

شیوه نگارش مقاله برای نشریه تعلیم و تربیت استثنایی

۳

اثربخشی نقاشی درمانی بر اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای در کودکان با کم‌توانی ذهنی



۹

شیرین مجاور، فاطمه ساختمانی، عاطفه محمدی

بررسی اثربخشی نمایش درمانی بر کفایت اجتماعی و خودپنداره مثبت دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه



۲۱

مرتضی مرادی دولیسکانی، هانیه چاره‌گانی، مریم صفری شیرازی

تبیین تجارب زیسته مربیان مراکز آموزشی و توان‌بخشی مشکلات ویژه یادگیری از چالش‌های تغییر آموزش حضوری به آموزش مجازی در دوران شیوع ویروس کرونا



۳۷

فریده حمیدی، حدیثه الهامی، رضا ولی‌زاده

مقایسه ذهن‌آگاهی و سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان نابینا و ناشنوا



۴۹

عزت‌اله قدم‌پور، حافظ پادروند، مسلم قبادیان، میثم صادقی، اکبر رضایی‌فرد

رابطه‌ی جو عاطفی خانواده و تنظیم شناختی هیجان با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در دانش‌آموزان



۵۷

راحله فیروزی، امین حسین‌نژاد، عاطفه زراست‌وند

طراحی برنامه بازی درمانی زبان‌شناختی ساختارمند، ویژه اختلال خواندن: مبانی و راهکارها



۶۹

سید محسن اصغری نکاح

اثربخشی زوج درمانی گاتمن بر مهارت‌های ارتباطی و عملکرد خانواده در زوجین دارای فرزند کم‌توان ذهنی



۸۳

مهديه خباز زاده یزدی، محسن سعید منش، فرنگیس دمهری

چکیده انگلیسی مقاله‌ها

۹۴





✉ رایانامه

Exceptional.education@yahoo.com

🌐 سامانه دریافت مقاله

www.Exceptionaleducation.ir

راهنمای نگارش مقاله برای نشریه تعلیم و تربیت استثنایی

نشریه تعلیم و تربیت استثنایی به عنوان مجله رسمی سازمان آموزش و پرورش استثنایی، نشریه‌ای علمی است. بر اساس آیین‌نامه وزارت علوم، تحقیقات، فناوری مبنی بر حذف رتبه‌های علمی ترویجی، و علمی پژوهشی از تاریخ ۱۳۹۸/۰۲/۰۲ همه مجله‌ها با درجه‌بندی علمی A، B و ... شناخته می‌شوند. مجله تعلیم و تربیت استثنایی در درگاه نشریات علمی وزارت علوم با رتبه B قابل مشاهده است. استادان، صاحب‌نظران، آموزگاران و مربیان، دانشجویان و سایر علاقه‌مندان می‌توانند مقاله‌های پژوهشی (Research/Original/Regular Article)، مروری (Review Article)، و گزارش موارد جالب و نادر (Case Report) خود را در زمینه مسائل آموزشی، توان‌بخشی، روان‌شناسی و ... گروه‌های مختلف استثنایی با جهت‌گیری یاد شده و شرایط زیر به دفتر نشریه ارسال کنند.

شرایط تدوین و ارسال مقاله

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

- مقاله ارائه شده باید به نحوی به کودکان استثنایی مرتبط باشد. محورهای اصلی مورد نظر نشریه عبارت‌اند از:
 - روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی
 - خانواده‌های کودکان استثنایی
 - مسائل اجتماعی و حقوقی کودکان استثنایی
 - سلامت روانی و جسمانی کودکان استثنایی
 - توان‌بخشی کودکان استثنایی
 - سایر زمینه‌های مرتبط با کودکان و دانش‌آموزان استثنایی
- فقط مقاله‌هایی پذیرفته می‌شوند که پیش از این در جای دیگر چاپ نشده باشند. ارسال مطالب به این نشریه به معنای تأیید این موضوع است و هر گونه مسئولیتی متوجه ارسال‌کننده مقاله است.
- مطلب ارسالی با قلم می‌ترا ۱۴ در محیط نرم‌افزاری Word (آفیس ۲۰۱۳ به بالا) تایپ و از طریق سامانه exceptionaleducation.ir به دو صورت با و بدون نام نویسندگان، به دفتر نشریه ارسال شود. راهنمای مربوط در وب‌گاه موجود است.
- مطلب از نظر غلط املایی یا تایپی، نشانه‌های سجاوندی، فاصله و نیم‌فاصله، مورد بررسی و ویرایش دقیق ارسال‌کننده قرار گرفته باشد.

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

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

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

وابستگی سازمانی دانشگاه آزاد

۱) عضو هیئت علمی: مرتبه علمی، گروه، واحد، دانشکده، شهر، کشور

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

۲) عضو غیر هیئت علمی

□ مثال برای دانشجو: دانشجوی کارشناسی ارشد، واحد، دانشکده، شهر، کشور
□ مثال برای فارغ التحصیل غیر هیئت علمی: دکتری، واحد، دانشکده، شهر، کشور

وابستگی سازمانی دستگاه‌های دولتی

دکتری، دستگاه، شهر، کشور،

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

روش نگارش چکیده فارسی و انگلیسی

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

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

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

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

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

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

عنوان مقاله

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

نام و نشانی نویسنده (نویسندگان) و وابستگی سازمانی آن‌ها

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

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

وابستگی سازمانی دانشگاه‌های دولتی

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

مثال برای دانشجو: دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشکده، دانشگاه، شهر، کشور
مثال برای فارغ التحصیل غیر هیئت علمی: کارشناسی ارشد رشته، دانشکده، دانشگاه، شهر، کشور

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

● مواد و روش‌ها:

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

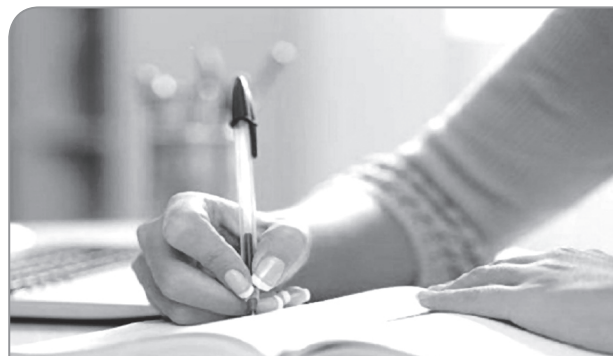
● یافته‌ها:

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

● بحث:

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

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



مقاله‌های پژوهشی

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

● مقدمه:

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

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

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

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

● مجله:

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

مثال:

■ فارسی:

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

■ انگلیسی:

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

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

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

● نتیجه‌گیری:

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

● تشکر و قدردانی:

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

● تضاد منافع:

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

مقاله‌های مروری

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

پانویس‌ها

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

منابع

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

● کتاب:

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

■ فارسی:

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

■ انگلیسی:

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

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

● فصلی از کتاب:

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

مثال:

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

● منابع ثانویه:

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

مثال:

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

● ترجمه کتاب:

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

مثال:

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

● پایان‌نامه:

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

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

مثال:

مثال:

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

■ فارسی:

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

■ انگلیسی:

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

سیاهه پایانی

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

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

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

این راهنما توضیح داده شده باشد.

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

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

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

■ شناسه ORCID نویسندگان نوشته شود.

■ فایل‌های مقاله به درستی پیوست شده باشند.

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

● منابع الکترونیک:

مجله الکترونیک

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

مثال:

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

استناد به وب‌گاه

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

اثربخشی نقاشی درمانی بر اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای در کودکان با کم‌توانی ذهنی

- شیرین مجاور*، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
- فاطمه ساختمانی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
- عاطفه محمدی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۳/۳۰ • تاریخ انتشار: خرداد و تیر ۱۴۰۱ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۹ - ۲۰

چکیده

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر، تأثیر نقاشی درمانی بر اختلال اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای در کودکان با کم‌توانی ذهنی بود.

روش: این پژوهش از نوع روش نیمه‌آزمایشی همراه با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری مطالعه حاضر، شامل کودکان با کم‌توانی ذهنی شهر تهران بود که در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ در یکی از کلینیک‌های تهران، خدمات توان‌بخشی دریافت می‌کردند. بیست نفر از افراد واجد شرایط به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه گواه (۱۰ نفر) و گروه آزمایشی (۱۰ نفر) قرار گرفتند. از مقیاس اضطراب کودکان اسپنس فرم والدین (۱۹۹۷) استفاده شد. گروه آزمایشی ۱۰ جلسه نقاشی درمانی (هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه) را به صورت گروهی دریافت نمود و گروه گواه، مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام دوره، برای هر دو گروه آزمایشی و گواه، پس‌آزمون اجرا شد. داده‌های حاصل با آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره در نرم افزار SPSS 20 تجزیه و تحلیل شد. مقادیر احتمال کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج داده‌های پژوهش نشان داد که نقاشی درمانی در کاهش اختلال اضطراب مؤثر است ($p < 0/05$). همچنین، این مداخله در کاهش اختلال نافرمانی / مقابله‌ای اثربخش بوده است ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت نقاشی درمانی، روش کارآمدی در بهبود اختلال اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای کودکان با کم‌توانی ذهنی آموزش‌پذیر است.

واژه‌های کلیدی: اختلال اضطراب، اختلال نافرمانی / مقابله‌ای، کودکان با کم‌توانی ذهنی، نقاشی درمانی

مقدمه

مطابق پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان پزشکی آمریکا^۱، مشخصه اصلی کم‌توانی ذهنی^۲ عبارت از نقص‌هایی در توانایی ذهنی، مثل استدلال، حل مسئله، برنامه‌ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت، یادگیری آکادمیک و یادگیری از طریق تجربه است. این نارسایی‌ها به نقص‌هایی در عملکرد سازگارانه منجر می‌شوند، به طوری که در یک یا چند حیطة زندگی از جمله در ارتباط با دیگران، مشارکت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، عملکرد تحصیلی یا شغلی و استقلال فردی در خانه یا جامعه دچار مشکلاتی می‌شوند (۱).

سلامت روان افراد با کم‌توانی ذهنی در سال‌های اخیر مورد توجه فزاینده‌ای قرار گرفته است. بیش از ۴۰ سال پیش، به طور گسترده تصور می‌شد که افراد با کم‌توانی ذهنی نمی‌توانند اختلالات سلامت روان را تجربه کنند (۲). در واقع، پژوهش‌های اخیر بیانگر آن است که کودکان با کم‌توانی ذهنی در معرض خطر بیشتری برای اختلالات سلامت روان هستند (۳). با این حال، نحوه غربال‌گری و تشخیص دقیق اختلالات سلامت روان در این جمعیت چالش برانگیز است که تخمین‌های فراوانی از شیوع برآورد می‌شود (۴). شواهد پژوهشی بیانگر این است که کودکان با کم‌توانی ذهنی مشکلات قابل توجهی را در زندگی روزمره تجربه می‌کنند، در معرض خطر بیشتر بیماری جسمی قرار دارند و خطر مرگ و میر آنها ۵ تا ۱۲ برابر بیشتر از کودکان بهنجار است (۵). نقایص شناختی ارتباط را مختل می‌کند و بر عملکرد اجتماعی، عزت نفس و ایجاد و حفظ دوستی‌ها تأثیر منفی می‌گذارد که می‌تواند منجر به تنهایی، خلق و خوی اضطراب و مشکلات عاطفی شود (۶).

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که میزان اضطراب^۳ در میان افراد با محدودیت‌های شناختی خفیف‌تر (کم‌توانی ذهنی آموزش‌پذیر) در مقایسه با افرادی که محدودیت‌های شناختی قابل توجهی دارند، شیوع گسترده‌تری دارد (۷). پژوهش‌های کمتری در مورد شیوع اضطراب در بین کودکان با کم‌توانی ذهنی وجود دارد، مطالعاتی، میزان شیوع اضطراب را بین ۳/۸ تا ۱۴/۷ درصد تخمین زده‌اند (۸). در مطالعات اخیر، بوکلی و همکاران (۶) شیوع اضطراب را در کودکان با کم‌توانی ذهنی ۰/۳۴ تا تخمین زده‌اند. در این راستا، اضطراب در میان

افراد با کم‌توانی ذهنی به دلیل مشکلات جسمانی، اجتماعی، عملکرد مستقل، یکپارچگی اجتماعی، انتقال از نوجوانی به بزرگسالی و ارتباطات اجتماعی کمتر، میزان اشتغال کمتر، دسترسی کمتر به منابع جامعه در مقایسه با افراد بهنجار شیوع گسترده‌تری دارد (۹). اضطراب و اختلالات عاطفی از پیامدهای نامطلوب شناخت‌های غیرمنطقی است. تجربه برخی از سطوح اضطراب طبیعی و حتی برای رشد و سازگاری کودک با محیط و دیگران ضروری است (۱۰). اضطراب، یک احساس هیجان‌آمیز عمومی و مبهم از دلواپسی است که با یک یا چند احساس جسمی مانند تنگی نفس، فشار خون بالا و در صورت تداوم با مشکلات روانی دیگر همراه می‌شود (۱۱). علاوه بر بررسی اضطراب در کودکان با کم‌توانی ذهنی، پیش‌آگهی اختلال نافرمانی / مقابله‌ای^۴ نامطلوب بوده و کودکان دارای این اختلال در معرض خطر بروز اختلالاتی چون اختلال سلوک، اختلالات خلقی، رفتارهای ضد اجتماعی و اضطراب هستند (۱۲). اختلال نافرمانی / مقابله‌ای، پیش‌درآمدی برای بروز مشکلات درونی‌سازی مانند اضطراب است (۱۲ و ۱۳). نافرمانی / مقابله‌ای از بین اختلالات روانی مختلف، یکی از شایع‌ترین اختلالات در کودکان با کم‌توانی ذهنی است که نیاز به خدمات روان‌شناختی دارند (۱۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلال نافرمانی / مقابله‌ای در کودکان با هوش نرمال، مرزی و کم‌توانی ذهنی وجود دارد اما شواهد پژوهشی بیانگر این است که شیوع این اختلال در کودکان کم‌توانی ذهنی آموزش‌پذیر بیشتر از کودکان با هوش نرمال است (۱۵). اوسبورگ، دیچکسترا، گروسف، رچینوال و جنسن در پژوهشی میزان شیوع اختلال نافرمانی / مقابله‌ای در کودکان با کم‌توانی ذهنی را ۱۲/۴ درصد گزارش کردند (۱۶). همچنین، در مطالعات آریاس و همکاران میزان شیوع اختلال نافرمانی / مقابله‌ای ۸/۴ درصد گزارش شده است (۱۴). براساس تعریف پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال مقابله‌ای / نافرمانی با الگوی خلق خشمگین / تحریک‌پذیر، رفتار جنجالی / نافرمانی، یا کینه‌جویی که حداقل ۶ ماه ادامه دارد، مشخص می‌شود. کودکان مبتلا به این اختلال معمولاً با بزرگترها جر و بحث می‌کنند، زود از کوره در می‌روند و خشمگین و زودرنج هستند، آنها بارها در مقابل درخواست‌های بزرگسالان نافرمانی کرده و عمدتاً باعث ناراحتی

1. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

2. Intellectual disability students

3. Anxiety

4. Oppositional defiant disorder

می‌رود و به‌عنوان درمان مستقل یا در کنار درمان‌هایی چون دارودرمانی، شناختی-رفتاری برای اضطراب، نارسایی‌های شناختی و سایر اختلالات سلامت روان به‌کار می‌رود (۳۴). هنردرمانی، مهارت‌های ادراکی جدیدی را آموزش می‌دهد که آگاهی دانش‌آموزان را نسبت به دنیای اطراف‌شان و مهارت‌های مشاهده‌ای آنها افزایش داده و مهارت‌های حرکتی‌شان را بهبود می‌بخشد (۳۵). هنردرمانی برای باور استوار است که موجب بهبود عملکردهای شناختی و حسی-حرکتی، تقویت عزت نفس و خودآگاهی، پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی، ارتقا‌یابی، تقویت مهارت‌های اجتماعی، کاهش و حل تعارضات و پریشانی و ارتقا‌یابی تغییرات اجتماعی و محیطی می‌شود (۲۶). هنردرمانی دارای شاخه‌های مختلفی چون نمایش‌درمانی، حرکت‌درمانی، موسیقی‌درمانی و نقاشی‌درمانی^۲ است (۳۶).

نقاشی به‌عنوان اولین نوع هنردرمانی، درپچه‌ای را به روی استفاده از هنرهای دیگر می‌گشاید و آن عمدتاً در هنردرمانی استفاده می‌شود (۳۷). نقاشی نه تنها وسیله‌ای برای تشخیص ناسازگاری کودک است، بلکه عاملی بالقوه برای خلاقیت و درمان مؤثر چه از طریق رشد فکری و عاطفی کودک و چه از طریق بهبود روابط بزرگسال و کودک است. هدف از نقاشی‌درمانی، آموزش نقاشی نیست، بلکه ایجاد فرصتی برای افراد برای بیان آزادانه احساسات، حرکات، نیازها و حتی دانش خود با استفاده از رنگ‌ها و خطوط است. در نقاشی‌درمانی، بیان خودبخودی بدون قضاوت به افراد این امکان را می‌دهد که افکار و احساسات سرکوب شده خود را آزادانه و بدون تهدید هیچ واکنش نامطلوبی بیان کنند (۳۸).

نقاشی به‌ویژه برای دانش‌آموزان با مشکلات رشدی که در پردازش اطلاعات با استفاده از زبان گفتاری یا نوشتاری مشکل دارند، یک زبان بصری و تفسیری برای انتقال ایده‌ها و بیان احساساتشان ارائه می‌دهد (۳۹). بنابراین، نقاشی مبتنی بر بیان غیرمستقیم افکار و احساسات در یک فرآیند هنری است. نقاشی به افراد کمک می‌کند تا با احساسات خود کنار بیایند و از طریق فرافکنی زندگی درونی خود، شخصیتی پویا ایجاد کنند (۴۰). نقاشی به کودکان و به ویژه آنهایی که در دبستان هستند را با نشاط و سرگرمی می‌کند و به آنها کمک می‌کند اضطراب خود را بهتر درک کنند. نقاشی باعث افزایش خلاقیت و خودکاوی در کودکان می‌شود. همچنین ذهن کودکان را از افکار مزاحم

دیگران می‌شوند و این علائم عاطفی و رفتاری باید بر عملکرد اجتماعی، تحصیلی یا سایر حوزه‌های مهم عملکرد کودکان تأثیر منفی بگذارد (۱). کودکان با اختلال نافرمانی / مقابله‌ای محدودیت‌هایی در استدلال، پیش‌بینی و توانایی یادگیری از طریق تجربه داشته و عدم پیشرفت مطلوب در مدرسه و روابط بین فردی ناموفق و نقص در کارکردهای اجرایی دارند (۱۷). اختلال مقابله‌ای / نافرمانی در این کودکان، تأثیر گسترده‌ای بر روی عملکرد اجتماعی‌شان در مدرسه، رابطه با والدین و مشارکت با همسالان دارد و رفتارهای مخالف، خشمگین، کینه‌توزانه و پرخاش‌گرانه آنان باعث اختلال در روابط بین فردی و بروز تعاملات منفی با همسالان و مشکلات یادگیری می‌شود (۱۸ و ۱۹).

رایج‌ترین درمان‌های اضطراب، درمان شناختی-رفتاری یا دارودرمانی است. به نظر می‌رسد که این درمان‌ها فقط تا حد متوسط مؤثر هستند. درمان دارویی باعث درصد قابل توجهی از عوارض جانبی در افراد دارای اضطراب می‌شود و برای اثربخشی درمان برای کاهش اضطراب، استفاده از دارودرمانی همراه با درمان شناختی-رفتاری پیشنهاد می‌شود (۲۰). همچنین، درمان‌های مختلفی برای کاهش اختلال نافرمانی / مقابله‌ای کودکان پیشنهاد شده است که از جمله می‌توان به روش‌هایی مانند درمان دارویی (۲۱)، آموزش حل مسئله (۲۲)، آموزش کنترل خشم (۲۳) و آموزش مدیریت والدین (۲۴) اشاره کرد.

از سویی، یکی از درمان‌هایی که نیز برای کاهش اضطراب (۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸ و ۲۹) و کاهش اختلال نافرمانی / مقابله‌ای (۳۰ و ۳۱) کاربرد دارد، هنر درمانی^۱ است. اصول اساسی در هنردرمانی برای کودکان و نوجوانان، تصویرسازی بصری است که جنبه مهمی از فرآیند یادگیری طبیعی است و کودکان و نوجوانان در حضور هنردرمانگر می‌توانند احساسات و هیجانات خود را که نمی‌توانند به صورت کلامی بیان کنند، به صورت غیرکلامی مانند کشیدن نقاشی نشان دهند (۳۲). توانایی بیان خود از طریق هنر، حس گواه و خودکارآمدی در فرد ایجاد شده و باعث ارتقا‌یابی خودشناسی می‌شود. بنابراین، هنردرمانی راهی برای کودکان و نوجوانان فراهم می‌کند تا مشکلات سلامت روان خود را برطرف کنند (۳۳). در واقع، هنردرمانی یک درمان غیرکلامی و تجربه‌محور است که با رویکرد نقاشی، طراحی، مجسمه‌سازی و سایر موارد به‌کار

موردی به این نتیجه رسیدند که هنردرمانی مبتنی بر استفاده از نقاشی، ترسیم و مجسمه‌سازی موجب کاهش اضطراب در زنان با اختلال اضطراب می‌شود (۲۶). آیینگ و همکاران در پژوهش نیمه‌آزمایشی با ۱۴ جلسه مداخله و پیگیری ۳ ماه بعد از ۱۴ جلسه مداخله، به این نتیجه رسیدند که هنردرمانی با رویکردهای نقاشی، ترسیم و مجسمه‌سازی موجب کاهش اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر و اضطراب جدایی در زنان با اختلال اضطراب می‌شود (۲۷). رویین‌تن، حیدری، افتخار سعادی و احتشام‌زاده در پژوهشی نشان دادند که نقاشی درمانی بر کاهش اضطراب کودکان با ناتوانی یادگیری مؤثر است (۳۸).

با توجه به مطالعات انجام شده، اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای در بین کودکان با کم‌توانی ذهنی شیوع گسترده‌ای دارد و معرفی و کاربرد روش‌های درمانی و مداخله‌ای جدید جهت کاهش اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای اهمیت و ضرورت ویژه‌ای دارد. در میان مداخلات مختلف، پژوهش‌های اندکی در زمینه تأثیر نقاشی درمانی بر اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای در کودکان انجام شده است و موضوع پژوهشی مذکور در گروه کودکان با کم‌توانی ذهنی انجام نشده است. بنابراین، خلأ پژوهشی در زمینه تأثیر نقاشی درمانی بر اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای در دانش‌آموزان کم‌توانی ذهنی، ضرورت انجام این پژوهش را نشان می‌دهد. در نتیجه، هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی نقاشی درمانی بر اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای در کودکان با کم‌توانی ذهنی بود.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، از نوع پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایشی و گروه گواه بود. متغیر مستقل در این پژوهش، نقاشی درمانی و متغیرهای وابسته، اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای بودند. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه کودکان کم‌توانی ذهنی بودند که در یکی از کلینیک‌های تهران خدمات توان‌بخشی در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ دریافت می‌کردند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۲۰ نفر از کودکان با کم‌توانی ذهنی بود. کودکان واجد شرایط به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند از یکی از کلینیک‌های تهران وارد مطالعه شدند و سپس، در دو گروه آزمایشی و گواه، در

آزاد می‌کند و باعث می‌شود که آنها بر روی آثار هنری خود تمرکز کنند. بنابراین آموزش نقاشی می‌تواند در کاهش اضطراب کودک مفید باشد (۳۸).

ادبیات پژوهش داخلی و خارجی نشان می‌دهد که روش نقاشی درمانی یکی از مداخلات روان‌شناختی است که بر کاهش اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای مؤثر است اما پژوهش‌های انجام شده در زمینه تأثیر نقاشی درمانی بر اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای محدود است و تاکنون در بین کودکان با کم‌توانی ذهنی انجام نگرفته است. غلام‌زاده خدری، باباپور، صبوری مقدم پژوهشی تحت عنوان تأثیر هنردرمانی مبتنی بر نقاشی درمانی در کاهش علائم اختلال نافرمانی / مقابله‌ای در پسران دوره ابتدایی در گروه سنی ۷ تا ۱۲ ساله در ۱۲ جلسه انجام دادند. آنها نشان دادند که هنردرمانی مبتنی بر نقاشی درمانی موجب کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود (۳۰). رضایی، خدابخشی کلایی و تقوایی به بررسی اثربخشی نقاشی درمانی بر کاهش اضطراب و پرخاشگری دانش‌آموزان دبستانی پسر دارای اختلالات برونی‌سازی شده در ۱۰ جلسه بر روی ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه گواه و ۱۵ نفر گروه آزمایشی) پرداختند. نتایج نشان داد که نقاشی درمانی در بهبود مشکلات رفتاری چون اختلالات برونی‌سازی شده در دانش‌آموزان دبستانی مؤثر است (۴۱). در پژوهشی، جنگی، شیرآبادی، جانی و پوراسعلی اثربخشی هنردرمانی بر پایه نقاشی درمانی در کاهش اضطراب کودکان دچار لکنت زبان را بررسی کردند. نتایج بیانگر آن بود که بین اضطراب گروه آزمایشی و گواه تفاوت معناداری وجود دارد (۴۲). یافته‌های پژوهشی خدابخشی کلایی، وظیفه‌دار، بهاری و اسماعیلی اکبری نشان داد که نقاشی درمانی در کاهش پرخاشگری و اضطراب کودکان مبتلا به سرطان تأثیر دارد (۴۳). کریمیایی و فردوسی‌پور در پژوهشی به بررسی اثربخشی نقاشی درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی کودکان پیش‌دبستانی پرداختند. یافته‌های پژوهشی نشان‌دهنده آن بود که نقاشی درمانی موجب کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی کودکان پیش‌دبستانی می‌شود (۴۴). پژوهش مردانی، شفیع‌آبادی و جعفری با عنوان اثربخشی نقاشی درمانی بر اضطراب کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی انجام شد. نشان از اثربخشی نقاشی درمانی برای کاهش اضطراب در کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مداخله بود (۴۵). آیینگ و همکاران در پژوهش

پنج خرده‌مقیاس بیش‌فعالی-تکانش‌گری، اختلال سلوک، نافرمانی / مقابله‌ای، نارسایی توجه و رفتار مخرب نامشخص به‌دست آمد و در نسخه ایرانی گویه‌های ۲، ۳۷، ۱۱، ۳۸، ۴۴، ۴۵ و ۴۳ به‌دلیل همبستگی پایین با کل آزمون و عدم تناسب محتوای آنها با فرهنگ ایرانی حذف شدند (۴۷). در ایران نیز این مقیاس توسط باعزت و احمدی ترجمه و ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی آن در جامعه ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ برای عامل‌های استخراج شده بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ و برای کل مقیاس ۰/۹۲ به‌دست آمد که نشان‌دهنده اعتبار مطلوب نسخه فارسی مقیاس است (۴۸). همچنین، پایایی این مقیاس در مطالعه ارفورد از طریق روش بازآزمایی ۰/۹۲ گزارش شد (۴۹). لازم به ذکر است که درمانگر کودکان کم‌توانی ذهنی (نویسنده دوم مقاله) فقط گویه‌های قسمت نافرمانی / مقابله‌ای را تکمیل نموده است.

۲) مقیاس اضطراب کودکان اسپنس-نسخه کودک^۲

مقیاس اضطراب کودکان توسط اسپنس در سال ۱۹۹۷ طراحی شد و نسخه کودک آن ۴۵ گویه دارد. این پرسشنامه شامل ۶ خرده‌مقیاس ترس از فضای باز (۵ پرسش)، اضطراب جدایی (۶ پرسش)، ترس از آسیب فیزیکی (۵ پرسش)، ترس اجتماعی (۶ پرسش)، وسواس فکری-عملی (۵ پرسش) و اضطراب عمومی (۱۱ پرسش) است. نمره‌گذاری براساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای هرگز (۰)، گاهی اوقات (۱)، اغلب (۲)، همیشه (۳) تعیین شده و نمره ۵۷ به بالا نشان‌دهنده وجود مشکل جدی در آن مقیاس می‌باشد. در پژوهش اسپنس پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی ۰/۶۰ به‌دست آمده است (۵۰). در ایران، این مقیاس توسط موسوی، مرادی، مهدوی هنجاریایی شد و پایایی زیرمقیاس اضطراب گزارش شده است (۵۱). این مقیاس توسط درمانگر کودکان کم‌توانی ذهنی (نویسنده سوم مقاله) تکمیل شده است. همچنین، کل مقیاس اضطراب در قسمت یافته‌ها مورد تجزیه و تحلیل گرفته است.

معرفی برنامه‌ی مداخله

برنامه مداخله نقاشی‌درمانی مبتنی بر پروتکل نقاشی‌درمانی سیلور نقل از مؤمنی، یزدان‌بخش و اکبری (۵۲) و قاسم‌زاده، امینی، نوروزی (۵۳) تنظیم شد. جلسات نقاشی‌درمانی در

هر گروه ۱۰ نفر، به شیوه تصادفی جایگزین شدند. شایان ذکر است در پژوهش‌های آزمایشی، پژوهشگر از آزمودنی‌های داوطلب واجد شرایط استفاده می‌کند که حجم نمونه بین ۱۰ تا ۳۰ نفر کافی خواهد بود (۴۶). ملاک‌های ورود در این پژوهش، کم‌توانی ذهنی آموزش‌پذیر، داشتن سن ۸ تا ۱۱ سال و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات آموزش و عدم همکاری با پژوهشگر بودند. پس از پایان اجرای پژوهش، تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از طریق روش‌های آماری توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و روش‌های استنباطی شامل آزمون تحلیل کوریانس چندمتغیره با نرم‌افزار SPSS 20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مقادیر احتمال کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد. همچنین، بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوریانس چندمتغیره با نرم‌افزار SPSS 20 شامل آزمون لوین (برای بررسی فرض همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگراف-اسمیرنف (برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن نمرات) انجام گرفت. تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه و محرمانه ماندن اطلاعات کودکان با کم‌توانی ذهنی رعایت شد.

ابزار

۱) مقیاس اختلال‌های رفتار مخرب^۱

برای تعیین اختلال نافرمانی / مقابله‌ای و بهبود احتمالی این اختلال از طریق نقاشی‌درمانی، از مقیاس درجه‌بندی اختلال‌های رفتار مخرب استفاده شد. این مقیاس توسط پلهام، گناگی، گرینسلد و میلیچ ساخته شده است و هدف آن اندازه‌گیری و غربالگری اختلال‌های رفتار مخرب در کودکان است. این مقیاس توسط والدین یا معلم دانش‌آموز به صورت انفرادی تکمیل می‌شود و نمره‌گذاری این مقیاس به صورت به هیچ وجه = ۰، کمی = ۱، زیاد = ۲ و خیلی زیاد = ۳ می‌باشد و نمره‌گذاری معکوس ندارد. مقیاس اولیه دارای ۴۵ گویه و دارای ۴ خرده‌مقیاس از قبیل بیش‌فعالی-تکانش‌گری (پرسش‌های ۱ تا ۱۱)، نارسایی توجه (پرسش‌های ۱۲ تا ۲۱)، اختلال سلوک (پرسش‌های ۲۲ تا ۲۴) و نافرمانی / مقابله‌ای (شامل پرسش‌های ۲۴ تا ۴۵) بود. نسخه ایرانی این مقیاس دارای ۳۷ گویه است که از طریق نتایج تحلیل عاملی،

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

2. Spence children's Anxiety scale (SCAS)

قالب ۱۰ جلسه در طول یک ماه ۲ بار در هفته (هر جلسه ۹۰ دقیقه) در یکی از کلینیک‌های تهران برگزار شد. خلاصه جلسات نقاشی درمانی همراه با تعداد جلسات آموزشی، محتوای جلسات و هدف در جدول (۱) آمده است.

جدول (۱) محتوای جلسات نقاشی درمانی

جلسه	محتوا	هدف	فعالیت	زمان (۹۰ دقیقه)
یکم	گرفتن پیش‌آزمون مقیاس اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای	-	-	-
دوم	ترسیم هیجان‌ات مختلف	رشد دادن و تقویت توانایی خودبیانگری	ترسیم آدم خوشحال، ناراحت و غیره	۹۰
سوم	ترسیم اعضای گروه	رشد دادن و تقویت توانایی درک مفاهیم افقی و عمودی	به تک تک اعضای گروه خود نگاه کنید و آنها را هرگونه که می‌بینید، بکشید	۹۰
چهارم	چه چیزی مرا ناراحت می‌کند	رشد دادن و تقویت توانایی خودبیانگری	هر چیزی که احساس می‌کنید شما را ناراحت می‌کند، بکشید	۹۰
پنجم	حیوانی را ترسیم کنید که دوست دارید باشید.	رشد دادن و تقویت توانایی خودبیانگری	کشیدن شکل حیوان مورد علاقه	۹۰
ششم	نقاشی دیواری گروهی (با موضوع دلخواه کودکان)	رشد دادن و تقویت توانایی ایجاد توالی، تقویت مهارت رنگ‌آمیزی و ایجاد حساسیت به تفاوت‌های مختصر در رنگ‌ها	کودکان به صورت گروهی بدون تعیین موضوع خاص نقاشی بزرگ بکشند.	۹۰
هفتم	نقاشی آنچه که در طبیعت دوست دارند	رشد دادن و تقویت توانایی شکل‌دهی فضا، توالی و طبقه، رشد دادن و تقویت مهارت‌های هنری	آنچه را که در طبیعت دوست دارید نقاشی کنید (مثال، بارش باران را نقاشی کنید)	۹۰
هشتم	نقاشی از بدن (چشم، گوش، دست، انگشتان دست، سر، پا، دست)	شناخت اعضای بدن، رشد دادن و تقویت توانایی درک مفاهیم مربوط به فضا، توالی و طبقه، رشد دادن و تقویت مهارت‌های هنری	بدن خود را نقاشی کنید	۹۰
نهم	نقاشی همراه با موسیقی (موسیقی با ریتم کند، تند و موضوع دلخواه کودکان)	رشد دادن و تقویت توانایی درک مفاهیم مربوط به فضا، توالی و طبقه	موضوع دلخواه خود را به همراه پخش موسیقی بر روی کاغذ بکشید	۹۰
دهم	خود را چگونه تصور می‌کنید	رشد دادن و تقویت توانایی خودبیانگری	تصویر خود را آن‌گونه که تصور می‌کنید، بکشید	۹۰
یازدهم	گرفتن پس‌آزمون مقیاس اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای	-	-	-

روش اجرا

در ابتدا، قبل از اجرای برنامه مداخله نقاشی درمانی، خلاصه جلسات نقاشی درمانی تعیین شد. یکی از پژوهشگران با همکاری مسئول یکی از کلینیک‌های تهران و بعد از گرفتن رضایت‌نامه از والدین کودکان، پیش‌آزمون مقیاس اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای را برای هر دو گروه گواه و آزمایشی به صورت انفرادی تکمیل نمود. پس از گرفتن پیش‌آزمون، آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی به دو گروه گواه و آزمایشی تقسیم شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایشی (کودکان با کم‌توانی ذهنی) جلسات نقاشی درمانی را مطابق جدول (۱) در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت گروهی دریافت نمودند. گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات نقاشی درمانی، پس‌آزمون از همه‌ی اعضای گروه آزمایشی و گواه با استفاده از مقیاس‌های اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای به عمل آمد.

یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش را کودکان با کم‌توانی ذهنی تشکیل دادند که در گروه گواه ۲ نفر از کودکان با کم‌توانی ذهنی ۷ ساله (۰/۲۰ درصد)، ۱ نفر از کودکان با کم‌توانی ذهنی ۸ ساله (۰/۱۰ درصد)، ۲ نفر از کودکان با کم‌توانی ذهنی ۹ ساله (۰/۲۰ درصد)، ۳ نفر از کودکان با کم‌توانی ذهنی ۱۰ ساله (۰/۳۰ درصد)، ۲ نفر از کودکان با کم‌توانی ذهنی ۱۱ ساله (۰/۲۰ درصد) بودند.

در گروه آزمایشی ۲ نفر از کودکان با کم‌توانی ذهنی ۷ ساله (۰/۲۰ درصد)، ۱ نفر از کودکان با کم‌توانی ذهنی ۸ ساله (۰/۱۰ درصد)، ۳ نفر از کودکان با کم‌توانی ذهنی ۹ ساله (۰/۳۰ درصد)، ۲ نفر از کودکان با کم‌توانی ذهنی ۱۰ ساله (۰/۲۰ درصد)، ۲ نفر از کودکان با کم‌توانی ذهنی ۱۱ ساله (۰/۲۰ درصد) بودند.

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد و آزمون کولموگراف اسمیرنوف برای متغیرهای اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای در دو گروه آزمایشی و گواه

متغیرها	وضعیت	گروه	M	SD	K-SZ	P
اضطراب	پیش‌آزمون	آزمایشی	۸۱/۷۰	۶/۷۶	۰/۷۰	۰/۶۹
		گواه	۸۰/۲۰	۶/۱۹	۰/۷۸	۰/۵۶
	پس‌آزمون	آزمایشی	۴۹/۱۰	۵/۰۴	۰/۹۲	۰/۳۶
		گواه	۸۰/۰۰	۴/۴۹	۰/۴۸	۰/۹۷
اختلال نافرمانی / مقابله‌ای	پیش‌آزمون	آزمایشی	۳۹/۸۰	۴/۲۱	۰/۹۴	۰/۳۳
		گواه	۴۱/۲۰	۳/۶۱	۰/۹۰	۰/۳۸
	پس‌آزمون	آزمایشی	۲۸/۵۰	۳/۳۴	۰/۵۴	۰/۹۲
		گواه	۴۰/۰۰	۲/۹۸	۰/۴۷	۰/۹۸

بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه آزمایشی و گروه گواه برای متغیرهای اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف استفاده شد.

در جدول (۲) نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنوف برای بررسی هنجار بودن داده‌ها گزارش شده است. با توجه به نتایج جدول، آزمون Z کولموگراف-اسمیرنوف برای متغیرها معنادار نیست ($p > 0/05$). بنابراین مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات واریانس‌ها تأیید می‌شود.

در جدول (۲) آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای به تفکیک برای افراد گروه‌های آزمایشی و گواه در دو مرحله سنجش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد در گروه گواه میانگین نمرات در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلال نافرمانی / مقابله‌ای و اضطراب کل تغییر چندانی را نشان نمی‌دهند ولی در گروه آزمایشی شاهد تفاوت میانگین نمرات در پس‌آزمون گروه آزمایشی نسبت به پیش‌آزمون هر دو گروه (گواه و آزمایشی) و پس‌آزمون گروه گواه هستیم.

جدول ۳) نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره بین گروه‌های آزمایشی و گواه با نمرات پیش‌آزمون (اضطراب)

منبع واریانس	Ss	Df	Sm	F	P	Eta
اثر اصلی گروه	۳۲۸/۷۸	۱	۳۲۸/۷۸	۱۴/۰۲	۰/۰۰۲	۰/۴۵
نمره پیش‌آزمون (گواه)	۱۲/۲۳	۱	۱۲/۲۳	۰/۵۲	۰/۴۸	۰/۰۳۰
خطا	۳۹۸/۶۶	۱۷	۲۳/۴۵			
کل	۸۸۵۱۹/۰۰۰	۲۰				

بین گروه‌های آزمایشی و گروه گواه، در نمرات پس‌آزمون، تفاوت معناداری دیده می‌شود. به عبارتی بین افراد گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ متغیر وابسته (اضطراب) تفاوت معناداری وجود دارد ($p \leq 0/01$). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی نقاشی درمانی بر اضطراب کودکان با کم‌توانی ذهنی تأیید می‌گردد. در این ارتباط میزان تأثیر یا تفاوت برابر با (۰/۴۵) است. یعنی ۰/۴۵ تفاوت بین نمرات گروه آزمایشی و گواه در پس‌آزمون (اضطراب) مربوط به تأثیر نقاشی درمانی است.

برای ارزیابی نقاشی درمانی بر اضطراب در کودکان با کم‌توانی ذهنی از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد. قابل ذکر است قبل از اجرای تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس متغیر اختلال اضطراب از تست همگنی واریانس لوین استفاده گردید. نتایج آزمون لوین برای اضطراب بیشتر از ۰/۵ است ($p > 0/17$, $F = 2/04$). در نتیجه، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیر پژوهش تأیید گردید. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود،

جدول ۴) نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره بین گروه‌های آزمایشی و گواه با نمرات پیش‌آزمون (اختلال نافرمانی / مقابله‌ای)

منبع واریانس	Ss	Df	Sm	F	P	Eta
اثر اصلی گروه	۵۸/۰۸	۱	۵۸/۰۸	۷/۰۹	۰/۰۱	۰/۲۹
نمره پیش‌آزمون (گواه)	۴۱/۳۰	۱	۴۱/۳۰	۵/۰۴	۰/۰۳	۰/۲۲
خطا	۱۳۹/۱۹	۱۷	۸/۱۸			
کل	۲۴۳۰۳/۰۰۰	۲۰				

مقابله‌ای در کودکان با کم‌توانی ذهنی تأیید می‌شود. در این ارتباط میزان تأثیر یا تفاوت برابر با (۰/۲۹) است. یعنی ۰/۲۹ تفاوت بین نمرات گروه آزمایشی و گروه گواه در پس‌آزمون (اختلال نافرمانی / مقابله‌ای) مربوط به تأثیر نقاشی درمانی است.

برای ارزیابی نقاشی درمانی بر اختلال نافرمانی / مقابله‌ای در کودکان با کم‌توانی ذهنی از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد. قابل ذکر است قبل از اجرای تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس متغیر اختلال نافرمانی / مقابله‌ای از آزمون همگنی واریانس لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای اختلال نافرمانی / مقابله‌ای بیشتر از ۰/۵ است ($p < 0/16$, $F = 24/13$). در نتیجه، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیر پژوهش تأیید گردید. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین گروه‌های آزمایشی و گروه گواه، در نمرات پس‌آزمون، تفاوت معناداری دیده می‌شود. به عبارتی بین افراد گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ متغیر وابسته (اختلال نافرمانی / مقابله‌ای) تفاوت معناداری وجود دارد ($p \geq 0/01$). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی نقاشی درمانی بر اختلال نافرمانی /

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی نقاشی درمانی بر اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای در کودکان با کم‌توانی ذهنی بود. نتایج تحلیل کواریانس متغیرهای پژوهش نشان داد که اضطراب و اختلال نافرمانی / مقابله‌ای کودکان با کم‌توانی ذهنی در گروهی که مداخله نقاشی درمانی را دریافت کرده بودند، به صورت معناداری پایین‌تر از گروهی بود که مداخله نقاشی درمانی را دریافت نکرده بودند.

برای بیان آزادانه احساسات، عواطف، نیازها و حتی دانش خود از طریق رنگ‌ها و خطوط است. این نقاشی بیانگر احساسات و شخصیت افراد است و خلاقیت آنها را پرورش می‌دهد. نقاشی درمانی فرصت تجربه رشد عاطفی را برای کودکان فراهم می‌سازد. علاوه بر این، کودکانی که تجربیات ناخوشایندی از خانواده یا کلاس درس خود دارند و کسانی که تمایلی به بودن با بزرگسالان ندارند، می‌توانند بازخورد بیشتری از همسالان دریافت کنند. در نهایت، احساسات خصمانه کودکان در جلسات نقاشی درمانی گروهی بهتر از جلسات فردی درک می‌شود. در نتیجه، نقاشی درمانی به‌طور چشمگیری اضطراب کودکان را کاهش می‌دهد (۳۸). کودکان کم‌توان ذهنی به دلیل داشتن مشکلات ارتباطی با محیط، اختلالات اضطرابی را تجربه می‌کنند اما از طریق مداخله نقاشی درمانی، احساسات و هیجانات درونی خود را بروز داده و نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته و به صورت غیرمستقیم در قالب نقاشی، احساسات و هیجانات خود را نشان می‌دهند و این نیز موجب کاهش تنش، ترس و خشم و سایر احساسات منفی شده و توانایی مقابله با مشکلات ارتباطی با محیط را پیدا می‌کنند. در نتیجه، نقاشی درمانی موجب کاهش اضطراب در این کودکان می‌شود (۲۶).

یکی از نتایج دیگر پژوهش این بود که نقاشی درمانی موجب کاهش اختلال نافرمانی / مقابله‌ای در کودکان با کم‌توانی ذهنی شده است. نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهشی غلام‌زاده خدری و همکاران همسو است (۳۰). غلام‌زاده خدری و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که هنردرمانی مبتنی بر نقاشی درمانی موجب کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود (۳۰). در واقع، نتایج نشان داد که نقاشی درمانی به کودکان کمک می‌کند تا با یکدیگر تعامل کنند، دامنه راهبردهای حل مسئله خود را گسترش دهند، تفاوت‌ها را تحمل کنند و از شباهت‌ها آگاه شوند و در اثر تعاملات بین‌فردی، رفتارهای مخالف، خصم‌گین، کینه‌توزانه و پرخاشگرانه این کودکان در اثر دریافت مداخله نقاشی درمانی کاهش می‌یابد. در واقع، کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با کودکان عادی در برقراری ارتباط مناسب با همسالان، خانواده و مدرسه مشکلاتی دارند و رفتارهایی از قبیل رفتارهای مخالف، خصم‌گینانه، کینه‌توزانه و پرخاشگرانه در آنان بیشتر است. نقاشی درمانی از طریق فعالیت‌های گروهی مانند کشیدن اعضای بدن و یا کشیدن یک نقاشی

یکی از نتایج پژوهش این بود که نقاشی درمانی موجب کاهش اضطراب در کودکان با کم‌توانی ذهنی شده است. نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهش رضایی و همکاران یکسان گزارش شده است. رضایی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که با اجرای مداخله نقاشی درمانی می‌توان اضطراب و پرخاشگری را در کودکان ابتدایی با اختلالات برونی‌سازی کاهش داد (۴۱). همچنین، یافته این پژوهش با یافته‌های پژوهش جنگی و همکاران همسو است. جنگی و همکاران در پژوهش خود به تأثیر هنردرمانی بر پایه‌ی نقاشی درمانی در کاهش اضطراب کودکان دچار لکنت زبان تأکید دارند (۴۲). علاوه بر این، نتیجه این پژوهش با یافته‌های پژوهشی خدابخشی کلایی و همکاران همسو است. نتایج پژوهشی خدابخشی کلایی و همکاران نشان داد که نقاشی درمانی در کاهش پرخاشگری و اضطراب کودکان مبتلا به سرطان تأثیر دارد (۴۳). در این راستا، یافته این پژوهش با یافته‌های پژوهشی کریمایی و فردوسی‌پور همسو است. در پژوهش کریمایی و فردوسی‌پور نشان داده شد که نقاشی درمانی موجب کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی کودکان پیش‌دبستانی می‌شود (۴۴). همچنین، یافته این پژوهش با نتیجه‌ی پژوهش مردانی و همکاران همسو است. نتیجه‌ی پژوهش مردانی و همکاران نشان داد که اثربخشی نقاشی درمانی بر اضطراب کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مؤثر است (۴۵). علاوه بر این، آیینگ و همکاران در پژوهشی اذعان داشتند که هنردرمانی مبتنی بر استفاده از نقاشی، ترسیم و مجسمه‌سازی موجب کاهش اضطراب در زنان با اختلال اضطراب می‌شود (۲۶). در این راستا، یافته‌ی پژوهشی آیینگ و همکاران نشان دهنده اثربخشی هنردرمانی با رویکردهای نقاشی، ترسیم و مجسمه‌سازی بر کاهش اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر و اضطراب جدایی در زنان با اختلال اضطراب است (۲۷). همچنین، نتایج پژوهش رویین‌تن و همکاران بیانگر اثربخشی نقاشی درمانی بر کاهش اضطراب کودکان با ناتوانی یادگیری است (۳۸).

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به نتایج مطالعات رضایی و همکاران، جنگی و همکاران، خدابخشی کلایی، کریمایی و فردوسی‌پور، مردانی و همکاران، آیینگ و همکاران، رویین‌تن در کاهش اضطراب استفاده کرده‌اند، اشاره کرد. یکی از مداخلات مؤثر، مداخله نقاشی درمانی است. هدف نقاشی درمانی ارائه فرصتی به کودکان

تشکر و قدردانی

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

تضاد منافع

در این مقاله هیچ تضاد یا تعارض منافی وجود ندارد.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
2. Matson JL, Belva BC, Hattier MA, Matson M. . Scaling methods to measure psychopathology in persons with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*. 2012; 33(2): 549–562.
3. Austin K L, Hunter M, Gallagher E, Campbell LE. Depression and anxiety symptoms during the transition to early adulthood for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2018; 62: 407–21.
4. Maiano C, Coutu S, Tracey D, Bouchard S, Lepage G, Morin A JS, et al. Prevalence of anxiety and depressive disorders among youth with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 236, 230–42.
5. Bourke J, Nembhard WN, Wong K, et al. Twenty-five year survival of children with intellectual disability in Western Australia. *The Journal of Pediatrics*. 2017; 188: 232–239.e2.
6. Buckley N, Glasson EJ, Chen W. Prevalence estimates of mental health problems in children and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2020; 54 (10): 970-984.
7. Hermans H, Evenhuis HM. Characteristics of instruments screening for depression in adults with intellectual disabilities: Systematic review. *Research in Developmental Disabilities*. 2010; 31(6): 1109–1120.
8. Cooper SA, McLean G, Guthrie B, McConnachie A, Mercer S, Sullivan F, Morrison J. Multiple physical and mental health comorbidity in adults with intellectual disabilities: Population-based cross-sectional analysis. *BMC Family Practice*. 2015; 16(1): 110.

