر مدارس یک جلسه توجیهی برای والدین برگزار شد و در انتهای جلسه ضمن بیان هدف پژوهش، اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، از آنان رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت فرزندشان در پژوهش گرفته شد. در نهایت، دانش‌آموزان هر سه گروه علاوه بر سنجش ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، به صورت انفرادی تحت آزمون مهارت‌های حرکتی قرار گرفتند.

حرکتی دانش‌آموزان دارای لکنت زبان به این نتیجه رسیدند که مهارت‌های حرکتی درشت و ظریف دانش‌آموزان دارای لکنت زبان به‌طور معناداری ضعیف‌تر از دانش‌آموزان عادی است (۱۸). در پژوهشی دیگر پارک (۲۰۱۵) ضمن مقایسه مهارت‌های حرکتی و فرایندی در کودکان با کم‌توانی‌های رشدی گوناگون به این نتیجه رسیدند که گروه فلج مغزی در مقایسه با گروه‌های با کم‌توانی رشدی فراگیر و کم‌توانی هوشی دارای مهارت‌های حرکتی ضعیف‌تری بودند (۱۹). همچنین دست‌جردی‌کازمی (۱۳۸۲)، ضمن پژوهشی گزارش کرد بیشترین مشکل دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی مدارس استثنایی در واژگان شفاهی و تقلید جمله، و کمترین مشکل آنها در درک واژگانی است (۲۰). در پژوهشی دیگر پهلوانیان و همکاران (۱۳۹۱)، گزارش کردند بین مهارت تعادل اجسام، هماهنگی دست و پا، سرعت و حرکات دست و هماهنگی چشم و دست بین کودکان بدون کم‌توانی و با کم‌توانی هوشی تفاوت معناداری وجود ندارد، اما بین مهارت‌های تعادل بدن، پرتاب کردن و گرفتن، پریدن و مهارت‌های حرکتی به‌صورت کلی تفاوت معناداری وجود دارد (۱). داوری‌نیا، یارمحمدیان و قمرانی (۱۳۹۴)، ضمن مقایسه مهارت‌های حرکتی درشت، ظریف و تعادل بدنی در کودکان با کم‌توانی هوشی، اتیسم و اختلال یادگیری با کودکان بدون کم‌توانی به این نتیجه رسیدند که تفاوت معناداری بین مهارت‌های حرکتی ظریف، درشت و تعادل بدنی کودکان بدون کم‌توانی با کودکان با کم‌توانی هوشی، اتیسم و اختلال یادگیری وجود دارد. در کل مهارت‌های گروه کودکان با اختلال یادگیری بیشترین امتیاز و گروه کودکان اتیسم کمترین امتیاز را به دست آوردند (۲۱).

دانش‌آموزان ابتدایی دارای استعدادها و ظرفیت‌های گوناگونی هستند و درصد کمی از آنها با کم‌توانی هوشی هستند. کم‌توانی هوشی نه تنها باعث تفاوت هوشی بلکه باعث تفاوت جسمی میان دانش‌آموزان می‌شود. همچنین کم‌توانی هوشی بر یادگیری و اجرای فعالیت‌های بدنی تأثیر می‌گذارد و این افراد باید بتوانند مهارت‌هایی را جهت مدیریت خود فراگیرند. از آنجایی که مهارت‌های حرکتی، پایه و اساس یادگیری سایر مهارت‌ها هستند و این مهارت‌ها نقش مهمی در زندگی انسان دارند بنابراین، این پژوهش به مقایسه مهارت‌های حرکتی دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی با هدف

ابزار

برای اندازه‌گیری مهارت‌های حرکتی از آزمون بازنگری شده مهارت‌های حرکتی لینکلن-اوزرتسکی^۱ (۱۹۵۵) استفاده شد. این آزمون دارای ۳۶ خرده‌آزمون است که از آن برای ارزیابی توانایی حرکتی کودکان زیر ۱۵ سال استفاده می‌شود. این آزمون مهارت‌های حرکتی گوناگونی را مانند انگشتان، هماهنگی چشم، دست و فعالیت‌های عضلات بزرگ، دست‌ها، پاها و تنه را در ۶ حوزه کلی می‌سنجد و شامل هماهنگی کلی، هماهنگی حرکتی دوطرفه، هماهنگی حرکتی چشم و دست، تعداد حرکات ظریف و حرکات درشت است. این آزمون ۶ خرده‌مقیاس شامل هماهنگی عمومی پویا، هماهنگی عمومی ایستا، هماهنگی دستی پویا، سرعت حرکت، حرکات ارادی همزمان متقارن و حرکات ارادی ناهمزمان نامتقارن دارد. در این ابزار آزمون‌های شماره ۱ (راه رفتن عقب عقب)، شماره ۵ (لمس کردن نوک انگشتان)، شماره ۶ (ضربات موزون پاها و انگشتان)، شماره ۷ (پريدن از روی طناب)، شماره ۱۰ (باز و بسته کردن متناوب دست‌ها)، شماره ۱۹ (پريدن و دور زدن) هماهنگی عمومی پویا را می‌سنجد. آزمون‌های شماره ۲ (دولاشدن روی نوک پنجه پا)، شماره ۳ (ایستادن روی یک پا)، شماره ۴ (لمس بینی با انگشت)، شماره ۹ (ایستادن روی پاها)، شماره ۱۳ (درست کردن توپ)، شماره ۲۸ (حفظ تعادل روی نوک پنجه‌های پا)، و شماره ۳۴ (حفظ تعادل روی یک پنجه پا) هماهنگی عمومی ایستا را می‌سنجد. آزمون‌های شماره ۸ (حرکت انگشتان)، شماره ۱۱ (نقطه گذاری)، شماره ۱۲ (گرفتن توپ)، شماره ۱۴ (بیچاندن نخ دور قرقره)، شماره ۱۵ (حفظ تعادل چوب از عرض)، شماره ۱۶ (ترسیم دایره در فضا)، شماره ۱۷ (ضربه زدن)، شماره ۲۰ (گذاشتن چوب کبریت‌ها در جعبه) و شماره ۲۲ (پرتاب توپ) هماهنگی دستی پویا را می‌سنجد. آزمون‌های شماره ۲۱ (بیچاندن نخ به دور قرقره در حال راه رفتن)، شماره ۲۳ (دسته کردن چوب کبریت‌ها)، شماره ۲۴ (کشیدن خط)، شماره ۲۵ (پريدن دایره)، شماره ۲۶ (گذاشتن سکه‌ها در جعبه) و شماره ۲۷ (عبور از مازها) سرعت حرکت را می‌سنجد. آزمون‌های شماره ۲۹ (ضربه زدن با پاها و انگشتان)، شماره ۳۰ (پريدن و لمس کردن پاشنه پا)، شماره ۳۱ (ضربه زدن با پاها و ترسیم دایره با انگشتان)، شماره

۳۳ (پريدن و کف زدن) و شماره ۳۶ (حفظ تعادل چوب به صورت عمودی) حرکات ارادی همزمان متقارن را می‌سنجد. آزمون‌های شماره ۱۸ (سکه‌ها و چوب کبریت‌ها)، شماره ۳۲ (ایستادن روی یک پا با چشمان بسته) و شماره ۳۵ (باز و بسته کردن دست‌ها) حرکات ارادی ناهمزمان نامتقارن را می‌سنجد (۲۲). آلبرت و پیتیتپاس^۲ (۲۰۰۴) روایی ابزار با روش تحلیل عاملی یعنی از طریق همبستگی خرده‌آزمون‌ها با نمره کل آزمون‌ها را برای هر شش خرده‌آزمون در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۸۲، و پایایی کل آزمون را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶، گزارش کردند. تحقیقات داخلی روایی ابزار را با روش همسانی درونی برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۸۳، و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷، گزارش کرده‌اند (۲۳).

داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی به کمک نرم‌افزار SPSS-۱۹ تحلیل شدند. در سطح توصیفی برای توصیف متغیرها از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی برای آزمون فرض‌های آماری از روش تحلیل واریانس چندمتغیری و تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

با هماهنگی مدیر مدارس یک جلسه توجیهی برای والدین برگزار و در انتهای جلسه ضمن بیان هدف پژوهش، اصل رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات شخصی، از آنان رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت فرزندشان در پژوهش گرفته شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان ۹۰ دانش‌آموز پسر با کم‌توانی هوشی دارای لکت زبان، مشکلات تلفظی و گفتار بهنجار (هر گروه ۳۰ نفر) بودند، به طوری که از لحاظ پایه تحصیلی در گروه دارای لکت زبان ۲ نفر آمادگی، ۱۰ نفر اول، ۷ نفر دوم، ۴ نفر سوم، ۴ نفر چهارم، ۱ نفر پنجم و ۲ نفر ششم؛ در گروه مشکلات تلفظی ۵ نفر آمادگی، ۴ نفر اول، ۹ نفر دوم، ۳ نفر سوم، ۴ نفر چهارم، ۴ نفر پنجم و ۱ نفر ششم؛ و در گروه دارای گفتار بهنجار ۲ نفر آمادگی، ۷ نفر اول، ۵ نفر دوم، ۵ نفر سوم،

1. Lincoln-Oseretski

2. Albert & Pitiptas

ماتریس‌های کوواریانس و برابری واریانس‌ها است. بنابراین، شرایط استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیری وجود دارد. میانگین و انحراف معیار مهارت‌های حرکتی و ابعاد آن شامل هماهنگی عمومی پویا، هماهنگی عمومی ایستا، هماهنگی دستی پویا، سرعت حرکت، حرکات ارادی همزمان متقارن و حرکات ارادی ناهمزمان نامتقارن در جدول شماره ۱ ارائه شده‌اند.

نفر چهارم، ۴ نفر پنجم و ۲ نفر ششم بودند. پیش از تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس چندمتغیری، پیش فرض‌های پژوهش بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای مهارت‌های حرکتی کلی و هیچ یک از ابعاد آن معنادار نبود که این یافته حاکی از برقرار فرض هنجار بودن است. همچنین نتایج آزمون‌های M باکس و لوین برای آنها معنادار نبود که این یافته به ترتیب حاکی از برقراری فرض برابری

جدول ۱) میانگین و انحراف معیار مهارت‌های حرکتی و ابعاد آن به تفکیک گروه‌ها

گفتار بهنجار		مشکلات تلفظی		لکنت زبان		متغیرها / گروه‌ها
SD	M	SD	M	SD	M	
۲/۱۷۱	۱۹/۸۰۰	۴/۳۷۶	۱۲/۴۳۳	۲/۵۸۲	۱۵/۱۳۳	هماهنگی عمومی پویا
۳/۱۵۶	۳۰/۹۶۶	۴/۷۳۵	۱۹/۳۰۰	۵/۷۹۱	۲۰/۳۳۳	هماهنگی عمومی ایستا
۴/۲۰۹	۳۴/۰۶۶	۷/۹۵۵	۱۸/۲۳۳	۳/۹۷۴	۱۸/۱۶۶	هماهنگی دستی پویا
۴/۱۰۰	۲۶/۵۰۰	۵/۴۱۸	۱۰/۵۶۶	۳/۵۱۶	۱۲/۱۰۰	سرعت حرکت
۳/۰۲۵	۱۲/۵۰۰	۲/۹۴۸	۴/۸۳۳	۲/۴۶۲	۵/۲۶۶	حرکات ارادی همزمان متقارن
۲/۷۸۳	۹/۶۶۶	۳/۲۴۵	۴/۴۶۶	۳/۳۱۸	۵/۲۳۳	حرکات ارادی غیرهمزمان نامتقارن
۱۰/۱۹۷	۱۳۳/۵۰۰	۱۹/۹۲۰	۶۹/۸۳۳	۱۳/۵۷۶	۷۶/۲۳۳	مهارت‌های حرکتی کلی

کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان، مشکلات تلفظی و گفتار بهنجار از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار مهارت‌های حرکتی و ابعاد آن در گروه‌های دارای لکنت زبان، مشکلات تلفظی و گفتار بهنجار قابل مشاهده است. برای بررسی تفاوت مهارت‌های حرکتی کلی بین دانش‌آموزان با

جدول ۲) نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای مهارت‌های حرکتی گروه‌ها

منبع اثر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	معناداری	مجدورات
گروه	۷۳۷۳۸/۷۵۶	۲	۳۶۸۶۹/۳۷۸	۱۶۱/۴۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸۸
خطا	۱۹۸۶۹/۰۳۳	۸۷	۲۲۸/۳۸۰			
کل	۸۷۵۱۸۳/۰۰۰	۹۰				
کل اصلاح شده	۹۳۶۰۷/۷۸۹	۸۹				

اینکه بین کدام گروه‌ها در مهارت‌های حرکتی تفاوت معناداری وجود دارد از آزمون تعقیبی ال‌اس‌دی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

طبق نتایج جدول ۲، بین گروه‌های با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان، مشکلات تلفظی؛ و گفتار بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد ($F=161/439, P \leq 0/001$). برای بررسی

جدول ۳) نتایج مقایسه زوجی میانگین مهارت‌های حرکتی گروه‌ها با استفاده از آزمون ال‌اس‌دی

معناداری	خطای استاندارد	اختلاف میانگین‌ها	گروه‌ها	
۰/۱۰۵	۳/۹۰۲	۶/۴۰۰	مشکلات تلفظی	لکنت زبان
۰/۰۰۱	۳/۹۰۲	-۵۷/۲۶۷*	گفتار بهنجار	لکنت زبان
۰/۰۰۱	۳/۹۰۲	-۶۳/۶۶۷*	گفتار بهنجار	مشکلات تلفظی

بررسی تفاوت ابعاد مهارت‌های حرکتی شامل هماهنگی عمومی پویا، هماهنگی عمومی ایستا، هماهنگی دستی پویا، سرعت حرکت، حرکات ارادی همزمان متقارن و حرکات ارادی ناهمزمان نامتقارن از روش تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شد.