دلخواه به صورت گروهی به آنان کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را در قالب هنر تخلیه کرده و با مشاهده‌ی توانایی‌های خود در کشیدن نقاشی و توانایی برقراری ارتباط با دوستان خود در کارهای هنری گروهی، اعتماد به نفس‌شان بیشتر شده و کمتر دچار خشم و عصبانیت می‌شوند. کودکان با اختلال نافرمانی / مقابله‌ای با دنبال کردن دستورالعمل‌هایی مانند کشیدن اعضای بدن و یا قرار گرفتن در گروه و انجام دادن کارهای گروهی، رفتارهای سرکشانه و مقابله‌ای، تعارض و آشفتگی‌های هیجانی‌شان در این مداخله کاهش می‌یابد. همچنین، در نقاشی درمانی، یادگیری از طریق تجربه مانند نگریستن به طبیعت و کشیدن آن و یا توجه کردن به حیوانات و تصور کردن خود به یکی از حیوانات و یا تشخیص هیجان‌های خود و کشیدن آن، موجب رشد استدلال، بینش و یادگیری تجربی این کودکان شده و کمتر دچار تعارضات هیجانی می‌شوند. در نتیجه، این مداخله در کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای / نافرمانی مؤثر است (۳۰).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موضوع اشاره کرد که از چون آزمودنی‌های این پژوهش فقط دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی بودند، بنابراین، تعمیم آن به سایر باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، سن کودکان با کم‌توانی ذهنی در این پژوهش بین ۸ تا ۱۱ سال بود، بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش به سایر سنین باید با احتیاط انجام شود. با توجه به محدودیت‌های پژوهش، برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در گروهی از دانش‌آموزان با سایر ناتوانی‌ها مانند اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و اختلال یادگیری خاص و گروه‌های سنی مختلف اجرا شود. همچنین، به‌عنوان پیشنهاد پژوهشی می‌توان اذعان داشت که در پژوهش‌های آتی به تأثیر نقاشی درمانی بر افسردگی دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی پرداخته شود. همچنین، به‌عنوان پیشنهاد کاربردی پژوهش، می‌توان بیان کرد که با توجه به اثربخش بودن روش نقاشی درمانی، پیشنهاد می‌شود در کلینیک‌های توان‌بخشی و مدارس استثنایی به نقاشی توجه ویژه شود که از طریق نقاشی، کودکان با کم‌توانی ذهنی نسبت به هیجان‌های خود شناخت پیدا کرده و آنها را تنظیم کنند و هیجان‌های خود را در قالب نقاشی نشان دهند و مربی پی به احساسات درونی آنان ببرد و با کمک مشاوران و درمانگران ماهر و با تجربه هیجان‌های منفی کودکان را شناسایی و درمان کنند.

9. Bhosale S A, Singru S, Khismatrao D. Study of Psychosocial Problems among adolescent students in Pune, India. *Ameen J. Med. Sci.* 2015; 8: 150–155.
10. Meacham F, Bergstrom CT. Adaptive behavior can produce maladaptive anxiety due to individual differences in experience. *Evolut Med Public Health.* 2016; (1): 270-85.
11. GHasemnezhad SM, Barkhordari M. Frequency of anxiety and its relation with depression and other individual characteristics in nursing students. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery.* 2013; 22(2), 40-47. [Persian].
12. Martín V, Granero R, Ezpeleta L. Comorbidity of oppositional defiant disorder and anxiety disorders in preschoolers. *Psicothema.* 2014; 26 (1): 27-32
13. Dabick DAG, Ollendick TT, Bubier JL. Co-occurrence of ODD and Anxiety: Shared Risk Processes and Evidence for a Dual-Pathway Model. *Clin Psychol.* 2010; 17(4): 307-318
14. Arias V B, Aguayo V, Navas P. Validity of DSM-5 Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Children with Intellectual Disability. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(4): 1977.
15. Christensen L, Baker BL, Blacher J. Oppositional Defiant Disorder in children with intellectual disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities.* 2013; 6(3), 225-244.
16. Oeseburg B, Dijkstra GJ, Groothoff JW, Reijneveld SA, Jansen DEMC. Prevalence of chronic health conditions in children with intellectual disability: A systematic literature review. *Intellect. Dev. Disabil.* 2011; 49:59–85.
17. Raine A. Annotation: the role of prefrontal deficits, low autonomic arousal and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2002; 43 (4): 417-434.
18. Burke JD, Rowe R, Boylan K. Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *Journal of Child Psychology & Psychiatry.* 2014; 55(3): 264–272
19. Ding W, Meza J, Lin X, He T, ChenH, Wang Y, Qin SH. Oppositional Defiant Disorder Symptoms and Children's Feelings of Happiness and Depression: Mediating Roles of Interpersonal Relationships. *Child Indicators Research.* 2019; 13, 215-235.
20. Nielsen S, Hageman I, Petersen A, Daniel SI F, Lau M, Winding C, et al. Do emotion regulation, attentional control, and attachment style predict response to cognitive behavioral therapy for anxiety disorders?—An investigation in clinical settings. *Psychother.* 2019; 29: 999–1009.
21. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Pharm D, Gorman D A. The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 1: Psychostimulants, Alpha-2 Agonists, and Atomoxetine. *Can J Psychiatry.* 2015; 60(2): 42–51.
22. Kazdin, A.E. Problem-solving skills training and parent management training for oppositional defiant disorder and conduct disorder. In A.E. Kazdin & J. R. Weisz, (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed., pp. 211-226). New York, NY: Guilford Press. 2010;
23. Lochman JE, Boxmeyer C L, Powell NP, Barry TD, Pardini DA. Anger control training for aggressive youths. In A.E. Kazdin & J. R. Weisz, (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed., pp. 227-242). New York, NY: Guilford Press; 2010.
24. Afsari M, Zeinali A. The effect of parental management training on reducing of oppositional defiant disorder in mentally retarded students. *J Except Educ.* 2022; 5 (165): 47-56. [Persian].
25. Abbing A, Ponstein A, van Hooren S, Sonnevile LD, Swaab H, Baars E. The effectiveness of art therapy for anxiety in adults: A systematic review of randomised and non-randomised controlled trials. *PLOS ONE.* 2018; 13(12): e0208716.
26. Abbing AC, Baars, E W, Van Haastrecht O, Ponstein AS. Acceptance of Anxiety through Art Therapy: A Case Report Exploring How Anthroposophic Art Therapy Addresses Emotion Regulation and Executive Functioning. *Case Report in psychiatry.* 2019; 1-13
27. Abbing AA, Ponstein J, Hoekman S, Hooren V, Baars E. "Wetenschappelijk verantwoorde casusbeschrijvingen vragen om methodische documentatie. De ontwikkeling van een documentatiemethode gebaseerd op de CARE-AAT richtlijn. [Scientifically valid case studies require methodical documentation. The development of a documentation method based on the CARE-AAT Guideline]. *Tijdschrift Voor Vaktherapie.* 2018; 3: 24–32.
28. Chiang, M, Reid-Varley, W. B., and Fan, X. (2019). Creative art therapy for mental illness. *Psychiatry Res.* 2019; 275 (3): 129–136
29. Hu J, Zhang J, Hu L, Yu H, Xu J. Art Therapy: A Complementary Treatment for Mental Disorders. *Jingxuan. Front. Psychol.* 2021; 12(686005): 1-9.

30. Gholamzade Khadar AM, Babapour BJ, Sabourimoghaddam H. The effect of art therapy based on painting therapy in reducing symptoms of oppositional defiant disorder (ODD) in elementary School Boys. 2013; *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 84: 1872 – 1878.
31. Carey C. Adolescents With Attention-Deficit Hyperactive Disorder And/Or Oppositional Defiant Disor Oppositional Defiant Disorder Benefit F der Benefit From Activ om Active Arts Ther ts Therapy. *Expressive Therapies Capstone Theses*; 2018.
32. Waller D. Art therapy for children: how it leads to change. *Clin. Child Psychol. Psychiatry*. 2006; 11: 271–282.
33. Dye M. Evaluating the benefits of art therapy interventions with grieving children (Ph. D. Thesis). James Madison University, JMU Scholarly Commons. 2018; Available online at: <https://commons.lib.jmu.edu/edspec201019/129> Google Scholar.
34. Lowe E. Engaging Exceptional Students Through Art Activities. *BU Journal of Graduate Studies in Education*. 2016; 1(8).
35. Attard A, Larkin M. Art therapy for people with psychosis: a narrative review of the literature. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3, 1067–1078.
36. Deshmukh SR, Holmes J, Cardno A. Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018; 9: D11073.
37. Bosgraaf L, Spreen M, Pattiselanno K, Hooren SV. Art Therapy for Psychosocial Problems in Children and Adolescents: A Systematic Narrative Review on Art Therapeutic Means and Forms of Expression, Therapist Behavior, and Supposed Mechanisms of Change. *Frontiers Psychol* 2020; 11: 2389.
38. Rointan P, Heidari A, Eftekhar Saadi Z, Ehteshamzadeh P. Effectiveness of Painting Therapy on Anxiety in Children with Specific Learning Disabilities. *Caspian J Pediatr* . 2021; 7(1): 488-94.
39. Beech M. Accommodations: Assisting students with disabilities. Tallahassee, FL: Florida Department of Education. Retrieved. 2015; 15.
40. Gavron T, Mayseless O. Creating Art Together as a Transformative Process in Parent-Child Relations: The Therapeutic Aspects of the Joint Painting Procedure. *Front Psychol*. 2018; 9: 2154.
41. Rezaee S, Khodabakhshi Koolae A, Taghvae D. Influence of painting therapy in decreasing aggression and anxiety among elementary school boys. *J Pediatr Nurs* 2015; 2(2): 10-19.
42. Jangi S, Shirabadi A, Jani S, Poursmali A. Effectiveness of art Therapy Based on Painting Therapy to Reduce Anxiety of Children with Stuttering. *sjimu*. 2015; 23 (2): 53-60. [Persian].
43. Khodabakhshi Koolae A, Vazifehdar R, Bahari F, Akbari ME. Impact of painting therapy on aggression and anxiety of children with cancer. *Caspian J Pediatr*. 2016; 2(2): 135-41. [Persian].
44. Karimae M, Ferdosipour A. The Effect of Painting Therapy on Reducing Signs of Symptoms in Separation Anxiety Disorder in Preschool Children. *Rooyesh*. 2019; 8 (8) :205-212. [Persian].
45. Mardani F, Shafi Abadi A, Jafari A. The Effectiveness of Painting Therapy on Anxiety in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of applied family therapy*. 1(2): 68-85. . [Persian].
46. Hafeznia MR. Introduction to Research Methodology in Humanities. Organization for the Study and Compilation of University Humanities Books (Position). 2020. [Persian].
47. Pelham WE, Gnagy EM, Greenslade KE, Milich R. Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992; 31(2):210–8.
48. Baezzat F, Ahmadi Ghazolaji A. Factorial Structure and Psychometric Properties of the Disruptive Behavior Disorders Rating Scale – Parent Form. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2015; 2 (3), 22-45. [Persian].
49. Erford BT. Technical Analysis of Father Responses to the Disruptive Behavior Rating Scale-Parent Version (DBRS-P). *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 1998; 30(4):199–210.
50. Spence SH. Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) [Database record]. *APA PsycTests*; 1997.
51. Mousavi R, Moradi A, Mahdavi SL. Evaluation of the effectiveness of structural family therapy in improving separation anxiety disorder. *Psychological studies*. 2007; 3 (2): 7-28. [Persian].
52. Momeni KH, Yazdanbakhsh K, Akbari H. The Effectiveness of Art Therapy in Reducing Behavioral Disorders of Educable Mentally-Retarded Students. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2014; 2(1): 9-23. [Persian].
53. Ghasemzadeh S, amini S, noruzi R. Effect of Motivational Painting Training on Aggressive Behavior of Students with Intellectual Disability. *JOEC*. 2020; 20 (1) :45-56. [Persian].

بررسی اثربخشی نمایش درمانی بر کفایت اجتماعی و خودپنداره مثبت دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه

- مرتضی مرادی دولیسکانی، استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان حکیم فردوسی البرز، البرز، ایران
- هانیه چاره‌گانی*، کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران
- مریم صفری شیرازی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۲/۱۰ • تاریخ انتشار: خرداد و تیر ۱۴۰۱ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۲۱ - ۳۶

چکیده

زمینه و هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی نمایش درمانی بر کفایت اجتماعی و خودپنداره مثبت دانش‌آموزان پسر با اختلال یادگیری ویژه انجام شد.

روش: پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسر مشغول به تحصیل در پایه هشتم با اختلال یادگیری ویژه شهر کرج در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند. برای تعیین حجم نمونه، ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از بین مدارس ابتدایی ناحیه ۳ شهر کرج، یک مدرسه به صورت تصادفی انتخاب و از بین دانش‌آموزان آن، ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند (گروه آزمایشی ۱۵ نفر / گروه گواه ۱۵ نفر). ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه مشکلات یادگیری کلرادو (۲۰۱۱)، پرسشنامه کفایت اجتماعی فلنر (۱۹۹۰)، پرسشنامه خودپنداره کودکان پی‌یرز-هریس (۱۹۶۹) و مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-5 بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری در SPSS-26 انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که نمایش درمانی بر کفایت اجتماعی، خودپنداره مثبت و مؤلفه‌های آنها در دانش‌آموزان پسر مؤثر بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، می‌توان گفت که نمایش درمانی روشی اثربخش در بهبود کفایت اجتماعی و خودپنداره مثبت دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه بود، در نتیجه این روش قابلیت کاربرد در مراکز آموزشی و مدارس را دارد.

واژه‌های کلیدی: اختلال یادگیری ویژه، خودپنداره، دانش‌آموز، کفایت اجتماعی، نمایش درمانی

غالباً شامل مؤلفه‌هایی مانند مهارت‌های اجتماعی، ارتباطات اجتماعی و ارتباطات بین فردی بوده و مستلزم درک درست از تعاملات اجتماعی است (۴). افرادی که فاقد شایستگی اجتماعی لازم هستند، در معرض پیامدهای منفی همانند طرد از جانب همسالان و انزوا، بروز اختلالات روان‌شناختی، اخراج از مدرسه و ضعف در عملکرد تحصیلی قرار دارند (۶).

از سویی دیگر، افراد با اختلال یادگیری ویژه، در تنظیم اطلاعات، ادراک دیداری و شنیداری، حافظه و توجه، نقص دارند (۷) و بدون کمک‌های ویژه معمولاً ضعیف عمل می‌کنند؛ دوستان و اعضای خانواده، آنها را ناتوان می‌دانند و در نتیجه اعتماد به نفس، خودپنداره مثبت و انگیزه آنها بسیار پایین است (۱)؛ بنابراین، مؤلفه مهم دیگری که می‌تواند در این افراد در نظر گرفته شود خودپنداره^۵ و خودشناسی است. خودپنداره را می‌توان از ابعاد مختلف مورد بررسی قرار داد و با رویکردهای متفاوت تعریف کرد؛ اما شاید صحیح‌ترین تعریف از منظر روان‌شناختی باشد. بر این اساس خودپنداره شامل مجموعه‌ای از باورها در مورد خود است. به‌طور کلی، خودپنداره پاسخ به این پرسش است که "من کیستم؟" (۸). اصطلاح خودپنداره یا خودانگاره یک اصطلاح مهم در علوم اجتماعی و انسان‌شناسی است به این معنی که هر فرد در ذهن خود، تصویری از خویش دارد؛ در واقع ارزیابی کلی فرد از شخصیت خود، خودپنداره گفته می‌شود. این ارزیابی فرد از خود، ذهنی بوده و معمولاً از ویژگی‌های رفتاری او به دست می‌آید. به همین دلیل خودپنداره ممکن است منفی یا مثبت باشد (۹). طرز برداشت ما از خودمان تا حد زیادی به وسیله تجارب گذشته ما (موفقیت‌ها و شکست‌ها) و آنچه دیگران درباره ما فکر می‌کنند، شکل می‌گیرد (۸). دلیل اهمیت خودپنداره آن است که اولاً برداشتی که هرکس از خودش دارد بر رفتار و عمل او تأثیر می‌گذارد؛ انسان‌ها معمولاً آن‌گونه عمل می‌کنند که فکر می‌کنند، هستند. دلیل دوم اهمیت خودپنداره این است که خودپنداره بر احساس شما از خودتان نیز تأثیر می‌گذارد. کسانی که احساس خوبی درباره خودشان دارند در مقایسه با کسانی که نگرش منفی به خود دارند، از اعتماد به نفس و رضایت بیشتری برخوردارند، افراد موفق‌تری هستند و کمتر احتمال دارد که به رفتارهای پرخطر گرایش داشته باشند (۱۰).

اختلال یادگیری ویژه، مهم‌ترین علت عملکرد ضعیف تحصیلی به حساب می‌آید و هر ساله تعداد زیادی از دانش‌آموزان به این علت در فراگیری مطالب درسی دچار مشکل می‌شوند (۱). بر اساس DSM-5^۲، اختلال یادگیری ویژه در طبقه اختلال‌های عصبی-تحولی^۳ قرار دارد (۲)، شیوع اختلال یادگیری ویژه حدود ۲ تا ۱۰ درصد است و معمولاً تعداد پسرها در این اختلال ۳ برابر دخترها هستند (۳). در DSM-5، اختلال یادگیری به اختلال یادگیری ویژه تغییر نام داده است و اختلال خواندن، اختلال نوشتن و اختلال ریاضی که هر یک قبلاً یک اختلال مستقل و مجزا محسوب می‌شدند، اکنون به‌عنوان یک مشخص‌کننده در اختلال یادگیری ویژه گنجانده شده‌اند؛ معمولاً این دانش‌آموزان از هوش متوسط یا بالاتر برخوردارند، ولی در شرایط تقریباً یکسان آموزشی نسبت به دانش‌آموزان دیگر عملکرد تحصیلی ضعیف‌تری نشان می‌دهند و میزان بیشتری از مشکلات اجتماعی-هیجانی را نیز در مقایسه با همسالان عادی خود دارند (۱).

پیشینه مطالعات مربوط به اختلال‌های یادگیری ویژه نشان می‌دهد که تقریباً ۷۵ درصد از کودکانی که در یادگیری مشکل دارند، ضعف در مهارت‌های اجتماعی را نیز تجربه می‌کنند و همین مشکلات اجتماعی ممکن است آمادگی تحصیلی را تضعیف کند (۴). بایستی گفت که توانایی اجتماعی، بستری است که بر مبنای آن، انتظارات و چشم‌اندازهای فرد، از چگونگی تعامل با دیگران در آینده ساخته می‌شود و بر مبنای همان انتظارات، کودکان درک خود را از رفتارشان ارتقاء می‌دهند (۵).

کفایت اجتماعی^۴ یکی از سازه‌های اصلی بهداشت روانی و یک رویکرد متمرکز بر فرد است که نه تنها به توانمند ساختن افراد در زمان حال، بلکه بر توانمندسازی آنان در آینده نیز تأکید دارد؛ در واقع، هدف نهایی کفایت اجتماعی این است که افراد، مسئولیت برتری و شایستگی فردی خویش را بپذیرند. این شایستگی فردی شامل سلامت روانی، خودشکوفایی و پذیرش مسئولیت فردی است (۶). کفایت اجتماعی به‌عنوان توانایی افراد برای عمل به شیوه سازگاران، متناسب با سن و توانایی شناختی تعریف می‌شود (۵). مفهوم کفایت اجتماعی،

1. Specific learning disorder

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

3. Neurodevelopmental

4. Social Competence

5. Self-concept

به سطح توانمندی‌های خود با موفقیت‌هایی مواجه شود که در وی انگیزه برخورد با مسائل فردی و بین فردی را ایجاد می‌نماید (۱۶). نمایش‌درمانی به‌عنوان روش نزدیک به طبیعت کودکان و نوجوانان، بدون پیامد جانبی و از همه مهم‌تر مورد پذیرش آنان، در سال‌های اخیر به‌عنوان یکی از مؤثرترین شیوه‌های درمانی از سوی متخصصان بهداشت روان پذیرفته شده است (۱۵).

برخی از پژوهش‌ها اثربخشی روش نمایش‌درمانی را در درمان اختلالات و همچنین افزایش مهارت‌های اجتماعی و خودشناسی مورد تأیید قرار داده‌اند. از جمله بیاویس و همکاران (۱۷) در نتایج پژوهش خود نشان دادند که روش‌های نمایش‌درمانی مهارت‌های ارتباطی و خودارزنگری و هوش هیجانی را بهبود می‌بخشد. خلیلی و انصاری شهیدی (۱۸) اثربخشی نمایش‌درمانی را بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی با طیف اختلال اتیسم تأیید کردند. یونس و همکاران (۱۰) نیز با بررسی اثربخشی نمایش‌درمانی بر روی نوجوانان دختر به این نتیجه رسیدند که این مداخله می‌تواند باعث آگاهی بیشتر از خشونت شده و به‌عنوان روشی فعال مانع از وقوع خشونت در موقعیت‌های مختلف شود. از طرف دیگر، این شیوه درمانی باعث افزایش شادکامی و امید به زندگی شده و خودباوری آنها را به‌طور معناداری بهبود می‌بخشد. همچنین نتایج مطالعات الراب (۱۹)، بریمانی و همکاران (۲۰)، بیرنگ و همکاران (۲۱)، دوگان (۲۲) و زلالی و همکاران (۲۳) نیز نشان از تأثیر مداخله نمایش‌درمانی بر سازگاری و کفایت اجتماعی و افزایش خودپنداره مثبت، آگاهی از خود و اعتمادبه‌نفس به‌ویژه در میان کودکان و نوجوانان دارند.

در مجموع با توجه به اهمیت کفایت اجتماعی و خودپنداره مثبت در زندگی اجتماعی نوجوانان و تأثیر بارز آن در شکل‌گیری هویت آنها، می‌توان از این دو متغیر به‌عنوان عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی و پیش‌بینی‌کننده سازگاری مثبت نام برد (۲۴). همچنین به‌دلیل آنکه دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه در دسته دانش‌آموزان در معرض خطر و نیازمند توجه می‌باشند و با توجه به پیامدهای منفی عدم شکل‌گیری خودپنداره مثبت و سازگاری‌های اجتماعی در میان چنین دانش‌آموزانی، سهل‌انگاری در آموزش مهارت‌های لازم به این گروه از افراد زمینه‌ساز بروز

وجه اشتراکی که در بین همه کودکان با ناتوانی یادگیری ویژه وجود دارد این است که همگی آنها در یادگیری دروس مشکل دارند؛ این فراگیران نسبت به همسالان خود در زمینه فعالیت‌های تحصیلی بی‌اشتیاقی، عدم اعتمادبه‌نفس و نوعی خودپنداره منفی از خود نشان می‌دهند که پیشینه پژوهشی نیز مؤید همین موضوع است (۱۱).

از آنجا که افراد با اختلال یادگیری ویژه به‌دلیل وجود مشکلات زیاد در زندگی و مهارت‌های بین فردی ضعیف، ممکن است از سلامت روانی خوبی برخوردار نبوده و سطح بالایی از طرد اجتماعی و تنهایی را تجربه نمایند (۶)، لازم است که از روش‌های مختلفی برای کمک به بهبود و رفع این مشکلات استفاده کرد. از جمله این روش‌ها، اجرای برنامه نمایش‌درمانی^۱ است. نمایش‌درمانی عبارت است از بررسی کاربردی، نظام‌مند و واقعی فرایندها، عملکردها و محصولات تداعی ذهنی افراد در قالبی نمایشی، با محوریت درمان و توان‌بخشی قوای عقلی، تفکری و ارتباطی افراد. در این روش به کمک «بازی گروهی» شناخت درس و اصول خلیات شخص مراجعه‌کننده و با به‌کارگیری روش‌های آموزشی و اجرایی علم روان‌شناسی و هنر نمایش، فرایندها، عملکردها و محصولات تداعی ذهنی فرد مجال بروز و ظهور می‌یابد (۱۲).

نمایش‌درمانی به جهت ویژگی‌های نمایشی آن برای کودکان و نوجوانان از جذابیت ویژه‌ای برخوردار است. این مداخله اولین بار توسط جیکوب مورنو در سال ۱۹۲۱ معرفی شد؛ او ارتباط از طریق زبان را تنها ارتباط جهانی نمی‌دانست بلکه صحنه تئاتر را به‌عنوان یک راه کامل و تمام‌عیار جهت ایجاد ارتباط و از بین بردن نگرانی‌ها قلمداد می‌نمود (۱۳). نمایش‌درمانی یکی از روش‌های خلاق در هنر درمانی است که ایفای نقش، داستان، بداهه‌گویی و دیگر فنون تئاتر و نظریه‌ها و روش‌های درمانگری را با هم ترکیب می‌کند (۱۴). در روش گروهی نمایش‌درمانی، همانندسازی با رهبر گروه یا سایرین، تخلیه عاطفی، احساس همدردی و سبک شدن، بیش از سایر درمان‌ها به چشم می‌خورد؛ گاه با رشد استعدادهای سرکوب‌شده و گاه با یادگیری نحوه رویارویی با مشکلات از طریق ظرفیت‌های موجود در فرد، مراجع می‌تواند تغییرات چشم‌گیری در روابط خود با اعضای خانواده و دیگران ایجاد کند (۱۵). به عقیده نعمتی و همکاران، نمایش‌درمانی شیوه‌ای است که به نوجوان با ناتوانی این امکان را می‌دهد تا با توجه

1. Psychodrama

ابزار

۱) پرسش‌نامه مشکلات یادگیری کلرادو^۱

پرسش‌نامه مشکلات یادگیری کلرادو توسط ویلکات و همکاران در سال ۲۰۱۱ تهیه شده است (۲۵) و مشکلات یادگیری ناشی از ۵ عامل اساسی خواندن (۶ گویه)، حساب کردن (۳ گویه)، شناخت اجتماعی (۴ گویه)، اضطراب اجتماعی (۳ گویه) و عملکردهای فضایی (۴ گویه) را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه ۲۰ گویه دارد و پاسخ به هر عبارت در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً (۱) تا همیشه (۵) مورد سنجش قرار می‌گیرد. نمره هر عامل از محاسبه مجموع پرسش‌های مرتبط با آن و نمره کل از مجموع نمرات مؤلفه‌ها به دست می‌آید. دامنه نمره کل بین ۲۰ تا ۱۰۰ بوده و کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده میزان بالاتر مشکلات یادگیری می‌باشد. پایایی این پرسش‌نامه و مؤلفه‌های آن، توسط سازندگان با روش‌های همسانی درونی و بازآزمایی بررسی شده و مقادیر آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های خواندن، حساب کردن، شناخت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و عملکردهای فضایی و نمره کل به ترتیب، ۰/۹۰، ۰/۸۰، ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی تمامی مؤلفه‌ها بالاتر از ۰/۷۰ گزارش شده است. همچنین روایی همگرایی مؤلفه‌های این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌های پیشرفت تحصیلی استاندارد به این ترتیب گزارش شده است: خواندن ۰/۶۴، ریاضی ۰/۴۴، شناخت اجتماعی ۰/۶۴، اضطراب اجتماعی ۰/۴۶ و اضطراب فضایی ۰/۳۰ (۲۵). در ایران حاجلو و رضایی شریف (۲۶) این پرسش‌نامه را ترجمه نموده و به منظور واریانس پایایی آن از دو روش همسانی درونی و بازآزمایی استفاده کرده‌اند. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل ۰/۹۰ و خرده مؤلفه‌های آن به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۳، ۰/۸۵، ۰/۷۲ و ۰/۷۱ و ضریب اعتبار بازآزمایی برای کل پرسش‌نامه و هر یک از مؤلفه‌های آن نیز بالای ۰/۷۰ محاسبه شده است. روایی تفکیکی و روایی سازه پرسش‌نامه مذکور در حد مطلوب گزارش شده است. پایایی ابزار در این پژوهش براساس ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۳ و برای هرکدام از خرده مؤلفه‌ها به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۶۸ و ۰/۷۸ به دست آمد.

مشکلات بسیاری در محیط مدرسه، با معلمان، همسالان و اعضای خانواده همچون افزایش رفتارهای پرخطر، ترک تحصیل و مشکلات رفتاری به‌ویژه در نوجوانان خواهد شد. از آنجا که شواهد مختلف حاکی از اثربخشی نمایش درمانی و محبوبیت آن در میان قشر کودک و نوجوان است، بررسی تأثیر این مداخلات بر جنبه‌های مختلف درونی و بیرونی دانش‌آموزان و به‌ویژه نوجوانان ضروری به نظر می‌رسد. به‌علاوه شیوع بالای این اختلال و تأثیر آن بر ابعاد مهم زندگی فردی و اجتماعی، لزوم مداخلات را دوچندان نموده است. با توجه به اینکه در زمینه اثربخشی روش نمایش درمانی بر بهبود کفایت اجتماعی و افزایش خودپنداره مثبت دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه پژوهش‌های اندکی، به‌ویژه در ایران، صورت گرفته است، بنابراین عوامل بازدارنده یا مداخله‌گر در بهبود مهارت‌های اجتماعی و ایجاد خودپنداره مثبت این دانش‌آموزان یکی از بسترهای مهم پژوهش بالینی و رشدی به حساب می‌آید. از همین رو، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی نمایش درمانی بر کفایت اجتماعی و خودپنداره مثبت دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش تمامی دانش‌آموزان پسر پایه هشتم با اختلال یادگیری ویژه شهر کرج که در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند را شامل می‌شد. در این پژوهش به دلیل گسترده بودن جامعه، از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای استفاده شد. بدین ترتیب از بین مدارس پسرانه مقطع متوسطه اول ناحیه ۳ شهر کرج، یک مدرسه به‌صورت تصادفی انتخاب شد. در ادامه از بین دانش‌آموزان کلاس‌های پایه هشتم و بعد از غربالگری با استفاده از پرسش‌نامه مشکلات یادگیری کلرادو، ۳۰ نفر که پایین‌ترین نمرات را کسب کردند و اختلال یادگیری ویژه آنها با مصاحبه بالینی و با استفاده از ملاک‌های معتبر موجود در DSM-۵ تأیید گردید، به‌وسیله روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند.

1. Colorado Learning Difficulties Questionnaire

۲) پرسش‌نامه کفایت اجتماعی^۱

و تحصیلی، ظاهر و ویژگی‌های فیزیکی، اضطراب، محبوبیت، شادکامی و رضایت می‌باشد. پی‌یرز و هریس در سال ۱۹۸۴ (۳۰) ضرایب همسانی درونی مقیاس را با استفاده از فرمول‌های کودر ریچاردسون، ۲۱ و روش زوج-فرد، اسپیرمن-براون برای دانش‌آموزان دختر و پسر به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۷ به دست آورده‌اند. همچنین این ابزار از روایی صوری و محتوایی در سطح بالایی برخوردار است. برای اطمینان از روایی هم‌زمان مقیاس خودپنداره کودکان، همبستگی نمرات هر مقیاس فرعی باهم نیز به دست آمد و نشان داده شد که تمام همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند. این آزمون در ایران بین نمونه‌ای با حجم ۹۰۰ نفر هنجاریابی شده و ضرایب اعتبار آن برای زیرمقیاس‌های رفتار، وضعیت ذهنی و تحصیلی، ظاهر و ویژگی‌های فیزیکی، اضطراب، محبوبیت، شادکامی و رضایت به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۲، ۰/۸۸، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ و برای مقیاس کل ۰/۹۰ محاسبه شده که بیانگر اعتبار بالای این آزمون است (۳۱). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه برای نمره کل خودپنداره از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

۴) مصاحبه بالینی ساختاریافته

در پژوهش حاضر جهت تشخیص علائم اختلال یادگیری ویژه و مشخص‌کننده‌های آن از مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-5 استفاده شد.

معرفی برنامه مداخله

در نمایش‌درمانی، شرکت‌کنندگان با نمایش هیجانات و تعاملات بین فردی خود روی صحنه، تعارضات درونی‌شان را بررسی می‌کنند. در این مداخله که به‌طور متوسط ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه تا ۲ ساعت است (برای پژوهش حاضر یک ساعت در نظر گرفته شد)، یک نفر به‌عنوان قهرمان داستان^۳ شناخته می‌شود (۱۴). قهرمان‌ها روابط خود را با تعامل با دیگر بازیگران و رهبر که به‌عنوان کارگردان^۴ شناخته می‌شود، بررسی می‌کنند. این کار با استفاده از فنون ویژه‌ای از جمله آینه‌سازی^۵، دو برابر کردن^۶، ایفای نقش^۷ و تک‌گویی^۸ انجام می‌شود (جدول ۱). جلسه اغلب به ۳ مرحله تقسیم می‌شود - گرم کردن، عمل کرده

جهت سنجش میزان کفایت اجتماعی دانش‌آموزان از مقیاس اجتماعی فلنر و همکاران (۲۷) استفاده شد که براساس نظریه فلنر ساخته شده است. این پرسشنامه ۴۷ گویه دارد و ۴ بُعد مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی را می‌سنجد. آزمودنی‌ها به پرسش‌های این آزمون بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۷ پاسخ می‌دهند. مقیاس مهارت شناختی ۳ پرسش و حداکثر ۲۱ نمره، مهارت رفتاری ۳۴ پرسش و حداکثر ۲۳۸ نمره، کفایت هیجانی ۳ پرسش و حداکثر ۲۱ نمره و آمایه انگیزشی ۷ پرسش و حداکثر ۴۹ نمره دارد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس (بعد از یک ماه) به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۹ و روایی سازه به روش تحلیل عاملی ۰/۸۳ گزارش شده است (۲۷). شاخص‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران را پرندین (۲۸) بررسی کرده است که ضریب پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و روایی آن به روش تحلیل عاملی تأیید شده و مقدار کفایت نمونه‌برداری آن ۰/۸۲ گزارش شده است. پایایی ابزار در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

۳) پرسش‌نامه خودپنداره کودکان پی‌یرز هریس^۲

این پرسشنامه توسط پی‌یرز در سال ۱۹۶۴ در ۱۶۴ عبارت با عنوان "من در مورد خودم چگونه فکر می‌کنم" تدوین شد. در اقدامی دیگر مؤلفان فرم ۱۰۰ عبارتی مقیاس را بر روی یک نمونه ۳۳۰ نفری اجرا کردند که نتیجه این بررسی تدوین فرم نهایی (۱۹۶۹) با ۸۰ عبارت بود که ۴۰ عبارت آن در جهت مثبت و ۴۰ عبارت نیز در جهت منفی می‌باشد (۲۹). همچنین در مجموع ۱۲ عبارت به عبارت‌های گواه یا دروغ‌سنج اختصاص دارد. پاسخ هر گویه آزمون به صورت دو بخش «بله» یا «خیر» طرح شده است. این مقیاس ممکن است به صورت فردی یا گروهی اجرا شود. نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده خود سنجی مثبت و نمره پایین، نشان‌دهنده خود سنجی منفی است. حداکثر نمره برای مقیاس خودپنداره ۸۵ و حداقل نمره صفر است. این پرسشنامه برای سنجش کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۸ سال تهیه شده و شامل ۶ بُعد رفتار، وضعیت ذهنی

1. Social competence Questionnaire
2. Piers-Harris Children's Self-Concept Scale
3. Protagonists
4. Director

5. Mirroring
6. Doubling
7. Role playing
8. Soliloquy

نقش‌های جدیدی را بیاموزند که می‌توانند در آن زندگی کنند و از این طریق بر مشکلات فائق آیند (۱۵). محتوای جلسات نمایش درمانی در این پژوهش برگرفته از کتاب «رویکرد عملی به نمایش درمانی» تألیف اندرسون و گرینجر (۳۳) می‌باشد که در این پژوهش نیز توسط گروه پژوهشی حاضر و توسط ۳ نفر از متخصصان گروه روان‌شناسی دانشگاه لرستان مورد تأیید قرار گرفته است.

و بحث کردن. از اصول اصلی نمایش درمانی، نظریه مورنو درباره «خودانگیختگی - خلاقیت^۱» است. مورنو معتقد بود که بهترین راه برای پاسخ دادن خلاقانه به یک موقعیت، خودانگیختگی است، یعنی آمادگی برای بداهه‌گویی و پاسخگویی در لحظه. با تشویق افراد برای پرداختن به یک مشکل به شیوه‌ای خلاقانه، براساس انگیزه و به‌صورت بداهه، ممکن است آنها شروع به کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات زندگی خود کرده و

جدول ۱) محتوای جلسات نمایش درمانی

جلسه	هدف	محتوا
یکم	آماده‌سازی و ایجاد فضای اعتماد و کشف اجزای پنهان و مسئله فرد	آشنایی و معرفی اعضای گروه، بیان اهداف گروه و مسئولیت‌های رهبر و اعضای گروه، بیان قوانین و ساختار جلسات، افزایش شناخت مشاور از دانش‌آموزان جهت ایجاد رابطه مؤثر، بررسی مفاهیم کفایت اجتماعی، عوامل شناختی و هیجانی و خودباوری.
دوم	هدایت شخص اول برای رسیدن از سطح به عمق مسئله	آغاز بررسی مسائل دانش‌آموزان از طریق واسطه‌های هنری (دادن نقش اصلی یکی از افسانه‌ها و قصه‌های فولکلوریک) به آنها، به‌منظور برون‌ریزی احساسات و سپس زده‌ی خود، سنجش قدرت تصمیم‌گیری و کسب جرئت (با الهام از فن صندلی خالی). نحوه راه رفتن و ایستادن بر روی صحنه، موقعیت‌های صحیح قرارگیری روی صحنه تاثر نسبت به بازیگران.
سوم	آشنایی صریح و روشن شخص اول با باورهای خود و دیگران و ماهیت روابط بین فردی	بازگویی یک قصه به‌صورت ناتمام به‌وسیله مشاور و درخواست او از دانش‌آموزان برای کامل کردن قصه، بنا بر تخیل خودشان در قالب ایفای نقش و اجرای نمایش، به جهت رؤیت برداشت هریک از آنها از موقعیت زندگی واقعی‌شان و ایجاد خودباوری در آنها. همچنین کودک این فرصت را پیدا می‌کند تا داستان را آن‌طوری که دوست دارد به اتمام برساند و درمانگر را در قالب نقش تا حدودی از امیال و آرزوهای خود مطلع کند (با الهام از فن پری رؤیایی). بدن و بیان، تمرینات تمرکزی، تمرینات ریتمی، تمرینات شنیداری، دیداری.
چهارم	تحقق امیال و خواسته‌های فرد	گفتگوی دانش‌آموز با یک شخصیت خیالی یا شناخته شده در این جلسه گفتگوی دانش‌آموز، به جهت درد دل و صحبت در مورد کارهایی که تا به حال انجام داده و کسی از آنها خبر ندارد و تمایلی به مطلع شدن دیگران ندارد صورت می‌گیرد. موفق شدن در این جلسه مشروط به ایجاد رابطه حسنه در جلسات ابتدایی می‌باشد (با الهام از فن پلیس مخفی)
پنجم	تسلط بر مسئله و تسلط بر افکار و احساسات	کار روی خودپنداره مثبت، رشد عزت‌نفس، طرز برداشت کودک از خود، از طریق رسم تصاویری به دست کودک و هم‌ذات پنداری با آن تصویر و رفتن کودک در قالب آن تصویر و صحبت به جای آن (با الهام از فن جادو)
ششم	مشارکت و جلب حمایت گروهی	کار روی رضایت خاطر و شادمانی کودک از طریق انتخاب واسطه هنری توسط کودک. به این صورت که یکی از دانش‌آموزان در قالب نمایش نقش پسری غمگین و عصبانی را ایفا می‌کند و باین‌وجود دانش‌آموزان دیگر او را ستایش می‌کنند و به او محبت می‌کنند و هم‌کلاسی خود را به همین شکل که هست می‌پذیرند و ضعف‌های او را نادیده می‌گیرند. (مشارکت گروهی و با الهام از فن عشق افسانه‌ای)

1. Spontaneity-creativity

جلسه	هدف	محتوا
هفتم	آشنایی با حقوق خود و دیگران و چگونگی مطالبه آنها	در این جلسه یکی از دانش‌آموزان جداگانه می‌نشیند و دیگر همکلاسی‌ها هرکدام در حد یک جمله او را وصف می‌کنند و با توجه به شناختی که از او دارند وی را قضاوت می‌کنند. گویی شخصیت اصلی حرف آنها را نمی‌شنود. این شیوه به جهت شناخت هرچه بیشتر دانش‌آموزان از یکدیگر و تخلیه عواطف و هیجان‌اتشان نسبت به هم به دور از درگیری و پرخاشگری و برای بازگو کردن حرفه‌ای ناگفته بینشان صورت می‌گیرد. (با الهام از فن اتاق تاریک)
هشتم	جبران گذشته و ورود به دنیای جدید	الهام از بازی‌های ایرانی با اندکی تغییر و تبدیل آنها به نمایش. تک‌گویی دانش‌آموز وسط دایره دانش‌آموزان و صحبت درباره خودش برای گروه. به جهت رشد اعتماد به نفس و ایجاد خودپنداره مثبت در کودک (با الهام از ۱ دقیقه تک‌گویی)
نهم	مواجهه با مشکلات و ترس‌ها	مواجهه کودک با ترس‌ها، اضطراب‌ها، خاطرات ناخوشایند زندگی و اینکه اگر این ترس‌ها را در خود نگه دارد چه اتفاقی می‌افتد مشاور از دانش‌آموز می‌پرسد به عقیده تو ۵ سال بعد هنوز این ترس از امتحان را داری؟ (با الهام از فن ۵ سال بعد)
دهم	جمع‌بندی	گفتگو با دانش‌آموزان و بررسی نظر آنها درخصوص جلسات گذشته. اطلاع از احساسات، افکار و رفتار آنها قبل و بعد از پایان جلسات. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از جلسات قبل و تشکر از دانش‌آموزان به خاطر حضورشان.

روش اجرا

برای اجرای پژوهش بعد از کسب مجوزهای لازم از مدیریت آموزش و پرورش ناحیه ۳ شهر کرج و مدرسه متوسطه اول «علوی»، پژوهشگر وارد محیط پژوهش شد. پس از هماهنگی و آگاه کردن مسئولان مدرسه و دانش‌آموزان، پژوهشگر پرسشنامه مشکلات یادگیری کلرادو را در بین دانش‌آموزان پایه هشتم توزیع نمود و از میان آنها ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی که دارای بیشترین نمره مشکلات یادگیری در پرسشنامه بودند و اختلال یادگیری ویژه آنها با مصاحبه بالینی و با استفاده از ملاک‌های معتبر موجود در DSM-5 تأیید گردید، انتخاب شده و به صورت جایگزینی تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه گواه گمارده شدند. ملاک انتخاب این تعداد نمونه نظر متخصصان آماری می‌باشد که برای طرح آزمایشی این حجم نمونه را مناسب دانسته‌اند (۳۲). ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها شامل تشخیص قبلی یکی از انواع اختلال یادگیری ویژه بر اساس پرونده مشاوره، نداشتن اختلال روانی و جسمانی حاد هم‌زمان به نحوی که مانع حضور و مشارکت فعال در جلسات آموزشی شود و تکمیل فرم رضایت‌نامه توسط والدین بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم همکاری مناسب و حضور نامرتب در جلسات بود.

در ادامه و در مرحله پیش‌آزمون، پرسش‌نامه‌های مربوط به کفایت اجتماعی و خودپنداره را در بین هر دو گروه گواه و آزمایشی اجرا نموده و از آنان خواسته شد تا حد امکان با دقت و تمرکز آن را تکمیل کنند. همچنین قبل از توزیع پرسش‌نامه‌ها در میان افراد، توضیحاتی در مورد پرسش‌نامه‌ها و اینکه هر کدام چند پرسش و چقدر زمان نیاز دارد تا تکمیل شود و چگونگی پاسخ‌گویی بیان شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، پژوهشگر در یک جلسه توجیهی هدف پژوهش، حق خروج از مطالعه و بدون ضرر بودن مداخله برای شرکت‌کنندگان، خلاصه‌ای از شرایط آموزش و قوانین و ضوابط آن را توضیح داد و رضایت آنان برای شرکت در پژوهش را اخذ نمود. سپس کلاس‌های مداخله‌ای (نمایش‌درمانی) برای گروه آزمایشی اجرا شد، درحالی‌که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان نیز مجدداً پرسش‌نامه‌های مربوطه در بین آزمودنی‌های گروه آزمایشی و گواه اجرا و تکمیل شد (مرحله پس‌آزمون). برای تحلیل داده‌های به دست آمده در پژوهش حاضر در بخش توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی نیز برای بررسی فرضیات از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) و چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان فرزند اول، ۴۰ درصد فرزند دوم، ۲۰ درصد فرزند سوم و ۱۳/۴ درصد نیز فرزند چهارم بودند.

یافته‌های توصیفی و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن داده‌ها مربوط به کفایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن (مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی) و خودپنداره و مؤلفه‌های آن (رفتار، وضعیت ذهنی و تحصیلی، ظاهر و ویژگی‌های فیزیکی، اضطراب، محبوبیت، شادکامی و رضایت) در دو گروه آزمایشی و گواه در دو زمان پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول (۲) گزارش شده است.

در این مطالعه، میانگین سنی شرکت‌کنندگان برابر ۱۲،۶ و انحراف استاندارد آن برابر ۴،۳۲ بود. همچنین ۲۲ نفر از شرکت‌کنندگان (۷۳/۳ درصد) در این پژوهش سابقه تکرار پایه تحصیلی داشتند و ۸ نفر (۲۶/۷ درصد) نیز سابقه تکرار پایه نداشتند. از نظر میزان درآمد خانواده نیز، ۸ نفر از شرکت‌کنندگان درآمد خانواده کمتر از ۳ میلیون، ۱۵ نفر بین ۳ تا ۵ میلیون، ۵ نفر بین ۵ تا ۷ میلیون و ۲ نفر نیز درآمد بالای ۷ میلیون تومان را گزارش دادند. در نهایت از لحاظ توزیع متغیر ترتیب تولد ۲۶/۶ درصد از

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد و آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیرهای وابسته پژوهش گروه آزمایشی و گروه گواه

متغیر	وضعیت	گروه	M	SD	S-W	P
کفایت اجتماعی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۲۰۰/۴۷	۷/۳۰	۰/۱۱	۰/۲۰۰
		گواه	۱۹۹/۸۷	۸/۴۸	۰/۱۶	۰/۲۳۰
	پس‌آزمون	آزمایشی	۲۱۸/۴۰	۴/۷۶	۰/۱۵	۰/۰۷۲
		گواه	۱۹۱/۸۰	۸/۲۷	۰/۲۱	۰/۰۸۳
خودپنداره	پیش‌آزمون	آزمایشی	۴۴/۸۰	۴/۳۰	۰/۷۰	۰/۰۶۲
		گواه	۴۵/۲۰	۳۸/۳	۰/۶۱	۰/۰۷۵
	پس‌آزمون	آزمایشی	۵۲/۴۰	۳/۴۰	۰/۱۲	۰/۲۰۰
		گواه	۴۵/۳۳	۳/۲۷	۰/۲۳	۰/۲۲۰
مهارت شناختی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۴/۴۰	۳/۴۷	۰/۱۲۲	۰/۲۰۰
		گواه	۱۳/۸۹	۲/۲۷	۰/۰۸۹	۰/۲۳۳
	پس‌آزمون	آزمایشی	۱۸/۶۵	۳/۵۵	۰/۱۹۴	۰/۲۰۰
		گواه	۱۴/۲۱	۳/۴۷	۰/۲۰۱	۰/۱۸۷
مهارت رفتاری	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۷۶/۴۶	۱۰/۴۴	۰/۱۷۵	۰/۱۹۹
		گواه	۱۷۵/۵۵	۱۱/۲۷	۰/۱۸۰	۰/۲۰۲
	پس‌آزمون	آزمایشی	۲۰۵/۰۴	۱۲/۴۳	۰/۱۹۳	۰/۱۱۶
		گواه	۱۷۵/۱۱	۱۳/۲۵	۰/۱۵۹	۰/۱۵۴
کفایت هیجانی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۲/۸۸	۲/۴۵	۰/۱۶۵	۰/۲۰۰
		گواه	۱۲/۷۹	۳/۷۷	۰/۱۹۹	۰/۱۹۸
	پس‌آزمون	آزمایشی	۱۹/۰۴	۲/۱۲	۰/۱۷۹	۰/۰۸۹
		گواه	۱۳/۴۳	۲/۱۴	۰/۱۲۰	۰/۱۶۶
آمایه انگیزشی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۳/۰۹	۲/۴۲	۰/۱۵۳	۰/۰۶۶
		گواه	۱۳/۶۵	۳/۰۸	۰/۱۷۴	۰/۱۱۳
	پس‌آزمون	آزمایشی	۱۸/۶۹	۳/۱۱	۰/۲۱۱	۰/۰۷۶
		گواه	۱۳/۷۱	۳/۱۷	۰/۲۴۷	۰/۲۰۱

متغیر	وضعیت	گروه	M	SD	S-W	P
رفتار	پیش آزمون	آزمایشی	۹/۶۰	۲/۵۵	۰/۱۸۴	۰/۲۰۰
		گواه	۸/۸۷	۲/۵۶	۰/۱۴۵	۰/۰۹۹
	پس آزمون	آزمایشی	۱۴/۶۹	۲/۶۸	۰/۱۳۱	۰/۸۸۰
		گواه	۹/۷۴	۲/۲۱	۰/۲۲۰	۰/۱۷۸
وضعیت ذهنی و تحصیلی	پیش آزمون	آزمایشی	۱۱/۷۷	۳/۰۸	۰/۱۵۶	۰/۲۰۰
		گواه	۱۰/۳۷	۳/۱۱	۰/۱۰۱	۰/۰۶۵
	پس آزمون	آزمایشی	۱۶/۴۸	۳/۵۶	۰/۱۱۰	۰/۲۰۰
		گواه	۱۱/۲۸	۳/۷۱	۰/۱۶۷	۰/۱۷۷
ظاهر و ویژگی فیزیکی	پیش آزمون	آزمایشی	۹/۴۰	۲/۴۲	۰/۱۲۱	۰/۱۸۷
		گواه	۹/۳۵	۳/۲۹	۰/۱۴۲	۰/۲۰۰
	پس آزمون	آزمایشی	۱۴/۷۲	۲/۳۱	۰/۱۲۲	۰/۲۰۰
		گواه	۸/۲۴	۲/۱۵	۰/۰۸۹	۰/۲۴۵
اضطراب	پیش آزمون	آزمایشی	۸/۴۸	۲/۴۷	۰/۱۹۴	۰/۲۵۷
		گواه	۹/۰۹	۲/۲۲	۰/۲۰۱	۰/۰۹۱
	پس آزمون	آزمایشی	۱۱/۶۵	۲/۴۷	۰/۱۷۵	۰/۷۰۳
		گواه	۸/۴۷	۲/۰۴	۰/۱۸۰	۰/۶۶۰
محبوبیت	پیش آزمون	آزمایشی	۷/۱۲	۲/۳۴	۰/۱۹۳	۰/۲۰۰
		گواه	۶/۳۹	۱/۷۸	۰/۱۵۹	۰/۲۱۰
	پس آزمون	آزمایشی	۱۰/۸۰	۲/۰۷	۰/۱۶۵	۰/۲۰۰
		گواه	۶/۵۴	۲/۲۰	۰/۱۹۹	۰/۷۰۳
شادکامی و رضایت	پیش آزمون	آزمایشی	۵/۲۱	۱/۴۴	۰/۱۷۹	۰/۰۶۷
		گواه	۵/۳۷	۱/۲۷	۰/۱۲۰	۰/۰۵۴
	پس آزمون	آزمایشی	۸/۸۳	۲/۳۳	۰/۱۵۳	۰/۱۷۷
		گواه	۴/۲۱	۱/۲۹	۰/۱۷۴	۰/۱۸۸

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد که میانگین نمرات کفایت اجتماعی و خودپنداره در گروه آزمایشی، در مقایسه با گروه گواه، افزایش بیشتری در پس آزمون نسبت به پیش آزمون داشته است. همچنین با توجه به جدول، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیرها معنادار نبود، پس توزیع هنجار متغیرها را می‌توان نتیجه گرفت ($P > 0/05$).

به منظور ارزیابی اثربخشی نمایش درمانی بر کفایت اجتماعی دانش آموزان با اختلال یادگیری ویژه از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون کفایت اجتماعی در دو گروه برابر بود ($F = 2/243, P = 0/24$). جهت بررسی فرض همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین در مورد متغیر وابسته در گروه‌ها بیانگر آن بود که واریانس کفایت اجتماعی در گروه‌ها برابر است ($F = 0/739, P > 0/39$)، به این معنی که مقادیر به دست آمده آزمون F در سطح $p < 0/05$ معنادار نشده‌اند، بنابراین می‌توان گفت که فرض همگنی واریانس‌ها در داده‌ها برقرار است. در جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایشی و گواه در کفایت اجتماعی گزارش شده است.

به منظور ارزیابی اثربخشی نمایش درمانی بر کفایت اجتماعی دانش آموزان با اختلال یادگیری ویژه از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون کفایت اجتماعی در دو گروه

جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایشی و گواه در متغیر کفایت اجتماعی

منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذوراتا (شدت اثر)	توان آزمون
الگوی اصلاح شده	۲۶۳۹/۵۱۳	۲	۱۳۱۹/۷۵۷	۱۰۴/۴۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۶	۱
پیش‌آزمون	۱۹۹۵/۴۸۰	۱	۱۹۹۵/۴۸۰	۱۵۷/۹۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵۴	۱
گروه	۳۹۱/۵۹۱	۱	۳۹۱/۵۹۱	۳۰/۹۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۴	۱
خطا	۳۴۱/۱۸۷	۲۷	۱۲/۶۳۷				

با توجه به جدول (۳)، آماره F برای متغیر کفایت اجتماعی (۳۰/۹۸۹) در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار بود که نشان می‌دهد بین دو گروه در میزان کفایت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میزان مجذوراتا حاکی از آن است که عضویت گروهی، ۵۳ درصد از تغییرات کفایت اجتماعی را تبیین می‌نماید. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین تصحیح شده پس‌آزمون گروه آزمایشی در متغیر کفایت اجتماعی ۲۱۸/۴۰ و میانگین گروه گواه ۱۹۱/۸۰ بود که با توجه به آماره F در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار است. با توجه به این یافته می‌توان گفت که نمایش درمانی موجب بهبود کفایت اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه شده است.

همچنین، جهت بررسی تأثیر نمایش درمانی بر بهبود مؤلفه‌های کفایت اجتماعی یعنی مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. همگنی شیب خط رگرسیون برای بررسی تعامل متغیرهای کووریت و متغیر مستقل نشان داد که همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی در گروه‌های آزمایشی و گواه در هر دو گروه برابر است (۲/۳۷۱، P=۰/۲۶). افزون بر این، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها حاکی از آن بود که واریانس مهارت‌های شناختی (P=۰/۵۳)،

مهارت‌های رفتاری (F=۰/۳۹۶، P=۰/۴۵)، مهارت‌های رفتاری (F=۰/۵۷۸، P=۰/۴۵)، کفایت هیجانی (F=۰/۰۷۵، P=۰/۰۷) و آمایه‌های انگیزشی (F=۰/۵۴، P=۰/۳۷۴) در گروه‌ها برابر است، بنابراین می‌توان گفت که فرض همگنی واریانس‌ها در داده‌ها برقرار است. همچنین نتایج آزمون ام باکس برای بررسی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌های آزمایشی و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است (Box's M=۹/۵۶۵، F=۱/۴۰۱، P=۰/۵۱۱). در نهایت نتایج آزمون خی دو بارلت برای بررسی کرویت یا معناداری بین مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی نشان داد که رابطه بین آنها معنادار است (X^۲=۱۸/۵۶۲، df=۹، P=۰/۰۰۰۱). پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که سطح معناداری آماره لامبدای ویلکز به‌عنوان شاخص آماری چندمتغیری کمتر از ۰/۰۰۱ بود و بین دو گروه از نظر مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی تفاوت معناداری وجود داشت (Wilks' Lambda=۰/۲۸۸، F=۱۲/۹۵۰، P=۰/۰۰۱).

برای بررسی اینکه گروه‌های آزمایشی و گواه در کدامیک از مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی با یکدیگر تفاوت دارند، تحلیل کوواریانس تک‌متغیری انجام گرفت (جدول ۴).

جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایشی و گواه در مؤلفه‌های کفایت اجتماعی

شاخص آماری	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذوراتا (شدت اثر)	توان آزمون
الگوی تصحیح شده	مهارت اجتماعی	۱۰۱/۳۱۲	۵	۲۰/۲۶	۱۱/۹۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۴	۱
	مهارت رفتاری	۱۳۹/۲۴۷	۵	۲۷/۸۴	۸/۸۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۸	۰/۹۹۹
	کفایت هیجانی	۸۲/۹۸۴	۵	۱۶/۵۹	۶/۹۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۲	۰/۹۹۲
	آمایه انگیزشی	۱۷۷/۷۸۴	۵	۳۵/۵۵	۱۸/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۵	۱

شاخص آماری	متغیر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	مجدور انا (شدت اثر)	توان آزمون
گروه	مهارت اجتماعی	۱۷/۷۱	۱	۱۷/۷۱	۶/۲۸	۰/۰۰۲	۰/۲۱	۰/۹۹۷
	مهارت رفتاری	۸۸۷/۴۷	۱	۸۸۷/۴۷	۵۱/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۹۸۳
	کفایت هیجانی	۲۰/۷۷	۱	۲۰/۷۷	۵/۵۰	۰/۰۰۸	۰/۱۹	۰/۹۸۸
	آمایه انگیزشی	۱۳۴/۵۳	۱	۱۳۴/۵۳	۱۰/۹۹	۰/۰۰۳	۰/۳۱	۱

آزمایشی بوده و نمایش درمانی بر کفایت اجتماعی و مؤلفه‌های مهارت‌های شناختی، رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی دانش‌آموزان مؤثر است؛ بنابراین فرضیه اول پژوهش مبنی بر اثربخشی نمایش درمانی بر کفایت اجتماعی در دانش‌آموزان پسر با اختلال یادگیری ویژه تأیید می‌شود.

به‌منظور بررسی فرضیه دیگر پژوهش مبنی بر اثربخش بودن مداخله نمایش درمانی بر خودپنداره مثبت دانش‌آموزان پسر با اختلال یادگیری ویژه تحلیل واریانس تک‌متغیری انجام شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودپنداره مثبت در دو گروه آزمایشی و گواه حاکی از آن بود که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F=1/936, P=0/35$). همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس خودپنداره مثبت در گروه‌ها برابر است ($P>0/206$ ، $F=1/673$). در جدول (۵) نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایشی و گواه در خودپنداره مثبت گزارش شده است.

با توجه به جدول (۴)، آماره F برای مهارت شناختی (۶/۲۸)، مهارت رفتاری (۵۱/۵۲)، کفایت هیجانی (۵/۵۰) و آمایه‌های انگیزشی (۱۰/۹۹) در سطح ۰/۰۱ معنادار است که نشان می‌دهد بین دو گروه در این مؤلفه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میزان مجدور انا در جدول (۴) نشان می‌دهد که عضویت گروهی، ۰/۲۱ درصد از تغییرات مهارت شناختی، ۰/۶۸ درصد از تغییرات مهارت رفتاری، ۰/۱۹ درصد تغییرات کفایت هیجانی و ۰/۳۱ درصد تغییرات آمایه‌های انگیزشی را تبیین می‌کند. نتایج میانگین‌های تصحیح‌شده در پس‌آزمون نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایشی در مهارت‌های شناختی (۱۸/۶۵)، مهارت‌های رفتاری (۲۰۵/۰۴)، کفایت هیجانی (۱۹/۴۷) و آمایه‌های انگیزشی (۱۸/۶۹) بیشتر از میانگین گروه گواه در این خطاها به ترتیب (۱۴/۲۱)، (۱۷۵/۱۱)، (۱۳/۴۳) و (۱۳/۷۱) است. با توجه به این یافته‌ها که نشان‌دهنده میانگین‌های بیشتر گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با گروه گواه در این مؤلفه‌ها است، می‌توان نتیجه گرفت تفاوت معنادار در کفایت اجتماعی در بین گروه آزمایشی و گواه به نفع گروه

جدول ۵) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایشی و گواه در خودپنداره مثبت

منبع تغییر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	P	مجدور انا (شدت اثر)	توان آزمون
الگوی اصلاح‌شده	۴۱۸۲/۹۹۹	۲	۲۰۹۱/۵۰۰	۴۵/۴۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۱	۱
پیش‌آزمون	۹۱۶۲/۹۶۶	۱	۱۱۶۲/۹۶۶	۲۵/۲۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸۳	۱
گروه	۳۴۲۲/۵۷۲	۱	۳۴۲۲/۵۷۲	۷۴/۳۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۴	۱
خطا	۱۲۴۳/۱۶۷	۲۷	۴۶/۰۴۳				

دارد. همچنین میزان مجدور انا نشان می‌دهد که عضویت گروهی، ۷۳ درصد از تغییرات خودپنداره مثبت را تبیین می‌کند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین تصحیح‌شده

با توجه به جدول (۵)، آماره F برای متغیر خودپنداره مثبت (۷۴/۳۳۴) در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار است که نشان می‌دهد بین دو گروه در میزان خودپنداره مثبت تفاوت معناداری وجود

آزمون ام‌باکس جهت بررسی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایشی و گروه گواه حاکی از آن بود که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر می‌باشد ($\text{Box's } M=23/521, F=0/858, P=0/648$). نتایج آزمون خی‌دوبارنتل برای بررسی کرویت یا معناداری بین بعد رفتار، وضعیت ذهنی، ویژگی فیزیکی، اضطراب، محبوبیت و شادکامی و رضایت نیز نشان داد که رابطه بین آنها معنادار است ($X^2=21/472, df=14, P=0/000$). پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در بُعد رفتار، وضعیت ذهنی، ویژگی فیزیکی، اضطراب، محبوبیت و شادکامی و رضایت تفاوت معناداری وجود دارد ($F=21/686, P=0/000$ ، $F=21/686, P=0/000$). برای بررسی این که گروه‌های آزمایشی و گواه در کدامیک از ابعاد رفتار، وضعیت ذهنی، ویژگی فیزیکی، اضطراب، محبوبیت و شادکامی و رضایت با یکدیگر تفاوت دارند تحلیل کوواریانس تک‌متغیری صورت گرفت که نتایج آن در جدول (۶) گزارش شده است.

پس آزمون گروه آزمایشی در خودپنداره مثبت $52/40$ و میانگین گروه گواه $45/33$ بود که با توجه به آماره F در سطح $0/001$ معنادار است. با در نظر گرفتن این یافته می‌توان گفت که نمایش درمانی موجب بهبود خودپنداره مثبت دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه شده است.

همچنین، جهت بررسی تأثیر نمایش درمانی بر بهبود ابعاد خودپنداره مثبت یعنی رفتار، وضعیت ذهنی و تحصیلی، ظاهر و ویژگی فیزیکی، اضطراب، محبوبیت و شادکامی و رضایت از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه‌ها در گروه‌های آزمایشی و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F=2/275, P=0/64$). از سوی دیگر، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس رفتار ($F=0/791, P=0/38$)، وضعیت ذهنی ($F=1/384, P=0/24$)، ویژگی فیزیکی ($F=0/021, P=0/97$)، اضطراب ($F=0/134, P=0/71$)، محبوبیت ($F=2/356, P=0/13$) و شادکامی و رضایت ($F=0/020, P=0/88$) در گروه‌ها برابر است. همچنین نتایج

جدول (۶) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایشی و گروه گواه در مؤلفه‌های خودپنداره

توان آزمون	مجذور اتا (شدت اثر)	p	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	مؤلفه‌های خودپنداره مثبت
۱	۰/۸۰۹	۰/۰۰۰۱	۱۳/۲۹۳	۲۹/۹۲	۷	۲۰۹/۴۴	رفتار
۱	۰/۸۳۱	۰/۰۰۰۱	۱۵/۴۹۴	۸۰/۵۴	۷	۵۶۳/۸۰	وضعیت ذهنی
۱	۰/۸۴۹	۰/۰۰۰۱	۱۷/۷۱۸	۳۴/۱۱	۷	۲۳۸/۸۳	ویژگی فیزیکی
۱	۰/۷۳۷	۰/۰۰۰۱	۸/۸۲۰	۳/۲۷	۷	۲۱۱/۹۴	اضطراب
۰/۹۷۲	۰/۶۰۳	۰/۰۰۰۱	۴/۷۸۲	۸/۳۳	۷	۵۸/۳۳	محبوبیت
۱	۰/۷۸۳	۰/۰۰۰۱	۱۱/۳۳۹	۸/۰۸	۷	۵۶/۶۱	شادکامی و رضایت
۱	۰/۶۴۱	۰/۰۰۰۱	۳۹/۲۷	۸۸/۴۰	۱	۸۸/۴۰	رفتار
۱	۰/۶۷۵	۰/۰۰۱	۴۵/۶۶	۲۳۷/۳۹	۱	۲۳۷/۳۹	وضعیت ذهنی
۱	۰/۷۷۸	۰/۰۱	۷۷/۰۳۳	۱۴۸/۳۳	۱	۱۴۸/۳۳	ویژگی فیزیکی
۱	۰/۶۵۵	۰/۰۰۲	۴۱/۷۹	۱۴۳/۴۶	۱	۱۴۳/۴۶	اضطراب
۰/۹۹۸	۰/۵۴۳	۰/۰۰۱	۲۶/۱۶	۴۵/۵۸	۱	۴۵/۵۸	محبوبیت
۱	۰/۷۱۰	۰/۰۰۱۳	۵۳/۹۸	۳۸/۵۰	۱	۳۸/۵۰	شادکامی و رضایت

($41/79$)، محبوبیت ($26/16$) و شادکامی و رضایت ($53/98$)، در سطح $0/01$ معنادار است که نشان می‌دهد بین دو گروه

با توجه به جدول (۶)، آماره F برای بُعد رفتار ($39/27$)، وضعیت ذهنی ($45/66$)، ویژگی فیزیکی ($77/03$)، اضطراب

سازگارانه مؤثر است. گومز-گونزالز و همکاران (۱۲) نیز در بررسی نظام‌مند خود در این زمینه گزارش دادند که استفاده از برنامه‌های خلاق نمایشی در کودکان با نقص در شایستگی اجتماعی مرتبط بوده و بهبود قابل ملاحظه‌ای را در حیطه‌های رفتار اجتماعی ایجاد می‌کند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که اهمیت مهارت‌های اجتماعی در زندگی روزمره و همچنین تأثیر چشم‌گیر آن در رشد اجتماعی کودک، از اصول تعلیم و تربیت می‌باشد (۴). مشکلاتی که دانش‌آموزان ناتوان در یادگیری در تعاملات اجتماعی از خود نشان می‌دهند معمولاً به فقدان مهارت‌های لازم در زمینه پیش‌قدم بودن و نگه‌داشتن ارتباطات اجتماعی مثبت برمی‌گردد (۵). بنا به عقیده گریگورنکو و همکاران (۱) بسیاری از کودکان ناتوان در یادگیری در تعاملات غیرکلامی شان با مشکلاتی روبه‌رو هستند، درحالی‌که توانایی‌های غیرکلامی از جمله مؤلفه‌های مهم در مهارت‌های اجتماعی می‌باشد. از سوی دیگر می‌توان گفت دانش‌آموزان ناتوان در یادگیری شاید به دلیل به‌کارگیری الگوی پرخاشگرانه و الگوی کناره‌گیری و همچنین به دلیل فقدان توانایی رمزگشایی علائم غیرکلامی در تعاملات اجتماعی در مقایسه با دانش‌آموزان بهنجار از کمترین امتیاز مثبت در زمینه برقراری اجتماعی برخوردار هستند (۶)، بنابراین می‌تواند به‌عنوان یکی از اهداف توان‌بخشی در کودکان با اختلال یادگیری ویژه جهت افزایش مهارت اجتماعی و رفتاری مدنظر قرار گیرد.

در این میان، مشاوره و روان‌درمانی قادر است در سلامت روان دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه مؤثر باشد؛ چراکه دارودرمانی به‌تنهایی مهارت‌های لازم برای مقابله با فشارهای روانی در دوره‌های مختلف به‌وجود نمی‌آورد. روان‌درمانی می‌تواند عملکرد اجتماعی و رفتاری را در افرادی که با اختلال یادگیری ویژه هستند، گسترش دهد. نمایش‌درمانی شیوه‌ای از روان‌درمانی است که در آن روان‌درمانگر با شناخت جنبه‌های روحی-روانی مراجع، علائم بالینی او و آگاهی از فنون ویژه نمایشی می‌کوشد تا او را که در اثر اختلالات روحی و روانی دچار نقص در قوای ادراکی، عقلی، تکلمی و تصمیم‌سازی خود شده است، در مسیر شناخت جنبه‌های وجودی‌اش قرار بدهد تا به اصلاح گفتاری، رفتاری و کرداری خود نائل آید (۱۴). همچنین در نمایش‌درمانی و جلسات آن سعی می‌شود که مهارت شناخت هیجانات که زیربنای رفتار انسان به‌شمار می‌رود به دانش‌آموز آموزش داده شود تا یادگیری این مهارت،

در این مؤلفه‌ها تفاوت معنا‌داری وجود دارد. همچنین میزان مجذور اتا نشان می‌دهد که عضویت گروهی، ۶۴٪ درصد از تغییرات بُعد رفتار، ۶۷٪ درصد از تغییرات وضعیت ذهنی، ۷۷٪ درصد تغییرات ویژگی‌های ذهنی، ۶۵٪ درصد تغییرات اضطراب، ۵۴٪ درصد تغییرات محبوبیت و ۶۵٪ درصد تغییرات شادکامی و رضایت را تبیین می‌کند. نتایج میانگین‌های تصحیح‌شده در پس‌آزمون نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایشی در بُعد رفتار (۱۴/۶۹)، وضعیت ذهنی (۱۶/۴۱)، ویژگی فیزیکی (۱۴/۷۲)، اضطراب (۱۱/۵۶)، محبوبیت (۱۰/۸۰) و شادکامی و رضایت (۸/۸۳) بیشتر از میانگین گروه گواه در این خطاها به ترتیب (۹/۷۴)، (۱۱/۲۸)، (۸/۲۴)، (۸/۴۷)، (۶/۵۴) و (۴/۲۱) است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که نمایش‌درمانی باعث بهبود در بُعد رفتار، وضعیت ذهنی، ویژگی فیزیکی، اضطراب، محبوبیت و شادکامی و رضایت در کودکان با اختلال یادگیری ویژه می‌شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله نمایش‌درمانی بر کفایت اجتماعی و خودپنداره مثبت دانش‌آموزان پسر با اختلال یادگیری ویژه انجام شد. نتایج تحلیل داده‌های مطالعه حاکی از آن بود که نمایش‌درمانی در افزایش میزان کفایت اجتماعی و خودپنداره دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه مؤثر است. به بیان دیگر این مداخله با استفاده از فنون منحصربه‌فرد خود قادر است تا مهارت‌های لازم برای تطابق افراد با محیط و سازگاری را آموزش دهد.

یکی از یافته‌های پژوهش این بود که نمایش‌درمانی موجب افزایش کفایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن یعنی مهارت اجتماعی، مهارت رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه انگیزشی در دانش‌آموزان پسر با اختلال یادگیری ویژه شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های نعمتی (۱۶)، خلیلی و انصاری شهید (۱۸) و بریمانی و همکاران (۲۰) که اثربخشی نمایش‌درمانی بر مهارت و کفایت اجتماعی کودکان و دانش‌آموزان را تأیید کردند، همسو می‌باشد. همچنین مطالعه الراب (۱۹) نشان می‌دهد که استفاده از فنون نمایش‌درمانی در کودکان با اختلال یادگیری ویژه موجب ارتقاء رشد کفایت اجتماعی می‌شود. نتایج پژوهش بیاویس و همکاران (۱۷) نیز همسو با پژوهش حاضر حاکی از آن بود که نمایش‌درمانی با هدف آموزش مهارت‌های اجتماعی در ارتقاء رفتارهای

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در رشد و افزایش خودپنداره متغیرهای متعددی مؤثرند؛ از شیوه تربیتی و سطح تحصیلات و درآمد خانواده‌ها تا انجام فعالیت‌های ورزشی و ایفای نقش‌ها و کارهای هنری که هر کدام به نوعی می‌تواند منجر به پذیرش «خود» از سوی افراد باشد (۸). در زمینه نمایش درمانی می‌توان گفت که قرار گرفتن دانش‌آموزان در بازی نمایش‌ها و قرار گرفتن در گروه نمایش باعث ایجاد لذت و شادی و افزایش روحیه مشارکت‌جویی در آنها می‌شود. در واقع نمایش درمانی به دنبال تقویت جنبه‌های مثبت در آزمودنی است (۱۳)، لذا با تقویت جنبه‌های مثبت به جای افکار منفی، موجب تقویت اعتماد به نفس در زمینه‌های مختلفی چون رفتار، ویژگی‌های ظاهری و فیزیکی و وضعیت ذهنی فرد شده که نهایتاً افزایش خودپنداره مثبت را به دنبال خواهد داشت.

همچنین آشکال مختلف هنر شامل هنر نمایش، موسیقی، نقاشی، قصه، فیلم، شعر به‌عنوان ابزار درمانی می‌توانند به‌کاربرده شوند و شکل جایگزینی از ارتباط برقرار کردن را فراهم آوردند. مراجعان هنردرمانی نیازی ندارند که با مهارت‌های هنری آشنا باشند یا تجربه‌های هنری قبلی داشته باشند. هنر درمانگر نیز به ساخت یک اثر هنری زیبا تأکید نمی‌کند. نمایش درمانی شکلی از هنردرمانی است که در طی جلسات مراجع فعالیت‌های خلاقانه، حرکات بازی، بدیهه‌گویی نمایشی را اجرا و در برنامه‌های تئاتر گونه شرکت می‌کند (۱۴). هنر با تغییر ژرفی که در بینش و دیدگاه فرد نسبت به خود و محیط پیرامونش به‌وجود می‌آورد، جهان‌بینی او را متحول می‌کند. افراد پس از اینکه مورد هنردرمانی قرار گرفتند متوجه می‌شوند دنیا آن قدر ناامن و بی‌ثبات که فکر می‌کردند نیست و نسبت به خود، اطرافیان و آینده خوش‌بین می‌شوند (۲۲). پس منطقی است که مداخلات نمایش درمانی بر ارتقاء خودپنداره کودکان و ابعاد آن همچون شادکامی، رضایت و کاهش اضطراب تأثیر معنادار داشته باشد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به جامعه آماری اشاره نمود که تنها دانش‌آموزان پسر پایه هشتم با اختلال یادگیری ویژه شهر کرج را شامل می‌شد که تعمیم نتایج را به افراد سنین دیگر و دختران و همچنین دیگر مناطق کشور محدود می‌سازد. از محدودیت‌های دیگر پژوهش، نداشتن مرحله پیگیری به دلیل محدودیت زمانی و عدم دسترسی به آزمودنی‌ها به دلیل شرایط به‌وجود آمده به دلیل بیماری کووید-۱۹ و

زمینه تصحیح تعاملات و بهبود مهارت‌های ارتباطی را فراهم سازد (۱۵). از طرفی، به‌نظر می‌رسد اجرای برنامه به‌صورت گروهی، ظرفیت تغییر را در هر کدام از آزمودنی‌ها افزایش داده باشد، چراکه گروه می‌تواند مجال برای سهیم شدن در تجربه‌های یکدیگر، یادگرفتن از آنها، بیان تجربه‌های شخصی و کسب بینش نسبت به رفتار خود باشد. این شرایط موجب بهبود مهارت‌های هیجانی و برخورد منطقی با رویدادها و تجربه‌های مختلف زندگی دانش‌آموز شود. از طرفی نیز، آزمون و تجربه گزینه‌های رفتاری جدید را فراهم می‌نماید (۱۹). در واقع نمایش درمانی رفتار را به سمت تغییرات عملی جهت‌دهی می‌کند؛ به‌وسیله بازی نقش و شبیه‌سازی شرایط، افراد می‌توانند یاد بگیرند و ضمن کسب انگیزش و هیجان مثبت، رفتارهای سازگاران را جایگزین رفتارهای نامناسب، همچون مهارت‌های ارتباطی مؤثر کنند.

از مشکلات موجود در دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه، مشکل در برقراری روابط اجتماعی و عدم انگیزه کافی و ضعف در مهارت‌های اجتماعی می‌باشد. شرکت در فعالیت‌های نمایشی و تجربه روابط انسانی مثبت و شناخت عواطف، هیجانات و روحیه همدلی، مهارت‌های اجتماعی و کفایت هیجانی در افراد با این اختلال را افزایش می‌دهد، از این رو بهبود نشانه‌های مهارت‌های اجتماعی و هیجانی پس از شرکت در فعالیت‌های نمایشی دیده می‌شود. جوهر و ذات نمایش اجتماعی، در برقراری ارتباط و گفت‌وگوها در داخل گروه است (۳۴).

علاوه بر اینها، براساس نظریه یادگیری اجتماعی بندورا می‌توان یافته‌های این فرضیه را مورد بررسی قرار داد. بندورا معتقد است که یادگیرنده از طریق مشاهده رفتار دیگران به یادگیری می‌پردازد و با توجه به توانایی تقلید به الگوبرداری و یادگیری مهارت‌های زندگی در این زمینه می‌پردازد (۳۵). با توجه به اینکه تغییرات مثبت و افزایشی در میزان کفایت اجتماعی با نمایش درمانی مشاهده شد، نظریه بندورا تأیید می‌شود.

یافته دیگر مطالعه نشان داد که نمایش درمانی بر افزایش خودپنداره مثبت و مؤلفه‌های آن یعنی رفتار، وضعیت ذهنی و تحصیلی، ظاهر و ویژگی‌های فیزیکی، اضطراب، محبوبیت، شادکامی و رضایت دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه مؤثر است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های بیرنگ و علی‌وندی وفا (۲۱)، دوگان (۲۲)، یونس و همکاران (۱۰) و زلالی و همکاران (۲۳) همسو می‌باشد.

References

1. Grigorenko EL, Compton DL, Fuchs LS, Wagner RK, Willcutt EG, Fletcher JM. Understanding, educating, and supporting children with specific learning disabilities: 50 years of science and practice. *American Psychologist*. 2020;75(1):37.
2. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th. Edition, Washington DC, American Association.; 2013.
3. Wagner RK, Zirps FA, Edwards AA, Wood SG, Joyner RE, Becker BJ, et al. The prevalence of dyslexia: A new approach to its estimation. *Journal of Learning Disabilities*. 2020;53(5):354-65.
4. Kelly A. Developing social skills. *Tizard learning disability review*. 2017.
5. Khasawneh MAS. Social competence for students with learning disabilities in English. *Technium Soc Sci J*. 2021;23:16.
6. Seeber S, Wittmann E. Social competence research: A review. *Competence-based vocational and professional education*. 2017:1029-50.
7. Jenaabad H. The effect of social skills training on increasing self-confidence among children with verbal learning disorders and children with nonverbal learning disorders. *Journal of Learning Disabilities*. 2017;6(2):70-82.
8. McArthur GM, Filardi N, Francis DA, Boyes ME, Badcock NA. Self-concept in poor readers: a systematic review and meta-analysis. *PeerJ*. 2020;8:e8772.
9. Arafah K, Arafah ANB, Arafah B. Self-concept and self-efficacy's role in achievement motivation and physics learning outcomes. *Opción: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*. 2020(27):95.
10. Younis JR, Shattla SI, Abed GA, Shereda HMA, Mohamed S, Elyzeed A. Developmental Psychodrama Therapy: Effect on Social Anxiety and Self-Esteem among Children who Stutter. 2021.
11. Karami J, Rezaee F, Nosrati R, Abasi M, Siahkamari R. The study of self-esteem of dyslexic children in elementary school in Kermanshah. *Journal of Pediatric Nursing*. 2019;5(4):33-40.
12. López-González MA, Morales-Landazábal P, Topa G. Psychodrama group therapy for social issues: a systematic review of controlled clinical trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(9):4442.
13. Widiastuti A. Knowing Drama and Psychodrama Therapy in Counseling. Available at SSRN 3945825. 2021.

داشتن تنها یک گروه مداخله و عدم امکان مقایسه نتایج نمایش‌درمانی با یک روش درمانی دیگر بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از شرکت‌کنندگان با محدوده سنی وسیع‌تر و هر دو جنس و همچنین مرحله پیگیری برای بررسی تداوم نتایج و مقایسه این روش با سایر روش‌های گروه‌درمانی استفاده شود.

نتیجه‌گیری

بنابر نتایج پژوهش حاضر، نمایش‌درمانی موجب افزایش کفایت اجتماعی و خودپنداره مثبت در دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه شد؛ بنابراین یافته‌ها حاکی از اهمیت مداخلات گروهی همچون نمایش‌درمانی بر افزایش مهارت‌های ارتباطی و اعتماد به نفس در این دانش‌آموزان بود. در نتیجه این روش قابلیت کاربرد در مراکز آموزشی و مدارس را دارد؛ بنابراین به‌عنوان پیشنهاد کاربردی پژوهش می‌توان بیان کرد که با توجه به اثربخش بودن این روش و جذابیت اجرای نقش‌ها برای کودکان و نوجوانان، معلم دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه یا مشاور مدرسه در قالب اجرای نمایش، مهارت‌هایی را همچون برقراری روابط اجتماعی یا افزایش انگیزه، دوست‌یابی و خودباوری به دانش‌آموزان آموزش داده تا بدین وسیله موجب افزایش میزان سازگاری و خودشناسی آنان شوند. در واقع، پیشنهاد می‌شود که نمایش‌درمانی در قالب برنامه آموزشی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه جای داده شود.

تشکر و قدردانی

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

تضاد منافع

در این مقاله هیچ تضاد یا تعارض منافی وجود ندارد.

14. Baim C, Burmeister J, Maciel M. Psychodrama: advances in theory and practice: Routledge; 2013.
15. Kushnir A, Orkibi H. Concretization as a mechanism of change in psychodrama: procedures and benefits. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:176.
16. Nemati A, Demehri F, Saeidmanesh M. Effect of Psychodrama on Communication Skills of Adolescents with Hearing Loss. *Auditory and Vestibular Research*. 2021.
17. Beauvais AM, Özbaş AA, Wheeler K. End-of-life psychodrama: Influencing nursing students' communication skills, attitudes, emotional intelligence and self-reflection. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2019;10(2).
18. Khalili Z, Ansarishahidi M. Effectiveness of drama therapy on social skills and emotional recognition of children with high-functioning autism spectrum disorder. *Empowering Exceptional Children*. 2018;9(1):65-78.
19. Al Rub MA. Effectiveness of a Training Program Based on Psychodrama in Improving Social Competence in Students with Learning Disabilities. *Journal of Educational and Psychological Studies [JEPS]*. 2018;12(1):40-57.
20. Barimani S, Asadi J, Khajevand A. The effectiveness of play therapy on deaf children's social adaptation and communication skills. *Archives of Rehabilitation*. 2018;19(3):250-61.
21. Birang N, Alivandi Vafa M. The Effectiveness of Creative Play Therapy on Self-esteem, Creativity and Shyness of Shy Elementary School Students. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2021;13(52):137-59.
22. Dogan T. The effects of the psychodrama in instilling empathy and self-awareness: A pilot study. *PsyCh journal*. 2018;7(4):227-38.
23. Zolali A, Atashpour SH, Sajjadian I. Effectiveness of Identity-based Psychodrama Educational-therapeutic Program on Identity Styles and Neuroticism. *Caspian Journal of Neurological Sciences*. 2021;7(3):140-7.
24. Parpanji M, Delavar A, Farrokhi N. investigate the role of mental health in students' creative behaviors. *Journal of Innovation and Creativity in Human Science*. 2019;8(4):153-70.
25. Willcutt EG, Boada R, Riddle MW, Chhabildas N, DeFries JC, Pennington BF. Colorado Learning Difficulties Questionnaire: validation of a parent-report screening measure. *Psychological assessment*. 2011;23(3):778.
26. Hajloo N, Rezaie Sharif A. Psychometric properties of Colorado Learning Difficulties Questionnaire (CLDQ). *Journal of Learning Disabilities*. 2011;1(1):24-43.
27. Flener R, Lease A. Social competence and the language of adequacy matter for psychology. *Beverly Hills*. 1990.
28. Parandin Sh. Psychometric properties of social competence questionnaire in adolescents in Tehran. Master Thesis of Allameh Tabatabaei University. 2006.
29. Piers EV. Manual for the Piers-Harris Children's Self Concept Scale. Nashville, TN, Counselor Records and Tests. 1969.
30. Piers EV. Revised manual for the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale. Los Angeles: Western Psychological Services. 1984.
31. Mashhadi A, Hosieni Yazdi SA, Asemi Z, Kimyaie SA. The Effectiveness of CODIP on Improvement of Self-concept and Enhancement of Resilience in Children of Divorce. *Journal of Educational Psychology*. 2015;6(2):48-58.
32. A D. Theoretical and practical foundations of research in the humanities and social sciences. . Besharat MA e, editor. Tehran: Roshd Publication; 2015.
33. Andersen-Warren M, Grainger R. Practical approaches to dramatherapy: the shield of Perseus: Jessica Kingsley Publishers; 2000.
34. Vaknin-Nusbaum V, Nevo E. Reading Fluency and Reading Motivation in Hebrew in Students with Reading Disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice*. 2021;36(2):110-20.
35. Devi B, Khandelwal B, Das M. Application of Bandura's social cognitive theory in the technology enhanced, blended learning environment. *International Journal of Applied Research*. 2017;3(1):721-4

تبیین تجارب زیسته مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری از چالش‌های تغییر آموزش حضوری به آموزش مجازی در دوران شیوع ویروس کرونا

- فریده حمیدی*، دانشیار روان‌شناسی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران
- حدیثه الهامی، دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
- رضا ولی زاده، دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۵ • تاریخ انتشار: خرداد و تیر ۱۴۰۱ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۳۷ - ۴۸

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف تبیین تجارب زیسته مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری از چالش‌های تغییر آموزش حضوری به آموزش مجازی در دوران شیوع ویروس کرونا بود.

روش: این پژوهش جزء پژوهش‌های کیفی و از نوع پدیدارشناسی است که براساس الگوی هفت مرحله‌ای کلایزی انجام گرفت. شرکت کنندگان در این پژوهش مربیان شاغل در مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱ - ۱۴۰۰ بودند. ابزار این پژوهش مصاحبه نیمه ساختار یافته بود. برای انتخاب آزمودنی‌ها از نمونه‌گیری هدفمند و معیار اشباع نظری استفاده شد و در پایان، ۱۵ مربی در گروه مشارکت کنندگان قرار گرفتند.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مضمون صورت گرفت. پس از استخراج و دسته‌بندی موضوعی، دو مضمون فراگیر (۱) چالش‌های غیرسازنده مشتمل بر مضامین سازمان دهنده شامل: تجهیزات و زیرساخت‌های فضای مجازی، ارتباط متقابل مربی با شاگرد و والدین، عدم همکاری و نظارت دقیق، در دسترس نبودن تولید محتوای شناختی، اهمال‌کاری والدین و دانش‌آموزان و (۲) چالش‌های سازنده مشتمل بر مضامین سازمان دهنده شامل: فرصت‌های آموزشی، ایجاد فرصت یادگیری، اهمیت و کاهش هزینه‌ها شناسایی شدند. اعتبار داده‌ها با استفاده از فنون تأییدپذیری از طریق خودبازبینی پژوهشگران و اعتمادپذیری با هدایت دقیق جریان جمع‌آوری اطلاعات و همسوسازی پژوهش‌های مرتبط تعیین شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصله، ضرورت پذیرش آموزش مجازی با تمامی محاسن مربوط به آن و حذف نقاط ضعف و مشکلات آن در دنیای امروزه امری انکارناپذیر است که مسئولان آموزش و پرورش باید توجه ویژه‌ای به آن داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: آموزش حضوری، آموزش مجازی، اختلال یادگیری ویژه، تجربه زیسته مربیان، همه‌گیری ویروس کرونا

آموزش مجازی و مشکلات مربوط به آن، باعث افزایش سطح تنیدگی و اضطراب تحصیلی دانش‌آموزان شده که این مسئله باعث تضعیف سیستم ایمنی بدن آنان گردید و دانش‌آموزان را در مقابل بیماری‌های مختلف آسیب‌پذیر ساخت (۱۱). از سویی در طی شیوع ویروس کرونا، والدین مسئولیت آموزش حضوری دانش‌آموزان را برعهده گرفتند در حالی که برای پذیرش آن آمادگی لازم را نداشتند و با این انتقال ناگهانی و غیر قابل پیش‌بینی نقش، والدین و دانش‌آموزان با سطح بالایی از اضطراب و تنیدگی همراه شد (۱۲). این تغییر چشمگیر در امر آموزش برای دانش‌آموزان با نیازهای ویژه از جمله کودکان با یادگیری ویژه^۷ چالش‌های بیشتری را به همراه داشته است.

اختلال یادگیری ویژه، اختلالی عصبی-تحوالی^۸ است که یادگیری دانش‌آموزان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۳). در این اختلال دانش‌آموزان به‌ویژه در مهارت‌یابی و حل مسئله با مشکل مواجه هستند (۱۴). بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۹، اختلال یادگیری ویژه، اختلال در یک یا چند فرآیند روان‌شناختی پایه است که شامل درک زبان یا کاربرد آن می‌شود. این اختلال خود را به صورت ناتوانی در گوش دادن، فکر کردن، صحبت کردن، خواندن، نوشتن و محاسبات ریاضی نشان می‌دهد (۱۵). مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری با استفاده از راهبردهای خدماتی خود نقش کلیدی در ارتقاء رشد توانایی‌های اجتماعی، هیجانی، شناختی و تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه ایفا می‌کنند (۱۶).

پژوهش دیکسون^{۱۰} (۱۷) در حوزه آموزش مجازی نشان می‌دهد که آموزش‌های مجازی دارای چالش‌هایی در مورد چگونگی اجرای آموزش و موضوع ایجاد انگیزش در دانش‌آموزان هستند؛ اما از نظر او آموزش‌های مجازی می‌توانند به اندازه آموزش‌های حضوری تأثیرگذار باشند. البته به شرط آنکه معلم آموزش ببیند و تخصص لازم در این زمینه را داشته باشد. همچنین اسری و کاهیونو^{۱۱} (۱۸) در پژوهشی با عنوان چالش‌های یادگیری خواندن دانش‌آموزان با نیازهای ویژه در طول همه‌گیری ویروس کرونا به این نتیجه رسیدند که

همه‌گیری ویروس کرونا، به‌عنوان یک نشانگان شدید حاد تنفسی از دسامبر ۲۰۱۹ پدیدار شد، این ویروس به‌عنوان تهدیدی برای سلامتی و زندگی میلیون‌ها نفر در سراسر دنیا تلقی می‌شود (۱). با شروع همه‌گیری^۲ بیماری کووید-۱۹^۳ در سراسر جهان، تشریفات^۴ بهداشتی، بر رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی تأکید داشتند (۲). سرعت انتقال این ویروس، منجر به ترس و اضطراب مردم از ابتلا به این بیماری شد. تنیدگی ناشی از این ویروس و اثرات مخرب آن سلامت بهزیستی روانی و سازگاری همه گروه‌های سنی را تحت‌الشعاع قرار داد و منجر به ایجاد تغییرات چشمگیر در سبک بسیاری از زندگی‌ها و نظام‌های آموزشی شد (۳). این ویروس، در مدت کوتاهی، شیوه تحصیل و یادگیری را با تغییر و تحول عجیب و عظیمی روبه‌رو کرد (۴). به‌طوری‌که در بسیاری از کشورها برای کاهش شیوع ویروس کرونا، آموزش‌های حضوری در مدارس تعطیل شد و راهکارهای مختلفی از جمله آموزش مجازی^۵ ارائه گردید (۵).

یادگیری و آموزش از جمله ضروریات مهم زندگی است که با روش‌های مختلفی انجام می‌شود و آنچه در نظام آموزشی حاضر حاکم است، موضوع یادگیری و آموختن در محیط آموزشی است که لازم است آن آموزش حضوری و ارتباط دو جانبه بین معلم و دانش‌آموز می‌باشد. در واقع اصل اساسی این نوع از آموزش حضور فیزیکی در آموزشگاه است (۶). پیشرفت فناوری اطلاعات در دوران کرونا، منجر به ایجاد تحولات چشمگیر در امر آموزش شد، به‌طوری‌که آموزش را از حالت حضوری خارج ساخت و جریان خاصی به آن بخشید (۷). در این دوره تعداد زیادی از مدارس مجبور شدند فعالیت‌های حضوری خود را تعطیل کنند و اکنون برای انجام فعالیت‌های آموزشی از روش آموزش مجازی استفاده می‌کنند (۸).

آموزش مجازی، آموزشی است که از طریق خط‌مشی‌ها^۶ و نرم‌افزارهای مختلف رایانه‌ای انجام می‌گیرد (۹). در دوران همه‌گیری کرونا، این نوع از آموزش به‌عنوان راهکاری برای عدم توقف فعالیت‌های آموزشی در مدارس انتخاب شد، اما دانش‌آموزان را با چالش‌های جدیدی روبه‌رو کرد (۱۰).

1. Coronavirus epidemic
2. Pandemy
3. COVID-19
4. Protocols
5. Virtual training
6. Platforms

7. Specific Learning Disorders
8. Neurodevelopmental disorder
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
10. Dixson
11. Asri & Cahyono

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش کیفی از نوع پدیدارشناسی^۱ است که براساس الگوی هفت مرحله‌ای کلایزی^۲ (۱۹۷۸) انجام گرفت. این روش شامل هفت مرحله (۱) خواندن دقیق همه‌ی توصیف‌ها و یافته‌های مهم مشارکت‌کنندگان؛ (۲) استخراج عبارت‌های مهم و جمله‌های مرتبط با پدیده؛ (۳) مفهوم بخشی به جمله‌های مهم استخراج شده؛ (۴) مرتب‌سازی توصیف‌های شرکت‌کنندگان و مفاهیم مشترک در دسته‌های خاص؛ (۵) تبدیل همه‌ی نظرات استنتاج شده به توصیف‌های جامع و کامل؛ (۶) تبدیل توصیف‌های کامل پدیده به یک توصیف واقعی خلاصه و مختصر؛ و (۷) معتبرسازی نهایی است. براساس این الگو، در ابتدا به توصیف مفهوم چالش‌های تغییر آموزش حضوری به آموزش مجازی پرداخته شد و سپس اقدام به جمع‌آوری توصیفات شرکت‌کنندگان پیرامون موضوع از طریق مصاحبه نیمه‌ساختار یافته گردید.

شرکت‌کنندگان در این پژوهش مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری شاغل در شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند. برای انتخاب آزمودنی‌ها از نمونه‌گیری هدفمند و معیار اشباع نظری^۳ استفاده شد. شرط انتخاب، تمایل به شرکت در پژوهش و درمانگری به مدت حداقل یک سال به صورت مجازی بود که در نهایت ۱۵ مربی انتخاب شدند. جهت انجام مصاحبه توضیحات مربوطه و اطلاعات لازم درخصوص مصاحبه و هدف پژوهش به شرکت‌کنندگان ارائه شد. بعد از انجام مصاحبه‌ها پاسخ‌های ارائه شده به صورت متن پیاده سازی و تجمیع شد. ملاحظات اخلاقی، با ارائه‌ی توضیحات لازم در مورد اهمیت و هدف پژوهش، عدم اجبار در پاسخ، عدم دریافت مشخصات فردی، مربیان، محرمانه بودن و عدم افشای نظرات به سایرین، اطمینان از حذف فایل‌های صوتی پس از یادداشت‌برداری، استفاده از نتایج و جمع‌بندی نظرات صرفاً جهت ارتقاء و بهبود کیفیت آموزش و اطلاع نتایج پژوهش به مربیان رعایت شد. در نهایت پس از ۱۵ جلسه مصاحبه، اطلاعات اشباع گردید و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مضمون صورت پذیرفت. مضامین شناسایی شده مجدداً در جلسه‌ی بحث گروهی با استفاده از شبکه اجتماعی مجازی مورد بررسی

مشکلاتی که در یادگیری آنلاین در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ توسط دانش‌آموزان تجربه شد، که شامل عدم تمایل به انجام تکالیف، انگیزه پایین برای یادگیری، عدم مهارت در استفاده از فناوری، عدم حضور چهره به چهره و تعامل با دانش‌آموزان می‌شود. البته اگرچه تغییر آموزش حضوری به آموزش مجازی همه دانش‌آموزان را تحت تأثیر قرار داده است، اما رایش و همکاران^۴ (۱۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که پدیده نابرابری آموزشی در طول این همه‌گیری بیشتر بر دانش‌آموزان در معرض خطر و آسیب‌پذیر تأثیر می‌گذارد. نتایج مطالعات اولیه از پیامدهای همه‌گیری کووید-۱۹ بر فرآیند آموزش نشان می‌دهد که دانش‌آموزان با ناتوانی‌های عصبی رشدی، مانند اختلال طیف اُتیسسم^۵، اختلال نارسانی توجه همراه با بیش‌فعالی^۶ و اختلال یادگیری ویژه در آموزش مجازی با مشکلات بیشتری مواجه شدند، زیرا این گروه‌های نیاز به آموزش ویژه، شرایط کمتر و نیاز به کمک بیشتری برای شرکت در آموزش مجازی دارند (۲۰).

البته براساس شرایط خاصی که در همه‌گیری ویروس کرونا در مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری پیش‌آمد و آموزش به یک‌دفعه از حضوری به مجازی تغییر شکل داد، این انتقال ناگهانی به آموزش مجازی به این معنا بود که بسیاری از مربیان ناگزیر به تغییر روش‌های آموزشی خود شدند و چالش‌ها و مسائل مثبت و منفی متعددی را تجربه کردند. تغییر سریع انتقال آموزش حضوری به آموزش مجازی باعث ایجاد نگرانی و تنیدگی در میان مربیان مراکز شد و آنها را مجبور به یادگیری فناوری‌ها و مهارت‌های جدید کرد.