طبق نتایج جدول ۳، میانگین مهارت‌های حرکتی گروه دارای گفتار بهنجار به‌طور معناداری بالاتر از میانگین گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی است، اما بین میانگین مهارت‌های حرکتی گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی تفاوت معناداری وجود ندارد. برای

جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری

متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری	مجزور اتا (PES)
هماهنگی عمومی پویا	۸۳۳/۳۵۶	۲	۴۱۶/۶۷۹	۴۰/۹۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸۵
هماهنگی عمومی ایستا	۲۵۰۲/۴۶۷	۲	۱۲۵۱/۲۳۳	۵۶/۹۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷
هماهنگی دستی پویا	۵۰۳۵/۰۸۹	۲	۲۵۱۷/۵۴۴	۷۸/۰۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۲
سرعت حرکت	۴۶۳۵/۸۲۲	۲	۲۳۱۷/۹۱۱	۱۱۸/۷۹۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳۲
حرکات ارادی همزمان متقارن	۱۱۱۲/۸۶۷	۲	۵۵۶/۴۳۳	۶۹/۸۰۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱۶
حرکات ارادی غیرهمزمان نامتقارن	۴۷۲/۸۲۲	۲	۲۳۶/۴۱۱	۲۴/۲۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵۸

وجود دارد. بنابراین، برای مقایسه هر یک از مهارت‌ها می‌توان از آزمون تعقیبی ال‌اس‌دی استفاده کرد. برای بررسی این که بین کدام گروه‌ها در متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد از آزمون تعقیبی ال‌اس‌دی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شد.

طبق نتایج جدول ۴، بین گروه‌های دارای لکنت زبان، مشکلات تلفظی؛ و گفتار بهنجار در همه ابعاد مهارت‌های حرکتی یعنی هماهنگی عمومی پویا، هماهنگی عمومی ایستا، هماهنگی دستی پویا، سرعت حرکت، حرکات ارادی همزمان متقارن و حرکات ارادی ناهمزمان نامتقارن تفاوت معناداری

جدول ۵) نتایج مقایسه زوجی میانگین گروه‌ها در متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون ال‌اس‌دی

معناداری	خطای استاندارد	اختلاف میانگین‌ها	گروه‌ها		متغیرها
۰/۰۰۲	۰/۸۲۴	۲/۷۰۰*	مشکلات تلفظی	لکنت زبان	هماهنگی عمومی پویا
۰/۰۰۱	۰/۸۲۴	-۴/۶۶۷*	گفتار بهنجار	لکنت زبان	
۰/۰۰۱	۰/۸۲۴	-۷/۳۶۷*	گفتار بهنجار	مشکلات تلفظی	
۰/۳۹۶	۱/۲۱۰	۱/۰۳۳	مشکلات تلفظی	لکنت زبان	هماهنگی عمومی ایستا
۰/۰۰۱	۱/۲۱۰	-۱۰/۶۳۳*	گفتار بهنجار	لکنت زبان	
۰/۰۰۱	۱/۲۱۰	-۱۱/۶۶۷*	گفتار بهنجار	مشکلات تلفظی	

ادامه جدول ۵

معناداری	خطای استاندارد	اختلاف میانگین‌ها	گروه‌ها		متغیرها
۰/۹۶۴	۱/۴۶۷	-۰/۰۶۷	مشکلات تلفظی	لکنت زبان	هماهنگی دستی پویا
۰/۰۰۱	۱/۴۶۷	-۱۵/۹۰۰*	گفتار بهنجار	لکنت زبان	
۰/۰۰۱	۱/۴۶۷	-۱۵/۸۳۳*	گفتار بهنجار	مشکلات تلفظی	
۰/۱۸۲	۱/۱۴۱	۱/۵۳۳	مشکلات تلفظی	لکنت زبان	سرعت حرکت
۰/۰۰۱	۱/۱۴۱	-۱۴/۴۰۰*	گفتار بهنجار	لکنت زبان	
۰/۰۰۱	۱/۱۴۱	-۱۵/۹۳۳*	گفتار بهنجار	مشکلات تلفظی	
۰/۵۵۴	۰/۷۲۹	۰/۴۳۳	مشکلات تلفظی	لکنت زبان	حرکات ارادی همزمان متقارن
۰/۰۰۱	۰/۷۲۹	-۷/۲۳۳*	گفتار بهنجار	لکنت زبان	
۰/۰۰۱	۰/۷۲۹	-۷/۶۶۷*	گفتار بهنجار	مشکلات تلفظی	
۰/۳۴۵	۰/۸۰۷	۰/۷۶۷	مشکلات تلفظی	لکنت زبان	حرکات ارادی ناهمزمان نامتقارن
۰/۰۰۱	۰/۸۰۷	-۴/۴۳۳*	گفتار بهنجار	لکنت زبان	
۰/۰۰۱	۰/۸۰۷	-۵/۲۰۰*	گفتار بهنجار	مشکلات تلفظی	

حرکات ارادی همزمان متقارن گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی تفاوت معناداری وجود ندارد. میانگین حرکات ارادی ناهمزمان نامتقارن گروه دارای گفتار بهنجار به‌طور معناداری بالاتر از میانگین گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی است، اما بین میانگین حرکات ارادی ناهمزمان نامتقارن گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از مهمترین مهارت‌هایی که می‌توان آن را پیش نیاز یادگیری سایر مهارت‌ها دانست، مهارت‌های حرکتی است. بررسی مهارت‌های حرکتی دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی به دلیل اینکه این مهارت‌ها پایه و اساس یادگیری سایر مهارت‌ها هستند اهمیت زیادی دارد، بنابراین، این پژوهش با هدف مقایسه مهارت‌های حرکتی دانش‌آموزان پسر ابتدایی با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان، مشکلات تلفظی و گفتار بهنجار انجام شد.

نتایج این پژوهش نشان داد میان گروه‌های با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان، مشکلات تلفظی و گفتار بهنجار در مهارت‌های حرکتی کلی تفاوت معناداری وجود داشت، به‌طوری که میانگین مهارت‌های حرکتی گروه دارای گفتار بهنجار به‌طور معناداری بالاتر از میانگین

طبق نتایج جدول ۵، میانگین هماهنگی عمومی پویا در گروه دارای گفتار بهنجار به‌طور معناداری بالاتر از میانگین گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی است و میانگین هماهنگی عمومی پویای گروه دارای لکنت زبان به‌طور معناداری بالاتر از میانگین گروه مشکلات تلفظی است. میانگین هماهنگی عمومی ایستا در گروه دارای گفتار بهنجار به‌طور معناداری بالاتر از میانگین گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی است، اما بین میانگین هماهنگی عمومی ایستای گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی تفاوت معناداری وجود ندارد.

میانگین هماهنگی دستی پویا در گروه دارای گفتار بهنجار به‌طور معناداری بالاتر از میانگین گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی است، اما بین میانگین هماهنگی دستی پویای گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی تفاوت معناداری وجود ندارد.

میانگین سرعت حرکت گروه دارای گفتار بهنجار به‌طور معناداری بالاتر از میانگین گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی است، اما بین میانگین سرعت حرکت گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی تفاوت معناداری وجود ندارد.

میانگین حرکات ارادی همزمان متقارن گروه دارای گفتار بهنجار به‌طور معناداری بالاتر از میانگین گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی است، اما بین میانگین

گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی بود، اما بین میانگین مهارت‌های حرکتی گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های داوری‌نیا و همکاران، ۱۳۹۴؛ عابدینی، ۱۳۹۴؛ سعادت، ۱۳۹۰؛ پارک، ۲۰۱۵ همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت گروه با کم‌توانی هوشی دارای گفتار بهنجار در مقایسه با گروه‌های با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی در برقراری ارتباط با دیگران موفق‌تر و در نتیجه دارای اعتماد به نفس و عزت نفس بالاتری هستند که این امر نخست باعث می‌شود این افراد در انجام بازی‌های انفرادی و گروهی موفق‌تر باشند و در نهایت باعث می‌شود این افراد در مقایسه با افراد دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی دارای مهارت‌های حرکتی بهتری باشند. تبیین دیگر اینکه افراد با کم‌توانی هوشی دارای گفتار بهنجار در مقایسه با گروه‌های با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی، بهتر و سریع‌تر توسط دیگران پذیرفته می‌شوند بنابراین، فرصت بیشتری برای انجام فعالیت‌های بدنی دارند. از آنجایی که مهارت‌های حرکتی شامل فعالیت‌های جنبشی و حرکتی و مستلزم کنش هماهنگی اعضای بدن با یکدیگر هستند بنابراین، انجام بیشتر فعالیت‌های بدنی باعث می‌شود مهارت‌های حرکتی گروه دارای گفتار بهنجار در مقایسه با گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی بهتر باشد.

نتایج دیگر نشان داد میان گروه‌های با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان، مشکلات تلفظی و گفتار بهنجار در متغیر هماهنگی عمومی پویا تفاوت معناداری وجود داشت، به‌طوری که میانگین هماهنگی عمومی پویا گروه دارای گفتار بهنجار به‌طور معناداری بالاتر از میانگین گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی بود و میانگین هماهنگی عمومی پویا گروه دارای لکنت زبان به‌طور معناداری بالاتر از گروه دارای مشکلات تلفظی بود. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های داوری‌نیا و همکاران، ۱۳۹۴؛ عابدینی، ۱۳۹۴؛ سعادت، ۱۳۹۰؛ پارک، ۲۰۱۵ همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت والدین کودکان دارای گفتار بهنجار در مقایسه با والدین کودکان دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی از فرزندان

خود توقع بیشتری برای انجام فعالیت‌های ساده روزمره زندگی یا انجام فعالیت‌های عمومی مثل نوشیدن آب، راه رفتن، آوردن چیزی مثل آب و غیره دارند و بیشتر با آنها بازی‌های عمومی مثل راه رفتن، پریدن، دور زدن و غیره را انجام می‌دهند. متقابلاً والدین کودکان دارای لکنت زبان در مقایسه با والدین کودکان دچار مشکلات تلفظی از فرزندان خود توقع بیشتری برای انجام فعالیت‌های ساده روزمره زندگی یا انجام فعالیت‌های عمومی مثل نوشیدن آب، راه رفتن، آوردن چیزی مثل آب و غیره دارند و بیشتر با آنها بازی‌های عمومی مثل راه رفتن، پریدن، دور زدن و غیره را انجام می‌دهند. در نتیجه، هر چه مشکلات کودکان، بیشتر (یعنی علاوه بر کم‌توانی دارای لکنت زبان یا مشکلات تلفظی) و یا حادثه و شدیدتر باشد (مشکلات تلفظی حادثه و بدتر از لکنت زبان است)، والدین تمایل کمتری به انجام فعالیت‌های ساده روزمره زندگی توسط فرزندان و در نتیجه تمایل کمتری برای بازی با آنها دارند. از آنجایی که هماهنگی عمومی پویا به معنای حفظ تعادل بدن در هنگام اجرای یک کار حرکتی و جنبشی است و این هماهنگی در نتیجه انجام فعالیت‌های ساده روزمره و بازی‌های ساده نیازمند هماهنگی مثل راه رفتن به عقب، ضربات موزون پاها و انگشتان، پریدن از روی یک شی مثل طناب، پریدن و دور زدن و غیره به وجود می‌آید، بنابراین، دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی دارای گفتار بهنجار در مقایسه با گروه‌های با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی و گروه دارای لکنت زبان در مقایسه با گروه دچار مشکلات تلفظی از نظر هماهنگی عمومی پویا وضعیت بهتری دارند.

دیگر نتایج نشان داد میان گروه‌های با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان، مشکلات تلفظی و گفتار بهنجار در متغیر هماهنگی عمومی ایستا تفاوت معناداری وجود داشت، به‌طوری که میانگین هماهنگی عمومی ایستا گروه دارای گفتار بهنجار به‌طور معناداری بالاتر از میانگین گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی بود، اما بین میانگین هماهنگی عمومی ایستا گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های داوری‌نیا و همکاران، ۱۳۹۴؛ عابدینی، ۱۳۹۴؛ سعادت، ۱۳۹۰؛ پارک، ۲۰۱۵ همسو بود.

گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی بود، اما بین میانگین هماهنگی دستی پویا گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های داوری‌نیا و همکاران، ۱۳۹۴؛ عابدینی، ۱۳۹۴؛ سعادت، ۱۳۹۰؛ پارک، ۲۰۱۵ همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت با این که کودکان با کم‌توانی هوشی دارای گفتار بهنجار و کودکان با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی تقریباً به یک اندازه فرصت انجام بازی‌های دستی انفرادی دارند، اما کودکان با کم‌توانی هوشی دارای گفتار بهنجار در مقایسه با کودکان با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی زمان بیشتری برای انجام فعالیت‌های دستی گروهی دارند. برای مثال، این گروه فرصت بیشتری را برای دادن و گرفتن اشیاء مثلاً توپ، گل، اسباب‌بازی و غیره، پرتاب کردن و غیره دارند. از آنجایی که هماهنگی دستی پویا به معنای اجرای وظایف حرکتی ظریف و غیرظریف دست شامل حرکات هماهنگ انگشتان و دست‌ها و بازوان است و این هماهنگی در نتیجه انجام فعالیت‌هایی مثل نقطه‌گذاری، گرفتن، پرتاب کردن، پیچاندن نخ به دور قرقره، حفظ تعادل چوب از عرض، ترسیم دایره در فضا، گذاشتن چوب کبریت‌ها در جعبه و غیره به وجود می‌آید و کودکان دارای گفتار بهنجار، فرصت بیشتری برای انجام چنین فعالیت‌هایی دارند. در مقابل، کودکان با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی به خاطر مشکلاتی که در گفتار دارند تقریباً به یک اندازه فرصت انجام بازی‌های مرتبط با هماهنگی دستی پویا دارند چون این بازی‌ها نیاز به گفتار هم دارند. در نتیجه، دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی دارای گفتار بهنجار در مقایسه با گروه‌های با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی از نظر هماهنگی دستی پویا وضعیت بهتری دارند و با توجه به اینکه اعضای خانواده با کودکان با کم‌توانی هوشی دارای لکنت و مشکلات تلفظی به یک اندازه بازی‌های مرتبط با هماهنگی دستی پویا را انجام می‌دهند بنابراین، بین گروه‌های با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی تفاوت معناداری در هماهنگی دستی پویا وجود ندارد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی دارای گفتار بهنجار در مقایسه با دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی تمایل بیشتر برای استقلال‌طلبی و انجام فعالیت‌های ساده به‌طور انفرادی دارند و هنگامی که در انجام این فعالیت‌ها با مشکلی مواجه می‌شوند بیشتر از دو گروه دیگر از سایر افراد (به ویژه اعضای خانواده و معلم) درخواست کمک می‌کنند و افراد معمولاً به این گروه در مقایسه با دو گروه دیگر سریع‌تر و مناسب‌تر پاسخ می‌دهند و در نتیجه این افراد فرصت بیشتری برای انجام انجام فعالیت‌های نیازمند کمک جزئی دارند. برای مثال، افراد به کودکان با کم‌توانی هوشی دارای گفتار بهنجار در مقایسه با دو گروه دیگر کمک بیشتری برای ایستادن روی دو پا و ایستادن روی یک پا می‌کنند و از آنجایی که این فعالیت‌ها شبیه بازی است بنابراین، کودکان فکر می‌کنند که بزرگترها با آنها بازی می‌کنند. از آنجایی که هماهنگی عمومی ایستا به معنای حفظ تعادل بدن در هنگام ایستادن و هماهنگی فعالیت‌های ماهیچه‌ای جهت حفظ ثبات است و این هماهنگی در نتیجه انجام فعالیت‌های ساده مثل دولا شدن روی نوک پنجه پا، ایستادن روی یک پا، ایستادن روی پاها، حفظ تعادل روی نوک پنجه‌های پا، حفظ تعادل روی یک پنجه پا و غیره به وجود می‌آید و کودکان دارای گفتار بهنجار فرصت بیشتری برای انجام چنین فعالیت‌هایی دارند بنابراین، دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی دارای گفتار بهنجار در مقایسه با گروه‌های با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی از نظر هماهنگی عمومی ایستا وضعیت بهتری دارند. با توجه به این که اعضای خانواده به دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی دارای لکنت و مشکلات تلفظی به یک اندازه بازی‌های مرتبط با هماهنگی عمومی ایستا را انجام می‌دهند بنابراین، بین این گروه‌ها در هماهنگی عمومی ایستا تفاوت معناداری وجود ندارد.

همچنین نتایج نشان داد میان گروه‌های با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان، مشکلات تلفظی و گفتار بهنجار در متغیر هماهنگی دستی پویا تفاوت معناداری وجود داشت، به طوری که میانگین هماهنگی دستی پویا گروه دارای گفتار بهنجار به‌طور معناداری بالاتر از میانگین

کم‌توانی هوشی دارای گفتار بهنجار در مقایسه با گروه‌های با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی از نظر سرعت حرکت وضعیت بهتری دارند و با توجه به این که هم دانش‌آموزان دارای لکنت زبان و هم دانش‌آموزان دچار مشکلات تلفظی دارای مشکلات گفتاری و در نتیجه دارای مشکلاتی در نظم‌دهی به فعالیت‌های خود هستند بنابراین، بین این گروه‌ها تفاوت معناداری در سرعت حرکت وجود ندارد.

همچنین نتایج نشان داد میان گروه‌های با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان، مشکلات تلفظی و گفتار بهنجار در متغیر حرکات ارادی همزمان متقارن تفاوت معناداری وجود داشت، به طوری که میانگین حرکات ارادی همزمان متقارن گروه دارای گفتار بهنجار به طور معناداری بالاتر از میانگین گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی بود، اما بین میانگین حرکات ارادی همزمان متقارن گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های داوری نیا و همکاران، ۱۳۹۴؛ عابدینی، ۲۰۱۵؛ همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت کودکان با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی فعالیت‌ها و بازی‌های بیشتری را به طور همزمان با دو اندام خود انجام می‌دهند. برای مثال، آنان با یک دست آب می‌نوشند و با دست دیگر گوش خود را لمس می‌کنند. در مقابل توانایی کودکان با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی برای انجام دو فعالیت به صورت همزمان توسط دو اندام، پایین‌تر است و این دو گروه دارای مشکلات بیشتری در این زمینه هستند. با توجه به این که حرکات ارادی همزمان متقارن به معنای انجام موفقیت‌آمیز فعالیت‌هایی با دو اندام به طور همزمان است و رسیدن به این سطح در نتیجه انجام فعالیت‌هایی با دو اندام به طور همزمان مثل راه رفتن و لمس بینی، دویدن و دست زدن، ضربه زدن با پاها و انگشتان، پریدن و لمس کردن پاشنه پا و غیره به وجود می‌آید و کودکان دارای گفتار بهنجار در مقایسه با دو گروه دیگر تمرین‌های بیشتری در این زمینه دارند، چون با قدرت تکلم، خود را در انجام درست دو کار به طور همزمان بهتر از دو گروه

نتایج دیگر نشان داد میان گروه‌های با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان، مشکلات تلفظی و گفتار بهنجار در متغیر سرعت حرکت تفاوت معناداری وجود داشت، به طوری که میانگین سرعت حرکت گروه دارای گفتار بهنجار به طور معناداری بالاتر از میانگین گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی بود، اما بین میانگین سرعت حرکت گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های داوری نیا و همکاران، ۱۳۹۴؛ عابدینی، ۱۳۹۴؛ سعادت، ۱۳۹۰؛ پارک، ۲۰۱۵؛ همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی دارای گفتار بهنجار در مقایسه با دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی دارای مشکلات کمتری در برقرار ارتباط با دیگران هستند. همچنین رشد متعادل توانایی‌های حرکتی مستلزم داشتن حداقل توانایی‌ها مثل توانایی‌های گفتاری و برقراری ارتباط است. افرادی که در برقراری ارتباط (لکنت زبان و مشکلات تلفظی) با مشکلاتی مواجه هستند، بسیار دیرتر مهارت‌های حرکتی (به ویژه مهارت‌های حرکتی نیازمند سرعت) را یاد می‌گیرند و هنگامی که این مهارت‌ها را یاد می‌گیرند با سرعت کمتری آنها را انجام می‌دهند و به اصطلاح بسیار دیرتر به تبحر در انجام فعالیت‌ها و یا مهارت‌ها می‌رسند. از آنجایی که سرعت حرکت، به معنای بیشترین کار انجام شده با دست‌ها در کمترین زمان است و این هماهنگی در نتیجه انجام فعالیت‌هایی مثل پیچاندن نخ به دور قرقره در حال راه رفتن، دسته کردن چوب کبریت‌ها، کشیدن خط، بریدن دایره، گذاشتن سکه‌ها در جعبه و عبور از مازها و غیره به وجود می‌آید، کودکان دارای گفتار بهنجار سریع‌تر در انجام چنین فعالیت‌هایی به تبحر می‌رسند. در مقابل کودکان با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی به خاطر مشکلاتی که در گفتار دارند تقریباً به یک اندازه فرصت برای رسیدن به تبحر در انجام کارهای دستی دارند، چون انجام این فعالیت‌ها برای کودکان نیاز به گفتار دارد و گفتار با صدای بلند باعث نظم‌دهی به این رفتارها می‌شود و کودکان دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی مشکلاتی در گفتار دارند. در نتیجه، دانش‌آموزان با