اگرچه پژوهش‌های نسبتاً زیادی در زمینه‌ی چالش‌های آموزش مجازی انجام شده است، اما پژوهش‌های انجام‌گرفته با محوریت بررسی تغییر نقش آموزش، بیشتر در بین دانش‌آموزان مدارس بوده است و کمتر پژوهشی با هدف بررسی تجربه زیسته مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری در آموزش مجازی برای درمان اختلال یادگیری ویژه صورت گرفته است؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف واکاوی ادراک مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری از چالش‌های تغییر آموزش حضوری به آموزش مجازی در دوران شیوع ویروس کرونا انجام شد.

1. Reich et al

2. Autism disorder

3. Attention Deficit Hyperactivity Disorder

4. Yulia

5. Colaizzi

6. theoretical saturation

قرار گرفتند تا در نهایت روی مقولات استخراج شده توافق حاصل شد.

برای سنجش روایی و پایایی پژوهش از ۳ روش قابلیت تأیید^۱، قابلیت اعتبار^۲ و ضریب همبستگی^۳ استفاده شد. قابلیت تأیید از طریق مقایسه داده‌ها با مبانی نظری و پیشینه‌ی پژوهشی سنجیده شد. قابلیت اعتبار از طریق کنترل توسط شرکت‌کنندگان حاصل شد، بدین ترتیب که بعد از کدگذاری مصاحبه‌ها نتایج به دست آمده با مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری در میان گذاشته شد تا صحت یافته‌ها تأیید شود و در برخی موارد که ابهامی در یافته‌ها وجود داشت با تماس با مربیان مراکز مورد بررسی و اصلاح قرار می‌گرفت، علاوه بر این، ارتباط طولانی مدت و تماس نزدیک پژوهشگر با مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری، امکان جمع

آوری اطلاعات دقیق‌تر را فراهم ساخت. و ضریب همبستگی بر اساس روش ممیزی صورت گرفت که با توجه به نظارت اساتید بر روند پژوهش، هریک از مراحل تحلیل و تفسیر داده‌ها بر اساس نظرات و بازخوردهای آنها انجام شد.

یافته‌ها

با مطالعه و تحلیل پاسخ‌های ارائه شده توسط شرکت‌کنندگان در پژوهش، برای هر یک از مصاحبه‌های اخذ شده، دیدگاه‌های مشترک مصاحبه‌کنندگان در قالب مضامین پایه شناسایی شدند. در نهایت ۳۲ مضمون پایه شناسایی شد که در جدول ۱، هر یک از مضامین پایه به همراه تعدادی از شواهد مربوطه به مصاحبه‌ها ارائه شده است.

جدول ۱) مضامین پایه شناسایی شده حاصل از مصاحبه‌های شرکت‌کنندگان

مضامین پایه	شواهد
۱) عدم دسترسی دانش‌آموزان به تلفن همراه شخصی و اینترنت مناسب جهت آموزش مجازی	یکی از مشکلاتی که ما مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری با آن مواجه بودیم، این بود که برخی از دانش‌آموزان ما گوشی هوشمند شخصی نداشتند و این روند آموزش را دچار اشکال می‌کرد. نداشتن اینترنت مناسب و قطع و وصل شدن‌های اینترنت یکی دیگر از معضلات ما در آموزش مجازی بود. استفاده از یک گوشی مشترک برای چند دانش‌آموز و تداخل ارسال تکالیف مانع از کار درمان اختلال یادگیری ویژه می‌شد.
۲) عدم شرایط لازم و تجهیزات کافی برای ضبط کردن فیلم‌ها و کلیپ‌های آموزشی	برای ضبط فیلم‌ها و کلیپ‌های آموزشی ما نیاز داشتیم حتماً یکی باشه و از ما فیلم برداری کنه. و برای تهیه کلیپ باید فضای خانه کاملاً ساکت و بی سروصدا می‌بود که این مسئله هم سخت و هم زمان‌بر بود. صداهای حاشیه‌ای باعث می‌شد که مربی یک تمرین رو چندین بار ضبط و دوباره حذف کند که وقت و انرژی زیادی از او می‌گرفت و این فرآیند طولانی، کسل کننده بود.
۳) کاهش ارتباطات اجتماعی-عاطفی بین مربی و دانش‌آموز در آموزش مجازی	بنابر تجربه آموزش مجازی که داشتیم، کمتر احساس و عواطف بین مربی و دانش‌آموزان برقرار می‌شد. عدم برقراری رابطه عاطفی میان مربی و دانش‌آموزان از بزرگترین مشکلات بود، چون مربی متوجه مشکلات روحی-روانی دانش‌آموزش نمی‌شد. آموزش‌های مجازی نشاط و هیجان کلاس‌های حضوری را نداشت و گاهی خسته‌کننده بود.
۴) عدم نظارت دقیق و مشاهده عینی پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان در آموزش مجازی	پیشرفت آموزشی و درمانی دانش‌آموزان را نمی‌توان به صورت عینی مشاهده کرد. ارزیابی عینی در طول درمان انجام نمی‌گرفت. عدم نظارت دقیق بر تقویت فرآیندهای شناختی از دیگر مسائلی بود که در طی آموزش مجازی به خوبی انجام نمی‌شد.
۵) عدم کارایی آموزش مجازی در پایه اول دبستان برای تقویت فرآیندهای شناختی	در پایه اول ابتدایی امکان یادگیری با روش مجازی خیلی سخت بود، چون دانش‌آموز هنوز به رشد شناختی کامل نرسیده است و این عامل باعث عدم درک او می‌شود.

1. confirmability
2. credibility

3. The correlation coefficient

مضامین پایه	شواهد
۶) نبود یک پلت فرم مشخص آموزشی جهت اجرای آموزش مجازی	باتوجه به اینکه اکثر همکاران آموزش مجازی را در «واتس آپ» برگزار می‌کردند و با مشکلاتی مواجه بودند. بنابراین لازم بود که از طرف اداره آموزش و پرورش استثنایی پلت فرم‌هایی همچون: اسکایروم و ادوبی کانکت جهت آموزش مجازی تهیه می‌شد.
۷) عدم برقراری ارتباط غیرکلامی بین مربی و دانش‌آموز در آموزش مجازی	در جلسات آموزش مجازی ارتباط متقابل کمتری برقرار بود. کندی اینترنت و قطع و وصلی آن باعث عدم برقراری مناسب ارتباط کلامی و غیرکلامی بین مربی و دانش‌آموز می‌شود و هردو پیام‌های غیرکلامی همدیگر را درک نمی‌کردند.
۸) عدم آموزش و نظارت بر تقویت فرآیندهای شناختی پایه در آموزش مجازی	در آموزش مجازی نمی‌شد بر تمرینات شناختی نظارت کامل داشته باشیم و در نتیجه دانش‌آموز از دست ما رها شده بود. آموزش و تقویت فرآیندهای شناختی در آموزش مجازی سخت بود و برای این تمرینات هیچ نرم‌افزای در اختیار نداشتیم...
۹) عدم یادگیری و درمان کامل اختلال یادگیری ویژه به خصوص اختلال ریاضی	در آموزش مجازی درمان به طور کامل اتفاق نمی‌افتاد چون ابزار مناسب آن را نداشتیم. درمان اختلالات یادگیری ویژه به خصوص اختلال ریاضی به کندی پیش می‌رفت
۱۰) مشکل در برقراری ارتباط و تمرینات تقویت حافظه فعال و حافظه دیداری	برقراری ارتباط مطلوب و ارسال و تمرین مهارت‌های تقویت فرآیندهای شناختی حافظه فعال و حافظه دیداری شنیداری مشکل بود چون ارتباط مشاوره‌ای خوب انجام نمی‌گرفت. و دریافت بازخورد و ارزیابی مهارت به سختی انجام می‌شد.
۱۱) زمانبر و طولانی شدن جلسات درمان	در آموزش مجازی به دلایل مختلفی جلسات گاهی کنسل می‌شد و به کندی پیش می‌رفت و این مسئله باعث طولانی و کسل شدن جلسات آموزشی و درمان می‌شد.
۱۲) سخت بودن تهیه تمرینات و تولید محتواهای شناختی در آموزش مجازی	یکی از نکات منفی آموزش مجازی این است که تهیه تمرینات متنوع تقویت فرآیندهای شناختی زمان خیلی زیادی می‌برد. ساخت تولید محتوا خیلی وقت‌گیر بود. عدم آشنایی و مهارت در زمینه ساخت محتوای الکترونیکی از دیگر چالش‌های ما بود.
۱۳) عدم آشنایی مربیان مراکز با نرم‌افزارهای آموزشی جدید در آموزش مجازی	مربیان نیاز دارند با نرم‌افزارهای متنوع آموزشی، جهت آموزش آنلاین آشنا باشند. برگزاری کلاس‌های آموزش تولید محتوا با نرم‌افزارهای مختلف برای مربیان مراکز، مسلماً مربی‌ها باید طی دوره‌هایی با نرم‌افزارهای مختلف تولید محتوا آشنا شوند. به نظر من مهمترین مشکل مربیان عدم آشنایی آنها با روش‌های جدید آموزش مجازی بود که خیلی زمان برد تا مربی‌ها بتوانند خودشان را با این شرایط وفق دهند.
۱۴) نگرانی و اضطراب مربیان از کاربرد فضای مجازی در جامعه‌ای دانش‌آموزی	فضای مجازی که تا همین چند وقت پیش، از آن ترس و اضطراب داشتیم و برای دانش‌آموزان ابتدایی آن را پیشنهاد نمی‌کردیم، الان تأکید به استفاده از گوشی و فضای مجازی و اینترنت داریم که اگر مصون‌سازی انجام نگیرد، دسترسی دانش‌آموزان به اینترنت باعث انحرافات اجتماعی، فرهنگی و آموزشی زیادی خواهد شد.
۱۵) اختلال در زندگی خانوادگی و شخصی مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری	آموزش مجازی و تهیه کلیپ‌های تخصصی درمانی و آموزشی برای دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه و بررسی و بازخورد تکالیف و فعالیت‌های آنان وقت زیادی را از مربیان می‌گیرد و باعث می‌شود که زندگی شخصی و شغلی مان نظم نداشته باشد.

مضامین پایه	شواهد
۱۶) کم‌کاری دانش‌آموزان در انجام تکالیف و فعالیت‌های شناختی در آموزش مجازی	دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه به علت نارسایی دقت و توجه و حواس‌پرتی خیلی زود به محرک‌های بیرونی واکنش نشان می‌دهند و هنگام استفاده از گوشی به جای انجام تکالیف آموزشی و شناختی، به سایر محرک‌ها توجه می‌کنند که این امر باعث زمان بر شدن و کم‌کاری آنها و در نتیجه طولانی شدن جلسات درمان می‌شود.
۱۷) توجه نکردن و اهمیت ندادن اولیا دانش‌آموزان به آموزش‌های مجازی	والدین دانش‌آموزان باید توجه شوند که حضور دانش‌آموزان سرکلاس در ساعاتی مشخص الزامی است. اولیای دانش‌آموزان باید آموزش‌های لازم در زمینه‌ی قواعد و مقررات حضور در کلاس‌های مجازی را دریافت کنند و از طرفی خانواده‌ها باید توجه شوند که آموزش و تمرینات تقویت‌های شناختی را بی‌اهمیت تلقی نکنند و آنها را انجام دهند.
۱۸) تداخل ساعت‌های آموزش و انجام تکالیف معلمان مدرسه با مربیان مرکز	اگر قرار است آموزش مجازی باشد، باید در این خصوص برنامه‌ریزی اساسی انجام شود به عنوان مثال: ساعت آموزش مجازی مراکز با ساعت آموزش مدرسه تداخل نداشته باشد که دانش‌آموز بدون نگرانی به انجام تکالیف و تمرینات شناختی مربی مرکز بپردازد.
۱۹) عدم همکاری، دخالت نامناسب و جدی نگرفتن خانواده‌ها در انجام تکالیف در آموزش مجازی	بعضی از والدین نمی‌توانستند با دانش‌آموز کار کنند یا اینکه اصلاً برخی از خانواده‌ها انجام تمرینات شناختی برایشان مهم نبود. عدم همکاری اولیا در انجام تمرینات شناختی در طول درمان. چون خانواده‌ها آموزش را جدی نمی‌گرفتند هرکس هر زمان می‌خواست تکالیف را ارسال می‌کرد. البته گاهی خود والدین تمرینات را انجام می‌دادند.
۲۰) انجام ندادن تکالیف توسط خود دانش‌آموز به علت عدم انگیزه	گاهی هم خود دانش‌آموزان به علت اینکه نمی‌توانستند با مربی ارتباط متقابل برقرار کنند، در انجام تمرینات تقویت مهارت‌های شناختی که باید در طول هفته انجام می‌دادند و آن‌را ارسال می‌کردند، انگیزه لازم را نداشتند و آنها را فقط به عنوان رفع تکلیف توسط خودشان و یا دیگران انجام می‌شد. دانش‌آموزان در انجام تکالیف انگیزه و رغبت کافی نداشتند و تکالیف را به صورت نامنظم و بی حوصله ارسال می‌کردند.
۲۱) نبود تولید محتوا غنی در زمینه درمان اختلالات یادگیری ویژه	یکی دیگر از مشکلات ما مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری نبود محتواهای تخصصی در زمینه تقویت فرآیندهای شناختی بود که این مسئله باعث شده بود که ما در این زمینه با مشکل مواجه شویم و گاهی فقط به ارسال چند برگ تمرین کاغذی بسنده کنیم.
۲۲) عدم غربالگری و تشخیص درست اختلال یادگیری ویژه در آموزش مجازی	معلمان مدارس چون از طریق آموزش مجازی نمی‌توانستند شناخت خوبی نسبت به یادگیری دانش‌آموزان خود داشته باشند، بنابراین در تشخیص دچار مشکل می‌شدند. مربیان مراکز نیز به علت در دسترس نبودن آزمون‌های نرم‌افزاری هوش، در تشخیص اختلال یادگیری ویژه، نقطه قوت و ضعف فرآیند شناختی دانش‌آموزان با مشکل مواجه بودند.
۲۳) تکرار و مرور تمرینات و رفع اشکال با کمک محتواهای آموزشی در هر زمانی	آموزش مجازی برای خود من نکات مثبت و منفی زیاد داشته. برای مثال، من با خودم گفتم چقدر خوبه که دانش‌آموزان می‌توانند از منزل مطالب را دنبال کنند، بدون آنکه مسافت زیادی را طی کنند. یکی از حسن‌های فضای مجازی این است که ما می‌توانیم یک مطلب را تا جایی که خوب یاد بگیریم تکرار و تمرین کنیم و همیشه در دسترس ما است.
۲۴) پی‌بردن اولیا دانش‌آموزان به ارزش کار مربی مرکز و تخصصی بودن موضوع	و از طرفی والدین که فکر می‌کردند درس دادن و رفع مشکل یادگیری آسان است، حالا متوجه شدند که کار مربی چقدر سخت و تخصصی است و نیاز به صبر و تلاش دارد. به نظر من آموزش مجازی باعث شد توانمندی، ارزش و منزلت مربیان در آموزش و درمان اختلال یادگیری ویژه بیشتر درک شود و اولیا مربی را جزئی از خودش بدانند.

مضامین پایه	شواهد
۲۵) ایجاد فرصت ارتقاء سطح علمی و سواد رسانه‌ای مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری	و این چالش‌ها باعث شد تا مربیان به خودشان بیایند و به دنبال تولید محتوا و آشنایی بیشتر با نرم افزارهای آموزشی باشند. این مدت خیلی از رایانه و برنامه‌ها و نرم‌افزارهای آموزشی فاصله گرفته بودم که در آموزش مجازی، مجبور شدم یک مقدار تحقیق کنم و مطالب و برنامه‌های جدید را جستجو کنم و بیشتر برای کار با رایانه و اینترنت وقت بگذارم. البته مربیان مراکز نیز موظف به فراگیری و استفاده از این ابزارها برای تولید محتوا شدند که این امر باعث شد اطلاعات خود را به‌روز کنند.
۲۶) ایجاد فرصت یادگیری بیشتر برای دانش‌آموز با استفاده از آموزش مجازی	دانش‌آموزان می‌توانند محتوای تولید شده و تمرینات تقویت فرآیندهای شناختی را ذخیره کنند و چندین مرتبه آنها را در طول درمان انجام دهند. همچنین از طریق بازی‌های تقویت فرآیندهای شناختی مهارت‌های شناختی خود را افزایش دهند.
۲۷) اشتراک‌گذاری ایده‌ها و تمرینات خلاقانه توسط تمام مربیان سطح کشور	مربیان توانستند از خلاقیت و نوآوری‌های همدیگر یاد بگیرند. برای مثال، مربی استان خراسان کار مربی استان تهران را می‌بیند و از آن ایده‌ها استفاده می‌کند و اینکه باعث شد تا ما مربیان مراکز از توانایی و دانش هم یاد بگیریم و از تجربه‌های دیگر همکاران چه در زمینه‌ی آموزش اختلال یادگیری و چه در زمینه‌ی استفاده از برنامه‌ها، نرم افزارها و تمرینات تقویت فرآیند شناختی استفاده کنیم.
۲۸) ایجاد فرصت ارتقاء سطح علمی و سواد رسانه‌ای مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری	در آموزش مجازی با استفاده از برنامه‌های بروز مثل اینشات و کم‌تازبا و غیره می‌توانیم محتوا رو خیلی خوب و جذاب‌تر در اختیار دانش‌آموزان قرار دهیم. همچنین با استفاده از تصاویر متحرک و رنگی، تنظیم صداهای مختلف و دلنشین برای آموزش و تقویت مهارت‌های شناختی، می‌توانیم توجه دانش‌آموز را به مطالب جلب کنیم و با کارهای جانبی (کار با نرم افزار و برنامه‌های بروز) آنها را به درس علاقمند کنیم. محتوای آموزشی متنوع و جذاب در چنین شرایطی به یادگیری و ایجاد علاقه و آموزش در قالب بازی‌های شناختی و آموزشی کمک می‌کند.
۲۹) احساس مثبت داشتن و ایجاد اعتماد به نفس در مربی با کمک آموزش مجازی	برای من خیلی بهتر شد، چونکه هر جا که دانش‌آموزم مشکل داشت می‌توانستم برایش براساس نرم‌افزارهای جدید محتوا تولید کنم و یا کلیپ آموزشی و تمرینات تقویت فرآیند شناختی ارسال کنم تا از این طریق یادگیری جذاب و عمیق‌تر شود و تمرین بیشتری برای یادگیری انجام دهد.
۳۰) افزایش پذیرش دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه در آموزش مجازی	در آموزش مجازی ما توانستیم دانش‌آموزان بیشتری را پذیرش کنیم، چون باعث شده بود که والدین دیگر مشکل رفت و آمد، ترافیک و هزینه نداشته باشند. آموزش حضوری باعث غیبت دانش‌آموز از کلاس می‌شد که والدین و معلمان زیاد از آن استقبال نمی‌کردند، مگر اینکه دانش‌آموزشان آن قدر ضعیف می‌بود که حضورش در کلاس بی‌فایده بود و معلم ترجیح می‌داد به مرکز مراجعه کند.
۳۱) آموزش مجازی باعث ایجاد آرامش خاطر و عدم نگرانی والدین و دانش‌آموز از مدرسه نرفتن شد	والدین از اینکه فرزندشان باید هر هفته یک جلسه غیبت می‌کرد نگران بودند و نسبت به این موضوع همیشه با معلم مشکل داشتند. دانش‌آموزان به علت غیبت هر جلسه در یک ساعت خاص در طی هفته مورد سوال و تمسخر سایر دانش‌آموزان قرار می‌گرفتند و این موضوع باعث می‌شد آنها از آمدن به مرکز اجتناب کنند. اما با آموزش مجازی دیگر با این مسائل مواجه نبودند و نگرانی آنها کاهش یافته بود.
۳۲) کاهش اضطراب پنهان و هزینه‌های رفت و آمد	برخی دانش‌آموزان و والدین مجبور بودن برای آمدن به مرکز زمان زیادی را در ترافیک صرف کنند و یک روز کامل به مدرسه نروند و همچنین هزینه زیادی را متقبل شوند. همچنین ماندن در ترافیک طولانی باعث ایجاد اضطراب و استرس آنها می‌شد. آمدن به مرکز برای دانش‌آموزانی که مسافت طولانی داشتند کسل کننده و سخت بود.

قالب ۸ مضمون سازمان دهنده طبقه‌بندی شدند. جدول (۲) طبقه‌بندی مضامین سازمان دهنده را نشان می‌دهد.

در مرحله دوم، براساس مضامین پایه که شناسایی شده بودند، دسته‌بندی کلی‌تری انجام گرفت. این مضامین در

جدول ۲) مضامین سازمان دهنده مستخرج از مضامین پایه

مضامین پایه	مضامین سازمان دهنده
زیرساخت ها و تجهیزات فضای مجازی	عدم دسترسی دانش آموزان به تلفن همراه شخصی و اینترنت مناسب
	عدم شرایط لازم و تجهیزات کافی برای ضبط کردن فیلم های آموزشی
	نبود یک پلت فرم مشخص آموزشی جهت برقراری آموزش مجازی
ارتباط متقابل مربی با دانش آموزان و والدین	مشکل در برقراری ارتباط و ارسال تمرینات تقویت حافظه فعال و حافظه دیداری
	کاهش ارتباطات اجتماعی و عاطفی بین مربی و دانش آموزان
	عدم برقراری ارتباط غیر کلامی بین مربی و دانش آموز
عدم همکاری و نظارت دقیق	عدم آگاهی و بی توجهی والدین
	نگرانی و اضطراب مربیان از عدم نظارت بر کاربرد فضای مجازی
	اختلال در زندگی خانوادگی و شخصی مربیان مرکز
در دسترس نبودن تولید محتوای شناختی	عدم نظارت دقیق و مشاهده عینی پیشرفت تحصیلی دانش آموزان
	عدم آموزش و نظارت بر تقویت فرآیندهای شناختی پایه
	عدم یادگیری و درمان کامل اختلال یادگیری ویژه به خصوص اختلال ریاضی
اهمال کاری والدین و دانش آموزان	عدم غربالگری و تشخیص درست اختلال یادگیری ویژه
	عدم کارایی آموزش مجازی در پایه اول دبستان
	زمانبر و طولانی شدن جلسات درمان
فرصت های آموزشی	سخت بودن تهیه تمرینات و تولید محتواهای شناختی
	عدم آشنایی مربیان با نرم افزارهای آموزشی جدید
	نبود تولید محتوا در زمینه اختلالات یادگیری ویژه
ایجاد فرصت یادگیری	کم کاری دانش آموزان در انجام تکالیف و فعالیت های تحصیلی
	توجه نکردن و اهمیت ندادن اولیا به آموزش های مجازی
	عدم همکاری، دخالت نامناسب و جدی نگرفتن خانواده ها
اهمیت و کاهش هزینه	انجام ندادن تکالیف توسط خود دانش آموزان
	تداخل ساعات تدریس و انجام تکالیف معلمان با مربیان مرکز
	تکرار تمرینات و رفع اشکال با کمک محتواهای آموزشی در هر زمانی
سهولت شرکت در کلاس های آموزش مجازی	کمک به فرصت یادگیری بیشتر برای دانش آموزان با استفاده از آموزش مجازی
	فرصتی برای جذاب سازی و تنوع بخشی به آموزش
	آموزش مجازی باعث ایجاد آرامش خاطر و عدم نگرانی والدین و دانش آموزان از نرفتن به مدرسه شد
سهولت شرکت در کلاس های آموزش مجازی	فرصت ارتقاء سطح علمی و سواد رسانه ای مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری
	به اشتراک گذاشتن ایده ها و تمرینات خلاقانه توسط تمام مربیان سطح کشور
	احساس مثبت داشتن و ایجاد اعتماد به نفس در مربی با کمک آموزش های مجازی
سهولت شرکت در کلاس های آموزش مجازی	پی بردن اولیا به ارزش کار مربی مرکز و تخصصی بودن موضوع
	افزایش پذیرش دانش آموزان با اختلال یادگیری ویژه
	کاهش هزینه های رفت و آمد و زمان
سهولت شرکت در کلاس های آموزش مجازی	سهولت شرکت در کلاس های آموزش مجازی

مضامین فراگیر انجام شد که در جدول (۳) با عنوان مضامین فراگیر ارائه شده است.

در مرحله سوم؛ با توجه به مضامین پایه و مضامین سازمان دهنده شناسایی شده، دسته‌بندی سومی در قالب

جدول (۳) مضامین فراگیر مستخرج از مضامین سازمان دهنده

مضامین سازمان دهنده	مضامین فراگیر
۱. تجهیزات و زیرساخت‌های فضای مجازی	چالش‌های غیرسازنده
۲. ارتباط متقابل مربی با دانش‌آموزان و والدین	
۳. عدم همکاری و نظارت دقیق	
۴. در دسترس نبودن تولید محتوای شناختی	
۵. اهمال‌کاری والدین و دانش‌آموزان	
۱. فرصت‌های آموزشی	چالش‌های سازنده
۲. ایجاد فرصت یادگیری	
۳. اهمیت و کاهش هزینه	

عناوین تجهیزات و زیرساخت‌های فضای مجازی، ارتباط متقابل مربی با شاگرد و والدین، عدم همکاری و نظارت دقیق، در دسترس نبودن تولید محتوای شناختی و اهمال‌کاری والدین و دانش‌آموزان شناسایی شد. البته قابل ذکر است که هر یک از مضامین سازمان دهنده فوق از چندین مضمون پایه تشکیل شده است که در ادامه مورد بحث قرار می‌گیرد.

مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری در مصاحبه خود در مضامین پایه تغییر آموزش حضوری به مجازی را تغییری ناگهانی و همه‌جانبه مطرح کردند، که هم به مسائل تخصصی آنها و هم به مسائل مربوط به دانش‌آموز و والدین آنان مربوط می‌شود، از جمله اینکه در آموزش مجازی بعضی از دانش‌آموزان گوشه‌گوشی هوشمند شخصی نداشتند و استفاده از یک گوشی مشترک باعث ایجاد تداخل در ارسال تکالیف دانش‌آموزان می‌شد و همچنین قطع و وصل شدن اینترنت فرآیند ارسال و آموزش مجازی را با مشکل مواجه می‌کرد. عدم امکانات و تجهیزات کافی و آموزش لازم برای تولید محتوا برای دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه یکی از مشکلات اساسی بود که مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری به آن اشاره داشتند. در همین رابطه نتایج پژوهش امراله و آزادی‌آحمدآبادی (۲۱) نیز نشان داد که از دیدگاه مدیران و معلمان مدارس، ۵ مانع اصلی به ترتیب: موانع آموزشی، موانع فرهنگی و اجتماعی، موانع زیرساختی و فنی، موانع مدیریتی و سازمانی و موانع مالی به‌عنوان موانع

بحث و نتیجه‌گیری

با شیوع ویروس کرونا و به دنبال آن تعطیلی مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری، مسئولان نظام آموزشی خود را موظف دانستند تا به خاطر حفظ سلامتی دانش‌آموزان و معلمان، همچنین جهت کاهش شیوع ویروس کرونا، با استفاده از نرم‌افزارهای آموزشی مختلف، جریان آموزش را از طریق فضای مجازی دنبال کنند. اما به دلیل نبود زیرساخت‌ها و امکانات لازم با چالش‌های جدی مواجه شدند. این تغییر ناگهانی و غیرقابل پیش‌بینی آموزش، از حضوری به مجازی در بحران ویروس کرونا، مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری را نیز با چالش‌های متعددی روبه‌رو کرد که هم در آموزش مفاهیم شناختی پایه و درمان اختلال یادگیری ویژه و هم در برقراری ارتباط با دانش‌آموزان و اولیاء از لحاظ آموزشی و روان‌شناختی با مشکل مواجه شدند.

پژوهش حاضر که با هدف تبیین تجارب زیسته مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری از تغییر آموزش حضوری به آموزش مجازی در دوران شیوع ویروس کرونا انجام گرفت؛ منجر به شناسایی دو مضمون فراگیر سازنده و غیرسازنده شد. در مضمون فراگیر سازنده ۳ مضمون سازمان دهنده با عنوان فرصت‌های آموزشی، ایجاد فرصت یادگیری و اهمیت و کاهش هزینه‌ها شناسایی شد و همچنین در مضمون فراگیر غیرسازنده ۵ مضمون سازمان دهنده با

اصلی اجرای آموزش مجازی در دوران شیوع کرونا شناسایی شدند. لذا جهت ارتقاء آموزش مجازی باید این موانع کاسته شوند.

همچنین کاهش ارتباطات اجتماعی - عاطفی، عدم برقراری ارتباط غیرکلامی بین مربی و دانش آموز و همکاری نکردن والدین و انجام تکالیف توسط آنان از چالش‌های روان شناختی بود که مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری به آنها اشاره کردند که در همین راستا پژوهش ابوالمعالی الحسینی (۳) در رابطه با چالش‌های آموزش مجازی، نشان داد که دانش‌آموزان در دوران کرونا با مشکلات روان شناختی زیادی روبه‌رو شده‌اند که یکی از عوامل افت تحصیلی آنها می‌باشد. همچنین مطالعه اناس (۹) نیز بیانگر این است که در صورتی می‌توان از آموزش‌های مجازی بیشترین استفاده را برد که مشکلات آموزشی و ارتباطی در محیط یادگیری حل شده باشد. آموزش مجازی در کنار چالش‌ها، مزیت‌هایی نیز برای مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری داشت، اینکه تکرار و مرور تمرینات و رفع اشکال با کمک محتواهای آموزشی در هر زمانی برای دانش‌آموزان و مربیان اختلالات یادگیری ویژه مقدور بود. آموزش مجازی این فرصت را ایجاد کرد که اولیای دانش‌آموزان تخصصی بودن و ارزش کار مربیان این مراکز را بیشتر درک کنند. همچنین آموزش مجازی باعث کاهش اضطراب دانش‌آموز و اولیا و کاهش هزینه‌های رفت و آمد شده است. در تأیید یافته‌های این بخش از پژوهش شریفی و فقیهی (۲۲) معتقدند آموزش‌های مجازی موجب توسعه فعالیت‌های یاددهی - یادگیری دانش‌آموزان در ابعاد مختلف و صرفه‌جویی در وقت و هزینه می‌شود.

با توجه با اینکه مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری در آموزش‌های حضوری از ابزارهایی همچون زبان بدن، تشویق‌های کلامی و غیرکلامی، ایجاد رابطه حسنه و تعامل متقابل و ارتباط غیرکلامی برای آموزش و درمان مؤثر اختلال یادگیری ویژه استفاده می‌کردند. اما در آموزش مجازی که در مضامین سازمان دهنده به آن اشاره شده است مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری نبود تجهیزات و زیرساخت‌های فضای مجازی، عدم آشنایی با نرم‌افزارهای شناختی مناسب و چگونگی برقراری ارتباط متقابل مفید با دانش‌آموزان و اولیاء آنان را از اساسی‌ترین چالش‌های مربیان مطرح کردند که می‌تواند به نوعی چالش غیرسازنده برای آموزش

مؤثر به‌شمار آید. چگونگی درمان و آموزش مجازی، چگونگی ایجاد انگیزه در دانش‌آموزان و تعامل اثربخش با آنان، چگونگی نظارت و ارزیابی پیشرفت دانش‌آموزان، چگونگی تولید محتوا در آموزش مجازی و آشنایی با نرم‌افزارها از عمده‌ترین چالش‌های مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری بود. علاوه بر موارد فوق عدم آمادگی خانواده‌ها برای آموزش مجازی باعث برخورد‌های نامتعارف والدین با دانش‌آموزان شده است، کما اینکه برخی مصاحبه‌شوندگان اظهار نمودند که دعوا و تنش در بین خانواده‌ها بیشتر شده است. در همین راستا مطالعه میهال^۱ (۲۳) بیانگر این است که مشکلات ارتباطی و اجتماعی به‌وجود آمده در آموزش مجازی مزید بر مشکلات آموزشی و تدریس در این فضای آموزشی است. از نظر صاحب‌نظران آموزشی، محیط و فضای خانگی از تناسب مناسبی برای آموزش دانش‌آموزان برخوردار نیست. این محیط هم برای مربیان و هم برای دانش‌آموزان مشکلاتی را ایجاد کرده است و از سنخیت کافی به‌عنوان یک مکان آموزشی برخوردار نیست. چون معلمان در مورد شیوه‌های آموزش مجازی دوره‌های مشخصی را سپری نکرده‌اند، لذا این مسئله باعث شده است که آنان با فرسودگی شغلی مواجه شوند. آنچه مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری در آموزش مجازی به آن نیاز دارند، دسترسی مناسب به نرم‌افزارهای آموزشی فضای مجازی همچون اسکایروم، ادوبی کانکت و غیره است. اما مصاحبه‌ها حاکی از آن بود که مربیان این مراکز در دوران کرونا از چنین امکاناتی بهره‌مند نبودند و فقط در محیط «واتس‌آپ»^۲ به ارسال چند صفحه کاربرگ و کلیپ آموزشی اکتفا می‌کردند که این به معنای واقعی اصلاً آموزش مجازی به حساب نمی‌آید، البته بخش دیگر مشکلات مربوط به زیرساخت‌های اینترنت مناسب در کشور بود که توجه مسئولان را به این امر می‌طلبد.

آنچه باعث دانش و مهارت‌های مورد لزوم در خصوص آموزش مجازی می‌شود، ایجاد تغییر نگرش برای نظام آموزشی ایجاد شده است. تا زمانی که والدین یا مربیان مراکز با فضای مجازی و آموزش در آن به‌عنوان یک عامل تهدیدکننده برخورد می‌کنند و آگاهی لازم درخصوص مدیریت بهینه این فضا را جهت آموزش و درمان اختلالات یادگیری ویژه نداشته باشند نمی‌توان از آموزش‌های مجازی استفاده مناسب را برد. نگرش و تمایل مربیان مراکز در استفاده از فضای مجازی علاوه بر اینکه به میزان دانش و آگاهی آنان از فضای مجازی بستگی دارد، به

1. Mehall

2. Whatsapp

منسجم و اثربخش جهت آرایه آموزش مجازی ضرورت دارد و باید در این زمینه برنامه ریزی شود.

با توجه به آنچه گفته شد ضرورت پذیرش آموزش مجازی با تمامی محاسن مربوط به آن و حذف نقاط ضعف و مشکلات مربوط به آن امری انکارناپذیر است که نظام آموزشی و متخصصان تعلیم و تربیت را ناگزیر به مداخلات مناسب در ارائه آموزش‌ها و ایجاد مهارت‌ها و نگرش‌های لازم برای پذیرش آموزش مجازی می‌کند. در این خصوص پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی مناسب تعریف و اجرا شود و دوره‌های آموزشی مناسب به‌ویژه در مورد چالش‌های روان‌شناختی و آموزشی در فضای مجازی، دانش تولید محتوا در فضای مجازی و مهارت‌های انگیزشی و مدیریتی و برنامه‌ریزی لازم هم به مربیان و هم به دانش‌آموزان و والدین ارائه شود. همچنین پیشنهاد می‌شود مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری جهت سرعت بخشی به فرآیند درمان از آموزش مجازی و حضوری به صورت ترکیبی استفاده کنند. مربیان این مراکز می‌توانند بعد از ترخیص دانش‌آموز برنامه پیگیری را به صورت مجازی داشته و پیگیر ادامه فرآیند درمان خارج از حوزه آموزش حضوری باشند. پیشنهاد می‌شود راهکارها و راهبردهای شناسایی شده در پژوهش حاضر با دقت مدنظر مسئولان آموزشی قرار گیرد و با همکاری و هماهنگی کلیه ذینفعان آموزشی نیازها و الزامات آموزش مجازی را برآورده سازند و باعث توسعه آموزش مجازی شوند تا در آینده نیز به‌عنوان مکملی اثربخش برای آموزش حضوری در نظر گرفته شده و باعث رشد، ارتقاء قابلیت‌ها و تقویت برنامه درمانی دانش‌آموزان با اختلالات یادگیری ویژه شود.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه مدیران و مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری شهر تهران که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تجارب آنان نیز مرتبط است. تا زمانی که آموزش مجازی به‌عنوان واقعیت مورد پذیرش قرار نگیرد. چگونگی استفاده صحیح از آن، جهت کاهش چالش‌های غیرسازنده آن کافی نیست. از این رو، نیاز به تغییر نگرش در مورد آموزش مجازی برای مربیان امری ضروری است. از دیگر مسائل مطرح شده توسط مربیان موضوع ارتباط آنان با والدین و میزان آگاهی، دانش و نظارت آنها بر آموزش‌های مجازی فرزندانشان خود بود. در آموزش‌های مجازی نقش والدین نسبت به آموزش حضوری افزایش می‌یابد و لازم است که والدین آگاهی و تسلط بیشتری داشته باشند لیکن مربیان در این خصوص با مشکلات عمده‌ای مواجه بودند.

از دیگر نتایج مهم پژوهش حاضر چالش‌های سازنده آن از جمله: فرصت‌های آموزشی، ایجاد فرصت یادگیری، اهمیت و کاهش هزینه‌ها بود که مربیان اختلالات یادگیری ویژه به آنها اشاره داشتند. امکان فرصت ارتقاء سطح علمی و سواد رسانه‌ای، ایجاد احساس مثبت در مربیان و اعتماد به نفس، کمک به فرصت یادگیری بیشتر به دانش‌آموزان، به اشتراک‌گذاری ایده‌ها و تمرینات خلاقانه بین مربیان مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری سطح کشور از جمله فرصت‌هایی بود که برخی مربیان به آن اشاره داشتند. به عبارتی آموزش‌های مجازی می‌تواند فرصتی برای تعمیق یادگیری و تفکر برای مربیان ایجاد نماید و شاید این امر حاکی از ویژگی‌های آموزش مجازی می‌باشد که پژوهشگران در پژوهش‌های خود به آن اشاره نموده‌اند. براون و همکاران^۱ (۲۳) معتقدند آموزش مجازی دارای انعطاف‌پذیری در آموزش است. لانگفورد و دمسا^۲ بر ویژگی سرعت در آموزش مجازی اشاره دارند. یکی از فرصت‌های مهم آموزش مجازی در دوران کرونا برقراری ارتباط مجازی سریع و آسان با یکدیگر است که والدین و دانش‌آموزان می‌توانند با کمترین هزینه و زمان با مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری در ارتباط باشند و تعامل بهتری بین مرکز و خانه ایجاد می‌شود. در رابطه با همین مسئله پژوهش کرامبی، استندن و براون^۳ (۲۴) نشان می‌دهد که محیط‌های آموزش مجازی این امکان را برای دانش‌آموزان با اختلالات یادگیری ویژه ایجاد می‌کند که بدون تحمل پیامدهای واقعی اشتباهات خود را بپذیرند. همچنین محمدی و همکاران^۴ (۲۵) در پژوهش خود با عنوان واکاوی تجارب والدین دانش‌آموزان دوره اول ابتدایی از چالش‌های آموزش مجازی به این نتیجه رسیدند که طراحی زیرساخت‌های

1. Brown et al

2. Langford and Damsa

3. Cromby, Standen & Brown

References

- Garfin DR, Silver RC, Holman EA. The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health psychology*. 2020; 39(5):355.
- Sajed AN, Amgain K. Corona virus disease (COVID-19) outbreak and the strategy for prevention. *Europasian Journal of Medical Sciences*. 2020; 2(1):1-3.
- Abu al-Ma'ali al-Husseini, Khadijeh. Psychological and educational consequences of coronary heart disease in students and strategies to deal with them. *Journal of Educational Psychology*, 2020; 16 (55): 157-193. [Persian].
- Harris A, Jones M. COVID 19—school leadership in disruptive times. *School Leadership & Management*. 2020; 40(4):243-7.
- Viner RM, Russell SJ, Croker H, Packer J, Ward J, Stansfield C, Mytton O, Bonell C, Booy R. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2020; 4(5):397-404.
- Alborzi M, Mohammadi M, Naseri Jahromi R, Safari M, Mirghafari F, The experiences of primary school teachers from the challenges of changing traditional education to virtual education during the coronavirus outbreak, *Learning and Education Studies*, 2021; 13 (1): 1-19.[Persian].
- Verkuyl M, Hughes M. Virtual gaming simulation in nursing education: A mixed-methods study. *Clinical Simulation in Nursing*. 2019; 29:9-14.
- Hajizadeh A, Azizi Q, Kayhan J. Analyzing the opportunities and challenges of e-learning in the Corona era: An approach to the development of e-learning in the post-corona. *Teaching Research*, 2021; 9 (1): 204-174. [Persian].
- Anas A. Perceptions of Saudi students to blended learning environments at the University of Bisha, Saudi Arabia. *Arab World English Journal (AWEJ) Special Issue on CALL*. 2020 Jul(6).
- Salimi S, Fardin M. The role of coronavirus in e-learning, with emphasis on opportunities and challenges. *Scientific Quarterly of Research in School and Virtual Learning*, 2020; 8 (2): 49-60. [Persian].
- Alipour A, Ghadami A, Alipour Z, Abdollahzadeh H. Preliminary validation of the Corona Anxiety Scale (CDAS) in an Iranian sample. *Journal of Health Psychology*, 2020; 8 (32): 163-175. [Persian].
- Rahbar Karbasdehi E. Impact of Coronavirus 2019 on Students with Special Needs. 2021; 29 (5) :3693-3697.[Persian].
- Scanlon D. Specific learning disability and its newest definition: which is comprehensive? And which is insufficient?. *Journal of learning disabilities*. 2013;46(1):26-33.
- Geary DC. Mathematical disabilities: Reflections on cognitive, neuropsychological, and genetic components. *Learning and individual differences*. 2010;20(2):130-3.
- Sangani A., happy time N, Homayouni A. The mediating role of sensory processing patterns in the relationship between parenting styles and learning disabilities in children. *Psychology of Exceptional People*. 2021; 11 (41):54-69. [Persian].
- Chenari S., Adib Y., Abedini Z. Investigating the lived experience of educators of children with special learning disabilities: A qualitative phenomenological study. *Learning Disabilities*.2021; 10 (3): 33-51. [Persian].
- Dixson MD. Creating effective student engagement in online courses: What do students find engaging?. *Journal of the Scholarship of Teaching and Learning*. 2010;34(5):32-45.
- Asri DN, Cahyono BE, Trisnani RP. Early reading learning for special needs students: challenges on inclusive primary school during COVID-19 pandemic. *Linguistics and Culture Review*. 2021;5(S1): 62-74.
- Reich J, Buttmer CJ, Fang A, Hillaire G, Hirsch K, Larke LR, Littenberg-Tobias J, Moussapour RM, Napier A, Thompson M, Slama R. Remote learning guidance from state education agencies during the COVID-19 pandemic: A first look.
- Becker SP, Breaux R, Cusick CN, Dvorsky MR, Marsh NP, Sciberras E, Langberg JM. Remote learning during COVID-19: examining school practices, service continuation, and difficulties for adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Adolescent Health*. 2020;67(6):769-77.
- Mehall S. Purposeful Interpersonal Interaction in Online Learning: What Is It and How Is It Measured?. *Online Learning*. 2020; (1):182-204.
- Sharifi M, Faqihi A. E-learning evaluation plan in girls' secondary schools in the second district of Arak in terms of teachers, management and students and ways to improve it. *E-learning evaluation plan in schools*. 2015; 4 (2): 32-24. [Persian].
- Cromby J, Standen P, Brown D. Using virtual environments in special education.VR in the Schools.1995;1(3):1-4.
- Amrullah O, Azadi Ahmadabadi AH, Barriers to Virtual Implementation of the Official Curriculum of the Country during the Global Corona Outbreak, *Journal of Curriculum Studies*, 2021; 16 (61): 1-26.[Persian].
- Mohammadi M, Keshavarzi F, Naseri Jahromi R, Naseri Jahromi R, Hesampoor Z, Mirghafari F, Ebrahimi Sh. Analyzing the Parents' Experiences of First course Elementary School Students from the Challenges of Virtual Education with Social Networks in the Time of Coronavirus Outbreak. 2020; 7 (40): 12-24. [Persian].

مقایسه ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی مادران کودکان نایینا و ناشنوا

- عزت‌اله قدم‌پور، استاد گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران
- حافظ پادروند*، دانشجوی دکتری روان شناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران
- مسلم قبادیان، استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، خرم‌آباد، ایران
- میثم صادقی، استادیار روان سنجی، گروه روان شناسی شناختی، مؤسسه آموزش عالی علوم شناختی، ایران
- اکبر رضایی فرد، استادیار، دانشگاه فرهنگیان شهید رجایی، شیراز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۹/۲۹ • تاریخ انتشار: خرداد و تیر ۱۴۰۱ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۴۹ - ۵۶

چکیده

زمینه و هدف: بعد از تشخیص آسیب در کودکان، خانواده‌های آنها اغلب احساس‌هایی مانند شوک، سردرگمی، خشم، افسردگی، ناامیدی، احساس گناه، طرد، خجالت، احساس بی‌دفاعی و تنهایی را تجربه می‌کنند. هدف از این پژوهش مقایسه ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی مادران فرزندان ۱۲-۷ سال نایینا و ناشنوی شهر خرم‌آباد بود.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران دارای فرزند ۱۲-۷ سال نایینا و ناشنوی شهر خرم‌آباد در سال ۱۴۰۰ بود. از میان جامعه آماری، تعداد ۵۰ مادر دارای فرزند نایینا و ۵۰ مادر دارای فرزند ناشنوا به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌های پژوهش از مقیاس ذهن آگاهی براون و ریان (۲۰۰۳) و پرسشنامه سرسختی روان شناختی لانگ و گولت (۲۰۰۳) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که مادران فرزندان نایینا نسبت به مادران فرزندان ناشنوا از ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی بیشتری برخوردارند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت که وجود فرزند ناشنوا ممکن است با مشکلات روان شناختی چون: ذهن آگاهی پایین و سرسختی روان شناختی در مادران آنان همراه باشد.

واژه‌های کلیدی: ذهن آگاهی، سرسختی روان شناختی، نایینا، ناشنوا

مقدمه

وجود کودک با نیازهای ویژه می تواند اثرات عمیقی بر روی نحوه ی ارتباط یکایک افراد خانواده با هم داشته باشد (۱). بعد از تشخیص آسیب در کودکان، خانواده های آنها اغلب احساس هایی مانند شوک، سردرگمی، خشم، افسردگی، ناامیدی، احساس گناه، طرد، خجالت، احساس بی دفاعی و تنهایی را تجربه می کنند، بویژه زمانی که آسیب فرزندان به دلیل محرومیت از حس شنوایی و بینایی باشد. به نظر می رسد که این آسیب پذیری در خانواده ها بیشتر است، زیرا بینایی و شنوایی به عنوان دو کانال حسی در ارتباط با دنیای بیرون نقش حیاتی را ایفا می کنند (۲). در این میان، آسیب پذیری مادران نسبت به سایر اعضای خانواده بیشتر است (۳). یکی از مهم ترین دلایل آسیب پذیری بیشتر مادران نسبت به سایر اعضای خانواده، این است که مادران وقت بیشتری را صرف کودکان نموده و حضور آنها در خانه و محیط خانوادگی بسیار بیشتر از پدران است (۴). مادرانی که دارای فرزند با اختلالات ذهنی و جسمی هستند، چالش های ذهنی و اجتماعی را تجربه می کنند (۵).

از جمله متغیرهای روان شناختی که ممکن است در مادران دارای فرزندان نابینا و ناشنوا با محدودیت و مشکل همراه باشد، ذهن آگاهی^۱ است. ذهن آگاهی، هشیاری غیر قضاوتی، غیر قابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه ای است که در یک لحظه ی خاص در محدوده ی توجه یک فرد قرار دارد؛ علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یادشده و پذیرش آن را نیز شامل می شود (۶). در تعریفی دیگر، ذهن آگاهی فنی است که در ترکیب با مراقبه و جهت گیری های ذهنی خاص نسبت به یک تجربه، آگاه شدن نسبت به زمان حال، به نحوی غیر قضاوتی، با به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات را تشویق می کند (۷). مورگان و همکاران نشان داده اند که هر چه ذهن آگاهی افزایش یابد به موازات آن، آرامش، عملکرد انطباقی، توانایی های عاطفی، مهارت های ادراکی، مدیریت و مهار احساسات خود و دیگران و نیز کیفیت زندگی افراد، افزایش پیدا می کند؛ در نتیجه وجود مهارت های ذهن آگاهی را می توان تضمین کننده سلامت روانی فرد دانست (۸).

تاکنون در پژوهشی به مقایسه ذهن آگاهی مادران دارای فرزند نابینا و ناشنوا پرداخته نشده است، با این حال، نتایج چندین پژوهش نشان می دهد که وجود آسیب های جسمانی و روانی با ضعف در ذهن آگاهی همراه هستند (۹). تبریزی و وحیدی در پژوهشی نشان دادند که مادران دانش آموزان با ناتوانی یادگیری در مقایسه با دانش آموزان عادی، ذهن آگاهی کمتری دارند (۱۰). بیات، مجدیان، گلپایگانی و رشادی در پژوهشی به این نتیجه رسیدند، مادرانی که کودکانشان روماتیسم دارند، دارای ذهن آگاهی پایینی نسبت به مادران کودکان عادی هستند (۱۱). کروسکا، میلر، روچ، کروسکا و اوهارا^۲ در مطالعه ای به این نتیجه دست یافتند که مادران دارای کودکان با مشکلات خاص، از ذهن آگاهی کمتری برخوردارند (۱۲).

همانگونه که بیان شد، وجود فرزند با نیازهای ویژه در خانواده با استرس ها و آسیب های روانی متعددی برای اعضای خانواده بویژه مادران همراه است. در این میان از جمله متغیری که می تواند تنیدگی ها و آثار نامطلوب آنها را تعدیل کند، سرسختی روان شناختی^۳ است (۱۳). سرسختی با سلامت جسمی و روانی رابطه مثبت دارد و به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی استرس را کاهش می دهد و از بروز اختلال های جسمی و روانی پیشگیری می کند (۱۴). سرسختی از جمله ویژگی های شخصیتی است که ابتدا مورد توجه کوباسا^۴ قرار گرفت. او سرسختی را مجموعه ای متشکل از ویژگی های شخصیتی می دانست که در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، به عنوان منبعی از مقاومت، به عنوان سپری محافظ عمل می کند (۱۵). مفهوم سرسختی، مفهومی بسیار مفید است که می تواند نشان دهد که فرد، حتی با داشتن یک فرزند معلول، می تواند سلامت روان خود را حفظ کند (۱۶). نتایج چندین پژوهش نشان می دهد که سرسختی روان شناختی با میزان آسیب ها و ناتوانی های جسمی و روانی در ارتباط است، برای نمونه: شعبان در پژوهشی نشان داد که نمرات سرسختی در دانش آموزان دختر نابینا بیشتر از دانش آموزان عادی است؛ بدین معنا که دانش آموزان نابینا از سرسختی بیشتری برخوردارند (۱۷). سعدی پور و همکاران در پژوهشی دریافتند که سرسختی روان شناختی در گروه کودکان با اختلال یادگیری خاص در مقایسه با گروه عادی کمتر

1. Mindfulness

2. Kroska, Miller, Roche, Kroska, & O'Hara

3. Psychological Hardiness

4. Kobasa

ابزارهای پژوهش

مقیاس ذهن آگاهی^۱: این مقیاس یک آزمون ۱۵ سوالی است که ریان و براون^۲ آن را به منظور سنجش سطح هشجاری و توجه نسبت به رویدادها و تجارب جاری در زندگی روزمره ساختند. سوال‌های آزمون سازه ذهن آگاهی را در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (تقریباً همیشه) تا ۶ (تقریباً هرگز) می‌سنجد. این مقیاس یک نمره کلی برای ذهن آگاهی به دست می‌دهد که دامنه آن از ۱۵ تا ۹۰ متغیر بوده و نمره بالاتر نشان دهنده ذهن آگاهی بیشتر است (۲۱). همسانی درونی سوال‌های آزمون براساس ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۲). در پژوهش حاضر ضریب پایایی به دست آمده برای این مقیاس برابر با ۰/۷۹ بود.

پرسشنامه سرسختی روان شناختی لانگ و گولت^۳: این پرسشنامه خودگزارشی دارای ۴۱ سؤال است که بر اساس مفهوم سرسختی روان شناختی دارای ۳ خرده مقیاس تعهد، کنترل و چالش جویی است. عبارات پرسشنامه بر مبنای مقیاس لیکرت ۵ قسمتی از نمره ۱ به منزله کاملاً مخالف تا نمره ۵ به منزله کاملاً موافق نمره‌گذاری می‌شود. ۱۵ عبارت به صورت منفی نمره‌گذاری می‌شود. در مطالعه لانگ و گولت نتایج مربوط به سنجش پایایی مقیاس نشان داد که همبستگی بین نمرات کلی در پرسشنامه و همچنین نمره آزمودنی در خرده مقیاس‌های پرسشنامه در حد متوسط تا بالایی بوده و در مورد پایایی مربوط به بازآزمایی نیز ضریب همبستگی بین اجرای اول و دوم پرسشنامه $r=0.73$ بود. روشن و شاکری در پژوهشی به بررسی پایایی این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۵۵۰ نفری از دانشجویان دانشگاه‌های تهران، شاهد و شهید بهشتی پرداختند، نتیجه پژوهش آنان میزان پایایی به دست آمده را برابر با ۰/۸۷ گزارش نمودند (۲۳). در پژوهش حاضر میزان پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ بود.

روش اجرا

به منظور اجرای پژوهش، ابتدا به سازمان بهزیستی استان لرستان مراجع شد، بعد از توضیح اهداف و اجرای پژوهش،

است (۱۸). در پژوهشی مشابه، ادیبی به این نتیجه رسید که سرسختی روان شناختی مادران دارای فرزندان با و بدون ناتوانی یادگیری با هم دارای تفاوت معنادار است (۱۹). مددی در پژوهشی نشان داد که سرسختی روان شناختی رابطه منفی با افسردگی و اضطراب دارد (۲۰).

وجود فرزند با نیازهای ویژه در خانواده اثرات منفی و جبران‌ناپذیری را بر پیکره این نهاد اجتماعی برجا می‌گذارد. در این میان، مادر به دلیل نقش‌های زیادی که دارد، بیشتر در معرض ابتلا به آسیب‌های روان شناختی قرار دارد. از طرفی، مطالعات مختلف نشان داده‌اند که ضعف در ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی با آسیب‌های روان شناختی رابطه دارد. بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که مادران دارای فرزندان نایینا و ناشنوا ممکن است همانند دیگر گروه‌های دارای آسیب، در ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی با ضعف و محدودیت‌هایی همراه باشند. با این وجود، تاکنون در پژوهشی به بررسی و مقایسه ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی مادران دارای فرزندان نایینا و ناشنوا پرداخته نشده است. از این رو، هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی مادران فرزندان ۱۲-۷ سال نایینا و ناشنوی شهر خرم‌آباد بود.

روش

روش این پژوهش توصیفی و از نوع علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران دارای فرزند ۱۲-۷ سال نایینا و ناشنوی شهر خرم‌آباد در سال ۱۴۰۰ بود. از میان جامعه آماری تعداد ۵۰ مادر دارای فرزند نایینا و ۵۰ مادر دارای فرزند ناشنوا به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ملاک ورود شرکت‌کنندگان عبارت بود از جنسیت زن، دامنه سنی بین ۴۰-۲۰ سال، داشتن فرزند نایینا و ناشنوا در دامنه سنی ۱۲-۷ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در آزمون. ملاک خروج شامل: عدم همکاری مناسب والدین در پاسخگویی کامل به پرسش‌های پرسشنامه‌ها بود.

1. Mindfulness

2. Kroska, Miller, Roche, Kroska, & O'Hara

3. Psychological Hardiness

4. Kobasa

روش تجزیه و تحلیل

اطلاعات پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شدند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها به کمک شاخص‌های توصیفی و تحلیل واریانس چندمتغیری مانوا و آزمون تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند. برای مؤلفه‌های سخت رویی با توجه به اینکه ابعاد یک متغیر می‌باشند از تحلیل واریانس مانوا برای مقایسه استفاده شد و برای ذهن‌آگاهی با در نظر گرفتن تک مؤلفه‌ای بودن آن از آزمون تی مستقل برای مقایسه استفاده شد.

پرونده افرادی که با آسیب بینایی و شنوایی و در دامنه سنی ۷-۱۲ بودند، در اختیار پژوهشگران قرار گرفت. سپس به منظور اجرای پرسشنامه‌های پژوهش، مادران این فرزندان شناسایی شدند و در ادامه ضمن کسب رضایت و آگاه نمودن مادران از اهداف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات پژوهش و یافته‌های آن، پرسشنامه‌های ذهن‌آگاهی و سرسختی روان‌شناختی در اختیار آنان قرار گرفت و از آنان خواسته شد که به تمامی پرسش‌های پرسشنامه‌ها جواب بدهند. در پایان، تمامی پرسشنامه‌های تکمیل شده جهت تجزیه و تحلیل از شرکت‌کننده‌ها اخذ شد.

یافته‌ها

در جدول (۱) یافته‌های جمعیت‌شناختی افراد گروه‌های مورد مطالعه گزارش شده است.

جدول (۱) یافته‌های جمعیت‌شناختی به تفکیک دو گروه مادران کودکان نابینا و مادران کودکان ناشنوا

متغیر	فراوانی گروه مادران کودکان نابینا	درصد	فراوانی گروه مادران کودکان ناشنوا	درصد
سن	۲۹-۲۰ سال	۱۹	۲۱	۴۲
	۴۰-۳۰ سال	۳۱	۲۹	۵۸
تحصیلات	دیپلم و فوق دیپلم	۲۹	۳۱	۶۲
	لیسانس	۱۴	۱۳	۲۶
	فوق لیسانس و بالاتر	۷	۶	۱۲

۲۰ تا ۲۹ سال (۵۸ درصد) و ۲۹ نفر، ۳۰ تا ۴۰ سال (۵۸ درصد) بودند. در جدول (۲) یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد که در گروه مادران کودکان نابینا ۱۹ نفر، ۲۰ تا ۲۹ سال (۳۸ درصد) و ۳۱ نفر، ۳۰ تا ۴۰ سال (۶۲ درصد) هستند، اما در گروه مادران کودکان ناشنوا ۲۱ نفر،

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی متغیرهای ذهن‌آگاهی و سرسختی روان‌شناختی در گروه‌های پژوهش

گروه	متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
مادران کودکان ناشنوا	ذهن‌آگاهی	۵۱٫۸۰	۴٫۴۵	-۰٫۲۵	-۰٫۳۳
	تعهد	۲۹٫۴۰	۴٫۷۳	-۰٫۲۱	-۱٫۱۰
	کنترل	۲۶٫۱۶	۴٫۸۷	۰٫۸۱	۰٫۴۱
مادران کودکان نابینا	چالش‌جویی	۳۰٫۵۶	۶٫۲۰	۰٫۳۸	-۰٫۹۶
	ذهن‌آگاهی	۵۷٫۸۴	۴٫۶۸	-۰٫۷۴	۰٫۲۰
	تعهد	۳۲٫۹۲	۶٫۴۰	-۰٫۰۶	-۱٫۳۵
	کنترل	۳۲٫۹۲	۶٫۳۶	-۰٫۶۳	-۰٫۷۱
	چالش‌جویی	۳۳٫۰۰	۴٫۵۴	۰٫۱۱	-۱٫۱۷

نرمال پیروی می‌کنند. برای بررسی تفاوت مادران کودکان نابینا و ناشنوا در ذهن آگاهی از آزمون t دو نمونه مستقل استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ذهن آگاهی در دو گروه معنادار به دست نیامد ($p > 0.05$)، $F = 0.88$. این یافته نشان می‌دهد که واریانس این متغیر در گروه‌ها همگن می‌باشد. بنابراین در جدول (۱)، نتایج آزمون t دو نمونه مستقل با پیش فرض برابری واریانس‌ها گزارش شده است.

بر اساس نتایج جدول (۲)، نمرات میانگین نمرات متغیرهای ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی در گروه مادران کودکان نابینا نسبت به گروه مادران کودکان ناشنوا بیشتر است. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس و تی مستقل، پیش فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو ویلک انجام شد. این پیش فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع عادی در جامعه برابر با صفر است. نتایج این آزمون نشان داد که تمام آنها از توزیع

جدول ۳) شاخص‌های توصیفی گروه‌ها در متغیر ذهن آگاهی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری
مادران کودکان ناشنوا	۵۰	۵۱٫۸۰	۴٫۴۵	۶٫۴۰	۶٫۶۲	۹۸	۰۰۰۱.
مادران کودکان نابینا	۵۰	۵۷٫۸۴	۴٫۶۷				

برابر می‌باشد. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه ناشنوا و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($\text{Box } M = 3.73, F = 0.49, p = 0.78$). پس از بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در مؤلفه‌های سخت‌رویی تفاوت معناداری وجود دارد ($\text{Wilk's Lambda} = 0.72, F_{3,98} = 12.39, p < 0.001$). برای بررسی این که گروه ناشنوا و کنترل در کدام یک از مؤلفه‌های سخت‌رویی با یکدیگر تفاوت دارند، در جدول (۴) نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری گزارش شده است.

با توجه به جدول (۳)، در ذهن آگاهی میانگین ذهن آگاهی مادران کودکان نابینا (۵۷/۸۴) به صورت معناداری بیشتر از میانگین ذهن آگاهی مادران کودکان ناشنوا (۵۱/۸۰) است ($t = 6.62, df = 98, p < 0.001$). برای بررسی تفاوت مادران فرزندان نابینا و ناشنوا در مؤلفه‌های سخت‌رویی از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مؤلفه‌های تعهد ($F_{1,98} = 3.06, p \leq 0.08$)، کنترل ($F_{1,98} = 2.98, p \leq 0.10$) و چالش‌جویی ($F_{1,98} = 2.19, p \leq 0.34$) در گروه‌ها

جدول ۴) نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری تفاوت گروه ناشنوا و کنترل در مؤلفه‌های سخت‌رویی

مؤلفه	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	F	p	اندازه اثر
تعهد	ناشنوا	۲۹٫۴۰	۳٫۵۲	۱٫۱۲	۹٫۷۸	۰٫۰۰۱	۰٫۱۰
	نابینا	۳۲٫۹۲					
کنترل	ناشنوا	۲۶٫۱۶	۶٫۷۶	۱٫۱۳	۳۵٫۶۱	۰٫۰۰۱	۰٫۲۷
	نابینا	۳۲٫۹۲					
چالش‌جویی	ناشنوا	۳۰٫۵۶	۲٫۴۴	۱٫۰۸	۶٫۰۵	۰٫۰۰۹	۰٫۰۸
	نابینا	۳۳٫۰۰					

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد، تفاوت بین دو گروه در سرسختی روان‌شناختی تأیید می‌شود. همانگونه که از نتایج این جدول ملاحظه می‌شود سطح معناداری حاصل شده برای مؤلفه‌های سرسختی روان‌شناختی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۱۷ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۳ متغیر وابسته) کوچکتر می‌باشد. میزان تأثیر متغیر مستقل «معنادار بودن عملی» برای کل مؤلفه‌ها ۰/۴۶ بوده است، یعنی ۴۶ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در سرسختی روان‌شناختی مربوط به نوع فرزند بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه ذهن‌آگاهی و سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان ۷-۱۲ سال نابینا و ناشنوی شهر خرم‌آباد انجام شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل پژوهش نشان داد که بین ذهن‌آگاهی مادران دارای کودکان نابینا و ناشنوا تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارت دیگر مادران دارای کودکان نابینا از ذهن‌آگاهی بیشتری نسبت به مادران دارای کودکان ناشنوا برخوردارند. تاکنون در پژوهشی به مقایسه ذهن‌آگاهی مادران دارای کودکان نابینا و ناشنوا اشاره نشده است. با این وجود، نتایج حاصل از این یافته پژوهش را می‌توان به نوعی همسو با یافته‌های تیریزچی و وحیدی (۱۰) که نشان دادند مادران دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری در مقایسه با دانش‌آموزان عادی، ذهن‌آگاهی کمتری دارند؛ بیات، مجدیان، گلپایگانی و رشادی (۱۱) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که مادران دارای کودکان دچار رماتیسم دارای ذهن‌آگاهی پایینی نسبت به مادران کودکان عادی هستند و کروسکا، میلر، روچ، کروسکا و اوهار (۱۲) که در مطالعه‌ای یافتند مادران دارای کودکان با مشکلات خاص، از ذهن‌آگاهی کمتری برخوردارند، دانست. نتایج هر یک از پژوهش‌های ذکر شده نشان دادند که ذهن‌آگاهی مادران به میزان اختلال و آسیب فرزندان آنان در ارتباط است. در تبیین این یافته پژوهشی می‌توان چنین استنباط نمود که مادران دارای فرزندان ناشنوا از آنجا که هرگز از کارکرد فرزندان خود راضی نمی‌شوند، و نسبت به این مسائل احساس گناه می‌کنند و به نوعی خود را مقصر می‌دانند، که کودکان آنها نمی‌توانند استانداردها و معیارهای آنها را برآورده سازند، دچار شکست و ناکامی می‌شوند. تمامی این عوامل در پائین آمدن

نمره ذهن‌آگاهی و سلامت روان آنها دخیل است (۲۴). همچنین می‌توان گفت که احتمالاً وجود فرزندان با اختلال شنوایی به دلیل دشواری در برقراری ارتباط با دیگر اعضای خانواده، منبع تنیدگی برای مادران محسوب می‌شوند که عامل کاهش سلامت روان‌شناختی در آنان است. وضعیت خاص افراد ناشنوا موجب می‌شود مادران آنها بسیار بیشتر از دیگر اعضای عادی خانواده برایشان وقت اختصاص دهند و به همین دلیل کمتر فرصت پرداختن به علائق شخصی، فعالیت‌های اجتماعی و افزایش مهارت‌ها را دارند، و مجموع این شرایط به ذهن‌آگاهی پائین در مادران منجر می‌شود (۱۰).

در ادامه نتیجه دیگر پژوهش نشان داد که بین سرسختی روان‌شناختی مادران دارای کودکان نابینا و ناشنوا تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر میزان سرسختی روان‌شناختی مادران دارای کودکان نابینا نسبت به مادران دارای کودکان ناشنوا بالاتر است. نتایج این فرضیه پژوهش به نوعی با یافته‌های شبان (۱۷) که نشان داد نمرات سرسختی در دانش‌آموزان دختر نابینا بیشتر از دانش‌آموزان عادی است؛ سعدی‌پور و همکاران (۱۸) که نشان دادند سرسختی روان‌شناختی در گروه اختلال یادگیری خاص در مقایسه با گروه عادی کمتر است؛ ادیبی (۱۹) که نشان داد سرسختی روان‌شناختی مادران دارای کودکان با و بدون ناتوانی یادگیری با هم دارای تفاوت معنادار است و مددی (۲۰) که نشان داد سرسختی روان‌شناختی رابطه منفی با افسردگی و اضطراب دارد، همسو است. در تبیین این یافته پژوهش می‌توان چنین گفت که شاخص‌های سلامت روان مانند امید به زندگی، جهت‌گیری مثبت، خوش‌بینی برون‌گرایی، احساس خودکارآمدی، رضایت بالا از زندگی، اعتماد به نفس که همگی به عنوان عوامل محافظ در سرسختی روان‌شناختی شناخته می‌شوند، در مادران دارای فرزند ناشنوا در مقایسه با مادران دارای فرزند نابینا پایین‌تر است و در مقابل عوامل خطرزا مانند فشار روانی، اضطراب و استرس، باورهای غیرمنطقی در این افراد بالا است که این دو عامل با هم میزان سرسختی روان‌شناختی و مقاومت‌پذیری را مشخص می‌کنند (۲۵). در تبیینی دیگر می‌توان استدلال کرد که در موضوعاتی مانند حرمت خود، شایستگی و استحکام شخصی، تحمل عواطف منفی، مهارگری و معنویت با شاخص‌های سلامت و آسیب‌پذیری روان‌شناختی و همچنین توان اجتماعی، توانمندی در حل مسئله، خودگردانی و احساس هدف‌مندی و باور به آینده‌های روشن که همگی به نوعی سازه

References

1. Bhatia M, Bhatia S, Gautam P, Saha R, Kaur J. Burden assessment, psychiatric morbidity and their correlates in caregivers of patients with intellectual disability. *J East Asian Archive of Psychiatry*. 2015; 25(4): 63 -159.
2. Da Paz, N. S., & Wallander, J. L. (2017). Interventions that target improvements in mental health for parents of children with autism spectrum disorders: A narrative review. *Clinical psychology review*, 51, 1-14.
3. Wood S, Bhatnagar S. Resilience to the effects of social stress: Evidence from clinical and preclinical studies on the role of coping strategies. *J Neurobiology of Stress*. 2015; 1 (4):164-173.
4. Madeleine S, Jenna H, Angela V, Barbara F. Family resiliency: A neglected perspective in addressing obesity in young children. *Childhood Obesity*. 2015; 11 (6): 664-673.
5. Caruso, J. M. (2017). Stress, Anxiety, and Depression Experienced by Parents of Children with Special Needs and Self-Care Techniques (Doctoral dissertation, College of Saint Elizabeth).
6. Janowski K, Łucjan P. P-133-Worry and mindfulness: the role in anxiety and depressive symptoms. *European Psychiatry*. 2012; 27(S1):1-15.
7. Potek R. Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation: New York University; 2012.
8. Morgan NL, Ransford GL, Morgan LP, Driban JB, Wang C. Mindfulness is associated with psychological symptoms, self-efficacy, and quality of life among patients with symptomatic knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2013; 21: S257-258.
9. Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2011). Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 5, 1116-1119.
10. Tabrizchi, N., Vahidi, Z. (2016). Comparing emotional regulation, mindfulness and psychological well-being in mothers of students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*. 4 (4), 124-118. [Persian]
11. Bayat, B., Majdian, W., Golpayegani, F., Rashadi. H. (2019). Comparing self-compassion, mental vitality and mindfulness in the mothers of the children with rheumatism and the mothers of normal ones. *Family Pathology, Counseling & Enrichment*. 5 (1), 91-106. [Persian]
12. Kroska, E.B., Miller, M.L., Roche, A.I., Kroska, S.K., O'Hara, M.W. (2018). Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *Journal of Affective Disorder*, 225: 326-336.

روان شناختی سرسختی را افزایش می دهند، مادران دارای فرزند ناشنوا نسبت به مادران دارای فرزند نابینا ضعیف تر هستند. به طوری که همین عوامل، می توانند سرسختی کم را در مادران دارای فرزند ناشنوا توجیه کند (۲۶). اما مانند هر پژوهشی، پژوهش حاضر نیز با محدودیت هایی همراه بود که وجود آنها، تعمیم نتایج به دست آمده را نیازمند احتیاط بیشتری می نماید. از جمله دامنه این پژوهش تنها محدود به مادران دارای فرزند نابینا و ناشنوا بود، این پژوهش در شهر خرم آباد انجام شد، تنها ابزار مورد استفاده پرسشنامه بود که ممکن است در پاسخگویی به پرسش های این مقیاس ها سوگیری وجود داشته است. بنابراین پیشنهاد می شود ضمن اجرای این پژوهش در بین مادران دیگر گروه های دارای فرزندان با آسیب های جسمانی و روان شناختی، از ابزارهای بالینی دیگر همچون: مصاحبه، مشاهده و ... جهت سنجش و تشخیص متغیرهای روان شناختی این گروه از مادران استفاده شود. نتایج این پژوهش نشان داد که مادران دارای فرزند ناشنوا نسبت به مادران دارای فرزند نابینا از ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی پایین تری نسبت به مادران دارای فرزند نابینا برخوردار هستند، با توجه به نتایج این پژوهش به مشاوران و روان شناسان توصیه می شود که در جلسات مشاوره خود با مادران این کودکان، با ارائه آموزش هایی، به تقویت ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی آنان اقدام نمایند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می دانند که نهایت تشکر خود را از مادران عزیز که دارای فرزندان نابینا و ناشنوا بودند، اعلام دارند که علی رغم مشغله های کاری فراوان، با شرکت در این پژوهش، ما را در انجام آن یاری نمودند.

تعارض منافع

بین نویسندگان این پژوهش هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

13. Morgan JK, Brown J, Bray RM. Resilience as a moderating factor between stress and alcohol-related consequences in the Army National Guard. *Addictive Behaviors*. 2018; 80: 22-7.
14. Babolan AZ, Ghasempour A, Hassanzade S. The role of forgiveness and psychological hardiness in prediction of hope. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2011; 12(3):45- 57. [Persian]
15. Kobasa SC. Hardiness, In H. Lindzey, M. Thapson and A. Spring (Eds.) *Psychology* (3rd ed). New York: Worgh Publishers; 1988.
16. Vance DE, Struzick TC, Masten J. Hardiness, successful aging, and HIV: Implications for social work. *Journal of Gerontological Social Work*. 2008; 51(3-4):260-83.
17. Shaban H. Comparative study of the relationship between self-esteem and psychological hardiness and self-efficacy in blind and normal secondary school female students in Tehran. [MA Thesis]. Tehran: Allameh Tabatabaei; 2012. [Persian].
18. Sadipour, I., Mirzaee Fandokht, O., Salmabadi, M., Safara, M. (2018). Comparison of Psychological Hardiness and Subjective Vitality between Ordinary Students and Students with Specific Learning Disorder. *Journal of Disability Studies*. 8: 80. [Persian]
19. Adeb, M. (2016). Comparison of psychological toughness and emotion regulation skills between mothers with children with learning disabilities and normal mothers. The Second International Congress on Community Empowerment in the Field of Counseling, Family and Islamic Education. [Persian]
20. Maddi, S. R. (2013). Hardiness as the Existential Courage to Grow Through Searching for Meaning. In *The Experience of Meaning in Life*, 227-239. Springer Netherlands.
21. Ryan RM, Brown KW. Addressing Fundamental Questions about Mindfulness. *Psychological Inquiry*. 2007; 18:272–281.
22. Chiesa A, Calati R, Serretti A. Does mind fulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuro psychological findings. *Clinical Psychology Review*. 2010; 10: 4-19.
23. Roshan, R., Shaker, R. (2010). Assessing the validity and reliability of a scale for measuring students' psychological toughness. *Scientific-Research Journal Of Shahed University*. 7 (40). 35-52. [Persian]
24. Junkin, S. E. (2007). *Yoga and self-esteem: exploring change in middle-age women* [Dissertation]. Saskatoon, Canada; University of Saskatchewan, 42-46.
25. Folkman S. *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*. Oxford University Press; 2010. 486 p.
26. Rostamoghli Z, Talebi Joybari M, Porzoor P. A comparison of attributional and resiliency style in students with specific learning disorders, blindness and normal. *Journal of learning disabilities*. 2015; 4(3):39-55. [Persian]

رابطه‌ی جو عاطفی خانواده و تنظیم شناختی هیجان با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در دانش‌آموزان

- **راحله فیروزی***، کارشناس گفتاردرمانی، دکتری روان‌شناسی عمومی، اداره آموزش و پرورش استثنایی، آمل، مازندران، ایران
- **امین حسین‌نژاد**، دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه فرهنگیان، رشت، گیلان، ایران
- **عاطفه زراست‌وند**، استادیار، دانشکده مدیریت و روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی بصیر کوثر آبیگ، قزوین، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۲۳ ● تاریخ انتشار: خرداد و تیر ۱۴۰۱ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۵۷ - ۶۸

چکیده

زمینه و هدف: شرایط تنش‌آور در محیط خانواده و نارسایی در تنظیم شناختی هیجان می‌تواند در ایجاد اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در نوجوانان نقش داشته باشد. بنابراین توجه به این موارد می‌تواند از بروز اختلالاتی همچون اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی پیشگیری کند. هدف این پژوهش، بررسی رابطه‌ی جو عاطفی خانواده و تنظیم شناختی هیجان با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بود.

روش: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم شهر آمل در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بود. حجم نمونه، ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد که از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. داده‌های پژوهش به وسیله‌ی مقیاس روابط عاطفی اعضای خانواده (هیل برن، ۱۹۶۴)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارفنسکی، کریچ و اسپینهوون، ۲۰۰۱) و مقیاس خودسنجی اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی بزرگسالان جمع‌آوری شدند. داده‌های جمع‌آوری شده به وسیله‌ی آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که بین جو عاطفی خانواده و راهبردهای مثبت تنظیم هیجان با نشانه‌های نارسایی توجه / بیش‌فعالی رابطه منفی و معنادار و بین راهبردهای منفی تنظیم هیجان با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان دریافت که جو عاطفی خانواده و تنظیم شناختی هیجان در بروز نشانه‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی نقش دارد. بنابراین، می‌توان در درمان کودکان و نوجوانان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی به فضا و جو عاطفی خانواده توجه نمود و مورد مداخله قرار گیرد. همچنین درمانگران، آموزش راهبردهای تنظیم شناختی را در درمان این کودکان، مدنظر قرار دهند.

واژه‌های کلیدی: اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، تنظیم شناختی هیجان، جو عاطفی خانواده، دانش‌آموزان

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۱، یک اختلال عصبی-تحوالی^۲ عمومی با شروع در کودکی است که با سطوح تحولی نامناسب، بیش‌فعالی، تکانشگری در حرکت، پاسخگویی هیجانی و اجتماعی و عدم مهار و بازداری توجه مشخص می‌شود (۱).

نشانه‌های اصلی این اختلال موجب آثار منفی و مخرب در اکثر زمینه‌های زندگی افراد مبتلا می‌شود. نارسایی توجه و بیش‌فعالی باعث می‌شود که این افراد در مقابل انفجار خشم، دلسردی، نوسانات خلقی و عدم اعتماد به خود، آسیب‌پذیر باشند. در نتیجه در تحصیل، موفقیت‌چندانی نداشته باشند و درس‌نخواندنشان باعث کشمکش آنها با معلمان و والدین‌شان می‌شود. اعضای خانواده فکر می‌کنند که این رفتارها عمدی و از روی لجبازی است و این‌گونه، رنج و خشم در خانواده ایجاد می‌شود. همچنین، افرادی که نشانه‌های بیش‌فعالی را بیشتر نشان می‌دهند، بیشتر در معرض طرد شدن از سوی دوستان و جراحات ناشی از تصادف قرار می‌گیرند و در دوست‌یابی مشکل دارند (۲).

پژوهشگران مختلف، عوامل گوناگون زیستی، خانوادگی، محیطی را برای سبب‌شناسی این اختلال، بررسی و عنوان نموده‌اند. خانواده، الگویی برای شکل‌گیری رفتار فرد در سنین کودکی و حتی نوجوانی می‌باشد. اهمیت و توجه و حفظ چنین ساختاری با در نظر گرفتن نقش روحی، روانی، عاطفی و اجتماعی و همچنین رفتاری خانواده و الگو برداری فرزندان در یک محیط عاطفی، به خصوص برای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مضاعف می‌باشد (۳). فضای عاطفی، کیفیت الگوی ارتباطی و ارزش‌های اساسی حاکم در خانواده، در نحوه شکل‌گیری پایه‌های شخصیتی و ویژگی‌های روانی-رفتاری اعضا، تأثیر ژرف و پایدار دارد. جو عاطفی خانواده^۳ به مجموع روابط و تعاملات عاطفی که بین اعضای یک خانواده وجود دارد؛ همانند بیان احساسات و علایق، نحوه ارتباط و طرز برخورد افراد با یکدیگر گفته می‌شود (۴). لازم است خانواده، محیط سالم و آرامی برای کودک باشد تا کودک فرصت کافی داشته

باشد تا چگونگی نحوه برخورد با مسائل و مشکلات اجتماعی را یاد بگیرد و بتواند از راه معقول به حل آنها بپردازد (۵). در این رابطه، پژوهشگران نشان داده‌اند که نحوه رفتار والدین و جو حاکم بر روابط والدین و فرزندان می‌تواند بر تحول جنبه‌های شناختی، عاطفی، اجتماعی و اخلاقی آنان تأثیر عمیقی داشته باشد (۶، ۷). در این راستا، سیگری-لیروس^۴ در پژوهشی نشان دادند که ادراک از فرزندپروری با رفتارهای خشونت‌آمیز و تعدی‌گری جنسی رابطه دارد (۸). همین‌طور پژوهش‌ها نشان داده‌اند که روابط والد-فرزند و عملکردهای والدینی در بروز رفتارهای ناسازگارانه و اختلالات روان‌شناختی در فرزندان تأثیر دارد. مارکوس و بکر^۵ در پژوهشی دریافتند که عملکرد والدینی (کنترل‌گری و حساسیت) با مشکلات رفتاری برون‌نمود کودکان رابطه دارد (۹).

بر اساس یافته‌های تان، کامراس، دنگ، ژانگ و لو^۶ استرس خانوادگی و ابعاد مختلف سبک فرزندپروری در رفتارهای سازگارانه در دختران مقطع پیش‌دستانی چینی نقش دارد (۱۰). اوتانی، سوزوکی، ماتسوموتو، انکیدو، شیراتا^۷ نیز بیان کردند؛ فرزندپروری کنترل‌کننده‌ی بدون عاطفه، با الگوی فعال درونی منفی از خود و دیگران، رابطه دارد (۱۱). موید و همکاران^۸ در پژوهش خود نشان دادند تعارضات خانوادگی و تعارضات والد-فرزند در مسائل رفتاری نوجوانان نقش دارد (۱۲). در رابطه با نقش فضای حاکم بر خانواده و کنش متقابل والد-فرزند در اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نیز برخی از پژوهشگران تأکید کرده‌اند که تجربه کودکی ناگوار مانند سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی و شاهد خشونت بین والدین بودن، می‌تواند با نشانه‌های بالاتر و بیشتر اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی رابطه داشته باشد (۱۳). همین‌طور فولر-تامسون و لویس^۹ در مطالعه خود نشان دادند که سوءاستفاده جسمی و سوءاستفاده جنسی با سطوح بالای نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی همراه است (۱۴).

نتایج پژوهش افضلی، قاسم‌زاده و هاشمی‌بخشی، نشان داد که مداخلات خانواده‌محور منجر به افزایش مهارت‌های اجتماعی و کاهش نشانه‌های بالینی بیش‌فعالی کودکان می‌شود (۱۵). همچنین یافته‌ها نشان می‌دهند که آموزش

1. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. Neurodevelopmental
3. Family Emotional Climate
4. Sigre-Leirós
5. Marquis & Baker

6. Tan, Camras, Deng, Zhang & Lu
7. Otani, Suzuki, Matsumoto, Enokido, Shirata T
8. Moed & et al
9. Fuller-Thomson & Lewis

همچنین یافته‌های پژوهش فرخزادی، خواجه‌وند خوشلی، محمدی، اکبرفهمی و علی‌بیگی نشان داد که تنظیم هیجان، باعث افزایش توجه در افراد با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌شود (۲۴). از طرفی می‌توان در نظر گرفت که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان که به‌عنوان رفتار مقابله‌ای برای کاهش اثرات شرایط و رویدادهای آسیب‌زا و استرس‌زا و هیجانات برخاسته از این رویدادها استفاده می‌شود، می‌تواند در این میان از اثرات شرایط آسیب‌زای محیط خانواده بکاهد (۲۵). کودکان بیش‌فعال به دلیل مشکلاتی چون پرتحرکی، بی‌قراری و کم‌توجهی تأثیرات عمیقی بر روابط خود با سایر اعضای خانواده و فضای کلی حاکم بر این محیط می‌گذارند. وجود این‌گونه رفتارها در کودک به بروز واکنش‌هایی چون پرخاشگری، تنبیهات جسمانی و احساس خصومت از جانب والدین نسبت به کودک می‌انجامد. این عکس‌العمل‌ها در نهایت منجر به حاد شدن مشکل کودک می‌شود و سطح سازگاری اجتماعی ایشان را کاهش می‌دهد (۲۶). همین‌طور، این اختلال با روابط خانوادگی ضعیف، اضطراب و افسردگی، پرخاشگری، مشکلات رفتاری و بزهکاری، مصرف مواد و رانندگی پرخطر همراه است (۲۷) و موجبات کاهش پیشرفت تحصیلی، گذراندن دوباره پایه تحصیلی، افت تحصیلی و ترک تحصیل را فراهم می‌کند (۲۸). از طرفی، پژوهش‌های به‌عمل آمده نشان داده‌اند که اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در ۴ تا ۱۰ درصد جمعیت کودکان شایع است (۲۹) و با توجه به اثرات ناگوار آن بر خانواده، روابط اجتماعی، وضعیت تحصیلی و شغلی آینده افراد مبتلا، نتایج حاصل از پژوهش حاضر می‌تواند از اثرات شرایط آسیب‌زای محیط خانواده بکاهد. همچنین می‌توان در درمان کودکان و نوجوانان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به فضا و جو عاطفی خانواده توجه نمود و آن‌را مورد مداخله قرار داد، بنابراین، پژوهش حاضر به این پرسش پاسخ می‌دهد که آیا بین جو عاطفی خانواده و تنظیم شناختی هیجان با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی رابطه وجود دارد؟

روش

روش مطالعه، توصیفی و از نوع همبستگی و به لحاظ هدف، کاربردی است. جامعه پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسری بود که در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ در دبیرستان‌های دولتی

رفتاری به مادران، موجب کاهش مشکلات رفتاری و علائم اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌شود. اهمیت توجه به الگوی رفتاری والدین، در این است که والدین با در نظر گرفتن پیامدهای نامطلوب برای رفتارهای تکانشی از قبیل پرخاشگری و قانون‌شکنی و در نظر گرفتن پیامدهای مطلوب برای رفتارهای درست، اهمیت تأخیر در تصمیم‌گیری را که برای انجام کارکردهای اجرایی حل مسئله از قبیل تفکر و نظم‌دهی به هیجانات در مقابل دیگران است را مورد تأکید قرار می‌دهند (۱۶).

بنابراین، با آموزش والدین می‌توان نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را در نوجوانان مدیریت کرد (۱۷). علی‌رغم تأکید پژوهشگران بر نقش خانواده در اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، کمتر پژوهشی نقش جو عاطفی خانواده را در این اختلال مورد بررسی قرار داده‌اند.

از دیگر متغیرهایی که در رابطه با انواع گوناگونی از اختلالات روانی در دو دهه اخیر مطرح شده است، تنظیم شناختی هیجان^۱ است. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، پاسخ‌های هشیار و ناهشیار شناختی به رویدادهای برانگیزاننده‌ی هیجان، به‌منظور تعدیل شدت و یا نوع تجربه‌های هیجانی شخص هستند (۱۸). مدیریت هیجانات به منزله‌ی فرآیندهای درونی و بیرونی‌ای است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی^۲ چون اضطراب و افسردگی آسیب‌پذیر سازد (۱۹، ۲۰). در واقع تنظیم هیجان، شبیه به تنظیم‌کننده تعادل است که می‌تواند هیجانات را تعدیل کند و آنها را در محدوده مهارگری نگه دارد، به طوری که شخص بتواند با آنها کنار بیاید (۲۱).

برخی پژوهشگران تأکید کرده‌اند که نارسایی در تنظیم شناختی هیجان می‌تواند در تشدید نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نقش داشته باشد (۲۲). در همین راستا، قاسم‌پور و رمضانی در پژوهشی نشان دادند که بین راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان نوجوانان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با نوجوانان عادی تفاوت معناداری وجود داشت، اما بین نمرات دو گروه در راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان، تفاوت معناداری وجود نداشت (۲۳).

1. Cognitive Emotion Regulation

2. Mental Health

از متوسط، حاکی از جو عاطفی ضعیف در بین افراد خانواده است. برای ارزیابی پایایی این آزمون، حقیقی و همکاران، از روی ماده‌های آزمون، اقدام به تهیه یک پرسشنامه ملاک کردند که به نوعی متفاوت، به ارزیابی حیطه‌های هشت‌گانه این مقیاس پرداختند؛ که پس از اجرای آن بر روی نمونه ۱۰۰ نفری از دانش‌آموزان، ضریب همبستگی بین نمره کل مقیاس روابط عاطفی اعضای خانواده، حیطه‌های هشت‌گانه آن و پرسشنامه ملاک را محاسبه کردند که ضریب همبستگی بین نمره کل این دو آزمون ۰/۶۴۱ بوده است (۳۱). برای بررسی اعتبار این پرسشنامه، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برآورد شده است. همین‌طور روایی محتوایی آزمون، مورد تأیید تعدادی از متخصصان روان‌شناسی قرار گرفته است (۳۲).

□ **پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان**^۵: این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کریچ و اسپینهوون^۶ ساخته شده و دارای ۳۶ عبارت است که نحوه پاسخ به آن براساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت، در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار دارد (۳۳). عبارات این پرسشنامه از نظر مفهومی، ۹ خرده‌مقیاس متمایز از هم را تشکیل می‌دهند که هر یک به منزله راهبردهای خاصی از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و دارای ۴ عبارت می‌باشند. این راهبردها عبارت‌اند از: مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مثبت مجدد، تمرکز بر تفکر، بازارزیابی مثبت، در جای حقیقی خود قراردادادن، مصیبت‌بار تلقی کردن. راهبردهای مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، تمرکز بر تفکر، مصیبت‌بار تلقی کردن، در جمع با یکدیگر، راهبردهای «منفی» تنظیم هیجان را تشکیل می‌دهند و راهبردهای پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مثبت مجدد، بازارزیابی مثبت و در جای حقیقی خود قراردادادن، بر روی هم راهبردهای «مثبت» تنظیم هیجان را نشان می‌دهند. حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۶ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده‌ی استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. پایایی کل راهبردهای «مثبت»، «منفی» و «کل شناختی» با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷، و ۰/۹۳

(مقطع متوسطه دوم) شهر آمل مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌ها از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی، گزینش شدند. بدین ترتیب که از میان ۱۹ مدرسه دولتی پسرانه متوسطه دوم، ۳ مدرسه به شیوه تصادفی انتخاب شدند، سپس با حضور در این مدارس، پرسشنامه خودسنجی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بزرگسالان به همه دانش‌آموزان داده شد. پس از جمع‌آوری و بررسی پرسشنامه‌ها، ۲۰۰ دانش‌آموز، نمره بالاتر از میانگین (نمره بالاتر از ۵۰) کسب کردند و به درجاتی دچار اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی تشخیص داده شدند و جهت تشخیص دقیق‌تر با مشاوران مدارس و والدین آنان نیز مصاحبه‌ای انجام گرفت. سپس برای همه والدین دانش‌آموزان مورد نظر، دعوت‌نامه ارسال گردید. برای اولیاء توضیحاتی در مورد پژوهش داده شد.

ابزار پژوهش

□ **مقیاس روابط عاطفی اعضا خانواده**^۱: این مقیاس توسط آلفرد بی‌هیل برن^۲ (۱۹۶۴) به منظور سنجش میزان مهرورزی در تعاملات کودک-والدین ساخته شده است (۳۰). این مقیاس دارای ۲ خرده‌مقیاس (خرده‌مقیاس رابطه پدر-فرزندی^۳ و خرده‌مقیاس رابطه مادر-فرزندی^۴) و ۸ بُعد (محبت، نوازش کردن، تأیید کردن، تجربه‌های مشترک، هدیه دادن، تشویق، اعتماد و احساس امنیت) می‌باشد. کل مقیاس جو عاطفی خانواده، شامل ۱۶ پرسش است که هر دو پرسش دربرگیرنده‌ی یک خرده‌مقیاس است. پرسش‌های فرد، مربوط به رابطه احساسی آزمودنی نسبت به پدر و پرسش‌های زوج، بیانگر همان رابطه و احساس نسبت به مادر می‌باشد. همچنین، پاسخنامه‌ی این مقیاس پنج‌گزینه‌ای، از پاسخ‌های خیلی کم، کم، در حد متوسط، زیاد، خیلی زیاد، تشکیل شده است که آزمودنی برحسب احساس خود، یکی از آنها را علامت می‌زند. اولین پاسخ (خیلی کم) نشان‌دهنده‌ی ضعیف‌ترین و آخرین پاسخ (خیلی زیاد) نشان‌دهنده‌ی نیرومندترین رابطه عاطفی است که از زمان گذشته تا حال بین پدر و مادر و فرزند وجود داشته است. نمرات بالاتر از متوسط، نشان‌دهنده‌ی وجود جو عاطفی مناسب بین اعضای خانواده و نمرات پایین‌تر

1. Emotional Relationships Scale of Family Members
2. Bi Hill Burn
3. Father-Child Relationship

4. Mother-Child Relationship
5. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
6. Garnefski, Kraaij, & Spinhoven

شهرستان آمل و بعد از کسب مجوزهای لازم علمی و اجرایی و هماهنگی با والدین و کسب رضایت از آنها، افراد نمونه به شرحی که در بخش روش پژوهش، ارائه شد، انتخاب شدند. از مادران این ۲۰۰ دانش‌آموز خواسته شد که در صورت تمایل به شرکت در این طرح پژوهشی، فرم رضایت‌نامه را امضاء کنند. در ابتدای فرم رضایت‌نامه، اصول اخلاقی پژوهش نوشته شده بود و طی آن شرکت آزادانه و داوطلبانه و محرمانه‌ماندن پاسخ‌ها شرح داده شد. این اصول برای مادران خوانده شد و از آنها رضایت کتبی جهت شرکت آگاهانه در پژوهش، دریافت شد. سپس پرسشنامه‌های مقیاس روابط عاطفی اعضای خانواده و تنظیم شناختی هیجان برای پاسخگویی در اختیار آنها قرار گرفت. براساس دستورالعملی که در بالای پرسشنامه‌ها نوشته شده بود، از آنها خواسته شد تمامی پرسش‌ها را به دقت بخوانند و تا حد امکان، پرسشی را بی‌پاسخ نگذارند. در پایان، اطلاعات به‌دست آمده از پرسشنامه‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با آزمون‌های آماری مناسب، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و از تمامی مادرانی که در پژوهش شرکت کرده بودند، قدردانی به‌عمل آمد.

به‌دست آمده است. برای بررسی روایی همگرا و واگرایی این پرسشنامه در ایران از مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس که شامل ۲۱ پرسش مدرج ۴ نمره‌ای (از کاملاً شبیه من تا متفاوت از من) می‌باشد؛ که ۳ عامل افسردگی، استرس و اضطراب را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فرم پایایی پرسشنامه، در پژوهش یوسفی در نمونه‌ای متشکل از آزمودنی‌های ۱۵ تا ۲۵ سال، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای «کل شناختی» برابر ۰/۸۲ گزارش شده است (۳۴).

□ مقیاس خودسنجی اختلال نارسایی توجه همراه با

بیش‌فعالی بزرگسالان^۱: این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت و کارگروهی متشکل از گروه‌های روان‌پزشکان و پژوهشگران سازمان جهانی بهداشت ساخته شده است. پرسش‌های مقیاس، سازگار با معیارهای DSM-5 هستند. این مقیاس شامل ۲ بُعد و ۱۸ پرسش است که به ۲ قسمت الف و ب تقسیم می‌شود. برای بُعد نارسایی توجه، تعداد ۹ پرسش و برای بُعد بیش‌فعالی / تکانشگری نیز تعداد ۹ پرسش در نظر گرفته شده است. نحوه نمره‌گذاری براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت می‌باشد. این پرسشنامه دارای حساسیت ۸۷ درصد و مختص بودن پرسشنامه در شناسایی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بزرگسالان، ۹۸/۳ تا ۹۹/۵ درصد است که حساسیت و ویژگی به‌دست آمده، مربوط به نقطه برش ۵۰ است. این مقیاس، تاکنون در ۲۸ کشور جهان اعتباریابی شده است (۳۵).

یافته‌ها

جدول (۱) اطلاعات توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به متغیرهای جو عاطفی خانواده، تنظیم شناختی هیجان، زیرمقیاس‌های آنها و نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی گزارش شده است.

شیوه اجرا

روش اجرای پژوهش این‌گونه بود که پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولان اداره آموزش و پرورش

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی	۳۸/۷۵	۸/۹۸	-۰/۳۶	۱/۱۲
جو عاطفی اعضای خانواده	۴۶/۹۹	۵/۸۴	۰/۲۷۲	-۰/۶۱۱
محبت	۶/۲۴	۲/۱۲	۰/۴۵۶	۰/۲۲۱
نوازش کردن	۵/۵۷	۲/۲۰	۰/۵۵۶	۱/۳۲۲
تأیید کردن	۵/۸۹	۱/۹۶	-۰/۳۱۴	۰/۶۱۵

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
تجربه‌های مشترک	۶/۱۵	۲/۰۷	۰/۴۶۵	-۰/۴۱۱
هدیه دادن	۵/۶۵	۱/۸۹	-۰/۶۲۹	-۰/۲۲۱
تشویق	۵/۸۹	۲/۱۲	۰/۳۱۴	۰/۶۱۵
اعتماد	۵/۲۷	۲/۱۳	-۰/۰۱۶	-۰/۶۱۹
احساس امنیت	۶/۳۲	۱/۹۲	۰/۳۲۰	-۰/۵۰۹
راهبردهای «منفی» تنظیم هیجان	۹۳/۵۲	۸/۰۳	۰/۰۱۲	-۱/۳۴
راهبردهای «مثبت» تنظیم هیجان	۵۷/۷۹	۹/۵۹	۰/۰۲۰	-۰/۷۵۶

جدول (۱)، مقدار قدر مطلق کجی و کشیدگی برای هیچ‌کدام از متغیرها، بزرگتر از ۳ و ۱۰ نمی‌باشد. بنابراین می‌توان گفت متغیرهای پژوهش نرمال می‌باشند.

جدول (۲)، اطلاعات مربوط به همبستگی پیرسون بین جو عاطفی خانواده، تنظیم شناختی هیجان و زیرمقیاس‌های آنها با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را نشان می‌دهد.

نتایج جدول (۱) نشان داد، متغیرهای جو عاطفی خانواده به ترتیب با میانگین و انحراف استاندارد، $۴۶/۹۹ \pm ۵/۸۴$ و تنظیم شناختی هیجان (راهبردهای «منفی» تنظیم هیجان و راهبردهای «مثبت» تنظیم هیجان) با میانگین و انحراف استاندارد، $۹۳/۵۲ \pm ۸/۰۳$ و $۵۷/۷۹ \pm ۹/۵۹$ و نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با میانگین و انحراف استاندارد $۳۸/۷۵ \pm ۸/۹۸$ می‌باشند. همچنین با توجه به

جدول (۲) ماتریس همبستگی بین متغیرهای جو عاطفی خانواده، تنظیم شناختی هیجان و زیرمقیاس‌های آنها با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱										
										۱	محبت									
									۱	۰/۶۵۵	نوازش کردن									
								۱	۰/۵۹۰	۰/۵۸۹	تأیید کردن									
							۱	۰/۵۹۰	۰/۵۳۰	۰/۵۳۵	تجربه‌های مشترک									
						۱	۰/۵۶۰	۰/۵۲۰	۰/۵۷۰	۰/۵۵۰	هدیه دادن									
					۱	۰/۶۰۴	۰/۵۴۶	۰/۵۷۰	۰/۵۱۳	۰/۵۷۸	تشویق									
					۱	۰/۶۵۱	۰/۴۸۸	۰/۴۷۰	۰/۵۴۳	۰/۳۹۰	اعتماد									
						۱	۰/۵۹۵	۰/۶۴۴	۰/۵۴۱	۰/۴۸۵	۰/۶۳۱	احساس امنیت								
							۱	-۰/۶۳	-۰/۵۵	-۰/۲۸	-۰/۳۳	-۰/۴۸	-۰/۴۲	-۰/۵۲	-۰/۶۰	راهبردهای «منفی» تنظیم هیجان				
								۱	-۰/۷۳	۰/۴۷	۰/۶۰	۰/۳۰	۰/۲۸	۰/۵۲	۰/۴۴	۰/۱۸	۰/۴۹	راهبردهای «مثبت» تنظیم هیجان		
									۱	-۰/۲۷۵	-۰/۳۵۵	-۰/۲۳۳	-۰/۱۶۹	-۰/۱۳۷	-۰/۱۷۰	-۰/۱۵۳	-۰/۱۰۰	-۰/۲۲۳	-۰/۲۵۸	اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

**سطح معنی داری ۰/۰۵

هدیه دادن، اعتماد و احساس امنیت) و راهبردهای «مثبت» تنظیم هیجان با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

با توجه به نتایج ماتریس همبستگی، بین مؤلفه‌های جو عاطفی خانواده (محبت، نوازش کردن، تجربه‌های مشترک،

۱/۵ تا ۲/۵، نشان از استقلال باقی مانده‌ها در مدل دارد. همچنین جهت بررسی هم‌خطی بین متغیرهای مستقل، از شاخص‌های عامل تورم واریانس^۱ و شاخص تولرانس^۲ بهره گرفته شد که با توجه به اینکه مقادیر شاخص عامل تورم واریانس کوچکتر از ۱۰ و شاخص تولرانس بیش از ۱/۰ بوده در نتیجه مشکل هم‌خطی بین متغیرهای مستقل مشاهده نشد. همچنین به منظور بررسی همسانی واریانس‌های باقی‌مانده‌ها از نمودار پراکنش آماری استفاده شد که پس از رسم نمودار فوق، روندی در نمودار حاصله که نشان از همسانی واریانس باقی‌مانده‌های مدل باشد، مشاهده نشد. بنابراین همه شرایط مدل رگرسیون برقرار بوده و می‌توان برای بررسی فرضیه از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده کرد.

متغیرهای مستقل (جو عاطفی خانواده و راهبرد مثبت تنظیم هیجان) در ۲ مدل وارد شدند، نتایج در جدول (۳) نشان داده شده است. جو عاطفی خانواده در مدل اول وارد شد و مقدار ضریب همبستگی برابر ۰/۵۰۹ شده است. همچنین در مدل دوم با اضافه شدن راهبرد مثبت تنظیم هیجان به معادله، میزان ضریب همبستگی به ۰/۵۳۱ افزایش یافته است.

رابطه منفی و معنادار در سطح ۰/۰۵ وجود دارد ($P < 0/05$). یعنی به میزانی که مؤلفه‌های جو عاطفی خانواده (محبت، نوازش کردن، تجربه‌های مشترک، هدیه دادن، اعتماد و احساس امنیت) و راهبردهای «مثبت» تنظیم هیجان افزایش می‌یابد، نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کاهش می‌یابد. همچنین بین متغیر راهبردهای «منفی» تنظیم هیجان با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی رابطه مثبت و معنادار در سطح ۰/۰۵ وجود دارد ($P < 0/05$). یعنی به میزانی که راهبردهای «منفی» تنظیم هیجان افزایش می‌یابد، نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی افزایش می‌یابد.

برای بررسی و تعیین نقش جو عاطفی خانواده و تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آنها بر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از رگرسیون چندگانه (به روش گام به گام) استفاده شده است.

در ابتدا پیش شرط‌های مدل رگرسیون جهت بررسی میزان تأثیر هدف (۱) مورد بررسی قرار گرفته است. همچنان که مشاهده می‌شود، سطح معناداری آزمون کولموگراف-اسمیرنوف با مقدار ۰/۱۲۶ (بیشتر از ۰/۰۵) حاکی از نرمال بودن باقیمانده‌های مدل، آماره دورین و اتسون با مقدار بین

جدول ۳) نتایج مدل رگرسیون گام به گام در کل جامعه (متغیر وابسته: نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی)

آزمون هم‌خطی		سطح معناداری (sig)	آماره t	ضریب بتا (β)		متغیر
VIF	Tolerance			استاندارد	غیر استاندارد	
		۰/۰۰۱	۱۶/۲۳	-	۸۱/۱۳	مقدار ثابت
۱/۱۱	۰/۶۱	۰/۰۰۱	-۷/۴۵	-۰/۴۶۹	-۰/۷۲۳	جو عاطفی خانواده
۱/۰۸۱	۰/۸۴۱	۰/۰۰۳	-۲/۵۱	-۰/۱۵۸	-۰/۱۴۹	راهبرد مثبت تنظیم هیجان
۰/۰۰۱		سطح معناداری		۶۶/۷۷		آماره F
۲		آماره دورین و اتسون		۰/۴۹۳		کالموگراف - اسمیرنوف
۰/۲۷۳		ضریب تعیین تعدیل شده		۰/۲۵۹		ضریب تعیین (R^2)
۰/۰۰۱		سطح معناداری		۳۷/۹۶		آماره F
۲		آماره دورین و اتسون		۰/۱۱۰		کالموگراف - اسمیرنوف
۰/۲۶۲		ضریب تعیین تعدیل شده		۰/۲۸۲		ضریب تعیین (R^2)

مربوط به هدف پژوهش است و نتایج ضریب تعیین تعدیل شده نشان می‌دهد در گام اول جو عاطفی خانواده حدود

نتایج جدول (۳) نشان داد، سطح معناداری آماره فیشر در گام اول و دوم کمتر از ۰/۰۵ بوده که حاکی از معناداری مدل

1. Variance Inflation Factor (VIF)

2. Tolerance

۲۷/۰ از تغییرات نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی را پیش‌بینی می‌کند. در گام دوم، جوّ عاطفی خانواده و راهبرد مثبت تنظیم هیجان حدود ۲۶/۰ از تغییرات نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین به ترتیب با ضریب بتای استاندارد (-۰/۴۶۹) و (-۰/۱۵۸) بالاترین تأثیر رگرسیون را بر روی نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی دارند. بدین معنی که با افزایش جوّ عاطفی خانواده و راهبرد مثبت تنظیم هیجان در نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی کاهش ایجاد می‌شود.

بحث

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که بین جوّ عاطفی خانواده و مؤلفه‌های محبت، نوازش‌کردن، تجربه‌های مشترک، هدیه دادن، اعتماد، احساس امنیت با نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی رابطه منفی و معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که با بهبود جوّ عاطفی خانواده، نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی در نوجوانان کاهش خواهد یافت.

در همین رابطه، نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج حاصل از یافته‌های پژوهشگرانی همچون مارکوس و بکر، تان و همکاران، اوتانی و همکاران، موید و همکاران، نشان داده‌اند که روابط والد-فرزند و عملکردهای والدینی در بروز رفتارهای ناسازگارانه و اختلالات روان‌شناختی در فرزندان تأثیر دارد (۹-۱۲) و همین‌طور فولر-تامسون و لوئیس، اویانگ و همکاران در پژوهش‌های خود دریافتند فضای حاکم بر خانواده و کنش متقابل والد-فرزند در اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی نقش دارد (۱۳، ۱۴).

نتیجه به دست آمده را می‌توان براساس مطالعات خدابخشی کلائی و همکاران اینگونه تبیین کرد که رابطه والد-کودک نقش مهمی در آسیب‌پذیری یا منقطع شدن کودکان دارد. این رابطه، در نگاهی وسیع‌تر تحت تأثیر خصوصیت کودکان (مثلاً جنس، خلق‌و‌خو، وضعیت زیست‌شناختی کودک) قرار می‌گیرد و در کنار خصوصیات والدین، خانواده‌ها و محیط، سیر تحول کودک را پیش‌بینی می‌کنند. اهمیت توجّه به الگوی رفتاری والدین، با در نظر گرفتن پیامدهای نامطلوب برای رفتارهای تکانشی از قبیل پرخاشگری و قانون‌شکنی و در نظر گرفتن پیامدهای مطلوب برای رفتارهای درست، اهمیت تأخیر در تصمیم‌گیری سریع والدین را مورد تأکید قرار می‌دهد (۱۶).

صاحب‌نظران نیز اعتقاد دارند که علائم بیش‌فعالی وقتی گسترش پیدا می‌کند که عوامل زمینه‌ساز اختلال با یک شیوه مستبدانه و ناکارآمد فرزندپروری همراه شود. در این وضعیت، کودک، قادر نیست از فرامین والدین پیروی کند و والدین مستبدانه‌تر و سختگیرتر می‌شوند تا فرزندانشان را مهار کنند و این چرخه، بارها و بارها تکرار می‌شود تا کودک را به سوی مشکلات رفتاری و عدم تبعیت از دستورات والدین و قوانین محیط خانوادگی سوق دهد. در بیشتر اوقات، والدین این کودکان برای کنترل کودک و رفتار با آنها به روش‌هایی متوسل می‌شوند که وضعیت علائم اختلال در کودک را بدتر کرده و از طریق اعمال کنترل شدید بر کودک وضعیتی را به وجود می‌آورند که پیامد آن، تعارض جدی والد با کودک و شدیدتر شدن نشانه‌های اختلالی همچون بیش‌فعالی و تکانشگری و مشکلات رفتاری برون‌ریزانه در کودک با اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی است (۱۷).

بدین ترتیب می‌توان اظهار داشت که وجود زمینه‌ها و آسیب‌پذیری کودکان با اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی و بروز رفتارهایی همچون کنجکاوای زیاد، جنب‌وجوش و حرکت فراوان و حرف‌زدن مداوم، می‌تواند در خانواده‌هایی که از جوّ عاطفی مناسبی برخوردار نیستند، زمینه را برای بروز رفتارهای مهارگرانه، سخت‌گیرانه و خصومت‌آمیز والدین نسبت به این کودکان فراهم کند که خود این روند، باعث نافرمانی، پرجنب‌وجوشی، پرحرفی و اذیت و آزار بیشتر این کودکان می‌شود و در نهایت اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی در کودکان شدت می‌یابد. اما وجود جوّ عاطفی مناسب و روابط همراه با عاطفه و صمیمیت والدین با کودکان، می‌تواند زمینه بروز واکنش‌های مناسب والدین به این کودکان را فراهم نماید و فضایی را به وجود آورد که آنان با داشتن خودآگاهی و اعتماد به نفس بیشتر، توانایی خودکنترلی بالاتری داشته باشند و بتوانند بیشتر نشانه‌های اختلال خود را مهار کنند.

همچنین نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که بین راهبرد منفی تنظیم شناختی هیجان با نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی رابطه مثبت و معنادار و بین راهبرد مثبت تنظیم شناختی هیجان با نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی رابطه منفی و معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که با بهبود راهبرد مثبت تنظیم شناختی هیجان، نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی در نوجوانان کاهش و با

است. پس، تفاوت‌های فردی در نظم‌جویی شناختی هیجان می‌تواند کنش‌وری مؤثر در محیط اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهد. حتی تفاوت‌های فردی در نظم‌جویی هیجان در تعامل با سایر عوامل می‌تواند فرد را در معرض خطر بروز جنبه‌های آسیب‌شناختی قرار دهد. همچنین راهبرد مثبت تنظیم مانند بازاریابی شناختی هیجان‌ات، باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه افراد می‌شود.

از طرفی، در نتایج حاصل از پژوهش حاضر نکات مهم دیگری مشخص شده که متغیرهای جو عاطفی خانواده و راهبرد مثبت تنظیم هیجانی قادر به پیش‌بینی نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی می‌باشند. در تبیین نتیجه به‌دست آمده براساس یافته‌ی پژوهش در تاجی و همکاران می‌توان گفت که مادران کودکان بیش‌فعال در قبال کودکان خود، سبک کنترل‌کننده و بیشتر حالت انتقادی به‌کار می‌گیرند و این، نه تنها باعث کاهش رفتارهای مخرب نمی‌شود؛ بلکه وی را بیش از پیش لجباز و تحریک‌پذیرتر می‌کند (۳). به‌طور کلی حاکم بودن روابط مطلوب در درون خانواده، تحول ذهنی، عاطفی و روانی-اجتماعی فرزندان را امکان‌پذیر می‌سازد. عملکرد نامطلوب و خصمانه، موجب آشفتگی در روابط بین اعضای خانواده می‌شود و یک دور باطل از ارتباط نامطلوب و واکنش خصمانه و گاهی، موارد تبیبه و سرزنش را موجب می‌شود.

بدین‌سان می‌توان نتیجه گرفت؛ دانش‌آموزانی که از مدیریت درست هیجانی برخوردار هستند، در مقابله‌ی مؤثر در مواجهه با موقعیت‌های تنیدگی‌زا، کارآمد هستند و هیجان‌های منفی کمتر و مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و در نهایت، بر روی هیجان‌ات خود کنترل بیشتری دارند و پاسخ مؤثرتری به هیجان‌ات می‌دهند و بدین‌سان از تکانشگری و نارسای توجّه کمتری برخوردار می‌باشند. یک فرد معمولی، قادر است در مقابل یک محرک، هیجان خود را از پاسخی که قرار است بروز دهد، متمایز کند و پاسخ صحیح و ابراز هیجان صحیح و به‌موقع، داشته باشد. اما در یک کودک با اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی، تأخیر در پاسخ وجود ندارد و پاسخ‌های هیجانی آنها ادغام شده در پاسخ‌های رفتاری آنها است. این کودکان وقتی صحبت می‌کنند، همراه با حالت‌های هیجانی که در آن لحظه تجربه کرده‌اند، رفتار می‌کنند که این رفتار و هیجان مرتبط با آنچه می‌گویند، نیست. اگر رفتاری هم انجام

افزایش راهبرد منفی تنظیم شناختی هیجان، نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی در نوجوانان نیز افزایش خواهد یافت. در همین رابطه، نتایج به‌دست آمده همسو با نتایج پژوهشگرانی همچون قاسم‌پور و رمضانی و استرالین است که در پژوهش‌های خود نشان داده‌اند که این کودکان در تنظیم مناسب هیجان‌ات خود دچار مشکل می‌باشند همچنین گزارش داده‌اند که، کودکان با اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی، دارای سطوح پایین‌تری از ارزیابی مجدد شناختی، بازداری هیجانی و خودمهارگری، نسبت به کودکان بدون اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی هستند (۲۲، ۲۳).

در پژوهش فرخزادی، خواجوند خوشلی، محمدی، اکبرفهمی و علی‌بیگی با هدف اثربخشی تنظیم هیجان بر علائم نارسای توجّه/بیش‌فعالی در کودکان ۱۷-۴ ساله، نشان دادند که تنظیم هیجان، باعث افزایش توجّه در افراد با نارسای توجّه/بیش‌فعالی می‌شود (۲۴). نتایج به‌دست آمده را می‌توان براساس نظریات پژوهشگران ذکر شده اینگونه تبیین کرد که نظم‌جویی شناختی هیجان در فرایندهای مختلف بهنجار و نابهنجار نقش اساسی داشته و در برابر محرک‌ها و تجارب هیجانی ناخوشایند، یکی از مؤلفه‌های مهم فرایند مقابله می‌باشد؛ بنابراین می‌توان متصور شد؛ دانش‌آموزانی که از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجانی برخوردارند؛ در مواجهه با رویدادهای تنش‌زای محیط خانوادگی، اجتماعی و تحصیلی، نمی‌توانند هیجان منفی خود را به‌درستی مدیریت نمایند و در مهار رفتارهای ناشی از هیجان‌ات و در پاسخ به هیجان‌ات، سازگاری و مهارت کافی ندارند و بدین‌سان تکانشگری و بیش‌فعالی را نشان می‌دهند.

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که؛ راهبردهای تنظیم هیجان به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی و هیجان‌های منفی را تنظیم و تعدیل نماید. بنابراین یکی از فرضیه‌های اساسی در زمینه راهبردهای منفی تنظیم هیجان می‌تواند این باشد که، ناتوانی و نارسای در تنظیم هیجان‌ها و استفاده مفرط از راهبردهای تنظیم هیجانی منفی همچون مقصر دانستن خود و دیگران، مکانیسم زیربنایی مشکلات رفتاری درون‌زا و برون‌زا در نوجوانان است. نظم‌جویی شناختی هیجان، ما را قادر می‌سازد با انعطاف‌پذیری بیشتری به وقایع محیطی متنوع، پاسخ دهیم. توانایی تغییردادن رفتار، همراه با تغییرات محرک، در کنش‌وری سازگارانه هیجان، از اهمیت خاصی برخوردار

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان دریافت که جو عاطفی خانواده و تنظیم شناختی هیجان در بروز نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نقش دارد. بنابراین می‌توان در درمان کودکان و نوجوانان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به فضا و جو عاطفی خانواده توجه نمود و مورد مداخله قرار گیرد. همچنین یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر در کنار سایر مطالعاتی که در این حیطه انجام گرفته و به تعدادی از آنها در بالاتر اشاره شد، می‌تواند تبدیل به یک نظریه یا یک مدل شود و جهش بزرگی را در حیطه‌ی کار مشاورانی که در حوزه‌ی نوجوانان و نارسایی توجه و بیش‌فعالی به صورت تخصصی کار می‌کنند، ایجاد کند.

تشکر و قدردانی

از تمامی دانش‌آموزان و خانواده‌هایشان و مدیران مدارس که در انجام این پژوهش با ما همکاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

نویسندگان این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

می‌دهند قادر به تفکیک آن نیستند و هیجان لحظه را به رفتارشان منتقل می‌کنند.

بدین‌سان با توجه به یافته‌های پژوهش به نظر می‌رسد که توانایی تنظیم و مدیریت هیجانات می‌تواند در شدت بروز نشانه‌های این اختلال نقش داشته باشد. از طرفی، در تعامل جو عاطفی خانواده و راهبرد مثبت تنظیم هیجانی در پیش‌بینی علائم اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌توان عنوان داشت که شرایط نامساعد خانواده و تحت سوءاستفاده جسمی و جنسی قرار گرفتن و به‌طورکلی، شرایط استرس‌زا به‌ویژه در محیط خانواده، می‌تواند فشار روانی و در نتیجه هیجانات منفی فراوانی را در این کودکان ایجاد نماید و با پذیرفتن این موضوع، می‌توان در نظر گرفت که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان که به‌عنوان نوعی رفتار مقابله‌ای برای کاهش اثرات شرایط و رویدادهای آسیب‌زا و تنش‌آور و هیجانات برخاسته از این رویدادها استفاده می‌شود، می‌تواند در این میان، از اثرات شرایط آسیب‌زای محیط خانواده بکاهد.

با توجه به اینکه پژوهش حاضر در شهرستان آمل و در مقطع متوسطه دوم و بر روی دانش‌آموزان پسر انجام گرفت، محدود بودن جامعه پژوهش به شهرستان آمل و مقطع متوسطه دوم پسر از محدودیت‌های پژوهش می‌باشد و در تعمیم نتایج به شهرها و دانش‌آموزان مقاطع تحصیلی دیگر و دختران باید محتاط بود. همچنین، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ممکن است علائم مشابهی با سایر اختلالات داشته باشد و برای تشخیص دقیق این اختلال باید دقت بیشتری صورت گیرد. برای سنجش متغیرها روش خودسنجی به‌کار گرفته شد و از پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌های مورد نظر استفاده گردید. همچنین برای رفع محدودیت، پیشنهاد می‌شود؛ چنین پژوهشی در دیگر شهرها به‌ویژه شهرهایی که دارای شرایط متفاوتی از لحاظ فرهنگی و اجتماعی هستند و نیز، در سایر مقاطع تحصیلی و نیز بر روی جامعه دختران، صورت پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود برای تشخیص دقیق‌تر اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از ابزارهای سنجش تکمیلی و مصاحبه و گرفتن شرح حال از والدین و یا بررسی پرونده‌های پزشکی این دانش‌آموزان استفاده شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که در درمان کودکان و نوجوانان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و سایر اختلالات روانی دوران کودکی و نوجوانی محیط خانواده مورد توجه قرار گیرد.

References

- Cardoso-Moreno MJ, Tomás-Aragonés L, Rodríguez-Ledo C. Socio-emotional intervention in attention deficit hyperactive disorder. *Eur J Psychol Educ.* 2015; 8(2): 53-9.
- Ganji M. *Abnormal Psychology based on DSM-5*. First edition. Tehran: Savalan Pub; 2013, pp: 473-74. [Persian]
- Dortaj F, Mohammadi A. Family Functioning in 7-15 year old Children with and without ADHD in Tabriz city. *Journal of Family Research.* 2010; 6(2): 211-26. [Persian]
- Akbari Borang M, Gavamirad Z. Predicting interpersonal trust of the female students of Birjand city high school based on family emotional environment and religious orientation in the academic year of 2014-2015. *Women's Strategic Studies.* 2015; 18(69): 175-211. [Persian]
- Rahimi M, Vaezfar S, Jayervand H. Simple and Multiple Relationships with Family Emotional Climate of Tolerance for Ambiguity and Cognitive Creativity. *Quarterly Journal of Innovation and Creativity in Human Science.* 2015; 5(2): 147-64. [Persian]
- Bleys D, Soenens B, Boone L, Claes S, Vliegen N, Luyten P. The role of intergenerational similarity and parenting in adolescent self-criticism: An actor-partner interdependence model. *J Adolesc.* 2016; 49: 68-76.
- Chen W-W. The relations between perceived parenting styles and academic achievement in Hong Kong: The mediating role of students' goal orientations. *Learn Individ Differ.* 2015; 37: 48-54.
- Sigre-Leirós V, Carvalho J, Nobre PJ. Early parenting styles and sexual offending behavior: A comparative study. *Int J Law Psychiatry.* 2016; 46: 103-9.
- Marquis WA, Baker BL. An examination of Anglo and Latino parenting practices: relation to behavior problems in children with or without developmental delay. *Res Dev Disabil.* 2014; 35(2): 383-92.
- Tan TX, Camras LA, Deng H, Zhang M, Lu Z. Family stress, parenting styles, and behavioral adjustment in preschool-age adopted Chinese girls. *Early Childhood Res Q.* 2012; 27(1): 128-36.
- Otani K, Suzuki A, Matsumoto Y, Enokido M, Shirata T. Effects of perceived affectionless control parenting on working models of the self and other. *Psychiatry Res.* 2016; 242: 315-18.
- Moed A, Gershoff ET, Eisenberg N, Hofer C, Losoya S, Spinrad TL, Liew J. Parent-adolescent conflict as sequences of reciprocal negative emotion: links with conflict resolution and adolescents' behavior problems. *J Youth Adolesc.* 2015; 44(8): 1607-22.
- Ouyang L, Fang X, Mercy J, Perou R, Grosse SD. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: a population-based study. *J Pediatr.* 2008; 153(6): 851-6.
- Fuller-Thomson E, Lewis DA. The relationship between early adversities and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Abuse Negl.* 2015; 47: 94-101.
- Afzali L, Ghasemzadeh S, Hashemi Bakhshi M. Effectes of family-based interventions on clinical symptoms and social skills of hyperactive children. *sjsph.* 2019; 17(3): 229-42. [Persian]
- Khodabakhshi Kolai A, Shahi A, Navidian A, Mosalanejad L. The effect of positive parenting program training in mothers of children with attention deficit hyperactivity on reducing children's externalizing behavior problems. *Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2015; 17(3): 135-41. [Persian]
- Amiri M. Effectiveness of Parent Behavioral Training on Hyperactivity/ Impulsivity and Rule-Breaking Behaviors in Children with ADHD (Hyperactivity-Impulsivity Domain Type). *rph.* 2016; 9(4): 90-101. [Persian]
- Ghorbani F, Khosravani V, Jammati Ardakani R, Alvani A, Akbari H. The mediating effects of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between alexithymia and physical symptoms: Evidence from Iranian asthmatic patients. *Psychres.* 2017; 247: 144-51.
- Kahle S, Miller JG, Lopez M, Hastings PD. Sympathetic recovery from anger is associated with emotion regulation. *J Exp Child Psychol.* 2016; 142: 359-71.
- Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, Ten Cate R. Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *J Adolesc.* 2009; 32(2): 449-54.
- Sharifi Shayan F, Entesar Fouman GHi, Hejazi M. The effectiveness of collaborative learning method on academic motivation and emotion control in children with attention deficit / hyperactivity disorder. *J Child Ment Health.* 2020; 6(4): 74-84. [Persian]
- Van Stralen J. Emotional dysregulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2016; 8(4): 175-87.
- Ghasempour A, Ramzani V. The comparison of emotion cognitive regulation strategies and impulsivity in normal adolescents and with Attention deficit/ hyperactivity disorder. *rjms.* 2015; 22(137): 9-18. [Persian]
- Farokhzadi F, Khaje Vandkhosli A, Mohamadi M, AkbarFahimi M, Ali Beigi N. Efficacy of emotional regulation over attention deficit / hyperactivity disorder In 7-14 years old Children. *joec.* 2019; 18(4): 101-16. [Persian]

25. Gardner SE, Betts LR, Stiller J, Coates J. The role of emotion regulation for coping with school-based peer-victimisation in late childhood. *Pers Individ Dif*. 2017; 107: 108-13.
26. Shalani B, karami J, Momeni K. The effectiveness of art therapy with drawing approach on the social skills of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *jpen*. 2016; 2(4): 10-5. [Persian]
27. Rodríguez C, Álvarez D, González-Castro P, García J, Alvarez L, Núñez J. TDAH y Dificultades de Aprendizaje en escritura: comorbilidad en base a la Atención y Memoria Operativa. *Eur J Psychol Educ*. 2009; 2(3): 181-98.
28. Owens J, Jackson H. Attention-deficit/hyperactivity disorder severity, diagnosis, & later academic achievement in a national sample. *Soc Sci Res*. 2017; 61: 251-65.
29. Mongia M, Hechtman L. Attention-deficit hyperactivity disorder across the lifespan: review of literature on cognitive behavior therapy. *Curr Dev Disord Rep*. 2016; 3(1): 7-14.
30. Haghghi J, Shokrkon H, Mousavi Shoushtari M. A Study of the Parent-Child Relationships and The Individual and Social Adjustment of the Nineth Grade Girl Students at Ahvaz Schools. *Journal of Education and Psychology*. 2002-2003; 9(3-4): 79-108. [Persian]
31. Mohebi Noredin Vand MH, Moshtaghi S, Shahbazi M. Relationship between family emotional climate and development of social skills and achievement of students primary. *Curriculum Planning*. 2011; 8(30): 84-93. [Persian]
32. Rahmani P, Moheb N. A comparison of child rearing method and affective climate of a family a child suffering from free floating anxiety and those without anxiety. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2011; 4(13): 67-78. [Persian]
33. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Indiv Differ*. 2001; 30(8): 1311-27.
34. Yousefi F. The relationship of cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety in students of special middle schools for talented students in shiraz. *joec*; 2007; 6(4): 871-92. [Persian]
35. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, Howes MJ, et al. The world health organization adult adhd self-report scale (asrs): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005; 35(2): 245-56.
36. Mokhtari H, Rabiei M, Salimi SH. Psychometric properties of the persian version of adult attention-deficit/hyperactivity disorder self-report scale. *ijpcp*. 2015; 21(3): 244-53. [Persian]

طراحی برنامه بازی درمانی زبان شناختی ساختارمند، ویژه اختلال خواندن: مبانی و راهکارها

□ سید محسن اصغری نکاح*، دانشیار گروه روان شناسی مشاوره و تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۲۹ • تاریخ انتشار: خرداد و تیر ۱۴۰۱ • نوع مقاله: مروری • صفحات ۶۹ - ۸۲

چکیده

زمینه و هدف: بازی درمانی زبان شناختی یک مداخله با ساختار و مبتنی بر هسته زبان شناختی خواندن است که می تواند برای دانش آموزان با اختلال خواندن مناسب سازی و اجرا شود. هدف بررسی حاضر، ارایه مبانی نظری و راهکار و اصول طراحی بازی درمانی زبان شناختی برای توانمندسازی معلمان و مشاوران مرتبط با خدمات آموزشی و توان بخشی کودکان با اختلال خواندن است.

یافته ها: بررسی مبانی نظری نشان می دهد، خواندن دارای یک هسته زبان شناختی است که رمزگشایی و معناداری دو مؤلفه اصلی آن است لذا بازی درمانی برای اختلال خواندن باید بصورت هدفمند بر هسته زبان شناختی متمرکز شود، پژوهش های متعددی نشان از سودمندی و اثربخشی مداخلات در حوزه آگاهی واج شناختی، معناشناسی و نحو و درک مطلب است. در نوشتار حاضر، مؤلفه های اصلی و فرعی هسته زبان شناختی تبیین شده و علاوه بر آن نمونه هایی از بازی های پیشنهادی برای هر مورد ارایه شده است و در نهایت اصول و راهکارهایی برای مناسب سازی و بازطراحی و اجرای مداخلات بازی درمانی زبان شناختی برای اختلال خواندن ارایه شده است.

نتیجه گیری: تحریک و به چالش کشیدن هدفمند هسته زبان شناختی خواندن از طریق بازی، منطق زیربنایی طراحی مداخلات بازی درمانی زبان شناختی است و معلمان و مشاوران می توانند با درک مناسب از ماهیت و هسته زبان شناختی اختلال خواندن و به مناسب سازی و اجرای نمونه بازی های ارایه شده در مقاله حاضر مبادرت ورزند.

واژه های کلیدی: اختلال خواندن، بازی درمانی زبان شناختی ساختارمند، هسته زبان شناختی

مقدمه

در گذشته بازی درمانی^۱ اغلب برای اختلالات هیجانی و یا با رویکردهای تحلیل روانی و تخلیه هیجانی به کار می‌رفت در حالی که طی دو دهه اخیر بازی درمانی بسط و گسترش بیشتری یافته و فراتر از تخلیه هیجان یا تقویت حرکتی به صورت تخصصی به بهبود و توانمندسازی اختلالات ویژه کودکان ورود پیدا کرده است (۱) هرچند همواره بازی درمانی به عنوان یک ارتباط بین فردی پویا بین کودک و درمانگر آموزش دیده در فرایند بازی درمانی توصیف می‌شود که رشد یک ارتباط امن را برای کودک تسهیل می‌کند تا کودک به طور کامل خود را بیان کند (۲) اما این ارتباط و جوّ ایمن فقط کارکردی برای تخلیه هیجان و برای اختلالات هیجانی دارد و لذا باعث افزایش مهارت‌های کودک بهبود عملکردهای خاص کودک نظیر آگاهی واج شناختی یا معناشناسی یا کارکردهای اجرایی کودک نمی‌شود بلکه باید برای توانمندسازی کودکان در حوزه‌های خاصی نظیر اختلالات یادگیری باید فعالیت‌های بازی محور تخصصی و مستقیم و ساختارمند طراحی و اجرا شود و بدین لحاظ نوشتار حاضر به ارایه مبانی و راهکارها و نمونه‌ای از برنامه‌ای بازی درمانی ساختارمند برای دانش‌آموزان با اختلال یادگیری می‌پردازد.

بازی درمانی از نظر میزان مداخله درمانگر و میزان مشخص بودن فعالیت‌ها یا داشتن ساختار دارای دو نوع ویژه بازی درمانی غیر مستقیم یا بی ساختار و بازی درمانی مستقیم یا ساختارمند است و معمولاً بازی درمانی‌های بی ساختار برای مسایل هیجانی و آسیب‌های روان شناختی به کار می‌آید اما اختلالاتی که ناشی از نقص در عملکرد یا مهارت هستند نیازمند بازی درمانی‌های مستقیم و ساختارمند هستند (۳). بازی درمانی برای اختلالات عملکردی اغلب رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریه درمان است که توانمندی‌ها و کاستی‌های کودک را به چالش کشیده و فرایندهای یادگیری کودکان را بازسازی می‌کند (۴). در مجموع و به یک تعبیر ساده، بازی درمانی عبارت است از تعامل ایمن و پذیرایی یک متخصص کارآزموده با کودک (یا کودکانی) از طریق بازی با هدف بهبود یا توانمندسازی و پاسخ‌دهی به نیازهای کودک به گونه‌ای که با مشارکت خودانگیخته و فعالیت حداکثری

کودک و در جوّی پویا و پذیرا و با تعاملاتی چالش‌انگیز و رشددهنده مبتنی بر چهارچوب نظری باشد (۵).

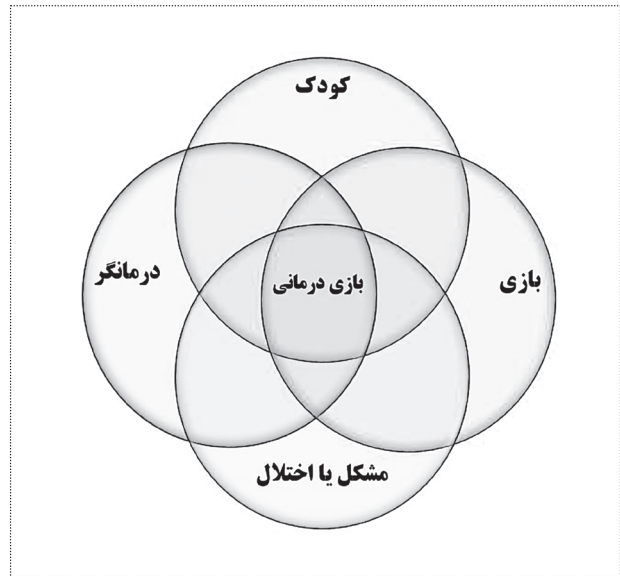
نکته حائز اهمیت آن است که در زمینه بازی درمانی ویژه اختلالات یادگیری، اغلب برنامه‌ها به بازی‌های حسی- حرکتی متمرکز بوده و هسته زبان شناختی مغفول مانده یا کمتر توجه شده است و البته این امر ناشی از رویکردهای گذشته نگر به اختلالات یادگیری بوده که تحت تأثیر روان سنجی و پزشکی اختلالات یادگیری دارای ماهیتی حسی حرکتی تصور می‌شده است در حالی که امروزه این فرض و گمان مورد تردید است و مشخص شده است هسته اصلی اختلالات یادگیری و بدکارکردهای آن از جنس پردازش‌های پایه روان شناختی است و لذا بازی درمانی نیز باید متناسب با تغییر رویکردهای نظری توسعه یابد و نوشتار حاضر از همین دیدگاه بر بازی درمانی با محوریت فعالیت‌های بازی محور زبان شناختی یا هسته زبان شناختی اختلال خواندن تمرکز دارد.

همانگونه که از مجموع تعاریف بازی درمانی برداشت می‌شود: بازی درمانی فعالیت است که از چهار عنصر کودک، اختلال، بازی و درمانگر تشکیل می‌شود، که می‌توان این عناصر را در قالب چهار حلقه نمادین زیر متصور شد، در فهم کاربرد بازی درمانی، بازی درمانی وقتی بیشترین اثر بخشی را دارد که بیشترین همپوشی بین عناصر چهارگانه فوق را داشته باشد و برای این منظور باید درمانگر با ارتباط گیری ماهرانه و ایجاد فضایی ایمن و هیجان انگیز به دنیای کودک وارد شود و کودک را با فعالیت‌هایی مواجه، درگیر یا همراهی نماید که بصورت نظری و تخصصی هسته اختلال و بدکارکردی‌های شناختی و کاستی‌های زبان شناختی کودک را به چالش می‌کشد و از این طریق باعث توانمندی و بهبود عملکرد کودک می‌شود، این تبیین از بازی درمانی در نمودار شماره ۱ منعکس شده است.

بنابراین، طراحی و اجرای مداخله‌های بازی درمانی برای اختلال خواندن نیازمند چند مسئله است:

یکم، مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌های مشاوره‌ای یا بالینی غنی در درمانگر
دوم، فهم تخصصی از مشکل یا اختلال (مانند خواندن و اختلال خواندن)

نمودار ۱) تبیین نمادین چهار حلقه‌ای مؤلفه‌های بازی درمانی



در حوزه خواندن است و صرفاً یک عمل مکانیکی دیداری و حسی متکی بر تطبیق صداها با نمادهای نوشته شده بر یک صفحه نیست، بلکه در فرایند پویا از رمزگشایی و مفهوم سازی در شبکه واژگانی در نهایت می‌بایست به فهم و درک عمیق تر از متن منجر شود (۶).

به نظر می‌رسد در میان تعاریفی که از خواندن ارائه شده است، مؤسسه ملی سواد خواندن و نوشتن ایالات متحده آمریکا^۱ (۲۰۰۳) تعریف گسترده‌تری را برای خواندن ارائه کرده است. برطبق این تعریف، خواندن عبارت است از: سیستم پیچیده‌ی استنباط معنی از کلمات چاپ شده که مستلزم همه موارد زیر است:

- مهارت‌ها و اطلاعات درک چگونگی ارتباط واج‌ها یا صداها یا گفتاری با مطالب چاپ شده
- توانایی رمزگشایی کلمات ناآشنا
- توانایی روان خواندن
- داشتن اطلاعات و دامنه‌ی لغات کافی برای درک بهتر مطالب
- رشد راهبردهای فعال مناسب برای ساختن معنا از حروف چاپ شده
- ایجاد و حفظ انگیزه خواندن (۷).

در بررسی تعاریف فوق مشخص می‌شود که ماهیت و مفهوم خواندن با مؤلفه‌های زبان شناختی پیوند خورده است و لذا برای طراحی فعالیت‌های بازی محور می‌بایست به مؤلفه‌های زبان شناختی اصلی و به خرده مؤلفه‌های زبان شناختی خواندن توجه شود تا برنامه بازی درمانی متناظر با هر خرده مؤلفه و متناسب با نیازهای فردی کودکان طراحی و ارائه شود.

به طور معمول معلمان و درمانگران مهارت‌های برقراری ارتباط و ایجاد جو پذیرا و هیجان انگیز را تجربه کرده‌اند لیکن تجارب آموزشی و درمانگری مؤلف و بخصوص تعامل با معلمان و مشاوران و مرور پژوهش‌های انجام شده در دهه‌های اخیر نشان می‌دهد در اکثر موارد، معلمان و درمانگران از ماهیت خواندن کمتر مطلع بوده و یا به هسته زبان شناختی اختلال خواندن تسلط و اشراف کافی نداشته و یا به اهمیت و جایگاه آن در طراحی فعالیت‌های بازی محور توجه لازم مبذول نداشته‌اند. بدین لحاظ در ادامه ابتدا به بررسی ماهیت خواندن و مؤلفه‌های آن و سپس به نمونه ای از برنامه‌های بازی درمانی و فعالیت‌های بازی محور طراحی شده بر اساس مبانی نظری با رویکرد زبان شناختی و روان شناختی به اختلال خواندن اختصاص خواهد یافت.

مؤلفه‌های اصلی هسته زبان شناختی خواندن

همان‌گونه که پیش از این مطرح شد، طراحی بازی درمانی و فعالیت‌های بازی محور اثربخش، نیازمند ترکیب بازی‌های چالش انگیز و محرک هسته اختلال است یا به عبارتی، بازی درمانی هنگامی مؤثر است که کاستی‌ها و بدکارکردهای کودک را به چالش کشیده و موجب ترمیم کاستی‌ها و توانمندسازی کودک شود، لذا باید دقت شود که هسته زبان شناختی خواندن چیست و چگونه می‌توان آن را به چالش کشید و بهبود بخشید؟

ماهیت خواندن چیست ؟

فهم ماهیت خواندن نقش مهمی در طراحی مداخلات بازی محور دارد. خواندن یکی از فعالیت‌های عالی در پردازش اطلاعات با ماهیتی زبان شناختی است. متأسفانه در سال‌های متممادی تسلط رویکردهای پزشکی از جمله بینایی‌سنجی باعث شده توجه اصلی به عملکرد ادراکی و حسی حرکتی یا یکپارچگی حسی حرکتی متمرکز شود در حالی که خواندن مهارت پیچیده‌ای است که نیازمند پردازش‌های پایه روان شناختی

1. U.S. National Institute for Reading & Writing

ترکیب حروف و صداها با یکدیگر و ساخت کلمه، خواندن ترکیب‌ها، هجی کردن و دانستن دستورالعمل‌های خواندن می‌باشد (۷). در عمل، رمزگشایی خود نیازمند تسلط بر آگاهی واج شناختی و مهارت‌های واج شناختی (شناسایی، تجزیه و ترکیب واج‌های کلمات) نقش به‌سزایی دارد. به‌خصوص در سال‌های اول دبستان که برای دانش‌آموزان تسلط بر آگاهی واج شناختی نقش مهمی در روان‌خوانی و پیرو آن درک و فهم از مطالب خوانده شده را دارد. دانش‌آموزانی که در اکتساب مهارت‌های واج شناختی نقص دارند، عموماً در خواندن و هجی کردن با مشکلات فراوانی روبه‌رو می‌شوند. بین آگاهی واج شناختی و توانایی خواندن ارتباطی دوسویه وجود دارد. به‌عبارت دیگر در ابتدا آگاهی واج شناختی یادگیری خواندن را تحت تأثیر قرار می‌دهد ولی پس از آن به‌تدریج مهارت دانش‌آموزان در خواندن آگاهی واج شناختی‌شان را متأثر می‌کند. به همین ترتیب در پژوهش‌های بسیاری یادگیری و تسلط بر آگاهی واج شناختی را کلید موفقیت در یادگیری خواندن می‌دانند (۱۰).

رمزگشایی و آگاهی واج شناختی در پیوستار رشد و از ماه‌های نخست زندگی فعال می‌شوند. از نظر زبان شناختی ابتدا زبان دریافتی و سپس زبان بیانی رشد می‌کند و همچنین ابتدا زبان شفاهی (شنیدن و خواندن) و سپس زبان مکتوب (خواندن و نوشتن) توسعه پیدا می‌کند. کودکی که قبل از رفتن به مدرسه درگیر زبان شفاهی است و با ورود به مدرسه شروع به یادگیری زبان مکتوب خواندن و نوشتن می‌کند و رمزگشایی و آگاهی واج شناختی که قبلاً شفاهی بوده را با نمادها و علائم مکتوب و نوشتاری تجربه می‌کند و لذا همزمان با صدا می‌بایست نمادها و علائم را هم مورد رمزگشایی قرار دهد و با مواردی روبه‌رو می‌شود که بسیار جدید و متفاوت با تجارب قبلی او در حرف زدن و گوش کردن هستند. این کودک به‌جای برخورد کردن با گفتاری سلیس و روان و مملو از ویژگی‌های آهنگین، اشاره‌ای و سرخ‌های غیرزبانی، با کلماتی نوشته شده مواجه می‌شود که کاملاً از یکدیگر جدا هستند و هر یک، از تعدادی حرف تشکیل شده‌اند که اکثریت آنها (و نه همه آنها) متناظر با صداهای گفتاری هستند که قبلاً در طی سال‌های پیش از

یافته‌های پژوهشی و ایده‌پردازی‌های متخصصان در دهه‌های اخیر نشان می‌دهد، توانایی‌های زبان شناختی و زبان شفاهی از جمله مؤلفه‌های اصلی در مهارت‌های خواندن است که با نقایص نوشتاری نیز در ارتباط می‌باشند (۸). گوف و تانمر^۱ (۱۹۸۶) دیدگاهی ساده از خواندن را به شکل (خواندن = رمزگشایی × درک مطلب) ارائه می‌دهند. توجه شود که درک مطلب در مفهوم وسیع خود مترادف معنادهی و معناییابی از متن است و در این رویکرد رمزگشایی و درک مطلب یا همان معنادهی به‌عنوان مؤلفه‌های کلیدی و هسته زبان شناختی خواندن مطرح می‌شوند. گاستافسن^۲، ساموئلسن^۳، جوهانسن^۴، الینر^۵، والمن^۶ (۲۰۱۳) در تأیید این دیدگاه ساده از خواندن به مطالعه و بررسی مؤلفه‌های آن (رمزگشایی و درک مطلب) بر روی دانش‌آموزان با مشکلات خواندن و دانش‌آموزان عادی پرداختند. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که: کارآمدترین روش طراحی مداخله در آموزش ویژه و بازی درمانی جهت بهبود مهارت‌های خواندن، برنامه‌ای است که برای اصلاح و تقویت هر دو مؤلفه زبان شناختی خواندن یعنی رمزگشایی و درک مطلب تنظیم شود (۹).

از آنجا که اختلال خواندن، روی دیگر خواندن به‌نحایت است و به عبارتی کودک با اختلال خواندن در یک یا چند مورد از پردازش‌های پایه مرتبط با خواندن دچار بدکارکردی یا نقص است لذا مبنای اساسی در طراحی بازی‌های مناسب برای بهبودی و درمان اختلالات خواندن نیز باید بر توانمندسازی یا به چالش کشیدن و توانمندسازی کودک در این مؤلفه‌های زبان شناختی متمرکز شود و البته این پردازش‌های پایه زبان شناختی باید با کارکردهای اجرایی و فراشناختی و هیجانی نیز ترکیب شود. بدین لحاظ در ادامه، دو مؤلفه اصلی رمزگشایی و درک مطلب و خرده مؤلفه‌های مرتبط با آنها به تفصیل معرفی می‌شود تا بینش و دیدگاه نظری مناسب برای طراحی مداخلات بازی محور برای اختلالات یادگیری را فراهم سازد.

رمزگشایی و آگاهی واج شناختی

رمزگشایی^۷ در خواندن به معنای: پردازش رمزهای شفاهی و مکتوب، شناخت حروف، به یادآوری صدای آنها، توانایی

1. Gough & Tunmer
2. Gustafson
3. Samuelsson
4. Johansson

5. Ellinor
6. Wallmann
7. Decoding

بر یادگیری آگاهی واج شناختی تمرکز می‌شود با این حال، در تدریس و مداخلات بازی درمانی می‌بایست راهبردهای درک مطلب (نظیر: دستورزبان، داستان‌های تصویری، افزایش دامنه واژگان) نیز در افزایش درک مطلب به‌کارگرفته شود (۱۱).

نحو

یکی دیگر از زیر مؤلفه‌های درک یا معنادگی ساختار جمله می‌باشد، به الگوها یا قوانینی که برای کنار هم قراردادن واژه‌ها در ساخت جمله استفاده می‌کنیم، نحو^۳ گفته می‌شود. به عبارت دیگر، نحو روشی است که در آن، واژه‌ها برای ایجاد جمله‌های معنادار به‌طور مرتب قرار می‌گیرند. کودکان خیلی زود انواع جمله (خبری، پرسشی، امری و منفی) را یاد می‌گیرند اما دانش مربوط به پیچیدگی انواع جمله (به ویژه جملات مجهول) به‌کندی رشد می‌کند و تولید این جملات به مراتب دیرتر اتفاق می‌افتد. جملات مرکب و عبارت‌های پیرو (مانند: "من در حال بازی فوتبال با کسی هستم که تو می‌شناسی") در سطوح بالاتر نحو قرار می‌گیرد و دانش مربوط به آن در طی سال‌های مدرسه به تدریج کسب می‌شود. به همین دلیل دانش‌آموزان بزرگتر نسبت به کوچکترها از نحو بیشتری در خواندن استفاده می‌کنند (۷). دانش‌آموزان با اختلال خواندن نیز در نحو با مشکلات بسیاری مواجه می‌شوند. به‌طور مثال ممکن است: در درک مرجع ضمیرها دچار اشکال شوند، جملات آنها به لحاظ دستورزبانی درست نباشد، سطح پیچیدگی جملاتشان نسبت به همسالان عادی‌شان پایین‌تر باشد و مطالبی را که می‌خوانند، نمی‌توانند به درستی درک کنند.

معناشناسی

علاوه بر ساختار جمله هر کدام از کلمات و عبارات نیز در درک مطلب نقش دارند و به عبارتی درک مطلب خواندن نیازمند معناشناسی^۴ است و معناشناسی یا سمنتیک شامل پردازش معنی کلمه‌ها و مقایسه آنها با شبکه واژگانی موجود در ذهن و پردازش معنای جملات است. مهارت معناشناسی، شنونده را قادر می‌سازد تا با توجه به بافت جمله به مفهوم متن پی ببرد. علاوه بر سرخ‌های معنایی موجب تسهیل در رمزگشایی

دبستان شنیده یا تولید کرده است. براین اساس یکی از اصول مهم در طراحی برنامه بازی درمانی برای اختلال خواندن آن است که در بازی درمانی ویژه اختلال خواندن می‌بایست اولویت را به رمزگشایی و آگاهی واج شناختی داد و همین‌طور ابتدا از بازی‌های رمزگشایی و آگاهی واج شناختی شفاهی شروع کرد و سپس در صورت تسلط نسبی کودک در بُعد شفاهی به بازی‌های رمزگشایی و آگاهی واج شناختی مکتوب پرداخت که نمونه‌های آن در جداول بعدی ارائه می‌شود.

درک مطلب

هدف نهایی و غایت خواندن، درک مطلب^۱ است، به عبارتی قرار است که پردازش واج‌ها و کلمات و رمزگشایی‌ها در نهایت معنایی را به فرد منتقل کند تا از آنچه دانش‌آموز رمزگشایی نموده به این معناست که: بتواند موضوع کلی از مطالب خوانده شده را در ذهنش ترسیم کند، جملات مرتبط با موضوع اصلی متن را در حافظه اش نگهداری کند و به پرسش‌هایی که درباره متن از او پرسیده می‌شود، به درستی پاسخ دهد. انجام این فعالیت‌ها مستلزم آن است که دانش‌آموزان از راهبردهای درک مطلب و مهارت‌های توجه استفاده کنند (۷). به عبارت دیگر، دانش‌آموزان با ساخت یک شبکه معنایی از مطالب خوانده شده به استخراج معنی کلمات، جملات و متون می‌پردازند (۱۱). در برخی از دانش‌آموزان که نمی‌توانند خوب بخوانند تا مفهوم اصلی متن را درک کنند، مشکلات درک مطلب آنها به نقایصی در عملکرد رمزگشایی‌شان (دقت و خودکاری رمزگشایی) مربوط می‌شود، در تأیید این مطلب، کرمیزی^۲ نیز رمزگشایی را به‌عنوان یک پیش‌نیاز برای درک مطلب قوی معرفی می‌کند (۱۲). اما برخی دیگر از دانش‌آموزان با وجود اینکه می‌توانند متن را به‌صورت روان بخوانند اما قادر به درک و فهم آن نیستند، مشکلات این گروه ناشی از نقص در رمزگشایی نمی‌باشد و ممکن است مربوط به اشکالاتی در مهارت‌های روان‌شناختی (کارکردهای اجرایی، مهارت‌های فراشناختی، مدیریت حافظه کوتاه‌مدت، حافظه کاری) یا اطلاعات عمومی (شبکه واژگانی و معنای کلمات) و یا توانایی‌های فرازبانی (به‌ویژه نحو و معناشناسی) باشد (۷). اگرچه در سال‌های اول ابتدایی در آموزش مهارت‌های خواندن برای دانش‌آموزان

1. Comprehending
2. Kirmizi

3. Syntax
4. Semantics

از مبانی نظری مرور شد، خواندن نوعی پردازش چندبُعدی با هسته زبان شناختی است، که دو مؤلفه اصلی رمزگشایی و درک مطلب (یا معنادهی) و از چندین خورده مؤلفه تشکیل یافته است و اگر قرار است برنامه مداخله مؤثر باشد و هسته اصلی مشکلات خواندن یا اختلال خواندن را هدف بگیرد و مورد تحریک و توانمندسازی قرار دهد، می‌بایست با تبیین و الگوی نظری مستدل و مبتنی بر شواهد استوار شود. فلذا مبانی نظری طراحی بازی درمانی با هسته زبان شناختی می‌تواند به صورت شکل ۲ در نظر گرفته شود.

از نظر کاربردی و برای تدوین برنامه‌های مداخله‌ای بهبود خواندن و اختلال خواندن، می‌توان از الگوی نمادین فوق، این‌گونه استفاده کرد که اگر مداخلات بازی درمانی بر روی دو مؤلفه اصلی رمزگشایی و معنادهی (یا درک مطلب) و خرده مؤلفه‌های آن نظیر آگاهی واج شناختی، شبکه واژگانی، نحو یا ساختار جمله متمرکز شود، به‌طور اثربخشی می‌تواند عملکردهای خواندن، از جمله صحت خواندن و سرعت یا سیالی خواندن و در نهایت درک مطلب را بهبود بخشد. بنابراین در ادامه با تفصیل بیشتری به این خرده مؤلفه‌ها اشاره می‌شود.

■ جایگاه مؤلفه‌ها و خرده مؤلفه‌های زبان شناختی در طراحی بازی‌های زبان شناختی خواندن

با توجه به اهمیت و جایگاه هسته زبان شناختی خواندن در بهبود و ارتقای عملکرد صحت، سرعت و سیالی خواندن، هرچه فعالیت‌ها و تکالیف برنامه مداخله به مؤلفه‌های خواندن متمرکز شود، ضریب اثربخشی آن افزایش می‌یابد. بدین جهت لازم است درمانگران و معلمان و حتی والدینی که در مسیر یادگیری با کودکان دارای مشکلات یا اختلالات یادگیری کار می‌کنند، لازم است با مؤلفه‌ها و خرده مؤلفه‌های خواندن آشنایی بیشتری داشته باشند. بنابراین در ادامه به بسط و گسترش مؤلفه‌های هسته زبان شناختی خواندن می‌پردازیم. به استناد رویکرد زبان شناختی، خواندن شامل مؤلفه‌های اصلی، زیرمؤلفه‌ها و خرده اهدافی است که در طراحی فعالیت‌های آموزشی و درمانی و از جمله بازی درمانی برای بهبود خواندن می‌بایست مورد توجه قرار گیرند. در جدول زیر، ابتدا مؤلفه‌ها، سپس خرده مؤلفه‌ها و در ادامه پردازش‌های متناظر با آنها ارایه می‌شود:

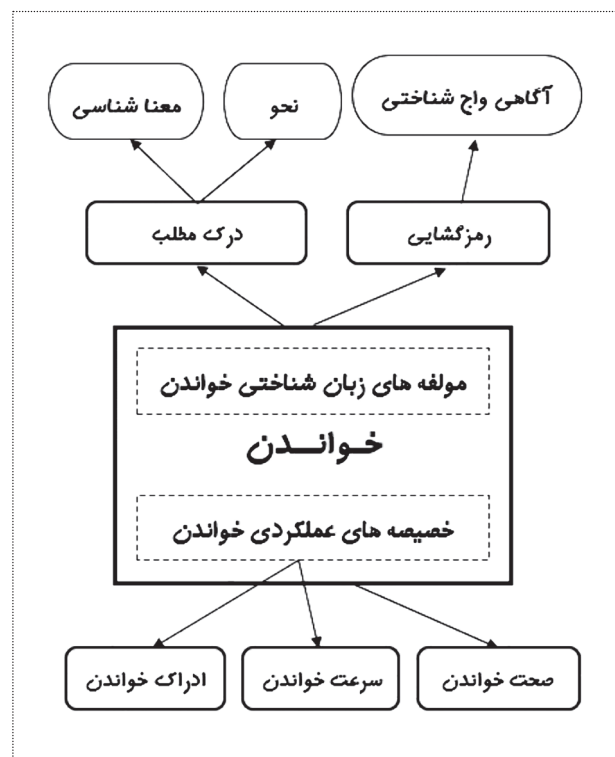
نیز می‌شوند. برای مثال، در کامل کردن جمله "خیاط ... اش را تحویل داد." توجه به معنای فعل "تحویل داد" و فاعل جمله که "دانش‌آموز" است دانش‌آموز را به انتخاب کلمه مناسب از میان (مداد-لباس-بلیط) کمک می‌کند. افزایش کلمات خزانه‌ی واژگان سبب رشد پردازش شناختی و در نتیجه ارتقای مهارت معناشناسی می‌شود.

معناشناسی یکی از حوزه‌هایی است که بسیاری از دانش‌آموزان اختلال خواندن در آن با مشکل مواجه می‌شوند. عمده اشکال دانش‌آموزان در معناشناسی ناشی از کاستی‌ها در خزانه لغات‌شان است. شناخت بدون کلام، فهم بدون بیان، ناتوانی در نام‌گذاری تصاویر، ضعف در توصیف یک کلمه و عدم بیان تفاوت‌ها و تشابهات در دو یا چند مورد از جمله اشکالاتی است که به دلیل حجم کم خزانه واژگان و اشتباهاتی در تلفظ کلمات و نام‌گذاری صورت می‌گیرد و منجر به عملکرد ضعیف در معناشناسی و در نتیجه درک مطلب ناقص و گاه نادرست از متن می‌شود (۱۳).

■ الگوی نمادین هسته زبان شناختی خواندن

طراحی مداخله بازی درمانی به‌عنوان یک مداخله تخصصی نیازمند اتخاذ چهارچوب نظری مناسب است براساس آنچه

شکل ۲) الگوی نمادین هسته زبان شناختی خواندن



جدول ۱) مؤلفه‌ها و زیرمؤلفه‌های هسته زبان شناختی خواندن و نمونه بازی‌های پیشنهادی

نوع بازی		نمونه بازی‌ها و فعالیت‌های پیشنهادی	پردازش‌های شناختی زبان شناختی	زیرمؤلفه‌ها	مؤلفه‌های اصلی
شفاهی	کتبی				
*		در اتاق یا از بین وسایل، اشیائی را نشان بده که صدای اول، وسط یا آخر آنها مثلاً «ب» باشد.			
*		یک کلمه می‌گم بگو صدای اول، وسط یا آخرش چیه؟			
*		کارت یا عکسی را نشانم بده که صدای اول، وسط یا آخر آن مثلاً «ب» باشد.			
*		اسم سه حیوان یا خوراکی یا ماشین را بگو که صدای اول، وسط یا آخر آنها مثلاً «ب» باشد.			
*		یک اسم می‌گم، حرف یا صدای اول یا وسط یا آخرش را حذف کن و بگو: می‌گم سعید بدون س... عید	شناسایی حروف؛ صدا، اسم، تصویر، تشخیص سرواژه، تشخیص ته‌واژه، تشخیص میان‌واژه، ساخت کلمه،	آگاهی واج‌شناختی	رمز گشایی
*		یک قسمت (هجا) کلمه را می‌گم تو قسمت بعدش را بگو	تشخیص حرف مناسب در هر کلمه از میان صداهای چندشکلی، ساخت ترکیب، خواندن ترکیب، تشخیص ترکیب مناسب		
*		در یک دسته کارت، کارت‌هایی را پیدا کن که نشانه یا حرف اول، وسط یا آخر آنها مثلاً «ب» باشد.	برای کلمه، هجی کردن، حذف هجای آغازین، حذف هجای پایانی، ترکیب هجاها.		
*		در یک دسته کارت، کارت‌هایی را پیدا کن که نشانه یا حرف اول، وسط یا آخر متفاوت اما هم صدا هستند مثل «سد و صد»			
*		صحبت کردن رباطیک: مثلاً، من-یک-تو-پ-ق-شنگ-دا-رم			
*		بازی زبان رمزی مثل زرگری یا بازی‌های ساده‌تر			
*		از بین کارت‌ها یا نوشته‌های ناتمام حرف حذف شده اول، وسط یا آخر کلمه را حدس بزن و بخوان، مثلاً..تاب (کتاب)، ک..ش (کفش)			
*	*	با حروف در هم ریخته (مثلاً د، ا، ب) تا می‌تونی کلمه بساز و بگو و بنویس			
*		توی یک صفحه از کتاب ساده یا متن نوشتاری ساده، را پیدا کن که نشانه یا حرف اول، وسط یا آخر آن مثلاً «ب» باشد.			
*		کلمه یا جمله ساده‌ای را از آخر به اول بخوان.			
*		هر کلمه‌ای را که گفتیم، هم معنا و یا مخالف یا متضادش را بگو: سرد (گرم).			
*		آن چیه که توی آب زندگی می‌کنه؟			
*		بازی بیست سوالی و حدس زدن کلمه.	تشخیص کلمات مترادف و هم‌معنا، تشخیص کلمات متضاد، پسوندها و پیشوندها، پُرکردن جای خالی در جمله، مرتب کردن کلمات درهم ریخته،	معناشناسی و شبکه واژگانی	درک مطلب
*		یک کلمه می‌گم تا می‌تونی با آن کلمه بساز: کار (کارگر، کارمند، کارخانه).			
*		در یک مجموعه کارت، کارت‌های مترادف یا متضاد را پیدا کن.			
*		در بخش ساده‌ای از کتاب یا در متنی ساده، مترادف یا متضاد کلمه‌هایی را که می‌گم، پیدا کن.			
*	*	با کارت‌های کلمات در هم ریخته از نظر بخش‌ها یا پسوندها و پیشوندها را مرتبط کن (مندکار=کارمند، بازی شهر=شهرسازی، گل پُر گلدان=گلدان پر گل).			

نوع بازی		نمونه بازی‌ها و فعالیت‌های پیشنهادی	پردازش‌های شناختی زبان شناختی	زیرمؤلفه‌ها	مؤلفه‌های اصلی
شفاهی	کتبی				
		تکمیل جملات ناتمام: هر چی می‌گم، تو تمامش کن: من و علی فوتبال بازی....	تشخیص فاعل، فعل و ساختار جمله، تشخیص زمان جمله، توانایی درک نکات کلیدی متن، پاسخ دادن به پرسش‌هایی از متن خوانده شده،	پ	درک مطلب
*		سه کلمه می‌گم با آنها جمله درست کن: بهار، درخت، شکوفه.			
*		با یک یا چند تصویر یک داستان بساز و بگو.			
*		با چند کارت کلمه جمله بساز ۳ یا ۴ یا ۵ کارت.			
*	*	یک جمله را بخوان و از حفظ توضیحش بده.			
*	*	یک پاراگراف را بخوان و نکات مهمش را توضیح بده.			
*	*	یک پاراگراف را بخوان و در مثل یک بازرس یا کارآگاه از آن چند سوال طرح کن.			
*	*	خاطرات روزانه‌ات را بنویس و مثل یک گزارش‌گر برای بقیه گزارش بده.			
*	*	کتاب داستان ساده بخوان و مثل یک معلم برای بچه‌های کوچکتر قصه تعریف کن.			

بازی درمانی کمک کند. بدین ترتیب، مدنظر قرار دادن موارد ذیل می‌تواند به اثربخشی بیشتر فعالیت‌های بازی-محور کمک کند:

● **در هر مؤلفه، از بازی‌های شفاهی شروع کنید:** در تمامی موارد ابتدا بازی‌های شفاهی را انجام دهید. تا زمانی که کودک به صورت نسبی در بازی‌های شفاهی مسلط نشده است، از کارت کلمه یا متن ساده یا کتاب و بازی‌های نوشتاری استفاده نکنید. به یاد داشته باشید که براساس سیر طبیعی فراگیری زبان ابتدا زبان شفاهی و سپس مکتوب شکل می‌گیرد و لذا تا کودکی-به صورت نسبی-امکان پردازش و بازی شفاهی را نداشته باشد، توانایی لازم برای زبان مکتوب را هم ندارد.

● **بازی‌ها را با علایق و زندگی روزمره، هیجان انگیز کنید:** تا می‌توانید از کلمات و موضوعات روزمره و مورد علاقه کودک استفاده کنید تا بازی‌ها هیجان انگیزتر شوند و مشارکت او را تحریک کنند. برای مثال، استفاده از نام کودک یا اسم دوستان یا ورزش مورد علاقه یا اسامی شخصیت‌های کارتون یا خوراکی‌های مورد علاقه‌اش را در بازی‌ها مدنظر قرار دهید.

جدول فوق می‌تواند الهام بخش طراحی فعالیت‌های متعددی برای فعالیت‌های بازی درمانی مبتنی بر هسته زبان شناختی خواندن باشد، البته این جدول جنبه پیشنهادی دارد و می‌توان با خلاقیت و براساس تجارب معلم آنها را تغییر داد و به بازی‌های دیگری تبدیل کرد.

نکات کاربردی در توسعه و طراحی بازی‌های زبان شناختی خواندن

هر چند جدول فوق نمونه بازی‌های پیشنهادی را برای مؤلفه‌ها و زیرمؤلفه‌های هسته زبان شناختی خواندن ارائه کرد و تأمل در آن و فهم مناسب مطالب و فعالیت‌های جدول فوق ایده‌های کاربردی و عملی متنوعی را به ذهن معلمان و مشاوران متبادر می‌کند اما شایسته توجه است که کانون اصلی طراحی بازی درمانی اختلالات خواندن همان درک و فهم و تمرکز بر ماهیت خواندن و مؤلفه‌های زبان شناختی خواندن است. توجه شود که چنین جداولی نقطه شروع ایده‌ورزی است و البته چاشنی کردن خلاقیت و رعایت برخی نکات کاربردی در طراحی مداخلات می‌تواند به اثربخشی بیشتر

● تمامی ابزارها و اسباب بازی‌های مختلف را در مسیر تحریک هیجان انگیز هسته زبان شناختی به کارگیرید: به خاطر داشته باشید که استفاده از ابزارهای مختلف و ایجاد هیجان و جذابیت در طراحی مداخلات بازی محور نقش مهمی دارد، برای تحقق این مهم می‌بایست همواره بر منطق بازی درمانی برای اختلال خواندن که تحریک هسته زبان شناختی خواندن است، تأکید شود. به عنوان مثال، می‌توان از بادکنک، لیوان یک بار مصرف، پاکت‌نامه، آهنربا، چسب، کارت‌های تصویری و مجلات و کتاب‌های تصویری و حتی از ابزارهای فن‌آوری مثل تبلت و تلویزیون یا هر وسیله دیگری استفاده کرد. فقط باید به این سوال پاسخ داد که قرار است این وسایل ضمن ایجاد هیجان کدام مؤلفه از مؤلفه‌های خواندن را تحریک کند یا قرار است چه کاستی از هسته زبان شناختی خواندن در کودک را ترمیم کند. به عنوان مثال، می‌توان حروف را بر بادکنک نوشت، یا کلمات مترادف و متضاد یا جمله‌های بهم ریخته را بر روی بادکنک نوشت با آنها بازی‌های مختلفی طراحی کرد و یا برخی کاغذها را داخل بادکنک گذاشت و آنرا بادکرد و گره زد تا کودک پس از بازی و ترکاندن بادکنک بازی زبان شناختی مختلفی را با آن انجام دهد. بنابراین استفاده خلاقانه از هر فرصت و وسیله‌ای می‌تواند مفید باشد منوط بر اینکه منطبق با هدف و منطق تخصصی مرتبط با هسته زبان شناختی خواندن باشد.

● ارزیابی و بازطراحی و مناسب سازی ماهرانه را فراموش نکنید: برای طراحی فعالیت‌های بازی محور باید متناسب با ارزیابی از کودک و براساس سطح تسلط اولیه او بر نشانه‌ها و نیز با توجه به نقاط قوت و ضعف همان کودک یا گروهی تقریباً همگن از کودکان برنامه‌ریزی کرد. به عبارتی هیچ برنامه جهان شمول یا تمام و کمالی برای یک کودک یا گروهی از کودکان وجود ندارد مگر آنکه آنرا مناسب سازی کرد و با خلاقیت و با مشارکت کودک برنامه را باز طراحی نمود. لذا با توجه به همین اصل در ادامه نمونه‌ای از جداول طراحی و البته اجرا شده برای بهبود خواندن دانش‌آموزان دارای مشکل خواندن ارائه می‌شود تا برای معلمان و مشاوران و والدین ایده‌ها و چهارچوبی را فراهم آورد برای مناسب سازی و بازطراحی و اجرا، با تأکید بر این که همواره شایسته است قبل از مداخله و گاه بین مداخله برنامه را مناسب سازی و بازطراحی نمود.

● هر از گاهی خودتان نقش دانش‌آموز را بازی کنید: هر از گاهی از کودک بخواهید نقش بازی درمانگر یا معلم را ایفا کند و شما یا دوستانش نقش کودک را ایفا کنید و البته وقتی شما نقش کودک را دارید با مزه باشید و کمی شیطنت و اشتباه گفتن یا اشتباهی خواندن و شوخ طبعی را به بازی اضافه کنید.

● نوشتن را با ملاحظه و به صورت تدریجی وارد بازی کنید: تا می‌توانید در مراحل اول کودک را از نوشتن معاف کنید و بر بازی‌های شفاهی و یا بر بازی‌های کتبی که متن یا کلماتش را از قبل آماده کرده‌اید، بپردازید، و هر وقت کودک تسلط نسبی را بر خواندن پیدا کرد، نوشتن را هم اضافه کنید.

● در بازی فقط از نشانه‌های فراگرفته شده استفاده کنید: توجه داشته باشید بازی‌های مکتوب، برای نشانه و حروفی است که کودک یادگرفته است و لذا اگر کودک نشانه یا حرفی را نمی‌شناسد باید در مورد آن یک برنامه آموزشی شبیه آموزش‌های اولیه در کلاس اول اما با رعایت شرایط سنی کودک ارائه شود و وقتی نشانه مورد نظر فراگرفته شد، آن وقت در بازی‌های مکتوب استفاده شود.

● در صورت لزوم به آموزش نشانه‌ها بازگردید: به عبارتی توجه به این نکته ضروری است که بازی درمانی جای آموزش حروف را نمی‌گیرد و در جای جای مداخلات بازی محور، گاه لازم می‌شود به آموزش حروف و تسلط به حروف یا نشان‌های الفبای فارسی بازگشت و لذا یا بازی درمانگر خود باید معلمی آموزش دیده و مسلط به فنون تدریس خواندن و نوشتن باشد و یا در صورتی که بازی درمانی توسط روان‌شناس یا والدین اجرا می‌شود حتماً باید برای آموزش از معلم توانمند استفاده شود.

● پس از تسلط کودک به بازی‌ها، اعضای خانواده و همسالان را درگیر بازی کنید: پس از آنکه کودک تسلط نسبی پیدا کرد، بازی‌ها را به سمت خانواده، همسالان و همکلاسی‌ها سوق دهید، البته به خانواده تأکید کنید که اینها بازی هستند و باید با لذت و آرامش انجام شوند، بازی نمره ندارد و نباید با جدی گرفتن و تصحیح کردن‌های مگرر برای کودک به یک تجربه شکست تبدیل شود.

جدول ۲) جدول برنامه مداخله‌ای آموزش آگاهی واجی که به صورت بازی‌های مختلف برای هر آزمودنی طراحی شده بود

جلسه	بازی‌های مورد استفاده	هدف بازی	زمان جلسه
یکم	<p>□ بازی اول:</p> <p>کلمه بازی شفاهی و بازی بگرد و پیدا کن شفاهی را بازی می‌کنیم. سپس تعدادی کارت را که بر روی آنها واژه‌های مربوط به تمرین‌های کلمه‌سازی، میان‌واژه، سرواژه و ته‌واژه حروف ب، د، آ نوشته شده است را در قالب میوه‌ها، لوازم شخصی، رنگ‌ها، لوازم التحریر... آماده می‌کنیم. ابتدا بصورت شفاهی و در صورت آمادگی کودک در فضای اطراف قرار می‌دهیم. در بین کارت‌ها، کلمات نامربوط را نیز گنجانده سپس از کودک می‌خواهیم کلماتی را که در یک حیطه قرار می‌گیرند، جمع آوری کند.</p> <p>□ بازی دوم:</p> <p>ابتدا بصورت شفاهی بازی کلمه سازی را بازی می‌کنیم و سپس حروف کارت کلمات مختلف را درهم ریخته، سپس با فلش جهت خواندن کلمه را تعیین می‌کنیم و از کودک می‌خواهیم تا کلمه مورد نظر را حدس بزند. سپس بر روی کارتی مجزا، کلمه را پس از حدس زدن کودک به او نشان می‌دهیم و از او می‌خواهیم تا مجدداً از روی کارت، کلمه را بخواند.</p>	افزایش آگاهی واج‌شناختی و معنادگی در کودک	۳۰ تا ۴۵ دقیقه
دوم	<p>□ بازی سوم:</p> <p>برخی از بازی‌های شفاهی جدول قبلی را اجرا می‌کنیم و در صورت تسلط نسبی دانش‌آموز، تعدادی کارت که تصاویری آشنا و در سطح او در آنها به‌کار رفته است را به کودک نشان می‌دهیم. سپس تعداد دیگری کارت که نام همان تصاویر بر روی آنها درج شده است را به کودک نشان می‌دهیم و از او می‌خواهیم تصویر را با نوشته هر کارت منطبق سازد.</p> <p>□ بازی دوم:</p> <p>فهرستی از کلمات دارای شبکه واژگانی را تهیه می‌کنیم و از کودک می‌خواهیم تا کلمه‌ای را که مربوط به این گروه خاص نمی‌باشد را بیابد.</p>	افزایش آگاهی واج‌شناختی و معنادگی در کودک	۳۰ تا ۴۵ دقیقه
سوم	<p>□ بازی اول:</p> <p>برخی از بازی‌های شفاهی جدول قبل را اجرا می‌کنیم و پس از تسلط نسبی دانش‌آموز، کارت‌های درست کرده و صامت آغازین در سمت راست و یک پایان‌دهنده در سمت چپ قرار می‌دهیم. کودک صدای آغازین را با پایان‌دهنده‌ها ترکیب می‌کند تا کلمات جدیدی بسازد.</p> <p>□ بازی دوم:</p> <p>فهرستی از کلمات را بر روی تخته می‌نویسیم و از دانش‌آموز می‌خواهیم تا کلماتی را که با یک حرف مشترک آغاز می‌شوند را پیدا کرده و زیر آنها خط بکشد.</p>	افزایش آگاهی واج‌شناختی و رمزگشایی در کودک	۳۰ تا ۴۵ دقیقه
چهارم	<p>□ بازی اول:</p> <p>دو فهرست از لغات گوناگون تهیه می‌کنیم. از کودک درخواست می‌کنیم اول بصورت شفاهی و سپس بصورت مکتوب که حرف آخر کلمه‌ای که در ستون سمت راست وجود دارد را تشخیص داده و بگوید که با حرف آخر کدامیک از کلمات در ستون چپ مشابه می‌باشد. این بازی را با حروف میانی و آغازین نیز انجام می‌دهیم.</p> <p>□ بازی دوم:</p> <p>تعدادی از حروف را در داخل بادکنک قرار داده و از کودک می‌خواهیم تا به وسیله آن حروف، کلمات جدیدی را بسازد.</p>	افزایش آگاهی واج‌شناختی، معنادگی و رمزگشایی	۳۰ تا ۴۵ دقیقه

جلسه	بازی های مورد استفاده	هدف بازی	زمان جلسه
پنجم	<p>□ بازی اول: متنی را برای کودک انتخاب کرده و شروع به خواندن می کنیم اما کلمه ی آخر جمله را نمی خوانیم و از کودک می خواهیم که با توجه به معنا سعی در تکمیل جمله کند.</p> <p>□ بازی دوم: ابتدا از کودک می خواهیم، اسم یا غذا یا ورزش یا هر کلمه مورد علاقه خود را بگوید. سپس از او می خواهیم تا با حرف انتهایی آن لغت، لغت دیگری را بسازد.</p>	افزایش آگاهی واج شناختی، معنادهی، رمزگشایی، دقت و توجه	۳۰ تا ۴۵ دقیقه
ششم	<p>□ بازی اول: تصاویری از کتاب درسی کودک انتخاب می کنیم. اول کمی بازی شفاهی و سپس حروف مربوط به آن واژه را به صورت بهم ریخته بر روی کارت هایی نوشته و در اختیار کودک قرار می دهیم. از کودک می خواهیم تا واژه متناسب با آن تصویر را از طریق حروف در دسترسش بسازد و بخواند.</p> <p>□ بازی دوم: کارت هایی تهیه می کنیم و بر روی هر یک از آنها یک جمله می نویسیم. سپس از کودک می خواهیم که جمله را خوانده و ترتیب صحیح جملات را به منظور ساختن یک داستان تنظیم کند و مجدداً داستان را روخوانی کند.</p>	افزایش آگاهی واج شناختی، معنادهی، رمزگشایی، دقت و توجه	۳۰ تا ۴۵ دقیقه
هفتم	<p>□ بازی اول: انواع اشکال یک واج را نوشته، و برای هر کدام یک رنگ انتخاب می کنیم. سپس جمله ای را در اختیار کودک قرار می دهیم و از او می خواهیم براساس راهنمای حروف و رنگ هایشان، واج های مورد نظر را بیابد.</p> <p>□ بازی دوم: ابتدا اشکال هندسی را در اختیار کودک قرار می دهیم. سپس بر روی هر یک از اضلاع، نام یکی از حروف را می نویسیم. حروف مشخص شده بر روی اضلاع نهایتاً به یک کلمه معنادار ختم می شود که متناسب با فهم کودک است. سپس از کودک می خواهیم تا با واج ها بازی کرده و کلمه مورد نظر را بیابد.</p>	افزایش آگاهی واج شناختی، معنادهی، رمزگشایی، دقت و توجه	۳۰ تا ۴۵ دقیقه
هشتم	<p>□ بازی اول: یکی از دروس کتاب درسی کودک را انتخاب کرده و از کودک می خواهیم درس را خوانده، سپس کلمات درس را بر روی مقوا و کاغذ های رنگی می نویسیم. کارت ها را به طور پراکنده بر روی زمین قرار می دهیم. درمانگر به کلمه یا کلمات خاصی اشاره می کند و از کودک می خواهد تا بر روی آنها بایستد و مجدداً آنها را بخواند. در این تمرین به منظور پیچیده تر شدن، می توان از کلمات هم قافیه نیز استفاده کرد.</p> <p>□ بازی دوم: جملاتی را نوشته و در آنها جای خالی قرار می دهیم. جای خالی را گاهی با گزینه های متفاوت و گاهی با تصویر واژه ی مورد نظر پُر می کنیم. سپس از کودک می خواهیم تا از میان واژه های موجود یکی را انتخاب کرده و یا واژه ی متناسب با تصویر را برگزیند.</p>	افزایش آگاهی واج شناختی، معنادهی، رمزگشایی، دقت و توجه	۳۰ تا ۴۵ دقیقه

جلسه	بازی‌های مورد استفاده	هدف بازی	زمان جلسه
نهم	<p>□ بازی اول:</p> <p>تعدادی واژه را متناسب با سطح کودک انتخاب کرده و بر روی کارت‌ها می‌نویسیم و آنها را بر روی زمین به صورت پراکنده قرار می‌دهیم. سپس از کودک می‌خواهیم تا کلمه‌ای را بیابد و سپس کلمه‌ی دیگری را پیدا کرده و آنها را درکنار یکدیگر قرار دهد و مجدداً آنها را بخواند.</p> <p>□ بازی دوم:</p> <p>کلمه هدفی که ترجیح مورد علاقه کودک و هیجان انگیز باشد را انتخاب کرده و از او می‌خواهیم که با آن جمله‌ای بسازد. سپس مجموعه‌ای از کلمات را که بر روی کارت‌ها نوشته شده‌اند را در اختیار کودک قرار می‌دهیم و از او می‌خواهیم تا کلمات مرتبط با واژه‌ای که جمله‌سازی کرده است را پیدا کند.</p>	افزایش آگاهی واج‌شناختی، رمزگشایی، دقت و توجه	۳۰ تا ۴۵ دقیقه

جمع بندی و نتیجه‌گیری

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اگر بازی درمانی به صورتی تخصصی و هدفمند بر هسته زبان شناختی طراحی و اجرا شود، هم بر بهبود خواندن اثر می‌گذارد و هم به صورت مستقیم و غیر مستقیم به بهبود هیجانی و ارتقای انگیزش دانش‌آموزان دارای مشکلات خواندن کمک می‌کند (۱۴). لذا نوشتار حاضر براساس مستندات و شواهد پژوهشی و مبانی نظری پشتیبان بازی درمانی ویژه هسته زبان شناختی خواندن (۱۵، ۱۶، ۱۷) و با تبیین اینکه خواندن و اختلال خواندن ماهیتی زبان شناختی دارد، به ارایه رویکردی زبان شناختی به خواندن به تبیین هسته زبان شناختی خواندن پرداخته و با بسط و گسترش مؤلفه‌های رمزگشایی و معنادهی، نمونه فعالیت‌های بازی محور را برای زیرمؤلفه‌های آگاهی واج‌شناختی، معناشناسی و نحو یا ساختار جمله ارایه کرده است. همچنین با ارایه اصول و راهکارهای طراحی بازی درمانی برای بهبود مشکلات خواندن سعی شده است تا به معلمان و روان‌شناسان و حتی والدین، ایده‌ها و درک مناسبی از بازی درمانی زبان شناختی برای اختلال خواندن ارایه کند و در پایان نیز به ارایه‌ی یک برنامه‌ی نه جلسه‌ای به صورت نمونه مبادرت کرده است. مشاوران، معلمان و حتی والدین می‌توانند در قالب بازی و بدون تحمیل و اجبار نمونه‌هایی از فعالیت‌های پیشنهادی را در حد توان کودک با او تجربه کنند، هر چند مداخله اصلی باید به صورت جامع و توسط افراد واجد شرایط تخصصی انجام شود. در

مجموع نوشتار حاضر زمینه فهم و درک و کاربرد بازی درمانی زبان شناختی برای اختلال خواندن فراهم نموده است و البته همانگونه که پژوهش‌ها تأکید دارند (۱۸) هر گونه طراحی و اجرای مداخله بازی درمانی زبان شناختی برای یک کودک یا گروهی از کودکان نیازمند آشنایی و تسلط بر راهبردهای تدریس و مهارت‌های پایه برقراری ارتباط و فنون مشاوره و البته نیازمند بازطراحی و مناسب‌سازی است و خلاقیت و صبوری و هیجان انگیزی در طراحی و اجرای مداخلات بازی‌های زبان شناختی نقش اساسی خواهد داشت. با توجه به اینکه امروزه جریان مداخلات در حوزه اختلال خواندن تمرکز ویژه‌ای بر مؤلفه‌های زبان شناختی دارد و جهت‌گیری‌های زبان شناختی در مداخلات رو به افزایش است و حتی به مداخلات به‌هنگام در پیش دبستانی نیز گسترش یافته است (۱۹). از طرفی یکی از خطاهای رایج در شناسایی و مداخله تفکر صفر و یکی است که تصور می‌کند فقط باید با برچسب اختلال خواندن و یا با عناوین صرفاً بالینی نظیر دیسلکسیا و یا اختلال ویژه خواندن تمرکز کرد. در حالی که مشکلات خواندن یک طیف هستند و لازم است معلمان و متخصصان اختلالات یادگیری برای گستره‌ای از دانش‌آموزانی که مشکلات خواندن دارند، متمرکز شوند. همانگونه که امروزه عباراتی نظیر ضعف در خواندن و دانش‌آموزان دارای مهارت‌های ضعیف در خواندن یا عبارت‌های مشابه نیز استفاده می‌شود (۲۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تمامی دانش‌آموزان این طیف دارای نیمرخ

References

1. Paul HA. Prescriptive Play Therapy: Tailoring Interventions for Specific Childhood Problems: Kaduson, HG, Cangelosi, D., & Schaefer, CE,(2020). New York: Guilford Press.
2. Wethington HR, Hahn RA, Fuqua-Whitley DS, Sipe TA, Crosby AE, Johnson RL, Liberman AM, Mościcki E, Price LN, Tuma FK, Kalra G. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *American journal of preventive medicine*. 2008 Sep 1;35(3):287-313.
3. Genç M, Tolan ÖÇ. Play Therapy Practices in Psychological and Developmental Disorders That Are Common in Preschool Period. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*. 2021 Apr 1;13(2):207-31.
4. Delle Carmichael K. Play therapy: An introduction. *Recording for the Blind & Dyslexic*; 2006.
5. Gitlin-Weiner K. Clinical perspectives on play. *Play from birth to twelve: Contexts, perspectives, and meanings*. 2006:353-67.
6. Ahmad Panah M, Pakadannaya P. Dyslexia: A review study on recent researches. *Journal of Exceptional Children*. 2007 Dec 10;7(3):337-52.
7. Hallahan DP, Pullen PC, Ward D. A brief history of the field of learning disabilities. 2014. New York: Guilford Press.
8. Asgharinekah A, Abad AG, Kalani S, Mohsen S. An introduction to designing educational-computer games with the linguistics approach in the area of disorders especially in learning. *Journal of Exceptional Education*. 2013;13(4):36-48.
9. Lawrence J. What can the simple view of reading teach us about disciplinary literacy?. *Reading Ways Publications*. 2021;2(4).
10. Fälth L, Gustafson S, Tjus T, Heimann M, Svensson I. Computer-assisted interventions targeting reading skills of children with reading disabilities—A longitudinal study. *Dyslexia*. 2013 Feb;19(1):37-53.
11. Aarnoutse C, van Leeuwe J. Development of poor and better readers during the elementary school. *Educational Research and Evaluation*. 2000 Sep 1;6(3):251-78.
12. Kırımı FS. Relationship between reading comprehension strategy use and daily free reading time. *Procedia -Social and Behavioral Sciences*. 2010 Jan 1;2(2):4752-6.
13. Acosta-Rodríguez VM, Ramírez-Santana GM, Hernández-Expósito S. Intervention for oral language comprehension skills in preschoolers with developmental language disorder. *International*

یا پروفایل‌های مشابهی در مؤلفه‌های زبان‌شناختی هستند و بدیهی است که مسیر شناسایی و مداخله و از جمله استفاده از برنامه‌های بازی درمانی برای خوانندگان ضعیف یا دانش‌آموزان دارای ضعف در خواندن همان مسیر مشابه اختلال خواندن است (۲۱). بدین جهت امید می‌رود در نظام آموزش و پرورش ایران بخصوص آموزش و پرورش ویژه نیز این تغییر جهت در توجه به پیش دبستانی و مداخلات به‌هنگام، و توجه به گستره مشکلات خواندن به‌جای تمرکز بر یک عنوان یا بر چسب و بخصوص تمرکز بر هسته زبان‌شناختی خواندن به‌جای مسایل حسی حرکتی، مسیری باشد که با پژوهش و مطالعه و با تمرین و تجربه و مطالعه تکمیلی و هم‌افزایی ایده‌ها و تجارب با همکاران در مراکز اختلالات یادگیری و مدارس و کلینیک‌ها پر بارتر شده و بسط و گسترش یابد تا گام‌های نوین و اثربخشی در کمک به کودکان با اختلال یادگیری و بخصوص طیف مشکلات خواندن برداشته شود و در پژوهش‌ها و مطالعات بعدی به رشد حرفه‌ای و علمی جامعه آموزش و پرورش کودکان با نیازهای ویژه کمک شود.

- Journal of Language & Communication Disorders. 2022 Jan;57(1):90-102.
14. Janghoo, E., Hemmati, B., Jafarzadeh Dashbolagh Dashbolagh, H. The effectiveness of play therapy on improving the speed of information processing and social / emotional processing in students with dyslexia. Journal of Learning Disabilities, 2019; 9(1): 72-92.
 15. Kalani S, Asgharinekah SM, Ghanaei Chamanabad A. The effectiveness of linguistic play software package on reading accuracy and comprehension of students with reading disorder. Journal of Learning Disabilities. 2015 Aug 23;4(4):66-84.
 16. Gillon GT. Follow up study investigating the benefits of phonological awareness intervention for children with spoken language impairment. International Journal of Language & Communication Disorders. 2002 Oct 12;37(4):381-400.
 17. Pirzadi H, Ghobari-Bonab B, Shokoohi-Yekta M, Yaryari F, Hasanzadeh S, Sharifi A. The impact of teaching phonemic awareness by means of direct instruction on reading achievement of students with reading disorder. Audiol. 2012 Mar 10;21(1):83-93.
 18. Smith SB. Synthesis of Research on Phonological Awareness: Principles and Implications for Reading Acquisition. 1995. Technical Report No. 21.
 19. Eghbaria-Ghanamah H, Ghanamah R, Shalhoub-Awwad Y, Adi-Japha E, Karni A. Long-term benefits after a rhyme-repetition based intervention program for kindergarteners: Better reading and spelling in the first grade. Developmental Psychology. 2022 Feb;58(2):252.
 20. Steinle PK, Stevens E, Vaughn S. Fluency Interventions for Struggling Readers in Grades 6 to 12: A Research Synthesis. Journal of learning disabilities. 2022 Jan;55(1):3-21.
 21. Spear-Swerling L, editor. Structured Literacy Interventions: Teaching Students with Reading Difficulties, Grades K-6. Guilford Publications; 2022 Jan 26.

اثربخشی زوج درمانی گاتمن بر مهارت‌های ارتباطی و عملکرد خانواده در زوجین دارای فرزند کم‌توان ذهنی

- مهدیه خباززاده یزدی*، کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران
- محسن سعید منش، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران
- فرنگیس دمهری، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۲۱ • تاریخ انتشار: خرداد و تیر ۱۴۰۱ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۸۳ - ۹۳

چکیده

زمینه و هدف: وجود کودک کم‌توان ذهنی در یک خانواده پیامدهای منفی فراوانی برای والدین به همراه دارد. بر همین اساس استفاده از مداخلات روان‌شناختی مؤثر در جهت کاهش این اثرات اهمیت فراوانی دارد. بنابراین هدف این پژوهش تعیین میزان اثربخشی زوج‌درمانی گاتمن بر مهارت‌های ارتباطی و عملکرد خانواده در زوجین دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود.

روش: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه والدین دارای فرزند کم‌توان جسمی و کم‌توان ذهنی شهر یزد در سال ۱۴۰۰ شامل می‌شد که از بین آنها تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند؛ گروه آزمایشی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای زوج‌درمانی گاتمن را به صورت مجازی دریافت نمودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های مهارت‌های ارتباطی جرابیک (۲۰۰۴) و عملکرد خانواده مک‌مستر اپشتاین و همکاران (۱۹۸۳) به صورت الکترونیکی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری در SPSS-26 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که مداخله زوج‌درمانی گاتمن بر مهارت‌های ارتباطی و عملکرد خانواده در زوجین دارای فرزند کم‌توان ذهنی تأثیر دارد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان از مداخله زوج‌درمانی گاتمن به عنوان یک روش توانمندسازی زوجین دارای فرزند کم‌توان ذهنی بهره گرفت.

واژه‌های کلیدی: زوج‌درمانی گاتمن، عملکرد خانواده، کودک کم‌توان ذهنی، مهارت‌های ارتباطی

مقدمه

در عصر حاضر مشکل بیماری‌ها و ناتوانی‌ها از جمله ناتوانی‌های جسمی و ذهنی از حادترین مسائل افراد جوامع بشری است (۱). براساس آمار سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۷) سالانه ۲۹ تا ۳۵ هزار نوزاد کم‌توان در ایران متولد می‌شوند (۲). در این میان کودکان و افراد کم‌توان ذهنی اهمیت و توجه بسزایی را در دهه‌های اخیر به خود جلب کرده‌اند، چرا که وجود کودک کم‌توان ذهنی آسیب‌ها و آثار جبران‌ناپذیری بر اعضای خانواده وارد می‌کند و به طرق مختلف موجب فشار روانی، انزوای اجتماعی و اختلال در سلامت روانی آنها می‌شود (۳). یکی از بزرگترین گروه کودکان کم‌توان، کودکان کم‌توان ذهنی^۱ می‌باشد. کم‌توانی ذهنی یکی از عمده‌ترین مسائل جوامع بشری و از پیچیده‌ترین و دشوارترین مشکلات در کودکان و نوجوانان است که اثرات فراوانی را بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کند (۴). درصد زیادی از این کودکان در منزل نگهداری می‌شوند، بنابراین تعداد قابل توجهی از خانواده‌ها، از اثرات منفی داشتن کودکی کم‌توان و استرس بسیار زیاد ناشی از آن رنج می‌برند (۱). همه زوجین زندگی زناشویی خود را با این امید آغاز می‌کنند که عمری را در کنار یکدیگر صمیمی و شادمانه زندگی کنند؛ اما ممکن است به دلایل مختلف در خانواده استرس و تنش به وجود آید. یکی از عوامل ایجاد استرس و افسردگی در خانواده تولد یک کودک کم‌توان است. حضور کودک کم‌توان با ایجاد مشکلات مراقبتی برای خانواده و به‌ویژه تجربیات استرس‌زا برای والدین همراه است (۵). چنین وضعیتی مانع از آن می‌شود که خانواده بتواند کارکردهای متعارف خود نظیر تربیت فرزندان، روابط اجتماعی، اشتغال، اوقات فراغت و روابط زناشویی را به‌نحو مطلوبی ایفا کند (۶). برخی از پژوهشگران عقیده دارند که وجود کودک کم‌توان باعث بحران شوک، احساس گناه، انکار، غم و کاهش ارتباط در بستگان شده و زمینه را برای مشکلات بین والدین و حتی جدایی آنها از یکدیگر فراهم می‌کند (۷).

یکی از مهمترین مسائلی که به علت حضور کودکان کم‌توان اهمیت دارد، مهارت‌های ارتباطی^۲ است. مهارت‌های ارتباطی، توانایی‌هایی هستند که به واسطه آنها افراد می‌توانند درگیر تعامل‌های بین‌فردی و فرایند ارتباط شوند؛ فرایندی که افراد در طی آن، اطلاعات، افکار و احساسات خود را از طریق مبادله

کلامی و غیرکلامی با یکدیگر در میان می‌گذارند (۸). این مهارت‌ها مشتمل بر مهارت‌های فرعی همچون درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی، نظم‌دهی به هیجان‌ها، گوش دادن، بینش نسبت به فرایند ارتباط و قاطعیت در ارتباط هستند که اساس مهارت‌های ارتباطی را تشکیل می‌دهند (۹). روابط زوجین در واقع با هدف ارضاع سطوح مختلف نیازها صورت می‌گیرد. به همین دلیل است که شایع‌ترین مشکلی که توسط زوجین ناراضی مطرح می‌شود، عدم موفقیت در برقراری رابطه است (۱۰). نتایج پژوهش‌های زیادی نشان داده است که والدین دارای کودکان کم‌توان نیاز به مهارت‌های ارتباطی ویژه‌ای دارند (۱۱).

همسو با مهارت‌های ارتباطی، یکی دیگر از مفاهیم مهم در بررسی زندگی زوجین دارای فرزند کم‌توان، مفهوم عملکرد خانواده^۳ است. خانواده دارای عملکردهای متفاوتی است، اما عملکرد اصلی آن که نقش مهمی نیز در سلامت خانواده دارد، تأمین نیازهای اعضای خانواده است (۱۲). عملکرد خانواده توانایی خانواده در هماهنگی یا تطابق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل تضادها و تعارض‌ها، همبستگی بین اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد و اجرای مقررات و اصول حاکم بر آن با هدف حفاظت از نظام خانواده و حفظ تعادل آن است (۱۳). خانواده‌های با عملکرد ضعیف و نامناسب دارای مشکلات بسیاری به‌ویژه در زمینه عاطفی هستند. در چنین خانواده‌هایی معمولاً ارتباط مناسب نادیده گرفته می‌شود، گستره واکنش‌های هیجانی محدود و کمیت و کیفیت واکنش‌ها نسبت به محیط نامناسب است و علاوه بر آن اعضای خانواده به یکدیگر علاقه‌ای نداشته و در مورد یکدیگر اقدام به سرمایه‌گذاری عاطفی نمی‌کنند (۱۴).

همان‌گونه که اشاره شد، وجود کودک کم‌توان، سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی خانواده را تهدید نموده و تأثیرات منفی بر آنها می‌گذارد. تولد کودک کم‌توان به‌عنوان یک بحران، می‌تواند به شکل عمیق بر ارتباط‌ها و کنش‌های خانواده اثر بگذارد (۱۵). بر همین اساس استفاده از روش‌های درمانی مؤثر در جهت افزایش ارتباطات و کنش‌های خانواده در جهت مواجهه مؤثر با پیامدهای کودک کم‌توان می‌تواند اهمیت فراوانی داشته باشد.

یکی از روش‌های مؤثر بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی، زوج‌درمانی^۴ است که زوج‌درمانی مبتنی بر نظریه گاتمن

1. Mental disability
2. Communication skills

3. Family function
4. Couple therapy

مدل گاتمن در خانواده‌های دارای فرزند با نیازهای ویژه نقش مؤثری در بهبود سازگاری زناشویی و روابط زوج‌ها داشت (۲۶). همچنین برنند (۲۰۱۲) در پژوهش خود نشان داد که زوج درمانی گاتمن سازگاری زناشویی را بهبود می‌بخشد و مشکلات زناشویی را کاهش می‌دهد (۲۷).

در مجموع نتایج مطالعات مختلف نشان داده‌اند که زوج درمانی گاتمن می‌تواند به بهبود رضایت زناشویی، سازگاری و صمیمیت زناشویی و همچنین طیف وسیعی از مشکلات زناشویی مؤثر باشد. با این حال، تاکنون پژوهشی به صورت جامع به بررسی اثربخشی این مداخله بر روی مشکلات روان‌شناختی، خصوصاً الگوهای ارتباطی و عملکرد خانواده زوجین دارای کودک کم‌توان نپرداخته است و در این زمینه خلأ پژوهشی وجود دارد. همچنین با توجه به اینکه کاهش مهارت‌های ارتباطی و عملکرد خانوادگی ضعیف، با طیفی از مشکلات زناشویی و همچنین مشکلات روان‌شناختی نظیر اضطراب و افسردگی مرتبط است (۲۸)، لذا چنین به نظر می‌رسد که آموزش زوج درمانی به روش گاتمن گام مؤثری در بهبود مشکلات روان‌شناختی و زناشویی این زوجین باشد و در واقع، با توجه به اهمیت مهارت‌های ارتباطی و عملکرد خانواده در والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی سؤال پژوهش حاضر این است که آیا زوج درمانی به روش گاتمن بر مهارت‌های ارتباطی و عملکرد خانواده در زوجین دارای فرزند کم‌توان ذهنی مؤثر است؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، جز پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه والدین دارای فرزند کم‌توان جسمی و کم‌توان ذهنی شهر یزد در فاصله فروردین تا خرداد سال ۱۴۰۰ به تعداد تقریبی ۱۱۰ نفر بود که به مراکز توان‌بخشی شهرستان یزد مراجعه کردند.

روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. بدین صورت که ۳۰ نفر از والدین دارای فرزند کم‌توان که شرایط ورود به مطالعه و همچنین تمایل به شرکت در مداخله را داشتند، انتخاب و در دو گروه آزمایشی (۱۵) و گواه (۱۵) جایگزین شدند. نمونه مورد نظر از نظر جنسیت زن و متأهل بودند. جلسات مداخله به صورت مجازی و به وسیله ویدئو کنفرانس تشکیل شد. ملاک انتخاب این تعداد نمونه نظر متخصصان

یکی از انواع آن است. بر اساس این نظریه شکست در برقراری ارتباط یکی از رایج‌ترین مشکلاتی است که از سوی همسران ناراضی ابراز می‌شود و آشفتگی زناشویی به شدت عملکرد فیزیولوژیکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در نتیجه افراد دارای رضایت از زندگی، عمر طولانی‌تری داشته و کمتر بیمار می‌شوند (۱۶). این نظریه بر اصلاح و تقویت نقشه راه، تقویت حس دلبستگی و تمجید، کاهش تعارضات و عواطف منفی، ارائه گام‌های مشخص و معین برای حل مشکلات و تعارضات، افزایش واکنش‌های هیجانی مناسب و یکی کردن امور مالی برای بهبود رابطه زناشویی تأکید می‌کند. پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی روش درمانی گاتمن بر بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی است. برای مثال، داودوندی و نوابی‌نژاد (۲۰۱۸) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که زوج درمانی گاتمن بر افزایش سازگاری زناشویی و صمیمیت زوجین مؤثر بود (۱۷). علی‌پناه و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود دریافتند که زوج درمانی گاتمن می‌تواند سبب کاهش باورهای ارتباطی غیر منطقی در روابط زوجین شود (۱۸). خلعتبری و هاشمی گلپایگانی (۱۳۹۷) در پژوهشی نشان دادند که زوج درمانی گاتمن می‌تواند سبب کاهش ترس از صمیمیت و اضطراب در زنان شود (۱۹). هواسی، زهراکار و محسن زاده (۱۳۹۵) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که زوج درمانی گروهی به روش گاتمن باعث کاهش فرسودگی زناشویی زوج‌ها شد (۲۰). در پژوهشی عبادی راد و کریمی‌نژاد (۱۳۹۶) دریافتند که زوج درمانی شناختی-سیستمی گاتمن به شیوه غیرمستقیم و از راه بهبود کارکرد زوجین در باورهای ارتباطی بر تعهد زناشویی و بهبود تعهد اثرگذار است (۲۱). همچنین رجایی (۱۳۹۴) در پژوهشی به این نتیجه رسید که زوج درمانی گاتمن می‌تواند طلاق عاطفی را کاهش دهد و روابط کلامی و غیرکلامی و تحریف‌های شناختی بین‌فردی را بهبود بخشد (۲۲). در پژوهشی دیگر سعادت‌ی شامیر، صنیعی و زارع (۱۳۹۷) نشان دادند که زوج درمانی به روش گاتمن باعث افزایش عملکرد خانواده و سازگاری زناشویی در زوجین متقاضی طلاق شده است (۲۳). همچنین نتایج پژوهش صائمی، بشارت و اصغرنژاد (۱۳۹۷) نشان داد که زوج درمانی گاتمن بر صمیمیت زناشویی اثرگذار است (۲۴). فیندلی (۲۰۲۰) نیز در پژوهشی به این نتیجه رسید که زوج درمانی گاتمن سازگاری زناشویی را افزایش می‌دهد (۲۵). واکر (۲۰۱۳) نیز ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید که مداخله مبتنی بر بهبود ازدواج براساس

درخواست می‌شود آنها را خوانده و قضاوت درباره خودش را بر روی یکی از گزینه‌های کاملاً موافقم (۴)، موافقم (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱) علامت‌گذاری نماید. نمره این ابزار از طریق مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۶۰ تا ۲۴۰ است و نمره بالاتر به معنای عملکرد مطلوب‌تر خانواده است. این ابزار با ضرایب آلفای خرده مقیاس‌های خود از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است. این پرسشنامه با قدرت متمایز سازی اعضای خانواده‌های بالینی و خانواده‌های غیر بالینی، در همه خرده مقیاس‌های خود دارای روایی خوبی برای گروه‌های شناخته شده است. اعتبار درونی آن توسط نویسنده با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ به دست آمد. یوسفی (۱۳۹۱) در پژوهش خود به بررسی روایی، پایایی و تأیید علمی آن پرداخته است. در پژوهش وی پایایی کل پرسشنامه ۰/۸۳ گزارش شده است (۳۴). وان زولکیفلی، بت اسحاق و بت مات سعد (۲۰۱۷) در پژوهش خود پایایی مقیاس سنجش عملکرد خانواده را ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند (۳۵).

ملاک‌های ورود به مطالعه در این پژوهش، داشتن حداقل یک فرزند کم‌توان ذهنی با هوش بهر ۷۰، نداشتن مشکل روانی یا جسمانی، تمایل آگاهانه به شرکت در دوره آموزشی و داشتن مدرک تحصیلی حداقل سیکل بود و ملاک‌های خروج از مطالعه غیبت بیش از ۳ جلسه و عدم تمایل برای ادامه دادن فرایند مداخله بود. شیوه اجرا و محتوای جلسات آموزشی پس از انتخاب افراد نمونه به روش در دسترس و قرار دادن آنها در گروه آزمایشی و گواه بود. از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد. بعد از اجرای پیش‌آزمون، آزمودنی‌های گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه، هفته‌ای دو بار و به مدت ۹۰ دقیقه تحت آموزش زوج درمانی گاتمن قرار گرفتند. اما بر روی گروه گواه هیچ مداخله‌ای اعمال نشد. در پایان اجرای طرح، یک بار دیگر از آزمودنی‌های هر دو گروه، پس‌آزمون به عمل آمد. با توجه به ماهیت آزمایشی و شرایط پژوهش، از بین والدین علاقه‌مند به شرکت در پژوهش و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به پژوهش تعداد ۳۰ نفر از آنها به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جای دهی شدند. ملاک انتخاب این تعداد نمونه نظر متخصصان آماری می‌باشد که برای طرح آزمایشی این حجم نمونه را مناسب دانسته‌اند (۲۹).

آماری می‌باشد که برای طرح آزمایشی این حجم نمونه را مناسب دانسته‌اند (۲۹). مبانی نظری و پیشینه پژوهش از منابع کتابخانه‌ای و اینترنت جمع‌آوری شد. همچنین به منظور گردآوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی جرابک و پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده مک مستر استفاده شد.

■ پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی^۱

این پرسشنامه توسط جرابک در سال ۲۰۰۴ با هدف سنجش مهارت‌های ارتباطی در بزرگسالان طراحی شد (۳۰) و ۵ خرده آزمون گوش دادن، تنظیم عواطف، درک پیام، بینش و قاطعیت را شامل می‌شود. این پرسشنامه از ۳۴ عبارت تشکیل می‌شود که از آزمودنی درخواست می‌شود آنها را خوانده و قضاوت درباره‌ی خودش را روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (برای هرگز) تا ۵ (برای همیشه) علامت‌گذاری کند. دامنه نمره محتمل برای هر فرد بین ۳۴ تا ۱۷۰ خواهد بود. البته باید خاطر نشان شد که برخی از عبارات به دلیل ماهیت و محتوای آنها، در محاسبه نمره به صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند. و حاصل جمع نمرات هر فرد در مجموع ۳۴ گویه، مبین نمره کل مهارت‌های ارتباطی آزمودنی می‌باشد. اعتبار این پرسشنامه در ایران در پژوهش حسین چاری و فداکار (۱۳۸۴) با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای نمره کل آزمون برابر با ۰/۷۱ گزارش شده است (۳۱). در پژوهش یوسفی (۱۳۸۵) نیز که بر روی ۱۳۱ دانشجوی که شامل ۷۶ نفر مرد و ۳۵ نفر زن بودند، مقدار این ضریب برابر با ۰/۸۱ به دست آمد (۳۲).

■ پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده مک مستر^۲

این پرسشنامه توسط اپشتین، بالدوین و بیشاب در سال ۱۹۸۳ با هدف توصیف ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده است که توانایی خانواده را در سازش با حوزه وظایف خانوادگی می‌سنجد (۳۳). این الگو ۶ بُعد حل مسئله (گویه‌های ۲، ۱۲، ۲۴، ۳۸، ۵۰، ۶۰)، نقش‌ها (گویه‌های ۴، ۱۰، ۱۵، ۲۳، ۳۰، ۳۴، ۴۰، ۴۵، ۵۳)، همراهی عاطفی (گویه‌های ۵، ۹، ۱۹، ۲۸، ۳۵، ۳۹، ۴۹، ۵۷)، ارتباط (گویه‌های ۳، ۱۴، ۱۸، ۲۹، ۴۳، ۵۲، ۵۵)، آمیزش عاطفی (گویه‌های ۱، ۲۱، ۲۲، ۲۵، ۳۳، ۳۷، ۴۲، ۵۴) و کنترل رفتاری (گویه‌های ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۶، ۲۰، ۲۶، ۳۱، ۳۶، ۴۱، ۴۹، ۵۱، ۵۶) را می‌سنجد. این پرسشنامه از ۶۰ پرسش تشکیل شده است که از آزمودنی

1. Communication skills inventory

2. McMaster Family Assessment Device (FAD)

تفاهم‌نامه^۳ زوج درمانی گاتمن

برای زوج درمانی در این پژوهش از تفاهم‌نامه زوج درمانی گاتمن استفاده شد. این تفاهم‌نامه در سال ۲۰۰۸ توسط گاتمن طراحی شد (۳۶) و شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای می‌باشد که در طی یک ماه (هفته‌ای دو جلسه) به والدین آموزش داده می‌شود. این تفاهم‌نامه توسط رجایی (۱۳۹۴) مورد استفاده و تأیید قرار گرفته است (۲۲). هدف و محتوای این مداخله به تفکیک جلسات در جدول (۱) گزارش شده است.

در مرحله اول پژوهش، پژوهشگر با مراجعه به دانشگاه، مجوزهای لازم را برای اجرای پژوهش تهیه نمود و سپس به مراکز مشاوره و روان‌شناسی مورد نظر مراجعه کرده و ضمن ارائه معرفی‌نامه و همچنین توضیحات لازم در مورد پژوهش، از مسئولان این مراکز برای همکاری در اجرای کارگاه آموزشی درخواست به عمل آورد. پس از این مرحله با توجه به ملاک‌های مورد نظر، نمونه‌های پژوهش از بین والدین داوطلب انتخاب شد و شرایط پژوهش به آنها توضیح داده

شد، سپس والدین در دو گروه آزمایشی و گواه جای‌دهی شدند. پس از انتخاب آزمودنی‌ها، پژوهشگر یک روز قبل از آموزش از همه آزمودنی‌های گروه آزمایشی و گواه خواست پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند که این پرسشنامه‌ها به‌عنوان پرسشنامه پیش‌آزمون تعریف شده بودند. در مرحله بعد به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، پژوهشگر در یک جلسه توجیهی به‌صورت مجازی هدف پژوهش، حق خروج از مطالعه، و بدون ضرر بودن مداخله برای شرکت‌کنندگان، خلاصه‌ای از شرایط آموزش و قوانین و ضوابط آن را توضیح داد و رضایت آنان برای شرکت در پژوهش را اخذ نمود. سپس آزمودنی‌های گروه آزمایشی به‌صورت مجازی به‌صورت ویدئو کنفرانس در جلسات آموزشی زوج‌درمانی گاتمن شرکت کردند. طی این مدت افراد گروه گواه هیچ‌گونه آموزش یا مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از انجام دوره آزمایشی هر دو گروه مجدد پرسشنامه‌های پژوهش را به‌صورت اینترنتی تکمیل نمودند (مرحله پس‌آزمون)؛ سپس پرسشنامه‌ها وارد نرم افزار SPSS شدند و تحلیل بر روی آنها انجام گرفت.

جدول (۱) خلاصه جلسات، اهداف و محتوای مداخله زوج‌درمانی گاتمن

جلسات	اهداف	محتوای مداخله
یکم	آشنایی و بیان اهداف	معرفی اعضا، بیان قوانین جلسات، تشریح اهداف زوج‌درمانی به روش گاتمن و معرفی اجمالی ایجاد خانه استوار زندگی مشترک
دوم	تشریح خانه استوار زندگی مشترک	شناخت حیطه‌های شخصیتی، عاطفی، شناختی، فلسفی، علائق و آرزوهای خود و همسر، شناخت دنیای عاطفی و هیجانی همسر و درک نگرانی‌ها و دغدغه‌های وی در رابطه با مسائل و مشکلات کودک کم‌توان ذهنی
سوم	بررسی تعارضات زناشویی	بحث درباره تعارضات زناشویی که به علت وجود یک کودک کم‌توان ذهنی ممکن است در خانه به وجود آید و شیوه حل آنها، گفتگو درباره رفتارهای مخرب زوجین مثل رفتارهای خشن، آموزش شیوه‌های مؤثر افزایش محبت و تعاملات مثبت، احیا و افزایش احساسات مثبت و قدرشناسی
چهارم	معرفی چهار عامل فروپاشی روابط زناشویی	گفتگو درباره رفتارهای مخرب رابطه (چهار عامل فروپاشی رابطه شامل انتقاد، تحقیر و تمسخر، حالت تدافعی و طفره رفتن از گفت و گوی معقولانه) و بررسی پیامدهای آنها در روابط زناشویی
پنجم	افزایش تعاملات مثبت با همسر	بحث درخصوص اهمیت پذیرش نفوذ همسر از سوی شوهر و تأثیر آن در روابط زناشویی و آموزش افزایش تعاملات مثبت با همسر و کودک
ششم	زبان بدن و فیزیولوژی بدن در روابط زناشویی	گفتگو درباره رفتارهای مخرب زناشویی مربوط به زبان بدن و تأثیر آن بر روابط زناشویی، بحث درباره فیزیولوژی بدن در حین مشاجرات، راهبردهای مقابله‌ای برای مواجه شدن با مسائل مربوط به کودک کم‌توان ذهنی و شیوه‌های آرام‌سازی

جلسات	اهداف	محتوای مداخله
هفتم	تلاش برای ترمیم روابط زناشویی	بحث درباره یکی از رفتارهای مخرب زناشویی یعنی شکست در تلاش برای ترمیم روابط و تأثیر آن بر زندگی، راه‌های مقابله با مشکلات غیرقابل حل، توجه به رویاها و رویاهای زناشویی، شناخت رویاهای همسر، آرامش‌دهی به همسر و آموزش نحوه توافق بر روی یک مورد خاص
هشتم	توانمندسازی خلق مفهومی مشترک در زندگی زناشویی	گفتگو درباره توانمندسازی خلق مفهومی مشترک در زندگی زناشویی با وجود داشتن یک کودک کم‌توان ذهنی، ارائه راه‌حل‌ها برای گفتگو با همسر جهت رسیدن به ارزش‌های مشترک زناشویی مانند آداب، نقش‌ها، اهداف و آیین‌های خانوادگی

یافته‌ها

گروه آزمایشی به ترتیب برابر با ۳۷/۲۰ و ۶/۶۲ و میانگین و انحراف معیار سنی گروه گواه به ترتیب برابر با ۳۶/۳۳ و ۵/۹۷ بود.

یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش (مهارت‌های ارتباطی و عملکرد خانواده) به تفکیک دو گروه آزمایشی و گواه و مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول (۲) ارائه شده است.

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که ۲۶/۶ درصد از زوج‌های شرکت‌کننده در این پژوهش دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۴۰ درصد دیپلم، ۱۶/۶ درصد کارشناسی و ۱۶/۷ درصد نیز دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. همچنین میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار مهارت‌های ارتباطی و عملکرد خانواده در بین آزمودنی‌های دو گروه

گروه گواه (n=۱۵)		گروه آزمایشی (n=۱۵)		مرحله	گروه متغیر	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		مهارت‌های ارتباطی	
۶/۸۹	۱۰۷/۸۶	۷/۸۴	۱۰۸/۴۶	پیش‌آزمون	مهارت‌های ارتباطی	
۷/۹۷	۱۰۸/۲۶	۷/۴۲	۱۱۱/۸۰	پس‌آزمون		
۱/۳۰	۱۶/۰۱	۱/۶۷	۱۶/۳۳	پیش‌آزمون	حل مسئله	
۲/۵۵	۱۵/۸۶	۲/۰۳	۱۸/۴۶	پس‌آزمون		
۲/۹۸	۲۱/۲۶	۲/۸۵	۲۲/۱۳	پیش‌آزمون	نقش‌ها	
۱/۸۲	۲۲/۲۰	۲/۲۶	۲۵/۰۱	پس‌آزمون		
۱/۹۸	۲۰/۲۶	۱/۷۶	۲۰/۴۰	پیش‌آزمون	همراهی عاطفی	
۱/۴۷	۲۰/۰۱	۱/۶۲	۲۱/۹۳	پس‌آزمون		
۱/۳۰	۱۹/۵۳	۱/۲۳	۱۹/۳۳	پیش‌آزمون	ارتباط	
۱/۶۴	۱۹/۴۶	۱/۸۴	۲۱/۴۶	پس‌آزمون		
۲/۷۸	۱۹/۴۶	۲/۶۹	۱۹/۰۶	پیش‌آزمون	آمیزش عاطفی	
۲/۵۵	۱۷/۴۷	۳/۰۳	۲۰/۸۰	پس‌آزمون		
۱/۰۷	۳۴/۰۱	۱/۶۳	۳۴/۴۰	پیش‌آزمون	کنترل رفتاری	
۱/۵۵	۳۳/۱۳	۲/۸۰	۳۵/۲۰	پس‌آزمون		
۶/۲۷	۱۳۰/۵۳	۵/۰۲	۱۳۱/۶۶	پیش‌آزمون	نمره کل	
۶/۸۳	۱۲۸/۱۳	۷/۵۷	۱۴۲/۸۶	پس‌آزمون		

همچنین نتایج بررسی پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون (تعامل نمرات کووریت و متغیر مستقل در بین گروه‌ها نباید اختلاف معناداری داشته باشد) بررسی شد؛ که نتایج حاکی از عدم معناداری تعامل بین نمرات کووریت و متغیر مستقل بود که نشان دهنده رعایت این پیش فرض نیز می‌باشد ($F=2/69, P=0/08$)؛ با توجه به رعایت پیش فرض‌های ذکر شده، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری به منظور مقایسه دو گروه در نمرات مهارت‌های ارتباطی بلامانع است.

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای تعیین اثربخشی زوج درمانی به روش گاتمن بر متغیر مهارت‌های ارتباطی زوجین در جدول (۳) گزارش شده است.

فرضیه دوم پژوهش بیان می‌کند، زوج درمانی به روش گاتمن بر بهبود عملکرد خانواده زوجین دارای فرزند کم‌توان ذهنی تأثیر دارد. به منظور آزمون این فرضیه از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

همانگونه که در جدول (۲) ملاحظه می‌شود، میانگین پیش‌آزمون گروه آزمایشی و گروه گواه در هر دو متغیر با یکدیگر تفاوت چندانی ندارند، اما پس از اعمال متغیر آزمایشی (زوج درمانی) در میانگین مهارت‌های ارتباطی و مؤلفه‌های عملکرد خانواده در گروه آزمایشی در پس‌آزمون تفاوت‌هایی ملاحظه می‌شود.

به منظور بررسی معنادار بودن این تفاوت‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای انجام تحلیل کوواریانس، ابتدا پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از محاسبه کجی و کشیدگی استفاده شد. نمره شاخص کجی و کشیدگی تمامی متغیرهای پژوهش در محدوده +۱ تا -۱ بودند بنابراین پیش فرض نرمال بودن رعایت شده است. همچنین از آزمون لون^۱ جهت بررسی پیش فرض همگنی (برابری) واریانس‌ها^۲ استفاده شد که از لحاظ آماری معنادار نبود ($F=2/90, P=0/09$)؛ و این به معنای برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها می‌باشد.

جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری مربوط به نمرات مهارت‌های ارتباطی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتا (شدت اثر)
پیش‌آزمون	۴/۶۱	۱	۴/۶۱	۰/۲۴	۰/۶۲	۰/۰۱
گروه	۹۱/۷۳	۱	۹۱/۷۳	۴/۸۸	۰/۰۳	۰/۱۵
خطا	۵۰۶/۷۲	۲۷	۱۸/۷۶			
کل	۳۶۳۸۲۵	۳۰				
کل اصلاح شده	۶۰۴/۹۶	۲۹				

رعایت شده است؛ افزون بر این، پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون برای بررسی تعامل متغیرهای کووریت و متغیر مستقل نشان داد که این آزمون نیز معنادار نیست ($p>0/05$) و بر این اساس این پیش فرض نیز رعایت شده است. با توجه به رعایت پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری از آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی معناداری اثرهای چندمتغیری استفاده شد (جدول ۴).

پیش از انجام این تحلیل، پیش فرض همگنی (برابری) واریانس با استفاده از آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت و به دلیل اینکه این آزمون برای تمامی مؤلفه‌های متغیر وابسته کارکرد خانواده از لحاظ آماری معنادار نبود ($p>0/05$) مفروضه همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

همچنین نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس-کوواریانس از لحاظ آماری معنادار نبود ($Box's M=33/82, P=0/21$). بنابراین این پیش فرض نیز

1. Leven

2. Equality of Error Matrix Variances

جدول ۴) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) جهت مقایسه عملکرد خانواده در آزمودنی‌های دو گروه

نام آزمون	مقدار ارزش	df فرضیه	Df خطا	مقدار F	سطح معناداری
لامبدای ویلکز	۰/۲۹	۶	۱۷	۶/۹۳	۰/۰۰۱

نتایج بررسی معناداری اثرهای چندمتغیری نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایشی و گواه در متغیر جدیدی که از ترکیب خطی متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد ($F=۶/۹۳$ ، $P>۰/۰۰۱$ ، ویلکز، $F=۶/۹۳$ ، $P>۰/۰۰۱$).

جدول ۵) نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی برای دو گروه آزمایشی و گواه برای مؤلفه‌های عملکرد خانواده را نشان می‌دهد.

جدول ۵) نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین آزمودنی برای دو گروه آزمایشی و گواه

شاخص آماری متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا (شدت اثر)
حل مسئله	۴۵/۲۰	۱	۴۵/۲۰	۱۲/۲۹	۰/۰۰۲	۰/۳۶
نقش‌ها	۶۲/۴۶	۱	۶۲/۴۶	۱۳/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸
همراهی عاطفی	۲۳/۴۴	۱	۲۳/۴۴	۴/۹۹	۰/۰۳	۰/۱۸
ارتباط	۱۴/۸۹	۱	۱۴/۸۹	۵/۰۵	۰/۰۳	۰/۱۸
آمیزش عاطفی	۸۲/۲۳	۱	۸۲/۲۳	۲۳/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱
کنترل رفتاری	۳۶/۵۸	۱	۳۶/۵۸	۶/۰۴	۰/۰۲	۰/۲۱

چنانچه در جدول ۵) مشاهده می‌شود، بین دو گروه آزمایشی و کنترل در هر ۶ مؤلفه حل مسئله ($F=۱۲/۲۹$ ، $P<۰/۰۰۱$)؛ نقش‌ها ($F=۱۳/۹۰$ ، $P<۰/۰۰۱$)؛ همراهی عاطفی ($F=۴/۹۹$ ، $P<۰/۰۰۵$)؛ ارتباط ($F=۵/۰۵$ ، $P<۰/۰۳$)؛ آمیزش عاطفی ($F=۲۳/۰۹$ ، $P<۰/۰۰۱$) و کنترل رفتاری ($F=۶/۰۴$ ، $P<۰/۰۰۵$) از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۵) که نشان دهنده میانگین‌های بیشتر گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با گروه گواه در این مؤلفه‌ها است، می‌توان نتیجه گرفت تفاوت معنادار در عملکرد خانواده در بین گروه آزمایشی و گواه به نفع گروه آزمایشی است.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی گاتمن بر مهارت‌های ارتباطی و عملکرد خانواده در زوجین دارای فرزند کم‌توان ذهنی انجام گرفت. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که آزمودنی‌های گروه آزمایشی که در جلسات

زوج‌درمانی گاتمن شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه که این آموزش را دریافت نکرده بودند، از مهارت‌های ارتباطی بالاتری برخوردار شدند که این به معنای تأیید فرضیه اول پژوهش بود. این یافته همسو با نتایج تعدادی از پژوهش‌های پیشین از جمله عبادی راد و کریمی نژاد (۲۱)، رجایی و همکاران (۲۲)، علی پناه (۱۸)، واکر (۲۶) و برنر (۲۷) است که اثربخشی زوج‌درمانی به روش گاتمن را بر بهبود مهارت‌های ارتباطی نشان داده‌اند.

در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت مهارت‌های ارتباطی زوجین از جمله عنصری است که در زوج‌درمانی برای حل مشکلات آنها کانون توجه مشاوران و درمانگران قرار می‌گیرد؛ زیرا تغییر الگوهای ارتباطی در مقایسه با دیگر عوامل اثرگذار رضایت زناشویی مانند ویژگی‌های شخصیتی، اوضاع اقتصادی و اجتماعی عملی‌تر است (۳۷). کریستنسن و سالووی در سال ۱۹۹۱ (به نقل از مسلمی و همکاران، ۱۳۹۶) مهارت‌های ارتباطی را در سه دسته الگویی ارتباطی سازنده متقابل، اجتناب متقابل و توقع/کناره‌گیر تقسیم‌بندی کرده‌اند (۳۸). رویکرد گاتمن با

زندگی تأکید زیادی بر عشق و احترام می‌شود و برای افزودن بر جنبه‌های مثبت به مواردی چون نشان دادن علاقه، مهربانی و محبت، توجه داشتن، قدرشناسی، همدردی، همدلی، پذیرنده بودن، بذله‌گویی و سهیم شدن در شادی‌ها اشاره می‌شود. همچنین در این روش آموزش مهارت‌های ارتباطی مؤثر می‌تواند به زنان متأهل در برقراری یک رابطه حسنه در جهت رشد و شکوفایی کمک کند و از ایجاد یا تداوم احساسات مخرب و منفی در طول رابطه زناشویی بکاهد. در واقع رویکرد گاتمن به کاهش رفتار منفی تأکید دارد و ناسازگاری‌های زندگی را نتیجه رفتارهای نامناسبی مانند نادیده گرفتن، تحقیر، سرزنش، اجتناب و سکوت می‌داند. خانواده‌های ناسازگار، رفتارهای منفی را مقابله به مثل می‌کنند و این موضوع منجر به افزایش تعارض و ایجاد چرخه معیوب در ایجاد تنش می‌شود. جلسات درمانی با ایجاد پذیرش، همدلی، کاهش رفتارهای مخرب و افزایش آگاهی هیجانی سبب می‌شود تا زوجین در تعارضاتشان، آرامش بیشتری داشته باشند و بتوانند با صمیمیت بیشتری ارتباط خود را مدیریت کنند (۱۹).

در نهایت از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نداشتن مرحله پیگیری به دلیل محدودیت زمانی و عدم دسترسی به آزمودنی‌ها و استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس اشاره نمود. همچنین محدودیت دیگر داشتن تنها یک گروه مداخله و عدم امکان مقایسه نتایج زوج درمانی به روش گاتمن با یک روش درمانی دیگر بود.

به‌عنوان پیشنهاد می‌توان گفت که از مداخلات زوج درمانی گاتمن می‌توان به‌عنوان رویکردی مؤثر در مهارت‌های ارتباطی زوجی و بهبود عملکرد خانواده در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی توسط روان‌شناسان استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از مرحله پیگیری برای بررسی تداوم نتایج و مقایسه این روش با سایر روش‌های زوج‌درمانی استفاده شود.

نتیجه‌گیری

بنابر نتایج پژوهش حاضر، زوج‌درمانی به روش گاتمن باعث افزایش مهارت‌های ارتباطی و عملکرد خانواده در زوجین دارای فرزند کم‌توان ذهنی شد. بنابراین یافته‌ها حاکی از اهمیت زوج‌درمانی به روش گاتمن بر افزایش مهارت‌های ارتباطی و عملکرد خانواده در این خانواده‌ها بود. در نتیجه این روش

تأکید بر آموزش نحوه ابراز خواسته‌های خود (به‌عنوان مثال، خواسته‌ها باید روشن و واضح بیان شوند، کلی نباشند و عاری از سرزنش و تحقیر باشند) و نحوه پاسخ به خواسته‌های همسر از طریق آموزش تفاوت سه سبک پاسخ‌دهی یعنی بی‌اعتنایی به خواسته‌ها، درگیر شدن و مخالفت با خواسته و برآورده کردن یا پاسخ مثبت به خواسته‌ها، منجر به بهبود الگوی ارتباطی سازنده می‌شود (۱۶). همچنین با توجه به اینکه از نظر رویکرد گاتمن، وجود انتقاد، توهین / سرزنش، دفاعی رفتار کردن و شروع ناملازم بحث به مرور باعث می‌شود زن و شوهر از بحث و گفتگو با همدیگر طفره روند و سکوت اختیار کنند، لذا آموزش داده می‌شود که گلايه کردن جایگزین انتقاد شود چون در گلايه صرفاً روی یک رفتار شخص تأکید می‌شود نه کلیت شخصیت فرد، و قدردانی و احترام جایگزین توهین، تحقیر و سرزنش می‌گردد و از این طریق موجب کاهش توقع یا کناره‌گیری در روابط زوجین می‌شود (۲۲). از طرفی نیز برای بهبود الگوی ارتباطی اجتنابی از زوجین خواسته می‌شود که درباره رویدادهای شاد گذشته‌شان صحبت کنند این تمرین موجب می‌شود زوجین به خاطر بیاورند که چرا با هم یک زوج شدند و ویژگی‌های مثبت همسرشان را بیشتر به خاطر می‌آورند و این باعث می‌شود که به مرور جذب صحبت با یکدیگر شوند؛ همچنین در طول این دوره اعضا یاد می‌گیرند نسبت به همسر و رابطه زناشویی‌شان مثبت‌تر فکر کنند و این به نوبه خود سبب می‌شود زوجین نسبت به هم احساس مثبت پیدا نموده و به جای اجتناب بیشتر به سمت یکدیگر سوق پیدا کنند و در نتیجه الگوی اجتناب متقابل کاهش می‌یابد (۳۵).

همچنین تجزیه و تحلیل داده‌ها بیانگر آن بود که آزمودنی‌های گروه آزمایشی که در جلسات زوج‌درمانی گاتمن شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه که این آموزش را دریافت نکرده بودند، از عملکرد خانواده بالاتری برخوردار شدند که این به معنای تأیید فرضیه دوم پژوهش بود. این یافته نیز همسو با نتایج تعدادی از پژوهش‌های پیشین از جمله صائمی و همکاران (۲۴)، خلعتبری و هاشمی گلپایگانی (۱۹)، داودوندی و همکاران (۱۷)، عبادی راد و کریمی نژاد (۲۱)، سعادت‌ی شامیر و همکاران (۲۳) و فیندلی (۲۵) می‌باشد که اثربخشی درمان زوج‌درمانی گاتمن را بر مشکلات زناشویی و خانوادگی نشان داده‌اند.

در تبیین یافته‌های به‌دست آمده می‌توان اینگونه ادعا کرد که در این روش زوج‌درمانی برای مقابله با جنبه‌های منفی

7. Turan Gürhopur FD, Dalgıç Aİ. Family burden among parents of children with intellectual disability. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2017;8(1):9-16.
8. Parham D, Reed D, Olicker A, Parrill F, Sharma J, Brunkhorst J, et al. Families as educators: a family-centered approach to teaching communication skills to neonatology fellows. *Journal of Perinatology*. 2019;39(10):1392-8.
9. Borzabadi Farahani N, Emamipur S, Sepahmansour M. The Relationship between Emotional Management and Communication Skills with Academic Procrastination among High school students. *Journal of New Approaches in Educational Administration*. 2020;11(42):89-108. [Persian]
10. Yazdi SM, Ghasemzadeh S. The effect of family interaction program training on couple satisfaction and communication skills in children with autism spectrum disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2020;6(4):278-89. [Persian]
11. Cummins C, Pellicano E, Crane L. Autistic adults' views of their communication skills and needs. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2020;55(5):678-89.
12. Schulte MT, Armistead L, Marelich WD, Payne DL, Goodrum NM, Murphy DA. Maternal parenting stress and child perception of family functioning among families affected by HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2017;28(5):784-94.
13. Pan Y, Yang Z, Han X, Qi S. Family functioning and mental health among secondary vocational students during the COVID-19 epidemic: A moderated mediation model. *Personality and Individual Differences*. 2021;171:110490.
14. Kelada L, Wakefield C, Doolan E, Drew D, Wiener L, Michel G, et al. Grandparents of children with cancer: a controlled comparison of perceived family functioning. *Supportive care in cancer*. 2019;27(6):2087-94.
15. Koller D, Pouesard ML, Rummens JA. Defining social inclusion for children with disabilities: A critical literature review. *Children & society*. 2018;32(1):1-13.
16. Gottman JM, Gottman JS. *Gottman couple therapy*. 2015.
17. Davoodvandi M, Shokouh Navabi Nejad VF. Examining the effectiveness of gottman couple therapy on improving marital adjustment and couples' intimacy. *Iranian journal of psychiatry*. 2018;13(2):135. [Persian]
18. Alipanah F. Comparison of the effectiveness of couple therapy based acceptance and commitment (using schema conceptualization) and Gottman couple therapy on reducing Irrational Beliefs in couples' relationships. *Journal of Family Research*. 2020;16(3):335-57. [Persian]

قابلیت کاربرد در مراکز و کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی را دارند، لذا روان‌شناسان بالینی و درمانگران می‌توانند از زوج درمانی به روش گاتمن برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی به‌ویژه بهبود یا افزایش مهارت‌های ارتباطی و عملکرد خانواده در زوجین دارای فرزند کم‌توان ذهنی استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسئولان مراکز توان‌بخشی شهرستان یزد و والدین عزیزی که پژوهشگر را در امر پژوهش و به‌ثمر رسانیدن آن یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

تضاد منافع بین نویسندگان وجود ندارد. شایان ذکر است، مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول می‌باشد.

References

1. Almasi A, Hatami F, Sharifi A, Ahmadijoubary T, Kavianezhad R, Ebrahimzadeh F. Effectiveness of stress coping skills training on the resiliency of mothers of handicapped children. *Kurdistan University of Medical Sciences*. 2016;21(2):34-42. [Persian]
2. <http://asre-iranian.ir/newspaper/page/2583/1/37924/0>
3. azadyekta M. The Effectiveness of Positive Psychology on Psychological Well-being of Mothers with a Mentally Retarded Child. *J Except Educ*. 2021; 3 (163) :96-96.
4. Prout HT, Strohmmer DC. Counseling with persons with mental retardation: Issues and considerations. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*. 1995;26 (3): 49-54.
5. Carlson JM, Miller PA. Family burden, child disability, and the adjustment of mothers caring for children with epilepsy: Role of social support and coping. *Epilepsy & Behavior*. 2017;68:168-73.
6. Çolak B, Kahrman İ. Evaluation of Family Burden and Quality of Life of Parents with Children with Disability. *The American Journal of Family Therapy*. 2021:1-21.

19. Khalatbari J, Hashemi Golpayegani F. The effectiveness of integrated model of emotional focused approach and Gottman Model on fear of intimacy and anxiety in infertile women. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2018;13(48):27-36. [Persian]
20. Havassi N, Zahrakar K, Mohsenzadeh F. A study on the Efficacy of Gottman Marital Therapy as a group method in reduction of marital burnout. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2017;4(6):59-64. [Persian]
21. EbadiRad SM, Kariminejad K. The effectiveness of Gottman's cognitive systemic couple therapy on marital commitment of Mashhad'couples. *Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal*. 2017;3(1):75-92. [Persian]
22. Rajaei A, Daneshpour M, Robertson J. The effectiveness of couples therapy based on the Gottman method among Iranian couples with conflicts: A quasi-experimental study. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2019;18(3):223-40. [Persian]
23. Saadati Shamir A, Saniee M, Zare E. Effectiveness of Couple Therapy by Gottman Method on Family Function and Marital Adjustment in Divorce Applicant Couples. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2019;5(2):10-7. [Persian]
24. Saemi H, Besharat MA, Asgharnezhad Farid A. Comparison of the effectiveness of Gottman couple therapy and emotionally focused couples therapy on emotion regulation in couples. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2020;10(1):87-104. [Persian]
25. Findley KM. *Therapy at Your Doorstep: Examination of Home-Based Gottman Method Couples Therapy*: California Southern University; 2020.
26. Walker LK. *Evaluating the impact of a Gottman-based marriage strengthening program on families adopting children with special needs*: The Florida State University; 2013.
27. Brand CE. *Initial Qualitative Exploration of Gottman's Couples Research: A Workshop from the Participants' Perspective*. 2012.
28. Schertz M, Karni-Visel Y, Tamir A, Genizi J, Roth D. Family quality of life among families with a child who has a severe neurodevelopmental disability: Impact of family and child socio-demographic factors. *Research in Developmental Disabilities*. 2016;53:95-106.
29. Delavar A. *Theoretical and practical foundations of research in the humanities and social sciences*. Besharat MA, editor. Tehran: Roshd Publication; 2015. [Persian]
30. Jerabek I. *Communication skills inventory revised*. Body-Mind QueenDom. 2019.
31. Hosseinchari M, Fadakar M. Investigating the effects of higher education on communication skills based on comparison of college and high school students. *Teaching and Learning Research*. 2006;3(2):21-32. [Persian]
32. Yousefi F. The relationship between emotional intelligence and communication skills in university students. 2006. [Persian]
33. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*. 1983;9(2):171-80.
34. Yoosefi N. An investigation of the psychometric properties of the mcmaستر clinical rating scale (MCRS). 2012. [Persian]
35. Wan Zulkifli WN, Ishak NA, Mat Saad Z. The reliability of McMaster family assesment device (Fad) instruments among delinquent teenagers. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)*. 2017;22(7):40-3.
36. Gottman JM. *Gottman method couple therapy*. *Clinical handbook of couple therapy*. 2008;4(8):138-64.
37. Nazari M. *Basics of couple therapy and family therapy*. Tehtan: Roshd; 2020. [Persian]
38. Moslemi M, Aghae H, Shabani Z. The effectiveness of education training based on group narrative therapy on communicational patterns of students couples. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017;18(2):51-60. [Persian]

Effectiveness of Gottman couple therapy on communication skills and family function in couples with disabled children

- Mahdiah Khabazzadeh Yazdi*, Master of Family Counseling, University of Science and Art, Yazd, Iran
- Mohsen Saeedmanesh, Assistant Professor, Department of Psychology, University of Science and Art, Yazd, Iran
- Farangis Demehri, Assistant Professor, Department of Psychology, University of Science and Art, Yazd, Iran

Abstract

Background & Purpose: Having a disabled child in a family has many negative consequences for parents. Therefore, the use of effective psychological interventions to reduce these effects is very important; therefore, the aim of this study was to determine the effectiveness of Gottman couple therapy on communication skills and family function in couples with disabled children.

Method: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the present study consisted of all parents with children with physically disabled and mental disabilities in 2021 who referred to rehabilitation clinics in Yazd. 30 people were selected through convenience sampling and were randomly assigned to experimental and control groups; experimental group received Gottman couple therapy in 8 online sessions of 90 minutes; all subjects completed McMaster family assessment device (FAD) of Epstein et al. (1983) and the Jerabek communication skills inventory (2004); Data were analyzed using multivariate analysis of covariance in SPSS-26.

Results: The results of data analysis showed that Guttman's couple therapy intervention is effective on communication skills and family functioning in couples with disabled children ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the findings of this study, Guttman's couple therapy intervention can be used as a method of empowering couples with disabled children.

Keywords: Communication skills, couple therapy, Disabled child, Family function, Gottman

* Email: skhabaz046@gmail.com

Designing a structured linguistic play therapy program for reading disorder: Basics and Strategies

□ **Seyyed Mohsen Asgharinekah***, Associate Professor, Department of Educational and Counseling Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University, Mashhad, Iran

Abstract

Background & Purpose: Linguistic play therapy is a structured intervention based on the linguistic core of reading that can be modified and implemented for students with reading problems and disorders. The purpose of this study is to provide theoretical foundations and solutions and principles of linguistic game therapy design to empower teachers and counselors related to educational services and rehabilitation of children with reading problems or disorders.

Results: Study of the theoretical foundations indicates that reading has a linguistic core and Decoding and comprehension are the two main components of reading, so play therapy for reading disorders should be focused on the linguistic core. Some research referred to the usefulness and effectiveness of interventions in the field of phonological awareness, semantics and syntax and comprehension. In the present article, the main and sub-components of the linguistic core are explained and in addition, examples of suggested play for each case are provided. Finally, principles and strategies for adaptation and redesign and implementation of linguistic play therapy interventions for reading disorders are presented.

Conclusion: Basis and specialized logic of the design of linguistic play therapy interventions is the purposeful stimulating and challenging of the linguistic core of reading through play, and teachers and counselors with a proper understanding of the nature and core of linguistic disorders of reading disorders and to modify and implement the sample play presented in this article.

Keywords: linguistic core, reading disorder, structured linguistic play therapy

* Email: Asghari-n@um.ac.ir

The relationship between family emotional climate and cognitive emotion regulation with symptoms of attention deficit / hyperactivity disorder in students

- **Raheleh Firouzi***, Speech Therapist, Ph.D. in General Psychology, Exceptional Education Department, Amol, Mazandaran, Iran
- **Amin Hossein Nezhad**, Ph.D. in General Psychology, Farhangian University, Rasht, Gilan, Iran
- **Atefeh Zarastvand**, Assistant Professor, Department of psychology, Faculty of Management and Psychology, Basir Institute of Higher Education, Abyek, Qazvin, Iran

Abstract

Background & Purpose: Stressful situations in the family environment and failure to cognitively regulate emotion can play a role in causing attention deficit/hyperactivity disorder in adolescents. Therefore, paying attention to these cases can prevent disorders such as attention deficit/ hyperactivity disorder. The aim of this study was to investigate the relationship between family emotional climate and cognitive emotion regulation with symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder.

Materials & Methods: The research method was descriptive–correlational. The study population included all secondary school students in Amol. The sample size was 200 people who were selected through random sampling method. Research data were collected using the Emotional Relationships Scale of Family Members (Hilburn, 1964), the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski et al, 2001) and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Scale. The collected data were analyzed by Pearson correlation test and multiple regression ($P>0/05$).

Results: Findings showed that there is a significant negative relationship between family emotional climate and positive emotion regulation strategies of with symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and a negative and significant relationship between negative emotion regulation strategies of and symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder.

Conclusion: According to the results of the present study, findings indicate that the family emotional climate and cognitive regulation of emotion play a role in the symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder. Therefore, in the treatment of children and adolescents with attention–deficit/hyperactivity disorder, the family emotional climate can be considered and intervened. Also in the treatment of these children, teaching cognitive regulation strategies should be considered by therapists.

Keywords: Attention deficit/hyperactivity disorder, Cognitive emotion regulation, Family emotional climate, Students

* Email: firouzi.ra@gmail.com

Comparison of mindfulness and psychological hardiness of mothers of blind and deaf children

- **Ezatoлах Ghadampour**, Professor, Department of Psychology, University of Lorestan, Khorramabad, Iran
- **Hafez Padervand***, Ph.D. Student in Educational Psychology, University of Lorestan, Khorramabad, Iran
- **Moslem Ghobadian**, Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Farhangian University, Iran
- **Meysam Sadeghi**, Assistant Professor of Psychometrics, Department of Cognitive Psychology, Institute of Higher Education, Cognitive Sciences
- **Akbar Rezaee Fard**, Assistant Professor, Shahid Rajaei Farhangian University of Shiraz, Shiraz, Iran

Abstract

Background & Aim: After diagnosing a injury in children, their families often experience feelings such as shock, confusion, anger, depression, hopelessness, guilt, rejection, embarrassment, feelings of helplessness, and loneliness. The aim of this study was to compare the mindfulness and psychological hardiness of mothers of blind and deaf children aged 7–12 years in Khorramabad.

Materials & Methods: The method of this research was descriptive comparative causal. The statistical population of this study included all mothers with 7–12 years old blind and deaf children in Khorramabad in 1400. From the statistical population, 50 mothers with blind children and 50 mothers with deaf children were selected as the research sample by available sampling method. In order to collect research data, Brown and Ryan (2003) Mindfulness Scale and Long and Golett (2003) Psychological Hardiness Questionnaire were used. Multivariate analysis of variance (MANOVA) was used to analyze the research data.

Results: The results of the analysis of research data showed that mothers of blind children have more awareness and psychological stubbornness than mothers of deaf children.

Conclusion: According to the results of this study, it can be said that the existence of a deaf child may be associated with psychological problems such as low mindfulness and psychological hardiness in their mothers.

Keywords: Blind and deaf , mindfulness, psychological stubbornness

* Email: hafezpadervand@gmail.com

Explain the lived experiences of educators of learning disorder centers from the challenges of changing face-to-face education to virtual education during the outbreak of coronavirus

- **Farideh Hamidi***, Associated Professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Humanities, Tarbiat Dabir Shahid Rajaei University, Tehran, Iran
- **Hadiseh Elhami**, M.A. Student in Family Counseling, Faculty of Humanities, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran
- **Reza Valizadeh**, M.A. Student in school counseling, Faculty of Humanities, Tarbiat Dabir Shahid Rajaei University, Tehran, Iran

Abstract

Background & Purpose: The aim of this study was to explain the lived experiences of educators of learning disorder centers from the challenges of changing face-to-face education to virtual education during the outbreak of Corona virus.

Method: Participants in this study were learning disorder educators working in learning disorder centers in Tehran in the academic year 1401–1400. The instrument of this study was a semi-structured interview. Purposeful sampling and theoretical saturation criteria were used to select the subjects and finally 15 instructors were included in the group of participants.

Results: Data analysis was performed using thematic analysis method. After extracting and categorizing themes, two comprehensive themes 1) Non-constructive challenges including organizing themes including: cyberspace equipment and infrastructure, instructor interaction with student and parents, lack of cooperation and close supervision, unavailability of cognitive content production, parental negligence And students and 2) Constructive challenges including organizational themes including: educational opportunities, learning opportunities, importance and cost reduction were identified. Data validity was determined using verification techniques through researchers' self-review and reliability by accurately guiding the data collection process and aligning related research.

Conclusion: According to the results, the need to accept virtual education with all its advantages and eliminate its weaknesses and problems in today's world is undeniable that education officials should pay special attention to it.

Keywords: Corona, In-person training, Instructors' lived experience, Virtual training

* Email: hamidi.f@gmail.com

The effectiveness of psychodrama on social competence and positive self-concept of students with specific learning disorder

□ **Morteza Moradi Doliskani**, Assistant professor, Department of Educational Sciences, Farhangian University of Alborz, Alborz, Iran

□ **Hanieh Charegani***, Master of Educational Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Khalije Fars University, Boosher, Iran

□ **Maryam Safari Shirazi**, Ph.D. student in General Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Lorestan, Iran

Abstract

Background & Purpose: This study aimed to investigate the effectiveness of psychodrama on the social competence and the positive self-concept of male students with specific learning disorder.

Materials and Methods: The research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the study included all male students studying in the eighth grade with specific learning disorder of Karaj in the academic year 2021-2022. To determine the sample size, first using a cluster random sampling method from the primary schools in District 3 of Karaj, a school was randomly selected and among 30 students who obtained lower scores in dependent variables, using They were selected by available sampling method and randomly assigned to experimental and control groups (experimental group of 15 people/control group of 15 people). The research instruments included the Colorado Learning Difficulties Questionnaire (2011), the Flener Social competence Questionnaire (1990), Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (1969), and Structured clinical interview based on DSM-5. Data analysis was performed using univariate and multivariate analysis of covariance in SPSS-26.

Results: Findings showed that psychodrama was effective on social competence, self-concept and their components of male students ($p < 0.001$).

Conclusion: According to the findings, it can be said that psychodrama was an effective way to improve the social competence and self-concept of students with specific learning disorder, so this method can be used in educational centers and schools.

Keywords: psychodrama, self-concept, social competence, specific learning disorder, student

* Email: hanicharehgani@gmail.com

The effectiveness of painting therapy on anxiety and oppositional defiant disorder in children with mental retardation

- **Shirin Mojavar***, Ph.D. Student in Psychology and Exceptional Child Education, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
- **Fatemeh Sakhtemani**, Ph.D. Student in Exceptional Child Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
- **Atefeh Mohammadi**, Ph.D. Student in Exceptional Child Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

Abstract

Background and Purpose: The Purpose of this study was to evaluate the effect of painting therapy on anxiety disorder and oppositional defiant disorder in children with mental retardation.

Method: This research was a quasi-experimental method with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of the present study included children with mental disabilities in Tehran who received rehabilitation services in one of the clinics in Tehran in 2019-2020. Twenty eligible individuals were selected by purposive sampling method and randomly divided into two groups of control (ten people) and experimental group (ten people). The Parents' Anxiety Scale for Children (1997) was used. The experimental group received ten sessions of painting therapy (each session for ninety minutes) as a group and the control group did not receive any intervention. At the end of the course, post-test was performed for both experimental and control groups. Data were analyzed by multivariate analysis of covariance in SPSS 20 software. Probability values less than 0.05 were considered statistically significant.

Results: The results of research data showed that painting therapy is effective in reducing anxiety disorder ($p < 0.05$). Also, this intervention has been effective in reducing oppositional defiant disorder ($p < 0.05$).

Conclusion: Based on the findings, it can be said that painting therapy is an effective method in improving anxiety disorder and oppositional defiant disorder in children with teachable mental disability.

Keywords: Anxiety, children with mental retardation, oppositional defiant disorder, Painting Therapy

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