از چاقو و چنگال، سکه و چوب کبریت، ایستادن روی یک پا با چشمان بسته، باز و بسته کردن دست‌ها و غیره به وجود می‌آید و کودکان دارای گفتار بهنجار در مقایسه با دو گروه دیگر به دلیل گفتار سریع‌تر و بهتر در انجام چنین فعالیت‌هایی به تبحر می‌رسند. در نتیجه، دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی دارای گفتار بهنجار در مقایسه با گروه‌های با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی از نظر حرکات ارادی ناهمزمان نامتقارن در وضعیت بهتری قرار دارند و با توجه به اینکه دانش‌آموزان دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی مشکلات گفتاری و در نتیجه مشکلاتی در نظم‌دهی در انجام فعالیت‌های خود دارند بنابراین، بین آنها در حرکات ارادی ناهمزمان نامتقارن تفاوت معناداری وجود ندارد.

به‌طور کلی، نتایج این پژوهش نشان داد که میان دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان، مشکلات تلفظی و گفتار بهنجار در مهارت‌های کلی و همه ابعاد آن شامل هماهنگی عمومی پویا، هماهنگی عمومی ایستا، هماهنگی دستی پویا، سرعت حرکت، حرکات ارادی همزمان متقارن و حرکات ارادی ناهمزمان نامتقارن تفاوت معناداری وجود داشت، به طوری که دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی دارای گفتار بهنجار در مقایسه با دو گروه دیگر در همه متغیرها در وضعیت بهتری قرار داشتند و بین گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی فقط در هماهنگی عمومی تفاوت معناداری وجود داشت، اما در سایر متغیرها بین آنها تفاوت معناداری وجود نداشت. با توجه به اینکه رشد متعادل توانایی‌های حرکتی اساس یادگیری‌های بعدی است بنابراین، اصلاح دشواری‌های حرکتی قبل از شروع آموزش مهارت‌های دیگر ضروری است.

نخستین محدودیت این پژوهش خستگی پژوهشگر و برخی دانش‌آموزان هنگام انجام آزمون مهارت‌های حرکتی بود. محدودیت دیگر همکاری پایین برخی مدیران به دلیل شبیه بودن آزمون به بازی بود. محدودیت دیگر حجم نسبتاً پایین دانش‌آموزان هر گروه جهت مقایسه و مختص شدن نمونه به دانش‌آموزان پسر بود. هرچند با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه تلاش شد تا تأثیر متغیرهای مزاحم کم یا خنثی شود. آخرین محدودیت،

دیگر مدیریت می‌کنند و والدین به آنها انجام چنین فعالیت‌هایی را آموزش می‌دهند، اما والدین دو گروه دیگر به دلیل داشتن مشکلات گفتاری تمرین‌های زیادی در خصوص حرکات ارادی همزمان متقارن انجام نمی‌دهند. در نتیجه، دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی دارای گفتار بهنجار در مقایسه با گروه‌های دیگر از نظر حرکات ارادی همزمان متقارن در وضعیت بهتری قرار دارند. با توجه به اینکه دانش‌آموزان دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی، مشکلات گفتاری و در نتیجه مشکلاتی در نظم‌دهی در انجام فعالیت‌های همزمان دارند و والدین به اندازه گروه دارای گفتار بهنجار با آنها تمرین نمی‌کنند بنابراین، بین آنها در حرکات ارادی همزمان متقارن تفاوت معناداری وجود ندارد.

سایر نتایج نشان داد میان گروه‌های با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان، مشکلات تلفظی و گفتار بهنجار در متغیر حرکات ارادی ناهمزمان نامتقارن تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که میانگین حرکات ارادی ناهمزمان نامتقارن گروه دارای گفتار بهنجار به‌طور معناداری بالاتر از میانگین گروه‌های لکنت زبان و مشکلات تلفظی بود، اما بین میانگین حرکات ارادی ناهمزمان نامتقارن گروه‌های دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های داوری‌نیا و همکاران، ۱۳۹۴؛ عابدینی، ۱۳۹۴؛ پارک، ۲۰۱۵ همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی دارای گفتار بهنجار در مقایسه با دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی دارای لکنت زبان و مشکلات تلفظی دارای مشکلات کمتری در یادگیری به‌ویژه یادگیری مهارت‌های حرکتی هستند. دلیل این امر آن است که دانش‌آموزان به سادگی متوجه گفتار دیگران می‌شوند و هنگام انجام مهارت‌ها با خود صحبت می‌کنند و از طریق صحبت با خود به فعالیت‌های خود نظم می‌دهند، اما دو گروه دیگر شاید در درک گفتار دیگران مشکلاتی نداشته باشند، ولی در صحبت با خود به منظور مدیریت فعالیت‌ها مشکل دارند. از آنجایی که حرکات ارادی ناهمزمان نامتقارن به معنای حرکاتی است که با دو عضو در زمان‌های مختلف انجام می‌شود و رسیدن به این سطح در نتیجه انجام فعالیت‌هایی مثل استفاده

References

1. Pahlevanian A, Rasoolzadeh M, Amoozadehkhaliy M, . Comparison between normal and mental retard children with mental aged 6-7 on motor skills. koomesh. 2012;13(4):460-4. [Persian].
2. Belva BC, & Matson JL. Examining the psychometrics of the psychopathology inventory for mentally retarded adults-II for individuals with mild and moderate intellectual disabilities Research in Developmental Disabilities 2015;36:291-302.
3. Coppola G, Morelli E, Bravaccio C, Federico R, & , Gritti A. Unusual compulsive motor activity during treatment with clothiapine in a mentally retarded adolescent. . Brain and Development. 2004 26(6): 409-11.
4. Bastert E, Schlafke D, Pein A, Kupke F, & , Fegert JM. Mentally challenged patients in a forensic hospital: a feasibility study concerning the executive functions of forensic patients with organic brain disorder, learning disability, or mental retardation. International Journal of Law and Psychiatry 2012;35(3):207-12.
5. Lindsay A, & Langevin M. Psychological counseling as an adjunct to stuttering treatment: Clients' experiences and perceptions. Journal of Fluency Disorders. 2017; 52: 1-12.
6. Mock JR, Foundas AL, & Golob EJ. Speech preparation in adults with persistent developmental stuttering. Brain and Language. 2015;149:97-105.
7. Seyed Mohammadi Y. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Tehran: Duran; 2015, pp: 60 [Persian].
8. Hismanoglu M. The pronunciation of the inter-dental sounds of English: an articulation problem for Turkish learners of English and solutions. Social and Behavioral Sciences. 2009;1(1):1697-703.
9. Pamplona MD, Ysunza PA, & Morales S. Audiovisual materials are effective for enhancing the correction of articulation disorders in children with cleft palate. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2017;93:17-23.
10. Borgert CJ, Wise K, & Becker RA. Modernizing problem formulation for risk assessment necessitates articulation of mode of action. Regulatory Toxicology and Pharmacology. 2015;72(3):551-38.
11. Montgomery JW, Magimairaj BM, & Finney MC. Working memory and specific language impairment: an update on the relation and perspectives on assessment and treatment. American Journal of

عدم توانایی پژوهشگر در کنترل برخی متغیرهای مزاحم و مداخله‌گر مثل علاقه، انگیزه و تمایل بالای برخی دانش‌آموزان و علاقه، انگیزه و تمایل پایین برخی دیگر از دانش‌آموزان در اجرای آزمون‌ها بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده برای انجام آزمون مهارت‌های حرکتی از چند نفر جهت اجرا و ثبت نمره‌ها استفاده شود. همچنین توصیه می‌شود پژوهشگران این پژوهش را با حجم نمونه بیشتر به منظور تعمیم دقیق‌تر نتایج انجام دهند. با توجه به وجود تفاوت‌های جنسیتی انجام این پژوهش روی دانش‌آموزان دختر و یا مقایسه دانش‌آموزان دختر و پسر می‌تواند نتایج جالبی در پی داشته باشد. با توجه به نتایج، پیشنهاد می‌شود مشاوران به دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی، مهارت‌های حرکتی را در قالب بازی‌های متنوع آموزش دهند. همچنین برنامه‌ریزان و مسئولان می‌توانند برای دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی یادگیری مهارت‌های حرکتی را در قالب یک درس مثل درس ورزش بگنجانند. بدون شک یادگیری مهارت‌های حرکتی می‌تواند نقش مؤثری در یادگیری سایر مهارت‌ها حتی مهارت‌های تحصیلی وابسته به زبان داشته باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه مسئولان و شرکت‌کنندگان که در انجام هرچه بهتر این پژوهش تلاش کردند، تشکر کنند. لازم به ذکر است که این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه است.

- Speech- Language Pathology. 2010;19(1): 78-94.
12. Behrens, M., & Hauch, J. Does motor development influence language development? Poster presented at the CECF GSO Research Exchange Conference. 2011.
 13. Iverson JM. Developing language in a developing body: The relationship between motor development and language development. *Journal of child language*. 2010 Mar;37(2):229-61.
 14. Wang MV, Lekhal R, Aaro LE, Holte A, Schjolberg S. The developmental relationship between language and motor performance from 3 to 5 years of age: a prospective longitudinal population study. *BMC Psychology*. 2014 Dec;2(1):34.
 15. Bravo CB, Ojeda-Castelo JJ, Piedra-Fernandez JA. Art activities with kinect to students with cognitive disabilities: improving all motor skills. *Social and Behavioral Sciences*. 2017;237:1148-51.
 16. Jones RA, Okely, A. D., Hinkley, T., Batterham, M., & Burke, C. Promoting gross motor skills and physical activity in childcare: A translational randomized controlled trial. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2016;19(9):744-9.
 17. Srinivasan D, & Martin BJ. Eye-hand coordination of symmetric bimanual reaching tasks: temporal aspects. *Experimental Brain Research*. 2010; 203:391-405.
 18. Riccio CA, Gabbard C, Byrns G, & Wright D. An examination of motor skills in children who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2012; 21(6):834-41.
 19. Park M. Comparison of motor and process skills among children with different developmental disabilities. *Journal of Physical Therapy Science*. 2015;27(10):3183-4.
 20. DastjerdiKazemi, M. The study of some general features of speech and language of the mentally retarded students of exceptional schools in Tehran in 2001 Research in the field of exceptional children. 2003;9(3):265-88. [Persian].
 21. Davari-Nia A, Yarmohammadian A, A. G. The Comparative Study of Gross and Fine Motor Skills and Body Balance in Children with Intellectual Disability, Autism and Learning Disorder with Normal Children. . *jrehab*. 2015;16(1):66-75.
 22. Faraji S, Hamzeh Sabzi A, & Roozbahani M. Can depression predict perceptual-motor components? *Research Journal of Sport Sciences*. 2015;3(10): 274-8.
 23. Homayoun nia firooze jah m, Sheikh M HtR, S. HAN. Effect of selected body activities on motor-perceptual skills in Children with preschool neuropsychological learning disability. . *Journal of rehabilitation*. 2014; 15(3):37-44. [Persian].
 24. saadat, m. Comparison of motor skills in children with attention deficit hyperactivity disorder and normal. *Journal of Exceptional Education*. 2011; 108, 21-28. [Persian]
 25. Abedini, z. Gross motor skills and elegant compared to students with mild disabilities and outism spectrum disorders. Master thesis, [Tehran, Iran]: Islamic Azad University. 2015, pp:45 [Persian]

Comparison of Motor Skills Among Students with Intellectual Disability, Stuttering, Articulation Problems and Normal Speech

□ **Zohreh Raeghi**, MA of Exceptional children, Islamic Azad University, Urmia, Iran

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

Abstract

Objective: This research aimed to compare the motor skills among students with intellectual disability, stuttering, articulation problems and normal speech. **Methods:** The study was a retrospective causal-comparative research. From among all elementary male students with intellectual disability in Urmia city, 90 students (30 students in each group) were selected. All groups completed the revised motor skills test of Lincoln-Oseretski. Data were analyzed using multivariate analysis of variance and analysis of variance methods.

Results: the finding showed significant differences between groups in all aspect of motor skills including dynamic general coordination, static general coordination, and dynamic hand coordination, speed of movement, voluntary synchronous symmetrical movements and voluntary asynchronous asymmetrical movements ($P < 0/01$).

Conclusion: Due to the balanced development of motor abilities being the basis of next learning, correction of motor difficulty is necessary before the start of training other skill.

Keywords: Motor Skills, Intellectual Disability, Stuttering, Articulation Problems, Normal Speech

* E-mail: a.zeinali@iaurmia.ac.ir

Speech Perception in Children with Cochlear Implants

□ Amir-abbas Ebrahimi *, Ph.D in Audiology, Special Education Organization, Tehran, Iran

Abstract

Cochlear implants provide access to the speech signal in children with hearing loss that often cannot benefit from acoustic hearing aids. However, despite the numerous positive results in pediatric cochlear implantation, published data still indicated a wide range of performance among implant recipients. Hence, a need to study the possible variables that can affect performance, could account for the diversity of performance and affect speech perception is critical to both the professionals working with the parents and to the parents themselves. Categorizing these determinants increases the ability of clinicians to offer educated preoperative prognoses to the families and might potentially allow for manipulation of variables in an attempt to achieve the best possible outcome. This article presents an overview of these factors.

key words: Cochlear Implant, Deaf Children, Speech Perception

* E-mail: mahyarebrahimi@yahoo.com

Effectiveness of Reality Therapy Training on Resilience and Psychological Well-Being of Mothers of Children with Intellectual Disabilities

□ **Neda Marzawi**, MA Student of Educational Psychology , Dezful Branch , Islamic Azad University , Dezful , Iran

□ **Homayoon Haroon Rashidi***, Ph.D – Department of Psychology , Dezful Branch , Islamic Azad University , Dezful , Iran

Abstract

Background: Reality therapy is a kind of psychotherapy in which attempts are made to resolve problems with respect to the concepts such as reality , responsibility , correct and incorrect in one 's life .

Objectives: The present study aimed to investigate the effect of using group reality therapy on resilience and psychological well –being in mothers of children with intellectual disabilities in Sosangerd city .

Method: A quasi –experimental design with pre –test , posttest and control groups was used . The statistical population of this study included all the mothers of children with intellectual disabilities in Sosangerd city . Thirty mothers of children with intellectual disabilities were selected through convenience sampling , and were put into two groups of 15 as experimental and control groups . The experimental group received 10 sessions of 90 –minutes training each week . Reality therapy was performed in 8 sessions in .Data were gathered using Conner and Davidson Resilience Questionnaire and Reef Psychological Well –Being Questionnaire .

Results: The results showed a meaningful difference between the two groups in tems of resilience and psychological well –being indicating the effectiveness of reality therapy training among the mothers in the experimental group .

Conclusion: Reality therapy training is an effective and useful technique to improve the mental health of mothers of children with intellectual disabilities . This technique can be used in therapeutic and clinical interventions .

Keywords: Reality Therapy , Resilience , Psychological Well –being , Intellectual Disabilities

* Email: haroon_rashidi2003 @ yahoo .com

Prediction of Mother-child Interaction Based on Personality Traits And Coping Styles of Mothers of Children With Intellectual Disability

□ Afarin Masnavi Khan *, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Abstract

Aim: The aim of this research is the prediction of mother-child interaction based on personality traits and coping style in mothers of children with intellectual disabilities.

Methods: The research method was correlation and the sample consisted of 209 mothers of children with intellectual disabilities who were selected as a class from the four educational districts of Karaj city in the academic year of 2017-18. For data collection, the Neo-McCarey and Costa's personality questionnaire (1985) and Robert's mother-child interaction (1961) and Lazarus and Fulkman's coping style (1988) were used for mothers. Pearson statistical index and stepwise regression were used to analyze the data.

Results: Analysis of the data showed that personality traits and coping styles cannot predict mother-child interaction. Also, there is a significant relationship between some of the subscales of personality trait and mother-child interaction at the significance level of 0.05. There is a positive and direct relation between acceptance subscale and flexibility and accountability subscales. Also, a negative and indirect relation between supportive, leniency and exclusion subscales and psychological, flexibility, chastity and accountability subscales is observed. There is no significant relationship between the variables of coping strategies and mother-child interaction at the significance level of 0.05.

Conclusion: Based on the findings, it can be said that there is a relationship between personality trait and mother-child relationship variables.

Keywords: Mother-child interaction, Personality Trait, Coping Style, Mothers of Children with Intellectual Disabilities.

* E-mail: masnaviafarin@gmail.com

The effect of Shaw's Method on working memory of students with Borderline Intellectual Functioning (BIF)

- **Marzie Torabi**, Ph.D In Psycholog, M.A. Student, Isfahan, Iran
- **Ahmad Abedi ***, PhD of Psychology, Associate Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
- **Salar Faramarzi**, PhD of Psychology, Associate Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Abstract

Objective: The purpose of this research was to investigate the effectiveness of Shaw's method to enhance working memory of first-grade students with Borderline Intellectual Functioning

Method: A single subject method with multiple baseline design (MBD) research methodology was used. In this regard, among the first grade elementary school students in Isfahan in 2015-2017, four students with Borderline Intellectual Functioning were selected through available sampling. Data were collected using the Wechsler Fourth Intelligence Scale (WISC-IV) and clinical interviews. Students with Borderline Intellectual Functioning were placed in a 16-session (one 40-minute session per week) in Shaw's method. Data were analyzed by using visual analysis.

Results: The data analysis showed that Shaw's method is significantly effective in increasing working memory of students with Borderline Intellectual Functioning.

Conclusion: Shaw's method can be combined with other methods to improve working memory of students with Borderline Intellectual Functioning and can be used in teaching and rehabilitation of such students.

Key words: Borderline Intellectual Functioning, Working Memory, Shaw's Method

* E-mail: a.abedi@edu.ui.ac.ir

The Effect of Self-Regulation Empowerment Program Training on Academic Anxiety of Students with Specific Learning Disorder

□ **Ebrahim Rahbar Karbasdehi ***, M.A of Psychology and Education of Exceptional Children , University of Guilan , Rasht, Iran

□ **Abbas Ali Hossein Khanzadeh**, Associate Professor of Psychology, University of Guilan , Rasht, Iran

□ **Fatemeh Rahbar Karbasdehi**, Ph.D Student of Psychology, University of Guilan , Rasht, Iran

Abstract

Background: Students with specific learning disorder are faced with various physical and psychological stressful factors, that affect their quality of life. Considering the relationship between academic anxiety and self-regulation, as one of the methods capable of assisting students with specific learning disorder is self-regulation empowerment training. The current study aimed at determining the effect of self-regulation empowerment training program on academic anxiety of students with specific learning disorder.

Method: The study used an experimental design with pretest/posttest and a control group. The study sample consisted of 28 students with specific learning disorder in Rasht city in 2019 that were selected by the convenience sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. To collect the data, school anxiety scale (teacher report) was used before and after the intervention. A twelve-session self-regulation empowerment program training was conducted for the experimental group and no intervention was used for the control group.

Results: The results of analysis of covariance showed that self-regulation empowerment training program improved coping with academic anxiety in students with specific learning disorder ($p < 0.001$).

Conclusion: Based on the findings of the research, self-regulation empowerment training can improve the cognitive skills in students with specific learning disorder. Therefore, it is suggested that this intervention is applied for training of students with specific learning disorder.

Keywords: Self-regulation, Academic Anxiety, Specific Learning Disorder

* E-mail: ebrahim.Rahbar74@gmail.com

Lived Experience of Mothers of Children with Specific Learning Disorder: A Phenomenological Study

□ **Ramin Habibi Kaleybar** *, Ph.D. in Educational Psychology, Associate Professor, Department of Education, Faculty of Education and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

□ **Habib Amani**, Ph.D. Student in Educational Psychology, Department of Education, Faculty of Education and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

Abstract

Birth of a child for the mother is always accompanied by with stress and anxiety, and if there are problems with the child, mothers will experience the emotions and anxieties. The purpose of this study was to describe and interpret the experience of mothers of children with specific learning disorder. The research was conducted in a qualitative method using phenomenological type, with purposeful sampling of six mothers from mothers of children with specific learning disorder referred to learning difficulties centers. After analyzing the data, four main themes, disorder, anxiety, and positive emotions were obtained from written interviews. The findings of this study showed that the life experience of mothers with a child with specific learning disorder can be both negative and positive. This knowledge can help mothers help teachers and therapists in the field of specific learning disorder to help their children.

Keywords: Life experience, Phenomenology, Specific Learning Disorder

* Associate Professor, Ph.D. in Educational Psychology, Department of Education, Faculty of Education and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran