

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



فصلنامه ایرانی

کودکان استثنایی

نشریه علمی- پژوهشی

سال دوازدهم شماره ۳ پیاپی ۴۵ پیاپی ۱۳۹۱

شماره و تاریخ تصویب «دب» علمی- پژوهشی»

در کمیسیون بررسی نشریات علمی کشور

(۱۳۸۴/۳/۲۲ مورخ ۳/۲۹۱۰/۳۲۱)

سال دوازدهم، شماره ۳ پیاپی ۴۵ پاییز ۱۳۹۱

فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی

با امتیاز علمی - پژوهشی

(دارای مجوز شماره ۳/۲۹۱۰/۳۲۱)

صاحب امتیاز: پژوهشکده کودکان استثنایی

سر دبیر: دکتر داریوش فرهود

استاد ژنتیک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
کارشناس سازمان جهانی بهداشت - ژنو
farhud@sina.tums.ac.ir

مدیر مسؤول: دکتر مجید قدمی

استادیار پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش
رئیس پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش
ghadami@rie.ir

مدیر اجرایی: علی عربانی دانا

aliarabanidana@yahoo.com

معاون سردبیر و مدیر داخلی: دکتر احمد علی پور

استاد روان شناسی دانشگاه پیام نور
Alipor@pnu.ac.ir

شورای سردبیری (به ترتیب الفبا):

دکتر داریوش فرهود

دکتر پروین کدیور
دکتر الهه محمداسماعیل
دکتر مجید یوسفی لویه

دکتر مهدی دستجردی
دکتر مهرناز سعادت
دکتر اسماعیل سعدی پور

هیأت تحریریه (به ترتیب الفبا):

دکتر مریم سیف نراقی، استاد دانشگاه علامه طباطبایی
دکتر احمد علی پور، استاد دانشگاه پیام نور
دکتر حمید علیزاده، دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی
دکتر باقر غباری بناب، دانشیار دانشگاه تهران
دکتر علی اصغر کاکو جویباری، دانشیار دانشگاه پیام نور

دکتر غلامعلی افروز، استاد دانشگاه تهران
دکتر هادی بهرامی احسان، دانشیار دانشگاه تهران
دکتر احمد به پژوه، دانشیار دانشگاه تهران
دکتر سعید حسن زاده، استادیار دانشگاه تهران
دکتر علی دلواره، استاد دانشگاه علامه طباطبایی

ویراستار فارسی: اصغر اسماعیلی

گرافیک: پرستو رباطی

نشانی پستی: تهران، خیابان سپهد قرن، خیابان سپند غربی، پلاک ۲۶ طبقه سوم پژوهشکده کودکان استثنایی

نمابر: ۸۸۸۰۴۵۷۰

تلفن: ۸۸۸۰۴۵۶۸

کد پستی: ۱۵۹۸۹۹۴۴۱۱

نشانی اینترنتی: <http://www.rie.ir>

پست الکترونیکی: recj@rie.ir

شماره و تاریخ پروانه انتشار از وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی:

۱۳۸۰/۳/۲۹ مورخ ۱۲۴/۲۹۲۶

این مجله در پایگاه‌های اطلاعاتی زیر نمایه می‌شود:

- پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC)، پایگاه اطلاعات علمی
- جهاد دانشگاهی (SID)، پایگاه اطلاعاتی magiran
- مقالات به صورت تمام متن از طریق سایت پژوهشکده در دسترس علاقمندان است.

راهنمای نگارش مقالات فصلنامه علمی - پژوهشی «فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی»

از نویسندگان محترم مقالات تقاضا می‌شود به نکات زیر توجه فرمایند:

- ۱- مقاله قبلاً (کامل یا قسمتی) در نشریه دیگری چاپ نشده باشد (مسئولیت رعایت این بند به عهده نویسنده یا نویسندگان است). همچنین مقاله تا مشخص شدن نتیجه داوری، نباید به مجله دیگری ارسال شود.
- ۲- مقالات باید پژوهشی و مرتبط با حیطه کودکان استثنایی باشند.
- ۳- مقالات مروری از نویسندگان مجرب و صاحب مقالات پژوهشی در زمینه مورد بحث، پذیرفته می‌شوند.
- ۴- مقالات ترجمه شده پذیرفته نمی‌شوند.
- ۵- مقالات باید براساس آخرین ویرایش سبک انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA) تنظیم گردند و شامل موارد زیر باشند:
 - عنوان مقاله
 - نام نویسنده (نویسنده‌ها): همراه با نام دانشگاه یا سازمان محل اشتغال
 - چکیده فارسی و انگلیسی ساختار یافته (بین ۲۰۰-۲۵۰ کلمه) شامل هدف، روش، یافته‌ها و نتیجه‌گیری: چکیده انگلیسی نیز باید همراه با نام نویسنده (ها) و نشانی محل اشتغال آنها به زبان انگلیسی باشد.
 - واژه‌های کلیدی: بین ۳ تا ۵ کلمه
 - مقدمه: پیشینه پژوهش و نظریه‌های مربوط به آن، فرضیه‌ها یا سؤالات تحقیق و هدف پژوهش
 - روش: جامعه آماری، آزمودنی‌ها، روش نمونه‌گیری، روش پژوهش، ابزار مورد استفاده و روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
 - یافته‌ها: جداول، نمودارها، روشهای آمار توصیفی و آمار استنباطی
 - بحث و نتیجه‌گیری: مرور فرضیه‌ها براساس یافته‌ها، نتیجه‌گیری در زمینه فرضیه‌ها، تبیین نتایج، مقایسه نتایج مطالعه با نتایج مطالعات دیگران و بیان محدودیت‌ها و پیشنهادها
 - یادداشتها: برابر نهادهای فارسی برای واژه‌های انگلیسی قبل از منابع پایانی
 - تشکر و سپاسگزاری
 - منابع فارسی و لاتین (به ترتیب حروف الفبا)
- ۶- مسئولیت صحت علمی کلیه مطالب مقاله به عهده نویسنده (ها) است.
- ۷- مقالات به هیچ وجه مسترد نمی‌شوند.
- ۸- فصلنامه در رد، اصلاح یا ویرایش مقاله آزاد است.
- ۹- مقالات ارسالی باید در نرم افزار Word 2003 تایپ شده باشند و در سه نسخه همراه با CD به نشانی نشریه ارسال شوند.
- ۱۰- نویسنده (ها) مقاله لازم است نشانی دقیق، شماره تلفن و e-mail خود را نیز در صفحه اول مقاله درج کند.
- ۱۱- حداکثر حجم مقالات نباید از ۲۰ صفحه A4 (۳۵۰۰-۵۰۰۰ کلمه) بیشتر باشد.
- ۱۲- پس از چاپ مقاله، دو نسخه از فصلنامه برای نویسنده (ها) ارسال خواهد شد.
- ۱۳- نام افرادی که در بخش منابع مقاله ذکر شده است دوباره در بخش یادداشتها ذکر نشود.

فهرست

- رابطه کیفیت دل‌بستگی به خدا و تصور فرد از خدا با سلامت روانی در والدین کودکان استثنایی ۵
دکتر باقر غباری بناب، علی اکبر حدادی کوهسار، ابوالفضل رشیدی احمدآبادی، سحرانه جوادی آسایش
- بررسی مقایسه‌ای حافظه فعال و هوش سیال در سه زیرگروه از کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه ۱۵
دکتر حسین زارع، فرهاد شقاقی، مهتاب بازیاری میمند
- تأثیر درجات مختلف نارساختوانی بر استرس والدینی ۲۵
دکتر فریدون یاریاری، دکتر فرشته باعزت، احمد احمدی قوزلوجه
- مقایسه عزت نفس، کمال‌گرایی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان نوجوان مصروع و غیرمصروع شهر اهواز ۳۵
یحیی اکبری شایه، دکتر مهناز مهربانی‌زاده هنرمند، بهمن زارع‌زادگان، علی احمدیان و مجید عیدی بایگی
- تدوین برنامه پرورش تاب‌آوری و بررسی تأثیر آن بر بهزیستی روانی نوجوانان با اختلال‌های رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود ۴۳
دکتر حمید علیزاده، دکتر منیژه کاوه قهفرخی، دکتر مجید یوسفی لویه، علیرضا روحی
- نقش ابعاد رضایت زناشویی در پیش‌بینی اختلال رفتار مقابله‌ای و اختلال سلوک ۶۱
مجید اعلمی، دکتر هادی بهرامی احسان، مریم اسداله تویسرکانی
- مقایسه مهارت‌های حرکتی در دانش‌آموزان مبتلا به لکنت زبان و عادی ابتدایی ۶۹
دکتر مهناز سعادت‌آبادی، دکتر مهناز استکی، یاسر امیری
- کنگره‌ها و همایش‌های بین‌المللی ۷۹

اساتید محترمی که در داوری مقالات این شماره همکاری داشته‌اند (به ترتیب الفبا):

دکتر محمدعلی بشارت	دکتر مهناز علی‌اکبری	آقای رضا متقیانی
آقای بهنام بهراد	دکتر احمد علی‌پور	دکتر الهه محمداسماعیل
دکتر احمد رضانی واسوکلایی	دکتر حمید علیزاده	آقای اصغر مینایی
آقای حجت‌اله راغب	خانم مژگان فرهبد	دکتر مجید یوسفی لویه
دکتر مریم سیف نراقی		

Relationship among Image of God and Attachment to God with Mental Health in Parents of Exceptional Children

Bagher Ghobary Bonab, Ph. D¹, Ali Akbar Haddadi Kuhsar, M.A,² Abolfazl Rashidi,³ Saharaneh Javadi, M.A.⁴

Received: 28.11.11 Revised:7.4.12 Accepted:10.11. 12

Abstract

Objective: The aim of the current study was to investigate relationship among image of God and attachment to God with mental health in parents of exceptional children in Tehran City. **method:** 168 parents were selected in Tehran by accessible sampling procedure. The following scales were administered on them: Attachment to God Scale (Rowatt & Kirkpacrick, 2002); Image of God Inventory (Lawrence, 1997) and Symptom Checklist-90R(Derogatisy,1973). **Results:** Analysis of data revealed that mental health in parents of exceptional children can be predicted by quality of attachment to God and image of God. Parents of exceptional children who were more secure in their attachment to God, were more healthier than others. In addition, parents of exceptional children holding a more positive image of God, were having lower scores in their global index of mental distress. **Conclusion:** Theoretical implications as well as practical applications of these findings are illustrated in the original paper.

Keywords: Attachment to God, Image of God, Mental Health, Exceptional Childeren, Parents

رابطه کیفیت دلبستگی به خدا و تصور فرد از خدا با سلامت روانی در والدین کودکان استثنایی

دکتر باقر غباری بناب^۱، علی اکبر حدادی کوهسار^۲، ابوالفضل رشیدی احمدآبادی^۳، سحرانه جوادی آسایش^۴

دریافت: ۹۰/۹/۷، تجدیدنظر: ۹۱/۱/۱۹، پذیرش ۲۰/ ۹۱/۸

چکیده

هدف: در پژوهش حاضر، هدف، بررسی رابطه کیفیت دلبستگی به خدا و تصور فرد از خدا با سلامت روانی در والدین کودکان استثنایی در شهر تهران است. **روش:** تعداد ۱۶۸ نفر از والدین، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از مدارس استثنایی شهر تهران انتخاب شدند و چک‌لیست نشانه‌های رفتاری (دراگوتیس، لیپمان و کوی، ۱۹۷۳)، سیاهه تصور فرد از خدا (لارنس، ۱۹۹۷)، و مقیاس دلبستگی به خدا (روآت و کرکپاتریک، ۲۰۰۲) بر روی آنان اجرا شد. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها با استفاده از رگرسیون چندگانه نشان داد که سلامت روانی والدین کودکان استثنایی، از روی نوع دلبستگی به خدا و تصور فرد از خدا پیش‌بینی پذیر است. والدین کودکان استثنایی که تصور مثبتی از خدا داشتند و سبک دلبستگی به خدا در آنان ایمن بود، از سلامت روانی بیشتری برخوردار بودند. **نتیجه‌گیری:** تلویحات نظری و کاربردهای عملی این یافته‌ها در اصل مقاله آورده شده است.

واژه‌های کلیدی: دلبستگی به خدا، تصور فرد از خدا، سلامت روان، والدین کودکان استثنایی

1. Associate Professor, University of Tehran, Faculty of Psychology & Education (Email: bghobari@ut.ac.ir)
2. M.A. in Clinical Psychology, University of Tehran, Faculty of Psychology & Education
3. Ph.D Student Special Education, University of Tehran, Faculty of Psychology & Education
4. M.A. in Special Education, University of Tehran, Faculty of Psychology & Education

۱. نویسنده‌مسئول: دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران
۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران
۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

مقدمه

مراقبت دائمی از کودک استثنایی، اکثراً توأم با فشار روانی، ناامیدی و افسردگی است که سلامت روانی والدین را به صورت ناخواسته، تحت تأثیر قرار می دهد (اسدیل و گرین وود، ۲۰۰۳). مراقبت روزانه از کودک با نیازهای ویژه، انواع مختلف فشارهای روانی را بر والدین وارد می آورد که از آن جمله تخصیص وقت به برآوردن نیازهای کودک ناتوان، احساس گناه از کوتاهیهایی که در حین مراقبت صورت می گیرد، و گرفتاریهای روزانه دیگر، از قبیل رسیدن به نیازهای پزشکی، روانی، و بازپروری کودک استثنایی در مدت زمان طولانی، سلامت روانی و عملکرد اجتماعی و شغلی والدین را تحت تأثیر قرار می دهند (السون، مارشال، مندل کو و آلفرد، ۱۹۹۹؛ اسدیل و گرین وود، ۲۰۰۳). در پژوهشهای مختلف، شدت معلولیت ذهنی و هیجانی کودک و میزان فشار روانی و بیماریهای روانی والدین، از قبیل افسردگی و اضطراب نشان داده شده است (مثلاً بیکر، بلاچر، کرنیک و اِدلبروک، ۲۰۰۲). علاوه بر ویژگیهای رفتاری و ذهنی کودک معلول، ویژگیهای والدین از قبیل ثبات عاطفی، کیفیت دلبستگی به خدا، وضعیت استخدامی، میزان درآمد نیز در پیش‌بینی میزان استرس وارد بر والدین و وضعیت روانی آنان مؤثر است (بیکر، مک اینتیر، بلاچر، کرنیک، ایدل بروک و لاو، ۲۰۰۳). در راستای پژوهشهای فوق، پژوهشگران درصدد کشف متغیرهای اساسی تأثیرگذار در سلامت روان والدین، از جمله تأثیر کیفیت دلبستگی به خدا و نوع تصور فرد از خدا^۱ هستند، و برای نشان دادن ارتباط بین متغیرهای سلامت روان، کیفیت دلبستگی به خدا و نوع تصور فرد از خدا، به پژوهشهای انجام شده در افراد مختلف از جمله افراد عادی و والدین کودکان استثنایی پرداختند.

نیوتون و مکین تاش (۲۰۱۰) در پژوهشی که بر روی والدین کودکان استثنایی درباره ارتباط بین تصور والدین از خدا و میزان مقابله‌های آنان در مقابل

استرسها انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که والدین کودکان استثنایی، با تصور مثبت از خدا، از مقابله‌های روان‌شناختی مؤثرتری برخوردارند و در برابر فشارهای روانی، مقاوم‌ترند. این افراد موقعیتهای را به صورت مثبت‌تری ارزیابی می‌کردند و باور داشتند که خداوند، آنان را در سختیها تنها نخواهد گذاشت. یافته‌های نیوتون و مکین تاش نیز تأییدکننده یافته‌های پژوهشگران حاضر بودند. علاوه بر این غباری و حدادی (۱۳۹۰) عوامل تأثیرگذار در سلامت روانی نوجوانان بزهکار را مورد تحقیق قرار دادند؛ نتیجه پژوهش آنان نشان داد که سلامت روانی بزهکاران را می‌توان براساس نوع تصور فرد از خدا و کیفیت دلبستگی آنان پیش‌بینی کرد. بزهکارانی که تصور پذیرنده و مثبتی از خدا داشتند، از سلامت روانی بیشتری برخوردار بودند؛ علاوه بر این، کیفیت دلبستگی در تعیین سلامت روانی نوجوانان بزهکار مؤثر بوده است. نوجوانانی که دلبستگی ایمن داشتند، میزان ناراحتی کمتری داشتند و سلامت آنان، بیشتر از نوجوانان دیگر بود.

کرکپاتریک (۱۹۹۹) ارتباط بین الگوی دلبستگی به والدین و دلبستگی به خدا را آزمایش کرده و به تأیید فرضیه همسانی رسیده است؛ او علاوه بر این، به ارتباط بین تصور فرد از خدا و کیفیت دلبستگی اشاره کرده است. افراد با دلبستگی ایمن، تصور مثبتی از خدا دارند، برعکس افرادی که دلبستگی آنان نایمن است، تصور منفی از خدا مانند در دسترس نبودن و دور بودن از انسانها در ذهن خود، پرورش می‌دهند. او علاوه بر این، پیش‌بینی کرده است که بین سبک دلبستگی به خدا و کیفیت و میزان دینداری افراد، رابطه‌ای وجود دارد. در حقیقت فرایند شکل‌گیری کیفیت و سبک دلبستگی که از کودکی آغاز و موجب تشکیل الگوی درون‌کاری در افراد می‌شود، تعیین‌کننده نوع تصور آنان از خداست.

افرادی که دلبستگی آنان به خدا ایمن است، برای خود ارزش قائل هستند و می‌دانند که خداوند علی‌رغم اشتباهشان، آنان را دوست می‌دارد و الگوی درونی که

سایر اختلالات روانی، در سطح پایین‌تری قرار داشتند (گرانکوویست و کرکپاتریک، ۲۰۰۸). همچنین افرادی با دلبستگی ایمن، در رضایت از زندگی، نمره بالاتری به‌دست آوردند، علاوه براین، روی آوردن به خدا به-مثابه انگاره دلبستگی توانا و حاضر در همه‌جا، باعث افزایش ادراک بهزیستی روانی بالا (گرانکوویست و کرکپاتریک، ۲۰۰۸) و کاهش اضطراب و افسردگی (المان، ۱۹۸۲) می‌شود. در کل تحقیقات نشان می‌دهند که دلبستگی ایمن با توانمندی مقابله با مشکلات (بلاویچ و پارگامنت، ۲۰۰۲؛ پارگامنت، ۱۹۹۷)، بهزیستی روان‌شناختی، سلامت روانی و بهبود روابط بین فردی (کراول، فرالی و شیور، ۱۹۹۹؛ سابل، ۲۰۰۰) رابطه دارد.

برام، شاب جانکر، موی، رایتر، بک مان و دیگ (۲۰۰۸a) در تحقیقی که در آن افراد سالخورده (۶۸ تا ۹۳ ساله) شرکت کرده بودند، به این نتیجه رسیدند که احساس نارضایتی از خدا با ناامیدی، احساس افسردگی، احساس گناه و همچنین با نشانگان افسردگی، ارتباط معنی‌داری دارد. در این پژوهش، تصور منفی فرد از خدا (باور به خداوند تنبیه‌کننده) با احساس گناه افراد شرکت‌کننده در پژوهش توأم بوده است. علاوه براین پژوهشها نشان داده‌اند که نوروژگرای با احساس ترس از خدا، اضطراب و نارضایتی از او همراه بوده است، درحالی‌که همسازی با تصور ذهنی حمایت‌کننده از خدا توأم بوده است (برام، موی، شاب جانکر و تیلبرگ، ۲۰۰۸b).

شاپ - جانکر، اورلینکز - بانتکو، ورهاگن و زوک (۲۰۰۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین تصور فرد از خدا، با نمره کلی در چک لیست نشانگان رفتاری (SCL-90R) و ابعاد آن (شکایت جسمانی، وسواس - بی‌اختیاری، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، فوبیا، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی) همبستگی معناداری وجود داشته است؛ بدین معنی که تصور مثبت فرد از خدا، با نشانگان رفتاری رابطه منفی داشته است. پژوهشگران همچنین

از خدا دارند، خدای پذیرنده، در دسترس، کمک‌کننده و جواب‌دهنده به خواسته‌ها و دعا‌های آنان است (کرکپاتریک، ۲۰۰۵). برعکس افراد اجتنابی، خدا را دور از دسترس تلقی می‌کنند و یا اینکه از لحاظ عاطفی، آمادگی نزدیک شدن به وی را ندارند و از او دوری می‌گزینند. هرچند که تصور فرد از خدا طبق قانون انتقال، کیفیت دلبستگی از تصور والدین به تصور خدا، در مدل همسانی می‌تواند یکسانی تصور را در ذهن افراد بیاورد و افرادی که از والدین خود تصور مثبت داشتند، همان تصور مثبت را درباره خدا نیز حفظ کنند و افرادی با الگوی نایمن به والدین خود، همان الگوی نایمن را در مورد خدا تسری و تصور منفی (طردکننده) از خدا در ذهن خود پرورش دهند، به‌هرحال در برخی مواقع، در اثر کارکردهای فرایند جبرانی در کیفیت دلبستگی، این اتفاق نمی‌افتد و به جای انتقال نوع تصور از والدین به وجود متعالی، افراد از الگوی جبرانی فرایند دلبستگی تبعیت می‌کنند و برای نیازهای برآورده‌نشده خود از سوی والدین، خداوند را جانشین مراقب اولیه خود می‌کنند و از او انتظار برآوردن نیازهای خود را دارند و اگر والدین طردکننده داشتند، خداوند را مهربان و پذیرنده تلقی می‌کنند که بتوانند به جبران کمبود والدین حامی و مراقب اولیه خود پردازند (سورنسون، ۲۰۰۴). استدلال منطقی و پیگیری یافته‌های تحقیقاتی به ما این اجازه را می‌دهد که پلی بین کیفیت دلبستگی به خدا، کیفیت تصور فرد از خدا و سلامت روان ایجاد کنیم و معادله‌ای را در نظر بگیریم که در آن، تصور فرد از خدا نقش واسطه‌ای را بین کیفیت دلبستگی به خدا و سلامت روان بازی می‌کند. افراد ایمن از نظر دلبستگی، تصورات مثبت و خوش‌بینانه (مانند خیرخواه بودن) از خدا دارند و همین تصورات مثبت از خدا در سلامت روانی آنان تأثیر می‌گذارد.

کرکپاتریک و شیور (۱۹۹۲) گزارش داده‌اند افرادی که دلبستگی ایمن به خدا داشتند، در احساس تنهایی، افسردگی، اضطراب، بیماری‌های جسمانی و

ناایمن با آسیب‌پذیری فرد و آسیب‌های روانی در ارتباط است. فلانلی، گالک، الیسون و کونیک (۲۰۱۰) در پژوهشی، ارتباط بین اختلالات روانی و نوع تصور فرد از خدا را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که بین تصور فرد از خدا، با ابعاد چک لیست نشانگان رفتاری (SCL-90R) همبستگی معناداری وجود داشته است و نشانگان اختلالات در افراد با تصور مثبت فرد از خدا (خداوند نزدیک، دوست‌دارنده و بخشاینده) پایین‌تر از دیگران بوده است؛ به‌علاوه براد شاو، الیسون و فلانلی (۲۰۰۸) در پژوهش خود نشان دادند که افراد با تصور مثبت از خدا (تصویر صمیمی، دوست‌دارنده، محافظت‌کننده و بخشنده از خدا) از سلامت روانی بالایی برخوردارند و نشانگان بیماری‌های روانی در آنان کمتر است؛ برعکس افرادی که خداوند را از خود دور می‌دانند و باور دارند که خداوند از آنان فاصله گرفته، سلامت روانی پایین‌تری دارند. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که افرادی که تصور مثبت از خدا دارند، در میزان افسردگی، اضطراب، حساسیت در روابط بین فردی، هراس، وسواس بی‌اختیاری، شکایت جسمانی، افکار پارانوئیدی و خصومت، پایین‌تر از دیگر افراد هستند.

راس (۲۰۰۶) در پژوهشی که روی دانش‌آموزان پیش‌دبستانی انجام داد به این نتیجه رسید که بین کیفیت دلبستگی دانش‌آموزان و نوع تصور آنان از خدا، همبستگی معناداری وجود دارد؛ به‌این‌صورت که افراد با دلبستگی ایمن، تصور مثبت‌تری از خدا داشتند؛ به‌علاوه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین تصور فرد از خدا (پذیرش خدا) با کیفیت دلبستگی به خدا^۲ و کیفیت دلبستگی در روابط صمیمی افراد همبستگی معناداری وجود دارد (ولپر، ۲۰۰۸).

تحقیقات همچنین نشان دادند که اعتقاد به خدای مهربان و دوست‌دارنده، با اعتماد به‌نفس بالا ارتباط دارد (اسپیلکا، ادیسون و روزن‌سون، ۱۹۷۵). پولنر (۱۹۸۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که از بین متغیرهای مختلف مذهبی، ارتباط با وجود متعالی

به این نتیجه رسیدند که تصور بیماران روانی در مقایسه با تصور افراد عادی، منفی‌تر بوده است. این امر روشن‌کننده ارتباط تنگاتنگ تصور فرد از خدا با سلامت روان است. در گروهی که تصور مثبت فرد به خدا بالاتر بود، میزان اضطراب و عصبانیت پایین‌تر بوده است. افرادی که خداوند را تنبیه‌کننده می‌دانستند، اضطراب و پرخاشگری بیشتری نسبت به گروه دیگر داشتند (شاپ-جانکر، اورلینکز - بانتکو، زوک و جانکر، ۲۰۰۸).

گرین وی، میلن و کلارک (۲۰۰۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که پذیرش فرد به‌وسیله خود و دوست داشتن خویش، با احساس مراقبت خداوند از انسانها و آگاهی او به نیازهای آنان، همبستگی دارد؛ به‌علاوه، تحقیق پژوهشگران فوق نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی منفی که توأم با ناشایستگی فرد و افسردگی هستند، با تصور منفی فرد از خداوند ارتباط دارد؛ افراد با اعتماد به‌نفس پایین و آنان که شایستگی‌های خود را پایین می‌دیدند، خداوند را تنبیه‌کننده تصور می‌کردند، احساس تنهایی نیز در افرادی که تصور منفی از خدا داشتند، بیشتر بود. با توجه به یافته‌های این تحقیق، داشتن رابطه ایمن با خدا، مذهبی بودن و باور به خداوند در دسترس و اجابت‌کننده دعا، باعث می‌شود که احساس تنهایی در افراد کاهش پیدا کند و افرادی که خداوند را پذیرنده، خیرخواه و حاضر می‌دانند، کمتر احساس تنهایی کنند (کرکپاتریک، شلیتو و کلاس، ۱۹۹۹).

مک‌الری (۱۹۹۹) در پژوهش خود، همبستگی معناداری بین تصور فرد از خدا، افسردگی و سلامت روان پیدا کرده است. میزان افسردگی افرادی که خداوند را دوست‌دارنده تلقی می‌کردند، در سطح پایین و میزان سلامت روانی آنها بالا بوده است. همچنین اورلینگز-بانتکو، وان استیج و ورچور (۲۰۰۵) در تحقیقات خود، به این نکته پی بردند که تصور منفی فرد از خدا، با دلبستگی ناایمن و خلق و خوی افراد، در ارتباط است. علاوه براین، دلبستگی

احتمال دارد که دلبستگی به خدا و تصور فرد از خدا تابعی از استرس‌ها، مقابله‌ها و ویژگی‌های دیگر شخصیتی باشد، انتظار می‌رود که تأثیر نوع دلبستگی به خدا و کیفیت تصور فرد از خدا در والدین کودکان استثنایی، تأثیر متفاوتی با افراد عادی داشته باشد. متأسفانه تحقیقی در زمینه تأثیر نوع دلبستگی والدین کودکان استثنایی و کیفیت تصور آنان از خدا بر سلامت روانی این افراد، انجام نشده است. پژوهشگران حاضر در پی پرکردن همین خلأ تحقیقاتی به این موضوع پرداخته‌اند؛ به‌علاوه این پژوهش می‌تواند یکی از اولین مطالعات در رابطه دلبستگی به خدا و کیفیت تصور فرد از خدا با سلامت روانی والدین کودکان استثنایی، در ادبیات پژوهشی کشور به شمار آید.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح کلی این پژوهش، از نوع همبستگی است که در زمره تحقیقات توصیفی به شمار می‌رود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه والدین کودکان استثنایی (نابینا، ناشنوا و کم‌توان ذهنی) شهر تهران بود. از این جامعه تعداد ۱۶۸ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس، از مدارس استثنایی شهر تهران انتخاب شدند. دامنه سنی آنها اکثراً بین ۳۰ تا ۶۵ سال بود و ۵۳٪ از این افراد شرکت‌کننده زن و ۴۷٪ مرد بودند. در پژوهش حاضر، از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱) چک لیست نشانگان رفتاری^۳ (SCL-90R): این پرسشنامه دارای ۹۰ سؤال است که پاسخ‌گو در هر سؤال در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی میزان ناراحتی خود را (از هیچ تا به‌شدت) گزارش می‌دهد. این پرسشنامه شامل ۹ بعد اختلالی از قبیل شکایت جسمانی، وسواس - بی‌اختیاری، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، فوبیا، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی است (دراگوتیس، لیپمان و کوی، ۱۹۷۳). برای محاسبه ثبات درونی آزمون، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است و نتایج برای ۹ بعد آزمون کاملاً رضایت‌بخش بوده است. بیشترین همبستگی،

بالاترین میزان در پیش‌بینی بهزیستی روانی را به خود اختصاص داده است؛ در این پژوهش ارتباط با وجود متعالی، داشتن رابطه عمیق روانی با خدا تعریف شده بود. کِرکپاتریک و شیور (۱۹۹۲) مقیاسهای مختلف بهزیستی روانی را با بزرگسالان به‌کار بردند و ارتباط آنها را با متغیرهای مختلف روان‌شناختی و مذهبی، سنجیدند؛ از بین این متغیرها دلبستگی ایمن به خدا، عمده‌ترین پیش‌بینی را در کاهش احساس تنهایی، افسردگی، اضطراب و بیماریهای جسمانی نشان می‌داد. علاوه بر این، تحقیق فوق‌الذکر روشن نمود که بالاترین واریانس در پیش‌بینی تغییرات رضایت از زندگی از طریق دلبستگی ایمن به خدا تبیین‌پذیر بود. تحقیقات نشان داده‌اند که بین تصور مثبت فرد از خدا (مانند خیرخواه بودن) و داشتن روابط بین‌فردی خوب (شاتن بائور، فالوت و تیرل، ۲۰۰۴)، عزت نفس بالا (بنسون و اسپیلکا، ۱۹۷۳)، و پایین‌تر بودن اضطراب (شافر و گورساج، ۱۹۹۱) همبستگی و ارتباط بالایی مشاهده شده است، درحالی‌که بیماریهای روانی در خانواده‌هایی که دیدگاه منفی به خدا دارند، بیشتر است (ویلسون، لارسون و می‌یر، ۱۹۸۳). در روان‌درمانگری‌های مؤثری که مسائل معنوی و مذهبی در آنها به‌کار رفته است، ملاحظه شده که همراه با بهبود بیماران روانی، تصور آنان از خدا به مثبت گرایش پیدا کرده و افراد پس از روان‌درمانی خدا را خیرخواه، دوست‌دارنده و حمایت‌کننده تلقی نموده‌اند (تیزدل، کی، ادواردز، بروکاو، کمپرمن و کلود، ۱۹۹۷). داده‌ها همچنین نشان داده‌اند که داشتن تصور مثبت از خدا، با تحمل استرس‌های روانی توأم بوده است (بارنت، دووال، ادوارد و هال، ۲۰۰۵؛ لوئیس - هال، دو وال، ادوارد و پیک، ۱۹۹۹). به علت تفاوت‌هایی که والدین کودکان استثنایی از نظر وجود استرس‌های مزمن در نگه‌داری از کودک استثنایی تحمل می‌کنند، احتمال دارد که تصور آنان از خدا، متفاوت با دیگر افراد باشد. از آنجا که کیفیت دلبستگی افراد به خدا نیز در شرایط دشوار و استرس‌زا خود را نشان می‌دهد،

الهی^۵، حضور^۶، چالش^۷، پذیرش^۸، خیرخواهی^۹ است. هدف این سیاهه، ارزیابی احساسات افراد نسبت به خداست که در یک مقیاس لیکرت سنجیده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از عوامل فوق به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۲، ۰/۹۴، ۰/۸۶، ۰/۹۰، ۰/۹۱ (لارنس، ۱۹۹۷) و در ایران، همین ضریب برای عوامل فوق به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۴۱، ۰/۸۸، ۰/۵۱، ۰/۸۱، و ۰/۸۲ گزارش شده است (حدادی و غباری، ۱۳۹۰).

شیوه اجرا: برای جمع‌آوری داده‌ها پس از آماده‌سازی پرسشنامه‌ها و آموزش دستیاران پژوهشی، با قرار قبلی دستیاران به مدارس کودکان استثنایی رفتند. برطبق مطالعات اولیه، پژوهشگران نیاز داشتند که در حدود ۲۵-۲۰ دقیقه را برای پاسخ دهندگان اختصاص دهند؛ هرچند که جواب‌دهی به سؤالات، محدود به زمان نبود ولی در کل ۱۶۸ پرسشنامه جمع‌آوری شده که قابل استفاده بود، برای تحلیل نهایی مورد استفاده قرار گرفت.

روش تحلیل داده‌ها: برای تحلیل داده‌ها علاوه

بر داده‌های توصیفی، از همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شده است تا متغیرهای پیش‌بینی کننده سلامت روان در والدین کودکان استثنایی شناسایی شوند.

یافته‌ها

در این قسمت ابتدا به گزارش داده‌های توصیفی پرداخته می‌شود و پس از آن به داده‌های استنباطی اشاره می‌شود که نشان‌دهنده متغیرهای پیش‌بینی کننده سلامت روانی هستند.

نتایج حاصل از جدول ۱ نشان می‌دهد که بین ابعاد تصور فرد از خدا (تأثیرپذیری، چالش، پذیرش، خیرخواهی) با سلامت روانی (GSI) والدین کودکان استثنایی، ارتباط منفی و معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که تصور مثبت و پذیرنده و خیرخواه داشتن از خداوند، باعث افزایش سلامت روانی (GSI) می‌شود؛ همچنین نتایج دیگر پژوهش نشان داد که سبک دلبستگی ایمن به خدا، با سلامت روانی (GSI)

مربوط به بعد افسردگی ($\alpha = .90$) و کمترین آن روان‌پریشی ($\alpha = 0.77$) بوده است. پایایی مجدد آزمون به فاصله یک هفته ضرایب بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ را نشان داده است. در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد فوق و کل چک لیست به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۷، ۰/۸۱، ۰/۹۰، ۰/۹۰، ۰/۸۱، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۸۲ و ۰/۹۷ گزارش شده است (حدادی و غباری، ۲۰۱۱).

۲) مقیاس دلبستگی به خدا (رووات و

کرکپاتریک، ۲۰۰۲): مقیاس دلبستگی به خدا که رووات و کرکپاتریک (۲۰۰۲) آن را ساخته‌اند، ۹ گویه و دو بعد دلبستگی اجتنابی و دلبستگی اضطرابی دارد؛ شش گویه این آزمون، دلبستگی اجتنابی به خدا (مانند دور و غیرصمیمی به نظر رسیدن خدا) را اندازه‌گیری می‌کنند و سه گویه دیگر، دلبستگی اضطرابی (مانند پاسخ‌گو بودن خداوند به نیازها در برخی مواقع و پاسخ‌گو نبودن در بعضی مواقع دیگر) را می‌سنجند. شرکت کنندگان هر یک از این گویه‌ها را در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از ۱ به هیچ‌وجه جزء ویژگی من نیست، تا ۷ خیلی زیاد جزء ویژگیهای من است، پاسخ می‌دهند. رووات و کرکپاتریک با تحلیل عاملی تأییدی دو عامل پیش‌بینی شده را در ساختار عاملی این آزمون، پیدا کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای بعد اجتنابی ۰/۹۲ و برای بعد اضطراب ۰/۸۰ برآورد شده است؛ به‌علاوه مقیاس دلبستگی به خدا، شواهدی از روایی سازه را نشان داده است. شواهد افتراقی و همگرا برای تأیید روایی سازه این آزمون مورد استفاده قرار گرفته است. عامل اضطرابی این مقیاس نورو گرای، عواطف مثبت و منفی را در افراد پیش‌بینی می‌کرد. در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد دلبستگی اجتنابی، اضطرابی و ایمن به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۷ و ۰/۹۰ گزارش شده است (غباری، حدادی و امید بیگی، ۱۳۹۰).

۳) سیاهه تصور فرد از خدا (لارنس، ۱۹۹۷): این

سیاهه شامل ۷۲ گویه و ۶ عامل (تأثیرپذیری^۴، مشیت

همبستگی (منفی و سبک دلبستگی اضطرابی با مثبت معنادار دارد. سلامت روانی والدین کودکان استثنایی، همبستگی

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی سبکهای دلبستگی به خدا و تصور فرد از خدا با سلامت روانی در والدین کودکان استثنایی

مقیاسها	متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	
SCL90-R	سلامت روانی	۸۲/۴۲	۹/۰۷	۱									
	تأثیرپذیری	۳۶/۸۲	۴/۲۲	-۰/۲۲**	۱								
	مشیت الهی	۳۲/۰۹	۳/۶۵	۰/۰۱	۰/۲۸**	۱							
	تصور فرد از خدا	۴۴/۲۷	۴/۸۲	-۰/۰۸	۰/۷۰**	۰/۳۴**	۱						
	چالش پذیرش	۳۷/۳۶	۳/۸۳	-۰/۱۵**	-۰/۴۸**	۰/۲۳**	۰/۵۵**	۱					
	خیرخواهی	۳۶/۷۹	۵/۰۸	-۰/۲۲**	۰/۶۵**	۰/۰۲	۰/۶۰**	۰/۴۱**	۱				
	دلبستگی به خدا	۳۸/۹۰	۴/۶۲	-۰/۳۱**	۰/۵۳**	۰/۲۰**	۰/۶۷**	۰/۶۱**	۰/۵۲**	۱			
	اجتنابی	۱۱/۷۱	۵/۶۸	۰/۱۱	-۰/۳۹**	-۰/۱۳**	-۰/۳۸*	-۰/۴۵*	-۰/۳۹*	-۰/۴۴*	۱		
	اضطرابی	۷/۹۴	۴/۵۲	۰/۲۰**	-۰/۴۵*	-۰/۱۳**	-۰/۳۳*	-۰/۳۷*	-۰/۵۱*	-۰/۳۰*	۰/۷۷*	۱	
	ایمن	۴۸/۴۰	۷/۳۸	-۰/۱۴**	۰/۴۵*	۰/۲۵**	۰/۴۳*	۰/۴۴*	۰/۴۰*	۰/۴۰*	-۰/۸۷*	-۰/۸۸*	۱

** P < 0/01 *P < 0/05

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس مربوط به رگرسیون چندگانه برای تبیین سلامت روانی براساس تصور فرد از خدا و سبکهای دلبستگی به خدا در والدین کودکان استثنایی

مدل	SS	df	Ms	F	P	R	R ²	Adj.R ²	SE
رگرسیون	۹۸۹۹۱/۲۱۴	۲	۱۹۷۹۸/۲۴	۸/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۲۰	۰/۱۸	۴۹/۰۸
باقی مانده	۳۹۰۲۸۱/۷۸	۱۶۲	۲۴۰۹/۱۴						
کل	۴۸۹۲۷/۹۹	۱۶۷							

شده و معناداری آنها مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۳. ضرایب رگرسیون چندگانه برای پیش بینی سلامت روانی براساس تصور فرد از خدا و سبک دلبستگی به خدا در والدین کودکان استثنایی

متغیر	B	SEB	Beta	t	P
مقدار ثابت	۲۱۳/۹۲	۴۸/۶۵	-	۴/۳۹	۰/۰۰۱
دلبستگی اجتنابی	۲/۴۰	۱/۱۱	۰/۲۵	۲/۱۵	۰/۰۳۲
دلبستگی اضطرابی	۳/۳۶	۱/۳۷	۰/۲۸	۲/۴۴	۰/۰۱۶
خیرخواهی	۲/۷۵	۱/۳۴	-۰/۲۱	-۲/۰۵	۰/۰۴۲
حضور خدا	-۴/۵۶	۱/۲۷	-۰/۴۰	۳/۵۷	۰/۰۰۱
تأثیرپذیری	-۵/۹۳	۱/۱۷	-۰/۵۰	-۵/۰۳	۰/۰۰۱

همان طور که از جدول ۲ استنباط می شود در حدود ۲۰٪ واریانس تغییرات در سلامت روانی والدین کودکان استثنایی از روی متغیرهای کیفیت دلبستگی به خدا و نوع تصور فرد از خدا در ابعاد خیرخواهی، حضور و تأثیرپذیری قابل تبیین است؛ همچنین مقدار رگرسیون در سطح خطای کمتر از یک صدم ($p < ۰/۰۰۱$) معنادار شده و همین امر نشان می دهد که سلامت روان قابل تبیین به وسیله یک یا چند متغیر پیش بینی کننده است. در جدول بعدی مقدار ضرایب متغیرهای وارد شده در معادله رگرسیون آورده

اورلینکز - بانکو، ورهاگن و زوک، ۲۰۰۲) هماهنگ بوده است.

فلانلی، گالک، ایسون و کونیک (۲۰۱۰) ارتباط بین اختلالات روانی و نوع تصور فرد از خدا را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که افراد با تصور مثبت از خدا (افرادی که خداوند را نزدیک، دوست‌دارنده و بخشاینده می‌دانستند) نشانگان اختلالات روانی (SCL-90R) در آنها، پایین‌تر از دیگران بوده است. براد شاو، ایسون و فلانلی (۲۰۰۸) در پژوهش خود یافتند که تصور مثبت از خدا به‌صورت معکوس با گستره وسیعی از اختلالات روانی در ارتباط هستند؛ پژوهشگران همچنین به این نتیجه رسیدند که افراد با تصور مثبت به خدا، در ابعاد چک لیست نشانگان رفتاری (SCL-90R) پایین‌تر از دیگران بودند. گرانکویست و کرکپاتریک (۲۰۰۸) مشاهده کردند که بهزیستی روانی با تصور مثبت از خداوند، ارتباط مثبت دارد.

کرکپاتریک و شیور (۱۹۹۲) مقیاسهای مختلف بهزیستی روانی را با بزرگسالان به‌کار بردند و ارتباط آنها را با متغیرهای مختلف روان‌شناختی و مذهبی سنجیدند که از بین این متغیرها، دلبستگی ایمن به خدا، بالاترین ضریب پیش‌بینی را در کاهش احساس تنهایی، افسردگی، اضطراب و بیماریهای جسمانی نشان داد. از بین مطالعاتی که ارتباط بین تصور فرد از خدا و سلامت روانی را مورد مطالعه قرار داده‌اند و به یافته‌های مشابهی با یافته‌های پژوهشگران حاضر رسیده‌اند، می‌توان به مطالعه شاتن بائور، فالوت و تیرل (۲۰۰۴) در مورد ارتباط بین تصور مثبت از خدا و داشتن روابط بین فردی خوب و مطالعه ویلسون، لارسون و می‌یر (۱۹۸۳) در ارتباط بین بیماریهای روانی و نوع تصور از خدا اشاره کرد.

نیوتون و مکین تاش (۲۰۱۰) در پژوهشی که بر روی والدین کودکان استثنایی، در ارتباط بین تصور والدین از خدا و میزان مقابله‌های آنان در مقابله با استرسها انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که والدین

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که سلامت روان والدین کودکان استثنایی به‌طور کلی از روی نوع سبک دلبستگی به خدا و تصور فرد از خدا در ابعاد خیرخواهی، حضور و تأثیرپذیری قابل پیش‌بینی است. بدین‌صورت سلامت روانی والدین کودکان استثنایی که تصور مثبت از خدا داشتند، در سطح بالاتری بود؛ همچنین والدینی که سبک‌های دلبستگی به خدا در آنها اضطرابی و اجتنابی بود، سلامت روانی کمتری داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه سلامت روانی با کیفیت دلبستگی به خدا و نوع تصور فرد از خدا در والدین کودکان استثنایی در شهر تهران بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که نوع تصور فرد از خدا و کیفیت دلبستگی والدین به خدا، با سلامت روانی آنان در ارتباط بود؛ به‌این‌صورت که ابعاد تأثیرپذیری، پذیرندگی خداوند و خیرخواهی، با میزان ناراحتیهای روانی، همبستگی منفی و با سلامت روانی افراد، همبستگی مثبت دارد. دلبستگی اضطرابی نیز با میزان ناراحتیهای روانی، ارتباط مثبت و با میزان سلامت روان همبستگی منفی داشته است؛ علاوه بر سنجش ارتباط متغیرهای سلامت روانی با کیفیت دلبستگی و نوع تصور فرد از خدا، پژوهشگران علاقمند بودند بدانند که آیا میزان سلامت روانی والدین کودکان استثنایی را می‌توان با توجه به کیفیت دلبستگی به خدا و نوع تصورشان از خدا پیش‌بینی کرد. تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که کیفیت دلبستگی اجتنابی و اضطرابی به خدا، خیرخواه بودن خدا، حضور همه‌جانبه خدا و تأثیر خواست و دعای بندگان در مشیت الهی، به‌صورت معناداری سلامت روانی والدین را پیش‌بینی می‌کردند. نتیجه این پژوهش با یافته‌های پژوهشگران قبلی (فلانلی، گالک، ایسون و کونیک، ۲۰۱۰؛ براد شاو، ایسون و فلانلی، ۲۰۰۸؛ گرانکویست و کرکپاتریک، ۲۰۰۸؛ شاتن بائور، فالوت و تیرل، ۲۰۰۴؛ کرکپاتریک و شیور، ۱۹۹۲؛ شاپ -جانکر،

غباری بناب، ب؛ حدادی کوهسار، ع ا و مهسا امید بیگی (چاپ نشده). رابطه دلبستگی به خدا و بهزیستی

معنوی در دانشجویان.

- Baker, B. L., Blacher, J., Crnic, K., & Edelbrock, C. (2002). Behavior problems and parenting stress in families of three years-old children with and without developmental delays. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 433-444.
- Baker, B. L., McIntyre, L. L., Blacher, J., Crnic, K., Edelbrock, C., & Low, C. (2003). Pre-school children with and without developmental delay: Behaviour problems and parenting stress over time. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 217-230.
- Barnett, K. L., Duvall, N. S., Edwards, K. J., & Hall, M. E. L. (2005). Psychological and spiritual predictors of domains of functioning and effectiveness of Short-term missionaries. *Journal of psychology and Theology*, 33, 27-40.
- Belavich, G., & Paregament, K. I. (2002). The role Of attachment in predicating spiritual coping with a loved one in surgery. *Journal of Adult Development*, 9, 13-29.
- Benson, P.L., & Spilka, B. (1973). God image as a function of self-esteem and locus of control. *Journal for the Scientific study of Religion*, 12, 297-310.
- Braam A.W.; Mooi B; Schaap Jonker J; van Tilburg W; D. J. (2008^b). God image and Five-Factor Model personality characteristics in later life: A study among inhabitants of Sassenheim in The Netherlands. *Mental Health, Religion & Culture*, 11(6), 547-559.
- Braam A.W; Schaap-Jonker b; Mooi c; Ritter d; Aartjan T.F. Beekman a; Dorly J. H. Deeg (2008^a). God image and mood in old age: Results from a community based pilot study in the Netherlands. *Health, Religion & Culture*, 11 (2), 221-237.
- Bradshaw, M., Ellison, C. G., & Flannelly, K. J. (2008). Prayer, God imagery, and symptoms of psychopathology. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 47(4), 644-659.
- Crowell, J. A., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1999). Measurement of individual differences in adolescent. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp.434-465). New York: Guildford Press.
- Deragostis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, C. (1973). SCL- 90: An out patient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-27.
- Esdaile, S. A., & Greenwood, K. (2003). A comparison of mother's and father's experience of parenting stress and attributions for parent-child interaction outcomes. *Occupational Therapy International*, 10, 112-115.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Van Steeg, J., & Verschuur, M. (2005). The association between

کودکان استثنایی، با تصور مثبت از خدا از مقابله‌های روان‌شناختی مؤثرتری برخوردار و در برابر فشارهای روانی، مقاوم‌تر بودند؛ این افراد همچنین موقعیتها را به‌صورت مثبت‌تری ارزیابی می‌کردند و باور داشتند که خداوند آنان را در سختیها تنها نخواهد گذاشت. یافته‌های نیوتون و میکن‌تاش نیز تأییدکننده یافته‌های پژوهشگران حاضر بودند.

علاوه بر تحقیقات فوق، از لحاظ نظری نیز می‌توان ارتباط بین کیفیت دلبستگی به خدا و تصور فرد از خدا و سلامت روان را مورد بررسی قرار داد؛ افراد با دلبستگی ایمن، تصور مثبت‌تری از خداوند دارند و سلامت روانی این افراد نیز بیشتر از افراد دیگر است. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر، از لحاظ تعمیم-پذیری والدین کودکان استثنایی محدود است. در مورد گروههای دیگر بایستی پژوهش دیگری به عمل آید و یافته‌های حاصل، با یافته‌های پژوهش حاضر بررسی شود.

یادداشتها

- 1) Image of God
- 2) Attachment to God
- 3) Symptom Checklist
- 4) Influence
- 5) Providence
- 6) Presence
- 7) Challenge
- 8) Acceptance
- 9) Benevolence

سپاسگزاری

بدینوسیله از مسئولان محترم مدارس استثنایی شهر تهران که در انجام این پژوهش همکاری کردند و از والدین محترمی که در پر کردن پرسشنامه ها قبول زحمت فرمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- حدادی کوهسار، ع ا و غباری بناب، ب (۱۳۹۰). تصویر ذهنی از خدا و افکار پارانویمانند در دانشجویان. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۱(۲۷)، ۲۸۹-۲۹۵.
- غباری بناب، ب و حدادی کوهسار، ع ا (۱۳۹۰). سلامت روان، تصویر ذهنی از خدا و کیفیت دلبستگی در نوجوانان بزهکار. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*. ۶ (۲۱)، ۷-۱۶.

- Pargament, K.(1997). *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford Press.
- Pollner, M.(1989). Divine relations, Social relations, and well-being. *Journal of Health and Social behavior*,30, 92-104.
- Ross. D. (2006). Young children God concepts; Influence attachment and religious socialization in family and school context. *Religious Education*,101(1), 84-103.
- Rowatt, W. C. & Kirkpatrick, L. A. (2002). Two dimensions of attachment to God and their relation to affect, religiosity, and personality constructs. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41, 637-651.
- Sable, P.(2000). *Attachment and adult psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Schaap-Jonker H; Elisabeth Eurelings-Bontekoe; Piet J. Verhagen; Hetty Zock. (2002). Image of God and personality pathology: an exploratory study among psychiatric patients. *Mental Health Religion & Culture*, 5 (1) ,55-71.
- Schaap-Jonker H.; Eurelings-Bontekoe b; Zock c; Jonker (2008^a). Development and validation of the Dutch Questionnaire God Image: Effects of mental health and religious culture. *Mental Health, Religion & Culture*, 11 (5), 501-515.
- Schaefer, C.A., & Gorsuch, R. L.(1991). Psychological adjustment and religiousness: The multivariate belief-motivation theory of religiousness. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30, 448-461.
- Schottenbuer, M., Fallot, R., & Tyrrell, C. (2004). *Attachment, Well-being, and religious participation among people with severe mental disorders*. In R.Dayring, & D. Oler (Eds.) *The image of God and the psychology of religion* (pp. 13-25). New York: Haworth Pastoral.
- Sorenson, R. L. (2004). *Minding spirituality*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Spilka, B., Addison, J., & Rosensohn, M. (1975). Parents, self, and God: Atest of competing theories of individual-religion relationships. *Review of Religions Research*, 16, 154-165.
- Tisdale, T.C., Key, T, L., Edwards, K. J., Brokaw, B. F., Kemperman, S. R., Cloud, H.,ET al.(1997). Impact of treatment on God image and personal adjustment. *Journal of Psychology and Theology*, 25, 227-239.
- Ullman, C.(1982). Change of mind, change of hearth: Some cognitive and emotional antecedents of religious conversion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 183-192.
- Wheeler, Cara E. (2008). Eating disorders and God image: Relationships between eating disorders, attachment, and God image. *Abstract Dissertation International*. Psy. D., Regent University.
- Wilson, W., Larson, D.B.,& Meier, P.D(1983). Religious life of schizophrenics. *Southern Medical Journal*, 76, 1096-1100.
- personality, attachment, psychological distress, church denomination and the God concept among a non-clinical sample. *Mental Health, Religion and Culture*, 8, 141-154.
- Flannelly, K. J., Galek, K., Ellison, C. G. & Koenig, H. G. (2010). Beliefs about God, Psychiatric Symptoms, and Evolutionary Psychiatry. *Journal of Religion and Health*, 49(2), 246-261.
- Granqvist P., & Kirkpatrick, L. A.(2008). Attachment and religious representation. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.). *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. (pp. 906-933). New York: Guilford Press.
- Greenway, A.P.; Milne L.C.; Clarke, V.(2003). Personality variables, self-esteem and depression and an individual's perception of God. *Mental Health, Religion & Culture*, 1(6), 45-58.
- Haddadi Kuhsar, A.A.& Ghobari Bonab, B. (2011) Relation between image of God and mental health in college students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 29, 251-247.
- Kirkpatrick, L. A. (2005). *Attachment, evolution, and the psychology of religion*. New York: The Guilford Press.
- Kirkpatrick, L. A.(1999). Attachment and religious representations and behavior. In J.Cassidy & P. R. Shaver (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 803-822). New York: Guilford.
- Kirkpatrick, L. A., & Shaver, P. R.(1992). An attachment theoretical approach to romantic love and religious belief. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 266-275.
- Kirkpatrick, L. A., Shillito, D. J., & Kellas, S. L. (1999). Loneliness, social support, and perceived relationships with God. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16, 513-522.
- Lawrence, R. T. (1997). Measuring the image of God: The God image inventory and the God image scales. *The Journal of Psychology and Theology*, 25, 214-226.
- Lewis-Hall, M. E Duvall, N. S., Edwards, K.J., & Pike, P. L.(1999). The relationship of object relations development to cultural adjustment in a missionary sample. *Journal of Psychology and Theology*, 27,139-153.
- McElroy, Eileen Marie (1999). The effect of God image and religious coping on depression, well-being and alcohol use in college students. *Dissertation Abstract International*.
- Newton, A. T. & McIntosh, D. N. (2010). Specific religious beliefs in a cognitive appraisal model of stress and coping. *International Journal for the Psychology of Religion*,20(1), 39-58.
- Olsen, S., Marshall, E., Mandeleco, B., & Alferd, K. (1999) .Support, communication and hardness in families with children with disabilities. *Journal of Family Nursing*, 5, 275-291.

Comparative Study of Working Memory and Fluid Intelligence in three Subgroups of Children with ADHD

Hossein Zare., Ph.D¹, Farhad Shaghghi, M.A²,
Mahtab Bazaryi Meymand, M.A³

Received: 24.7.11 Revised: 2.2.12 Accepted: 11.9.12

بررسی مقایسه‌ای حافظه فعال و هوش سیال در سه زیرگروه از کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه

دکتر حسین زارع^۱، فرهاد شقاقی^۲،
مهتاب بازیاری میمند^۳

دریافت: ۹۰/۵/۲، تجدیدنظر: ۹۰/۱۰/۱۲، پذیرش: ۹۱/۶/۲۱

Abstract

Objective: This study compares working memory and fluid intelligence in children with three ADHD subtypes. **Method:** Forty ADHD children ageing 7 to 11 years old were recruited using a cluster random sampling method. CSI-4 symptoms questionnaire, Wechsler intelligence test for children, Cattell's intelligence Test were used to measure ADHD, working memory, and fluid intelligence respectively. **Result:** The results of ANOVA, Tukey, and Kruskal-Wallis tests revealed a positive relationship between working memory and fluid intelligence, also there was a difference between the three children groups in working memory and fluid intelligence variables. **Conclusion:** This research suggests that a relationship exists between working memory and fluid intelligence and ADHD.

Key words: ADHD, fluid intelligence, working memory

چکیده

هدف: هدف از تحقیق حاضر، بررسی مقایسه‌ای بین سه گروه از کودکان بیش‌فعال در دو متغیر حافظه فعال و هوش سیال است. **روش:** با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای ۴۰ کودک بیش‌فعال، با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی کودکان، آزمون حافظه فعال (مبتنی بر خرده‌آزمون هوش وکسلر کودکان) و آزمون هوش کتل (برای سنجش هوش سیال) مورد مطالعه قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک‌راهه، آزمون تعقیبی توکی و آزمون کروسکال-والس نشان می‌دهد که بین حافظه فعال و هوش سیال، ارتباط مثبتی وجود دارد، همچنین بین سه گروه کودکان بیش‌فعال در متغیر حافظه فعال و هوش سیال تفاوت وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** تأیید فرضیه‌های پژوهشی بیانگر ارتباط بین حافظه فعال و هوش سیال و بیش‌فعالی است.

واژه‌های کلیدی: کودکان بیش‌فعال، حافظه فعال، هوش سیال.

1. Associate Professor, Payam Noor University, Psychology Department

2. Assistant Professor, Payam Noor University, Psychology Department

3. **Corresponding Author:** Payam Noor University, Psychology Department (meimandmahtab@yahoo.com)

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور
۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور
۳. نویسنده مسئول: گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور

مقدمه

اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی^۱، اختلال عصب شناختی رشدی است که با سه ویژگی اصلی یعنی نارسایی توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری توصیف می‌شود. سن شروع آن حدود ۳ سالگی است، در اکثر موارد در مدرسه تشخیص داده می‌شود و بر ۳ تا ۷ درصد از کودکان اثر می‌گذارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). این اختلال در حکم مسئله‌ای برای روان‌پزشکان، روان‌شناسان، والدین و معلمان مطرح شده است؛ زیرا ویژگیهای رفتاری این کودکان از قبیل ناتوانی در مهار رفتار حرکتی، نارسایی توجه، اختلال حافظه و تفکر، ناتوانی یادگیری، بی‌ثباتی هیجانی، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، برانگیختگی و بی‌قراری حرکتی، معضلی است که به فرایند تحول، استعدادهای ذهنی و مهارت‌های اجتماعی-عاطفی کودک، آسیب جدی وارد می‌کند. چندین دهه است که صاحب‌نظران به دنبال طرح نظریه و تبیینی برای این اختلال هستند. یکی از نظریه‌های مطرح در این اختلال، نظریه‌ای است که به نقص و عدم کفایت بخش پیشانی قشر مغز (که در کارکردهای اساسی‌ای چون برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، تصمیم‌گیری، بازداری و تفکر نقش بسزایی دارد) در سازوکار بازداری به ساختارهای زیرین مغز اشاره می‌کند که این امر منجر به عدم بازداری، ضعف در خودنظم‌دهی و نقایص شناختی (شامل آسیب‌های اختصاصی در بازداری، توجه، کارکردهای اجرایی، حافظه فعال و غیره) می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). یکی دیگر از این نظریه‌ها، مربوط به نظریه بارکلی است؛ بارکلی اعتقاد دارد که این اختلال به علت آسیب در کارکردهای اجرایی ایجاد شده است؛ بنابراین در مطالعات خود، از میان کارکردهای شناختی، توجه خاصی به کیفیت کارکرد اجرایی کرده است. منظور از کارکردهای اجرایی، کارکردهای عالی شناختی هستند که با عملیات و تواناییهای ذهنی، از جمله خودگردانی، برنامه‌ریزی راهبردی، بازداری پاسخهای غالب،

پردازش ذهنی، تبدیل کنترل حرکتی، کنترل تکانش و تداخل، حافظه فعال و غیر آن سروکار دارد (نجمی، ۱۳۸۶)، بنابراین این دسته از کودکان در کارکردهای عالی شناختی از جمله حافظه فعال، دچار مشکل هستند. حافظه فعال به توانایی نگه‌داری اطلاعات در ذهن، دستکاری آنها، پردازش رویدادهای اخیر از قبیل حفظ کردن، مرور کردن، تکرار و غیره اشاره دارد (علیرضایی مطلق، ۱۳۸۳). تحقیقات نشان می‌دهند که کودکان بیش‌فعال، نمرات پایین‌تر و عملکرد ضعیف‌تری در تکالیف متعدد بازداری حرکتی، کارکردهای اجرایی، حافظه فعال، گوش به زنگ بودن، حفظ توجه و مسائلی مانند آن از خود نشان می‌دهند (سیدمن، بیدرمن، میلبرگر و همکاران، ۱۹۹۵). آنها به علت نارسایی در توجه، بسیاری از اطلاعات را پردازش نکرده و در اندوختن و بازیابی اطلاعات و در نتیجه حافظه فعال دچار مشکل می‌شوند (علیرضایی مطلق، ۱۳۸۳). در مطالعات مختلف دیگر نیز مشخص شده است که افراد بیش‌فعال در اکثر تواناییهای مربوط به کارکرد اجرایی نقایصی دارند (تهرانی‌دوست، راد گودرزی، سپاسی علاقبندراد، ۱۳۸۲)، به عبارتی علائم اصلی بیش‌فعالی همگی زیرمجموعه نقص در مهار (که خود یکی از انواع کارکردهای اجرایی است) هستند (پنینگتون و اوزونف، ۱۹۹۶؛ بارکلی، ۱۹۹۷).

نتایج تحقیق نجفی، فولادچنگ و علیزاده (۱۳۸۸) نشان می‌دهد که کودکان سالم در حافظه فعال کلامی و بصری نسبت به کودکان ADHD در درمان، عملکرد بهتری داشته‌اند. کلینبرگ، فرنل، پیمیل و همکارانش (۲۰۰۵) با تحقیق بر روی ۵۳ کودک ۷ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی به این نتیجه رسیدند که این دسته از کودکان در حافظه فعال، دچار مشکل هستند و از طریق برنامه‌های آموزشی می‌توان حافظه فعال آنها را تقویت کرد. وستربگ (۲۰۰۴) در تحقیق خود بر روی کودکان بیش‌فعال نشان داد نقص در مولفه فضایی-دیداری حافظه فعال، یکی از مشکلات عمده کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه

است.

از سوی دیگر مطالعات نشان می‌دهند که احتمالاً حافظه فعال، یکی از مؤلفه‌های حیاتی هوش است (استرنبرگ^۱، ۲۰۰۶، ترجمه خرازی و حجازی، ۱۳۸۷) که به نظر می‌رسد این، به علت نقش حافظه فعال در امر نگه‌داری، پردازش، دستکاری اطلاعات و ... است. در پژوهش بر روی ۳۱۰۰ نفر نتایج حاصل نشان داد که بین حافظه فعال و هوش سیال رابطه مثبتی ($r=0/73$) وجود دارد (کان، هامبریک و کان وی، ۲۰۰۵). گارلیک و سجنوسکی (۲۰۰۶) نیز در مطالعه خود نشان دادند که بین هوش سیال و ظرفیت حافظه فعال و کارکرد اجرایی، تعادل و ارتباط وجود دارد. منظور از هوش سیال، توانایی سازگاری با موقعیتهای مختلف، حل کردن مشکلات، آگاهی بیشتر نسبت به محیط اطراف، نشانه‌ها و علائم اجتماعی و همچنین پخته‌تر کردن آنهاست که قویاً به مهارتهای پردازش اطلاعات متکی است؛ یعنی به ظرفیت حافظه فعال و توانایی پی بردن به روابط بین محرکها و سرعتی که می‌توانیم اطلاعات را پردازش کنیم (احدی و جمهری، ۱۳۸۶). تحقیق ماهونی (۲۰۰۷) بر روی نوجوانان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی که برای تقویت حافظه فعال، تکالیف کلامی و فضایی- دیداری، حافظه فعال را تمرین می‌کردند، نشان داد که برنامه تقویت حافظه فعال، توانست بر روی هوش سیال این دسته از نوجوانان، تأثیر مثبتی بگذارد که بالطبع باعث کاهش اختلال بیش‌فعالی در آنها می‌شود، چون یکی از علل پایین بودن هوش سیال کودکان کمبود توجه- بیش‌فعال، نقص در کارکرد اجرایی مرکزی حافظه فعال است؛ در راستای این تحقیق نیز سوزان جی جی (۲۰۰۸) در دانشگاه میشیگان و دانشگاه برن^۳ سوئد به این نتیجه رسیدند که با آموزش تکالیف پیچیده شناختی (که طی ۱۹ روز انجام شد) می‌توان هوش سیال کودکان بیش‌فعال را بهبود بخشید. حال با توجه به نتایج تحقیقات به‌دست آمده در خصوص ارتباط حافظه فعال، با هوش سیال و همچنین با توجه به

اینکه تاکنون بررسی همزمان حافظه فعال و هوش سیال، بالاخص در بین کودکان دارای اختلال بیش-فعالی همراه با نقص توجه و بدون نقص توجه (که به نظر می‌آید دو متغیر مزبور به علت ضعف در سیستم اجرایی در کودکان دارای نقص توجه، در سطح پایینی باشد) در ایران صورت نگرفته است و از طرفی با توجه به ضرورت کاهش مشکلات رفتاری (که در این تحقیق مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی مد نظر است) از طریق راهکارهای مؤثر از جمله برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای افزایش توجه (که نقص آن باعث بروز مشکل در حافظ فعال و هوش سیال می‌شود)، تحقیق حاضر با هدف بررسی حافظه فعال و هوش سیال در سه زیرگروه اختلال بیش‌فعالی صورت می‌گیرد. بر این‌اساس می‌توان چنین فرض کرد که ۱) بین حافظه فعال کودکان بیش‌فعال دارای نقص توجه، کودکان بیش‌فعال بدون نقص توجه و کودکان بیش‌فعال مرکب تفاوت وجود دارد، ۲) بین هوش سیال کودکان بیش‌فعال دارای نقص توجه، کودکان بیش‌فعال بدون نقص توجه و کودکان بیش‌فعال مرکب تفاوت وجود دارد و ۳) بین حافظه فعال و هوش سیال کودکان بیش‌فعال، ارتباط مثبتی وجود دارد.

روش

جامعه، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه مورد مطالعه شامل کلیه کودکان پسر مبتلا به اختلال بیش‌فعالی ۷ تا ۱۱ ساله شهر بوشهر است که در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ در دبستانهای پسرانه شهر بوشهر مشغول به تحصیل بودند که با مراجعه به کلیه مدارس ابتدایی پسرانه شهر بوشهر با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی CSI-4 کودکان (فرم والدین)، کلیه کودکان بیش‌فعال وانواع آن (که جمعاً در ۱۵ دبستان پسرانه قرار داشتند) شناسایی شدند و فهرستی از آنها تهیه شد؛ سپس برای انتخاب نمونه مناسب، از نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی استفاده شد؛ بدین‌صورت که با در دست داشتن فهرست اسامی

همچنین کارلسون و گریسون^۵ این ضریب را ۰/۷۷ به دست آوردند (۱۹۹۱)؛ به نقل از اسکرس، اوسترن، کورتس و همکاران، (۲۰۰۴). در ایران نیز محمد اسماعیل و علی‌پور (۱۳۸۱) ضریب فوق را برای فرم والدین و معلمان ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آوردند. کلاتری نیز در سال ۱۳۸۰ اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش تصنیف برای فرم معلمان ۰/۹۱ و برای فرم والدین ۰/۸۵ به دست آورد (نجفی، فولادچنگ، علیزاده و محمدی‌فر، ۱۳۸۸).

خرده آزمون حافظه فعال مبتنی بر تست هوش و کسلر کودکان

این آزمون یکی از زیرمقیاسهای هوش و کسلر برای کودکان (ویرایش چهارم) و خود شامل دو خرده-مقیاس است: الف) فراخوانی اعداد که شامل توجه، تمرکز، کنترل ذهنی (تکرار اعداد با توالی مستقیم و معکوس) است و ب) حساب (پاول، لاورنس و رال فاس، ۲۰۰۳). ضریب اعتبار خرده‌مقیاس های تست ۰/۸۷، همبستگی بین دو خرده‌مقیاس حافظه فعال ۰/۵۰ و همبستگی بین زیرمقیاس حافظه فعال مقیاس هوش و کسلر ۰/۸۲ است؛ همچنین نمایه حافظه فعال با سایر مقیاسهای حافظه همبستگی بالایی دارد (رمضانی، مرادی و احمدی، ۱۳۸۸).

آزمون هوش کتل

از نظر کتل هوش به دو دسته هوش سیال و هوش متبلور تقسیم می‌شود، او در سال ۱۹۶۶ مجموعه آزمونهایی را برای اندازه گیری هوش تهیه کرد (پرون و پرون^۷، ۱۹۹۶، ترجمه دادستان و منصور، ۱۳۷۶). این آزمون دارای سه مقیاس است و هر مقیاس دو فرم همتای الف و ب دارد که مقیاس اول برای سنجش هوش کودکان ۴ تا ۸ سال و مقیاس دوم برای افراد ۸ تا ۱۴ سال و نوجوانان و مقیاس سوم برای دانشجویان دانشگاه، مدیران و بزرگسالان استاندارد شده است. در این پژوهش از مقیاس اول و دوم استفاده شد. این آزمون از چهار خرده‌مقیاس (ردیفها، طبقه‌بندیها، مظلوفها و شرایط) تشکیل شده است که همه آنها

مدارس شناسایی شده، تعداد ۴ دبستان پسرانه (از بین ۱۵ دبستان پسرانه شناسایی شده) انتخاب شد که از میان کودکان بیش‌فعال این ۴ دبستان نیز ۴۰ کودک بیش‌فعال به‌طور تصادفی، به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند که از این ۴۰ نفر، ۱۰ نفر در گروه کودکان بیش‌فعال بدون نقص توجه، ۱۲ نفر در گروه کودکان بیش‌فعال دارای نقص توجه و ۱۸ نفر در گروه کودکان بیش‌فعال مرکب قرار داشتند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه علائم مرضی CSI-4 کودکان

این پرسشنامه را اولین بار اسپرافکین و گادو^۴ (۱۹۸۴)؛ به نقل از هاتاوی و بارکلی، (۲۰۰۳) به منظور غربال اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان، طراحی کردند و پس از آن در ارزیابی اولیه اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه دارای دو فهرست والدین و معلمان است که براساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (هرگز، گاهی، اغلب اوقات و بیشتر اوقات) پاسخ داده می‌شود (در این پژوهش از فرم معلمان استفاده شد). ۱۸ ماده اول این پرسشنامه مربوط به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی است که مواد اول تا نهم آن علائم نه‌گانه بی‌توجهی و مواد دهم تا هیجدهم آن علائم نه‌گانه بیش‌فعالی- تکانشگری را می‌سنجد. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه علائم مرضی کودکان، طراحی شده است: شیوه نمره برش غربال‌کننده و شیوه نمره برحسب شدت نشانه‌های مرضی. در اکثر پژوهشها به علت کارآمدی و اطمینان بیشتر، روش نمره غربال‌کننده مورد استفاده قرار می‌گیرد (محمد اسماعیل و علی‌پور، ۱۳۸۱). در این پژوهش نیز از روش نمره غربال‌کننده استفاده شد. در این روش، شیوه نمره‌گذاری با جمع زدن تعداد عباراتی که با گزینه‌های هرگز، گاهی، اغلب اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده اند، به دست می‌آید.

اسپرافکین و گادو (۱۹۹۴)؛ به نقل از اسکرس، اوسترن، کورتس، مورین-زامیر، مریان و شوت، (۲۰۰۴) روایی این پرسشنامه را ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ گزارش دادند؛

گروه نمونه منتخب به منظور بررسی و اجرای آزمون به کلینیک مزبور ارجاع داده شد و پرسشنامه‌های تحقیق حاضر را محقق به صورت انفرادی، بر روی شرکت کنندگان اجرا کرد؛ سپس داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جهت بررسی مقایسه‌ای حافظه فعال و هوش سیال در گروه‌ها، از روش آماری تحلیل واریانس یک-راهه به همراه آزمون تعقیبی توکی (وهمچنین آزمون کروسکال-والیس) و همبستگی گشتاوری پیرسون در نرم افزار SPSS ۱۷ استفاده شد.

تحقیق حاضر به منظور بررسی ارتباط بین متغیرها و مقایسه بین انواع گروه‌های کودکان بیش فعال از نوع همبستگی و علی مقایسه‌ای صورت گرفته است

نتایج

داده‌های جمعیت‌شناختی این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین سنی برای کودکان بیش فعال بدون نقص توجه، بیش فعال دارای نقص توجه و بیش فعال مرکب به ترتیب برابر ۶/۸، ۸/۳۳ و ۷/۴۴ است.

عمدتاً هوش سیال را اندازه می‌گیرند و دو فرم A و B دارند که به صورت تصاویر ارائه شده است، هر تشخیص درست یک نمره دارد که براساس آن و سن افراد، هوشبهر فرد به دست می‌آید. ضرایب اعتبار و پایایی نزدیک ۰/۸۰ و ۰/۹۰ گزارش شده، ضریب همبستگی این آزمون با آزمون استنفورد بینه برابر ۰/۶۰، با آزمون عملی و کسلر مساوی ۰/۷۰ و با آزمون کلامی و کسلر معادل ۰/۵۸ به دست آمده است (پاشا شریفی، ۱۳۸۸). آهویی نیز ضریب پایایی آن را ۰/۶۷ و روایی همگرای آن را بین ۰/۵۰ تا ۰/۶۸ گزارش کرده است (یارمحمدیان، ۱۳۸۶).

روند اجرا و تجزیه و تحلیل آماری

بعد از انتخاب گروه نمونه (۱۰ نفر در گروه کودکان بیش فعال بدون نقص توجه، ۱۲ نفر در گروه کودکان بیش فعال دارای نقص توجه و ۱۸ نفر در گروه کودکان بیش فعال مرکب قرار داشتند) هماهنگیهای لازم با اولیا، مدیر مدرسه و همچنین مسئول کلینیک مشاوره ایرانیان در شهرستان بوشهر صورت گرفت و

جدول ۱. شاخصهای آمار توصیفی متغیر حافظه فعال و هوش سیال

شاخصهای آماري	کودکان بیش فعال تکانشگر		کودکان بیش فعال دارای نقص توجه			کودکان بیش فعال مرکب			کل			
	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	فراوانی	میانگین		انحراف استاندارد		
حافظه فعال	۱۰	۱۲/۸	۰/۷۸	۱۲	۷/۱۶	۱/۴	۱۸	۹/۳	۱/۱۸	۴۰	۹/۵۵	۲/۴
هوش سیال	۱۰	۱۴۳	۱۵/۸۸	۱۲	۱۱۵/۵	۸/۴۸	۱۸	۱۲۸/۷	۱۰/۴۱	۴۰	۱۲۸/۴	۱۵/۲

علاوه بر این کودکان بیش فعال تکانشگر بدون نقص توجه، بالاترین میانگین را در هر دو متغیر دارند (۱۴۳ و ۱۲/۸).

در جدول ۲ و ۳ نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها در خصوص مقایسه سه گروه کودکان بیش فعال در دو متغیر حافظه فعال و هوش سیال نشان داده شده است.

جدول ۱ نشان می‌دهد که از بین سه گروه کودکان بیش فعال، بیشترین فراوانی مربوط به گروه کودکان بیش فعال مرکب (۱۸ نفر) است و فراوانی دو گروه دیگر نیز (کودکان بیش فعال دارای نقص توجه و کودکان بیش فعال تکانشگر بدون نقص توجه) به ترتیب برابر ۱۲ نفر و ۱۰ نفر است؛ همچنین میانگین و انحراف استاندارد کل برای متغیر حافظه فعال و متغیر هوش سیال در جدول (۱) ارائه شده است؛

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس یکراهه برای متغیر حافظه فعال و هوش سیال در انواع گروههای کودکان بیش فعال

متغیرها	منبع تغییرات	جمع مجذورات	میانگین مجذورات	DF	F	سطح معناداری
حافظه فعال	بین گروهی	۱۷۴/۶۳	۵۷/۳۱	۲		
	درون گروهی	۵۱/۲۶	۱/۳۸	۳۷	۶۳	۰/۰۰۱
	کل	۲۲۵/۹	-	۳۹		
هوش سیال	بین گروهی	۴۱۳۰/۹۸	۲۰۶۵/۴۹	۲		
	درون گروهی	۴۹۰۶/۱۱	۱۳۲/۵۹	۳۷	۱۵/۵۷	۰/۰۰۱
	کل	۹۰۳۷/۱	-	۳۹		

جدول ۳. آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه انواع گروههای کودکان بیش فعال در متغیر حافظه فعال و هوش سیال

متغیر وابسته	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگینهای I-J	سطح معناداری	مقایسه گروهها
حافظه فعال	گروه ۱	گروه ۲	- ۵/۶۳	.۰۰۰	۲ > ۳ > ۱
	گروه ۱	گروه ۳	- ۲/۱۶	.۰۰۰	
	گروه ۲	گروه ۱	۵/۶۳	.۰۰۰	
	گروه ۲	گروه ۳	۳/۴۶	.۰۰۰	
	گروه ۳	گروه ۱	۲/۱۶	.۰۰۰	
	گروه ۳	گروه ۲	- ۳/۴۹	.۰۰۰	
هوش سیال	گروه ۱	گروه ۲	- ۲۷/۵	.۰۰۰	۲ > ۳ > ۱
	گروه ۱	گروه ۳	- ۱۳/۲۷	.۰۱۰	
	گروه ۲	گروه ۱	۲۷/۵	.۰۰۰	
	گروه ۲	گروه ۳	۱۴/۲	.۰۰۹	
	گروه ۳	گروه ۱	۱۳/۲	.۰۱۰	
	گروه ۳	گروه ۲	- ۱۴/۲	.۰۰۹	

تکانشگر بدون نقص توجه، از هوش سیال بیشتری برخوردارند و گروه کودکان بیش فعال دارای نقص توجه، هوش سیال ضعیفتری نسبت به دو گروه دیگر دارد؛ بنابراین فرضیه اول و دوم پژوهشی (مبنی بر تفاوت بین سه گروه از کودکان بیش فعال در حافظه فعال و هوش سیال) تأیید شد.

لازم به ذکر است با توجه به تفاوت اندک در حجم سه گروه کودکان بیش فعال و به منظور اطمینان بیشتر از صحت نتایج، علاوه بر آزمون آماری مزبور، از آزمون آماری کروسکال - والیس نیز استفاده شد که همانند نتایج آزمون آماری تحلیل واریانس یک راهه، نتایج تجزیه و تحلیل آزمون آماری کروسکال - والیس (با $\chi^2=29/6$ و $df=2$) نیز نشان داد بین سه گروه کودکان بیش فعال تفاوت معناداری ($p < 0/001$) وجود دارد.

در جدول ۴ نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل دادهها

گروه ۱: کودکان بیش فعال دارای نقص توجه،
گروه ۲: کودکان بیش فعال تکانشگر بدون نقص توجه و
گروه ۳: کودکان بیش فعال مرکب

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره و تحلیل واریانس یکراهه نشان می دهد که بین سه گروه کودکان بیش فعال در متغیر حافظه فعال تفاوت معناداری وجود دارد؛ به طوری که (با توجه به آزمون تعقیبی توکی) گروه کودکان بیش فعال تکانشگر بدون نقص توجه از حافظه فعال بالاتری نسبت به دو گروه دیگر برخوردارند. بعد از آن نیز گروه کودکان بیش فعال مرکب وضعیت بهتری در حافظه فعال نسبت به گروه کودکان بیش فعال دارای نقص توجه دارند؛ به عبارتی کودکان دارای نقص توجه در حافظه فعال، نارسایی بیشتری دارند. در مورد متغیر هوش سیال نیز بین سه گروه کودکان بیش فعال تفاوت معناداری مشاهده شد. از بین این سه گروه نیز گروه کودکان بیش فعال

در خصوص ارتباط بین دو متغیر حافظه فعال و هوش سیال در کودکان بیش فعال نشان داده شده است.

جدول ۴. ضرایب همبستگی بین متغیر حافظه فعال و هوش سیال در انواع گروه‌های کودکان بیش فعال

متغیر هوش سیال												شاخصهای		
کودکان بیش فعال مرکب						کودکان بیش فعال تکانشگر بدون دارای نقص توجه						آماره		
کل			توجه			توجه			توجه			متغیر حافظه فعال		
n	p	r	n	p	r	n	p	r	n	p	r	n	p	r
۴۹	<۰/۰۱	۰/۵۹۸	۱۸	<۰/۳۳	۰/۱۰۸	۱۰	<۰/۰۱۳	۰/۶۹۲	۱۲	<۰/۰۱	۰/۸۶۳			

حافظه فعال پایینی دارند.

در تحقیق حاضر نیز همچنان که نشان داده شد، بین حافظه فعال کودکان بیش فعال دارای نقص توجه، کودکان بیش فعال بدون نقص توجه و کودکان بیش فعال مرکب، تفاوت وجود دارد و کودکان بیش فعال دارای نقص توجه، نسبت به دو گروه دیگر (بیش فعالان بدون نقص توجه و بیش فعالان مرکب) حافظه فعال ضعیفی دارند؛ لذا فرضیه اول تأیید شد. در راستای تأیید نتایج تحقیق حاضر، تحقیقات دیگر نشان می‌دهند که کودکان بیش فعال در زمینه حافظه فعال، دچار نقص و مشکل هستند. آنها به علت نارسایی در کارکردهای اجرایی و توجه، بسیاری از اطلاعات را پردازش نمی‌کنند، لذا فرصت ذخیره‌سازی و فراخوانی اطلاعات را از دست می‌دهند؛ بنابراین کودکان بیش فعال دارای نقص توجه، زمان زیادی را صرف بازیابی اطلاعات قبلی می‌کنند، در نگهداری اطلاعات در ذهن و دسترسی به آنها مشکل دارند و نارساییهایی را در حافظه فعال تجربه می‌کنند (علیرضایی مطلق، ۱۳۸۳). همچنین تحقیق مقایسه‌ای کودکان بیش فعال و همسالان عادی آنها که نشان داد بین متغیر حافظه فعال و بیش‌فعالی در دو گروه، تفاوت معناداری وجود دارد؛ به‌طوری‌که کودکان بیش فعال حافظه فعال ضعیف‌تری دارند (تانوک و چابان، ۲۰۰۷) و یا تحقیقی که نشان داد افراد بیش-فعال، دارای مشکلاتی در حافظه فعال خود هستند که با عملکرد روزانه تداخل می‌کند و می‌توان با مداخلات پزشکی (استفاده از دارو) کارکرد حافظه فعال آنها را بهبود بخشید که این به علت افزایش فعالیت در لب پیشانی و آهیانه‌ای است که در فرایند حافظه فعال

همان‌طور که در جدول ۴ آمده است بین حافظه فعال و هوش سیال، ارتباط معنادار مثبتی وجود دارد؛ به عبارتی هرچه حافظه فعال بیشتر شود، هوش سیال نیز بیشتر می‌شود و بالعکس. البته بالاترین همبستگی در گروه کودکان بیش فعال دارای نقص توجه (۰/۸۶) است. لازم به ذکر است این رابطه معنادار فقط در گروه کودکان بیش فعال دارای نقص توجه و بدون نقص توجه مشاهده شد ولی در کودکان بیش فعال مرکب یافت نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال بیش‌فعالی و بی‌توجهی (ADHD) کودکان یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در کودکان محسوب می‌شود که نظریات متعددی در خصوص سبب‌شناسی آن داده شده است؛ از جمله نظریه مربوط به نقص و عدم کفایت بخش پیشانی قشر مغز این افراد در سازوکار بازداری بر ساختارهای زیرین مغز است که منجر به عدم بازداری و نقایص شناختی-ای همچون آسیب‌های اختصاصی در بازداری، توجه، کارکردهای اجرایی، حافظه فعال و ... می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). بنابراین این گروه از کودکان در کارکردهای شناختی‌ای همچون کارکردهای عامل اجرایی مرکزی که از اصلی‌ترین مؤلفه‌های حافظه فعال است و کارکردهایی همچون توجه انتخابی به محرک‌های معین و نادیده گرفتن محرک‌های دیگر، تغییر و جابه‌جایی طرح‌های بازیابی، فعال‌سازی موقتی حافظه بلندمدت و ... دارد، دچار مشکل هستند (آیزنک و کین، ۲۰۰۷، ترجمه زارع، ۱۳۸۷) و بالطبع کودکان بیش فعال دارای نقص توجه نیز که در توجه به محرک‌ها دچار مشکل هستند، از

نقش مهمی دارد (نایپورت، ۲۰۰۷).

علاوه بر حافظه فعال، هوش سیال نیز در این کودکان در سطح پایینی قرار دارد، البته برخی از مطالعات اخیر، حافظه فعال را یکی از مؤلفه‌های هوش در نظر گرفته‌اند. برخی از پژوهشگران از جمله کیلونن و کریستال^۸ (۱۹۹۰؛ به نقل از استرنبرگ، ۱۳۸۷) نیز ادعا می‌کنند که بین هوش و حافظه فعال، تفاوت چندانی نیست. استرنبرگ (۲۰۰۶)، ترجمه خرازی و حجازی، (۱۳۸۷) در تحقیق خود نشان داد که یادآوری تکالیف مربوط به ظرفیت حافظه فعال به صورت پایا، عملکرد فرد را در مورد طیف وسیعی از تکالیف سطح بالاتر شناختی از جمله هوش سیال عمومی پیش‌بینی می‌کند. انگل (۲۰۰۲) نیز در تحقیق خود نشان داد که حافظه فعال یکی از مؤلفه‌های مهم هوش سیال است که با توانایی توجه کنترل‌شده ارتباط مثبتی دارد. حال با توجه به این پیش‌بینی و همان طور که اشاره شد با توجه به متکی بودن هوش سیال به حافظه فعال که کارکرد عامل اجرایی مرکزی و پردازش اطلاعات در هر دو نقش مهمی دارد، فرض شده است که هوش سیال نیز در کودکان بیش‌فعال در سطح پایینی قرار دارد که جهت تأیید این فرضیه، تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین سه گروه کودکان بیش‌فعال در متغیر هوش سیال نیز تفاوت معناداری وجود دارد و از بین این سه گروه، گروه کودکان بیش‌فعال دارای نقص توجه و سپس گروه کودکان بیش‌فعال مرکب، هوش سیال ضعیفی دارند، درحالی‌که گروه کودکان بیش‌فعالی که در زمینه توجه نقصی نداشتند، نسبت به دو گروه دیگر، از هوش سیال بیشتری برخوردار بودند، از این رو با توجه به تأیید فرضیه دوم پژوهشی، می‌توان نتیجه گرفت که نقص در توجه و کارکردهای اجرایی مرکزی، اثر منفی بر هوش سیال دارد، چون همان‌طور که انگل و همکارانش (۱۹۹۹، به نقل از کولوم، ۲۰۰۶) در تحقیقات خود نشان دادند عامل اجرایی مرکزی و توجه کنترل‌شده که یکی از مؤلفه‌های اصلی سیستم

حافظه فعال است، می‌تواند توجه‌کننده ارتباط بین حافظه فعال و هوش سیال باشد؛ همچنین در راستای تأیید این نتیجه، تحقیق تایلمن، بولاین، سورنسن و لاندرولد (۲۰۰۹) بر روی ۲۳۰ کودک ۸ تا ۱۱ سال نشان داد که کودکان دارای اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی هوش سیال و متبلور ضعیفی دارند که یکی از متغیرهای میانجی در این خصوص، آسیب کارکرد عامل اجرایی مرکزی است.

در خصوص فرضیه سوم نیز نتایج حاکی از این است که بین دو متغیر هوش سیال و حافظه فعال، در کودکان بیش‌فعال ارتباط معناداری (بالأخص در گروه کودکان بیش‌فعال دارای نقص توجه) وجود دارد و این به علت نقص عامل اجرایی مرکزی است که نقش بسزایی در کارکرد حافظه فعال و هوش سیال دارد. البته این رابطه در مورد گروه کودکان بیش‌فعال مرکب معنادار به دست نیامد. تحقیق سالتاوس و پینک (۲۰۰۸) نیز مؤید این مطلب است که هوش سیال، تأثیر عمیقی بر حافظه فعال می‌گذارد و بین آنها ارتباط زیادی وجود دارد، البته این بدین معنی نیست که هرچه هوش سیال بیشتر باشد، فرد در انجام تکالیف حافظه فعال، موفق‌تر است، بلکه افراد با هوش سیال بالا در انجام هر گونه تکلیف حافظه فعال (از ساده تا مشکل‌ترین آنها) موفق هستند؛ چون می‌توانند به سرعت، خود را با انجام موفقیت‌آمیز تکلیف جدید، تطبیق دهند، حتی اگر پردازش و اندوختن اطلاعات فرد، در حافظه فعال، در سطح پایینی باشد؛ همچنین زمانی که متعاقب روشهای درمانی و تقویتی، حافظه فعال افرادی که در این زمینه دچار مشکل شده‌اند، بهبود می‌یابد، هوش سیال آنها نیز بهبود و افزایش می‌یابد (ادیتود، ۲۰۰۸). فری و همکارانش نیز با تحقیق بر روی ۲۱۴ کودک و نوجوان ۷ تا ۱۹ ساله نشان دادند که نیمی از افزایش هوش سیال، ناشی از افزایش سن به علت تغییر افزایش‌یافته در سرعت پردازش و حافظه فعال بود و سه‌چهارم بهبود حافظه فعال نیز به واسطه تغییر افزایش‌یافته سرعت

7) Perron & Perron
8) Kyllonen and Christal

منابع

- آیزنک، م. ت و کین، م. ت. (۱۳۸۷). *روانشناسی شناخت: حافظه*. (ترجمه حسین زارع). تهران: انتشارات آییژ. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۷)
- احدی، ح. و جمهری، ف. (۱۳۸۶). *روانشناسی رشد*. تهران: انتشارات پردیس.
- استرنبرگ، ر. (۱۳۸۷). *روانشناسی شناختی* (ترجمه کمال خرازی و الهه حجازی). تهران: انتشارات سمت (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۶).
- پاشا شریفی، ح. (۱۳۸۸). *اصول روان آزمایی و روانسنجی*. تهران: انتشارات رشد.
- پرون، ر. و پرون، ت. (۱۳۷۶). *روانشناسی بالینی: آزمایش بالینی و فرآیند تشخیص*. (ترجمه پریخ دادستان و محمود منصور). تهران: انتشارات آییژ. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۶).
- تهرانی دوست، م.، رادگودرزی، ر.، سپاسی، م. و علاقبندراد، ج. (۱۳۸۲). *نقایص کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی*. *تازه‌های علوم شناختی*، ۵(۱)، ۹-۱.
- رضانی، مرادی، ع. و احمدی، ا. (۱۳۸۸). *عملکرد حافظه فعال در دانشجویان دختر با علایم افسردگی بالا و عادی*. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۳)، ۳۴۴-۳۹۹.
- علیرضایی مطلق، م. (۱۳۸۳). *بررسی و مقایسه عملکرد حافظه دیداری (فوری و بلندمدت) پسران ۶ تا ۱۲ سال دارای اختلال بیش‌فعالی همراه با نارسایی توجه*. *تعلیم و تربیت کودکان استثنایی*، ۳۰، ۱۵-۱۲.
- محمداسماعیل، ا. و علی‌پور، ا. (۱۳۸۱). *بررسی مقدماتی اعتبار و روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4)*. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۴، ۲۵۴-۲۳۹.
- نجفی، م.، فولادچنگ، م.، عزیززاده، ح. و محمدی‌فر، م. (۱۳۸۸). *میزان شیوع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابل‌های در دانش‌آموزان دبستانی*. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۹(۳)، ۲۳۹-۲۵۴.
- نجمی، ب. (۱۳۸۶). *مقاله مروری: کیفیت عصب روان شناختی نقص توجه - بیش‌فعالی*. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۵(۱)، ۶۳-۵۵.

پردازش بود (فری، ۱۹۹۶).

بنابراین با تأیید فرضیه‌های پژوهشی، می‌توان گفت که کودکان بیش‌فعالی که نقص توجه دارند، در حافظه فعال و هوش سیال، عملکرد ضعیفی دارند. به احتمال زیاد، یکی از عوامل مشترک بین دو متغیر هوش سیال و حافظه فعال، به نقش کارکرد اجرایی مرکزی (که بر عامل توجه و نقص توجه تأثیر بسزایی دارد) برمی‌گردد (البته با توجه به شرکت ندادن کودکان بهنجار برای مقایسه با گروه نمونه تحقیق، می‌بایست در تأیید نتایج حاصل، احتیاط کرد)، لذا می‌توان با استفاده از مداخلات مختلف به منظور بهبود و افزایش توجه، گام‌های اساسی برای ارتقاء هوش سیال و حافظه فعال برداشت که البته رسیدن به قطعیت در این خصوص، نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد.

یکی از کاستی‌های این تحقیق تعداد جامعه آماری محدود و متعاقباً حجم نمونه پایین، مطالعه صرف گروه پسران مقطع ابتدایی آن هم در یک شهر، عدم استفاده از گروه مقایسه‌ای کودکان بهنجار، عدم بررسی سایر متغیرهای مرتبط و مؤثر در اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی، به منظور تبیین همه‌جانبه سه زیرگروه این اختلال است، لذا پیشنهاد می‌شود برای رسیدن به نتایج جامع‌تر، در پژوهش‌های آتی، به بررسی سایر متغیرهای مرتبط با اختلال بیش‌فعالی برای تبیین تمایز بین سه زیرگروه از این اختلال و همچنین بررسی حجم بالاتری از گروه نمونه و لحاظ کردن هر دو گروه جنسیتی پسران و دختران (هم گروه دارای اختلال بیش‌فعالی و هم گروه کودکان بهنجار) در مقاطع مختلف تحصیلی پرداخته شود.

یادداشتها

- 1) ADHD - attention deficit hyperactivity disorder
- 2) Sternberg
- 3) Bern
- 4) Sprafkin and Gadow
- 5) Carlson and Grayson
- 6) Wechsler Intelligence Scale for Children -Fourth Edition (WISC®-IV)

- Harcourt Assessment Company. Available from: <http://www.pearsonassessments.com/hai/images/pdf/wisciv/WISCIVTechReport1.pdf>.
- Pennington, B.F., & Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51-87.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Contributions of the Psychosocial Sciences, Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical Psychiatry*, (10th Ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salthouse T A, Pink J E. Why is working memory related to fluid intelligence. *Pub Med Center*, 2008; 15 (2).
- Scheres, A., Osdterlan., Geurts, H., Morein-Zamir, S., Meiran, N., Schut, H. & et al. (2004). Executive functioning in boy with ADHD: Primarily an inhibition deficit. *Clinical Neuropsychology*, 19, 569-594.
- Seidman, L. J., Biederman, J., Milberger, S. H., Norman, D., Seirerd, K., Benedict, K. & et al (1995). Effect of family history and comorbidity on the neuropsychological performance of children with ADHD. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (8), 1015-1024.
- Tannock, R. M. & Chaban, P. (2007). ADHD and working memory. AboutKidsHealth. Available from: <http://www.aboutkidshealth.ca>.
- Tillman, C.M., Bohlin, G., Sorensen, L. & Lundervold, A.J. (2009). Intellectual deficits in children with ADHD beyond central executive and non- executive and non-executive functions. *Journal of Clinical Neuropsychology*, 24(8), 769-782.
- Westerberg, H., Hivikoski, T., Forssberg, H. & Klingberg, T. (2005). Visuo- spatial working memory span: Asensitive measure of cognitive deficits in children with ADHD. *Journal of Child Neuropsychology*, 10 (3), 155-161.
- یارمحمدیان، ا. (۱۳۸۶). بررسی توان مقیاس هوش کتل (۳) و آزمون حافظه بصری آندره ری در تشخیص دانشجویان استعداد درخشان. ۷۷-۹۴.
- Additude. (2008). living well with Attention deficit. What you need to know about cogmed working-memory training. Available from: <http://www.additudemag.com/adhd/article.html>
- American Psychology Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th ed.). Washington. DC: Author
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: Construction a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Colom, R., Rubio. V. J., Shih, P. C. (2006). Fluid intelligence, working memory and executive functioning. *Psicothema*, 18 (4), 816- 821. Available from: <http://www.Psicothema.com>.
- Engle, R. W. (2002). Working memory capacity as executive attention. *Journal of The Association For Psychological Science*, 11 (1), 19- 23.
- Fry, A. F., Hale, S. (1996). Processing speed, working memory and fluid intelligence: Evidence for a development cascade. *Psychological Science*, 7 (4), 237-241
- Garlick, D., Sejnowski, T. J. (2006). There is more to fluid intelligence than working memory capacity and executive function. *Behavioral and Brain Sciences*. 29 (2), 134-135 . Available from: <http://papers.cnl.salk.edu/PDFs>.
- Hathaway, W. L., Barkley, R. A. (2003). Selfregulation, ADHD and child religiousness. *Journal of Psychology and Christianity*, 22(2), 101-114.
- Jaeggi, S. (2008). Exercising Working Memory May Improve Ability to Solve New Problems. Additude living well with attention deficit .Available from: <http://www.additudemag.com/addnews/50/3613.htm>.
- Kane, M. J., Hambrick, D. Z. & Conway, A. R. A. (2005). Working memory capacity and fluid intelligence are strongly related constructs. *Psychological Bulletin*, 131 (1), 66-71.
- Klingberg, T., Fernell, M. & Pernille, T. (2005). Computerized Training of Working Memory in Children With ADHD-A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(2), 177-186.
- Mahoney, D. (2007). Video training tool improves ADHD symptoms in teenagers. *Clinical Psychology News*. Available from: <http://www.cogmed.com>.
- Nauert, R. (2007). ADHD and Memory Problems. Available from: <http://psychcentral.com/news>.
- Paul, E.W., Lawrence, G.W. & Eric, L.R. (2003). WISC-IV technical report (Psychometric properties). The Psychological Corporation, a

The Effect of Different Levels of Dyslexia on Parental Stress

Fereydoon Yaryari¹ Ph.D,¹ Fereshteh Ba'ezzat Ph.D,² Ahmad Ahmadi Ghoozlogeh³

Received: 31.10.11 Revised: 22.2.12 Accepted: 8.10.12

Abstract

The aim of this paper was to study of the effect of different levels of dyslexia on parental stress in mothers with children dyslexic. The method is descriptive and type of causal or ex post facto research. The study population included mothers with children dyslexic referred to Specific Learning Disorders Center of Shahid Beheshti University and Tohid Psychological Services Center were from which 72 people with stratified random sampling were selected. The data were collected through the Reading Disorder Test and Parental Stress Index (PSI) and then analyzed by one-variable analysis of variance (ANOVA), multivariate analysis of variance (MANOVA) and scheffe test. **Results:** The results indicated that general parental stress rate and in both child and parent subscale in mothers with dyslexic children was higher than the cutting score. **Conclusion:** Difference of general parental stress among the mothers with dyslexic children of levels mild, moderate and severe was significant. Difference of parental stress in child subscale among the mothers with dyslexic children of levels mild, moderate and severe was significant. Difference of parental stress in parent subscale among the mothers with dyslexic children of levels mild with moderate and severe was significant. But the difference of parental stress in parent subscale among the mothers with dyslexic children of levels moderate with severe was not significant.

Key Words: Parental stress; child subscale; parent subscale; dyslexia

1. Assistant Professor, Kharazmi University, Psychology Department

2. Assistant Professor, Mazandaran University, Psychology Department

3. **Corresponding Author:** M.A. in Psychology of Family Counseling (ahmad747kam@yahoo.com)

تأثیر درجات مختلف نارساخوانی بر استرس والدینی

دکتر فریدون یاریاری^۱، دکتر فرشته باعزت^۲، احمد احمدی قوزلوجه^۳

دریافت: ۹۰/۸/۹ تجدیدنظر: ۹۰/۱۲/۳، پذیرش ۹۱/۷/۱۷

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش، بررسی تأثیر درجات مختلف نارساخوانی بر استرس والدینی در مادران دارای کودک نارساخوان بود. روش این پژوهش، توصیفی و از نوع پس‌رویدادی است. جامعه آماری آن، مادران دارای کودک نارساخوان مراجعه کننده به مرکز اختلالات ویژه یادگیری دانشگاه شهید بهشتی و مرکز خدمات روان‌شناختی توحید بود که از بین آنها ۷۲ نفر با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها از طریق آزمون اختلال خواندن و شاخص تنیدگی والدینی (PSI) گردآوری شدند و سپس از طریق آزمونهای تحلیل واریانس یک‌راهه، تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون شفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج حاصل نشان داد که میزان استرس والدینی کلی و در هر دو قلمرو آن، در مادران دارای کودک نارساخوان، بالاتر از نمره برش است. **نتیجه‌گیری:** استرس والدینی کلی در بین مادران دارای کودک نارساخوان با سطوح خفیف، متوسط و شدید، تفاوت معناداری داشت؛ استرس والدینی در قلمرو کودک در بین مادران دارای کودک نارساخوان با سطوح خفیف، متوسط و شدید، تفاوت معناداری داشت؛ اما تفاوت بین استرس والدینی در قلمرو والدین در مادران دارای کودک نارساخوان متوسط با شدید معنادار نبود.

واژه‌های کلیدی: استرس والدینی، قلمرو کودک، قلمرو والدین، نارساخوانی

۱. استادیار، دانشگاه خوارزمی

۲. استادیار، دانشگاه مازندران

۳. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مشاوره خانواده.

مقدمه

خانواده نوعی نظام اجتماعی است که وجود اختلال در هر یک از اعضای آن، می‌تواند استرس خاصی بر سایر اعضا، به‌خصوص والدین وارد کند (رابینسون و رابینسون، ترجمه ماهر، ۱۳۸۵). وجود کودک نارساخوان^۱ نیز در جایگاه عضو دارای اختلال خانواده نیز از این قاعده مستثنا نیست. منظور از نارساخوانی حالتی است که در آن، پیشرفت خواندن برحسب سن، آموزش و هوش کودک، پایین‌تر از حد مورد انتظار است. این اختلال به میزان زیادی، مانع موفقیت تحصیلی یا فعالیتهای روزانه مستلزم خواندن می‌شود (سادوک و سادوک، ترجمه رفیعی و رضایی، ۱۳۸۲).

کودک نارساخوان علاوه بر مشکلات مربوط به خواندن، نوشتن و هجی کردن، ممکن است مشکلاتی را در رابطه با حافظه کوتاه‌مدت مانند به‌یادسپاری شماره تلفن، واژه‌یابی و دیگر مهارتهای زبان شفاهی تجربه کند (ویتراک، ۲۰۰۳). نارساخوانی اغلب با اختلالهای دیگری نظیر اختلال زبان بیانی، اختلال زبان نوشتاری و یا اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی همراه است. نارساخوانی تقریباً در ۷۵ درصد کودکان و نوجوانان دچار اختلالهای یادگیری دیده می‌شود و حدود ۷۵ درصد از کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری نیز کفایت اجتماعی پایین‌تری نسبت به سایر کودکان دارند (گورمن، ترجمه باعزت و راحت، ۱۳۸۶). استرس می‌تواند از عوامل و منابع گوناگونی به وجود آید که یکی از عوامل استرس‌زا در زندگی خانوادگی، استرس حاصل از وجود کودک، و به‌خصوص کودک دارای اختلال است که از آن تحت عنوان استرس والدینی یاد می‌شود (آبیدین، ۱۹۹۵). استرس والدینی اصطلاحی است که مشخص‌کننده ادراک استرس در نظام والد-کودک است که هم ویژگیهای استرس‌زای کودک و هم پاسخهای والدین به این ویژگیها را در برمی‌گیرد (آبیدین، ۱۹۹۵). نتایج

پژوهشها درباره استرس والدینی از جمله پژوهش کیزی و جارویس حاکی از آن است که ایفای نقش والدینی برای هر دو والد استرس‌زاست، اما مادران بیشتر از پدران، استرس والدینی را تجربه می‌کنند که این می‌تواند به علت مسئولیتهای زیاد مادر در پرورش کودک باشد. براساس دیدگاه آبییدین (۱۹۹۵) سه حوزه اصلی منبع استرس والدینی وجود دارد که عبارت‌اند از: خصوصیات کودک، خصوصیات والدین و بافت خانواده که نتایج تحقیق کارتینی، پونوسامی و نورما (۲۰۰۸) نیز وجود همبستگی مثبت بین خصوصیات کودک و استرس والدینی را تأیید می‌کند. شناخت عواملی که بتواند استرس والدینی را پیش بینی کند از حساسیت خاصی برخوردار است؛ چرا که تأثیر استرس والدینی به صورت بالقوه هم بر خود والدین و هم بر سایر اعضای خانواده زیان بخش است (استورا، ترجمه دادستان، ۱۳۸۶). لذا با شناخت عواملی که بر استرس والدینی تأثیر چشمگیری دارند، می‌توان تا حدودی نسبت به کاهش عوامل ایجادکننده استرس والدینی و در نتیجه کاهش پیامدهای منفی آنها اقدام کرد. اگرچه در مورد ارتباط بین تواناییهای شناختی و موفقیت تحصیلی کودکان با استرس والدینی، پژوهشهای زیادی صورت گرفته، اما در مورد ارتباط مهارتهای کلامی از جمله توانایی شنیدن و خواندن با استرس والدینی، پژوهشهای کمتری صورت گرفته است. پژوهشهای نادر در این زمینه، نشان می‌دهند والدینی که دارای کودک دچار اختلال هستند، استرس والدینی به‌نسبت بالاتری نسبت به والدینی که فاقد کودک دچار اختلال هستند، تجربه می‌کنند (نوئل، پترسون و جسو، ۲۰۰۸). با وجود این، والدین دارای کودکان دچار اختلال نیز در میزان استرسی که از این حیث تجربه می‌کنند، باهم متفاوت هستند (دیسون^۲، ۱۹۹۷؛ روچ^۳ و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از کارتینی، پونوسامی و نورما، ۲۰۰۸). به‌طورکلی نتایج پژوهشها مبین آن است که علاوه بر خود اختلال از

مسئولیت‌های زیادی که والدین در این دوره دارند، سطح بالایی از استرس والدینی در آنها ایجاد می‌کند و والدینی که دارای کودکان دچار اختلالات یادگیری و خصوصاً نارساخوان هستند، استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. با توجه به اینکه استرس والدینی، بیشتر ناشی از دشواریهای نقش والد بودن است (آبیدین، ۱۹۹۵) لذا بسته به نوع و درجه شدت اختلال فرزند، میزان استرس والدینی هم متفاوت است؛ طوری که نتایج پژوهشها تأییدکننده این موضوع است و نشان می‌دهند با وجود اینکه اکثر والدین دارای کودک نارساخوان و سایر اختلالات یادگیری، سطوح بالاتری از استرس والدینی را گزارش کردند، اما میزان استرس والدینی گزارش شده به وسیله والدین دارای کودکان نارساخوان، با در نظر گرفتن شدت آن متفاوت است (بال، ۲۰۰۳).

در راستای اهداف فوق، این پژوهش برای روشن ساختن تأثیر سطوح مختلف نارساخوانی بر استرس والدینی (مادران) انجام شده است. پیشینه پژوهشها نشان می‌دهد که در زمینه تأثیر سطوح مختلف نارساخوانی بر استرس والدینی، پژوهش مشخصی انجام نشده و بیشتر تحقیقات در زمینه تأثیر اختلالات یادگیری بر استرس والدینی صورت گرفته که در آنها به صورت کلی، به نارساخوانی نیز اشاره شده است. لذا این پژوهش تأثیر سطوح مختلف نارساخوانی را بر استرس والدینی و قلمروهای آن بررسی می‌کند.

روش پژوهش

روش این پژوهش توصیفی، از نوع پس‌رویدادی است. با توجه به اینکه تمرکز اصلی پژوهش بر مادران دارای کودک نارساخوان با سطوح مختلف بود، لذا مراجعین مرکز اختلالات ویژه یادگیری دانشگاه شهید بهشتی که در آن، به مسائل کودکان نارساخوان و والدین آنها به‌طور تخصصی، پرداخته می‌شود، در کنار مرکز خدمات روان‌شناختی توحید که بیشتر به دانش-آموزان ارجاع شده از مدارس تهران خدمات می‌دهد، به‌عنوان جامعه آماری برای انتخاب نمونه پژوهش در

جمله نارساخوانی، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات یادگیری، عوامل دیگری نیز مانند مهارتهای ارتباطی و مشکلات رفتاری کودک، با استرس والدینی همبستگی بالاتری دارد (فریدریچ و همکاران ۱۹۸۱؛ فری^۴، ۱۹۸۹؛ کوئن^۵ و همکاران، ۱۹۹۱؛ به نقل از کارتینی و همکاران، ۲۰۰۸). کودک نارساخوان نیز به علت مشکلات اجتماعی و رفتاری بیشتری که در مدرسه و خانواده دارد، استرس بیشتری برای والدین ایجاد می‌کند؛ به این معنا والدینی که کودکشان از مهارتهای خواندن بالایی برخوردار هستند، در مقایسه با والدینی که کودکشان مهارت خواندن کمتری دارند، استرس والدینی کمتری تجربه می‌کنند (نوئل، پترسون و جسو، ۲۰۰۸)

اگرچه شواهد حمایت‌کننده‌ای درباره تأثیر مستقیم نارساخوانی بر استرس والدینی وجود دارد (کرنیک، گاز و هافمن، ۲۰۰۵). اما پژوهشهای دیگری نیز وجود دارد که نشان می‌دهد تأثیر نارساخوانی بر استرس والدینی، بیشتر به‌صورت غیرمستقیم است که در این میان، نحوه رفتار والدین و کیفیت تعامل بین والد-فرزند به‌مثابه عامل میانجی بین خصوصیات کودک نارساخوان و استرس والدینی عمل می‌کند (کرنیک و لو، ۲۰۰۲). با توجه به پژوهشهای قبلی، یکی از ویژگیهای کودک که در استرس والدینی نقش دارد، خلق کودک است که از این میان، می‌توان به نتایج پژوهش مورالس، ماندی، دلگادو، یل‌نیل و شوارتز (۲۰۰۰) و کوق (۲۰۰۳) اشاره کرد که بیان‌کننده وجود ارتباط بین استرس والدینی با خلق و خوی کودک است. همان‌طور که قبلاً اشاره شد، استرس والدینی به‌صورت دشواریهای ناشی از فشار والد بودن تعریف می‌شود؛ یعنی استرس والدینی، بیشتر به علت فشارها و مشکلاتی که والدین در پرورش فرزندان تجربه می‌کنند، ایجاد می‌شود (آبیدین، ۱۹۹۵). نتایج پژوهش آنتونی، گلانویل، نایمن، واندرز و شافر (۲۰۰۵) نشان می‌دهد مشکلات خواندن فرزندان به‌ویژه در دوره پیش‌دبستانی، به علت

شد. بر مبنای این آزمون، سه خصوصیت عمده بالینی یعنی اشتباهات خواندن (از قبیل حذف، افزودن، جابه‌جایی، جایگزینی و وارونه‌خوانی)، سرعت خواندن و درک مطلب دانش‌آموزان نارساخوان، سنجیده می‌شود؛ نصف و نظری (به نقل از باعزت، ۱۳۸۵) به منظور محاسبه ضرایب اعتبار، ضریب همبستگی بین معدل کل، قرائت فارسی و میانگین دو درس املاء و انشاء را با توانه کلی خواندن، محاسبه کردند که ضرایب به دست آمده در هر سه ملاک فوق در سطح $\alpha = 0.05$ معنی‌دار بود؛ بعد از اجرای این آزمون، برای هر یک از آزمودنیها نمره‌ای با دامنه ۰ تا ۹ و با میانگین ۵ و انحراف معیار ۲ به دست می‌آید (نصف و نظری، به نقل از باعزت، ۱۳۸۵). با توجه به اینکه طبقه‌بندی مشخصی از سطوح نارساخوانی براساس شدت آن در DSM-IV-TR صورت نگرفته است، لذا با در نظر گرفتن اهداف پژوهش، طبقه‌بندی درجات مختلف نارساخوانی از طریق نمرات کسب‌شده در آزمون فوق و بر مبنای شدت نارساخوانی، صورت گرفته است.

شاخص استرس والدینی: شاخص استرس والدینی را آبیدین (۱۹۹۵) ساخته است و بر اساس آن، می‌توان اهمیت استرس را در نظام والدین - کودک، ارزشیابی کرد. این پرسشنامه ۱۰۱ ماده دارد که در دو قلمرو کودکی و والدین تنظیم شده است. قلمرو کودکی دارای چهار زیرمقیاس مزاجی (سازش‌پذیری، فزون‌طلبی، بی‌توجهی / فزون‌کنشی و خلق) و دو زیرمقیاس تعاملی (پذیرندگی و تقویت‌گری) است؛ همچنین قلمرو والدین نیز شامل ۷ زیرمقیاس (افسردگی، دلبستگی، محدودیت‌های نقش، حس کفایت، انزوای اجتماعی، روابط با همسر و سلامت والد) است. آبیدین (۱۹۹۵) ضریب قابلیت اعتماد همسانی درونی آن را برای کل مقیاس ۰.۹۳ و برای قلمروهای آن به ترتیب ۰.۸۶ (قلمرو کودک) و ۰.۸۳ (قلمرو والدین) به دست آورده است. مقدار ضریب

نظر گرفته شدند که از میان آنها ۷۲ نفر از مادرانی که فرزندشان دچار درجات مختلف نارساخوانی بودند، از طریق نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند؛ به این صورت که ابتدا تعداد مادران دارای کودک نارساخوان هر یک از سطوح خفیف، متوسط و شدید تعیین و سپس متناسب با آن ۳۷ نفر از مادران دارای کودک نارساخوان با درجه خفیف، ۲۱ نفر دارای کودک نارساخوان با درجه متوسط و ۱۴ نفر دارای کودک نارساخوان با درجه شدید به عنوان گروههای تحقیق انتخاب شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل واریانس یک‌راهه، تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی شفه استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

آزمون ماتریسهای پیش‌رونده ریون کودکان: به منظور اندازه‌گیری بهره هوشی دانش‌آموزان نارساخوان از آزمون ماتریسهای پیش‌رونده ریون کودکان استفاده شد. این آزمون نوابسته به فرهنگ و شامل تعدادی طرح است که در هر یک، قسمتی حذف شده و آزمودنی باید بخش حذف‌شده را از بین ۶ تا ۸ گزینه ارائه شده انتخاب کند. به هر پاسخ درست آزمودنی، یک نمره داده می‌شود؛ سپس مجموع نمره‌های خام با در نظر گرفتن سن به هوشبهر تبدیل می‌شود (مارنات، ۲۰۰۳). پایایی آزمون با روش باز آزمایی حدود ۰.۷۰ تا ۰.۹۰ گزارش شده است و همبستگی آزمون با آزمونهای کلامی و عملی هوش بین ۰.۴۰ تا ۰.۷۵ متغیر بوده است (آناستازی، ترجمه براهنی، ۱۳۷۹). همچنین تجزیه و تحلیل نتایج این آزمون نشان می‌دهد که اعتبار این آزمون در تشخیص عامل G (هوش کلی) بسیار بالاست (کرمی، ۱۳۷۵).

آزمون اختلال خواندن: به منظور اندازه‌گیری سطح توانایی خواندن و تشخیص دانش‌آموزان نارساخوان، از آزمون اختلال خواندن که نصف و نظری (به نقل از باعزت، ۱۳۸۵) ساخته و هنجاریابی کرده‌اند، استفاده

والدینی برای مادران دارای کودک نارساخوان با درجه خفیف ۲۷۶، مادران دارای کودک نارساخوان با درجه متوسط ۳۲۹ و برای مادران دارای کودک نارساخوان با درجه شدید ۳۴۷ بود. برای بررسی تأثیر درجات مختلف نارساخوانی بر استرس والدینی کلی، از روش آماری تحلیل واریانس یکراهه استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۱ آمده است.

اعتماد همسانی درونی برای کل مقیاس در ایران، ۰/۸۸، به دست آمده است (دادستان و همکاران، ۱۳۸۵). والدینی که در مقیاس کلی ۲۶۷ نمره یا بیشتر به دست می‌آورند، دارای استرس والدینی مرضی هستند و بهتر است از خدمات روان‌شناختی بهره‌مند شوند (استورا، ترجمه دادستان، ۱۳۸۶).

یافته‌ها

براساس نتایج حاصل از آمار توصیفی، میانگین استرس

جدول ۱. نتایج تحلیل واریانس یکراهه در مورد مقایسه استرس والدینی به تفکیک درجات مختلف نارساخوانی

منابع تغییرات	شاخص	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین‌گروهی		۷۷۰۶۱/۱۸	۲	۳۸۵۳۰/۵۸	۴۵/۶۳	۰/۰۰۰۱
درون‌گروهی		۵۱۵۰۳/۲۵	۶۱	۸۴۴/۳۱		
کل		۱۲۸۵۶۴/۴۳	۶۳			

چنانکه در جدول ۱ دیده می‌شود، بین استرس والدینی مادران در درجات مختلف نارساخوانی تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر تأثیر درجات مختلف نارساخوانی بر استرس والدینی در سطح $\alpha = 0.01$ معنادار است. معنادار شدن تفاوت استرس والدینی

چنانکه در جدول ۱ دیده می‌شود، بین استرس والدینی مادران در درجات مختلف نارساخوانی تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر تأثیر درجات مختلف نارساخوانی بر استرس والدینی در سطح $\alpha = 0.01$ معنادار است. معنادار شدن تفاوت استرس والدینی

جدول ۲. نتایج آزمون تعقیبی شفه در مورد مقایسه تفاوت میانگین استرس والدینی در درجات مختلف نارساخوانی

I	J	اختلاف میانگین (I-J)	انحراف معیار	سطح معناداری
استرس والدینی	خفیف	متوسط	۸/۴۶	۰/۰۰۰۱
	شدید	شدید	۹/۳۵	۰/۰۰۰۱
	متوسط	خفیف	۵۵/۵۰	۰/۰۰۰۱
	شدید	شدید	-۲۶/۶۴	۰/۰۰۰۱
	خفیف	خفیف	۸۲/۱۴	۰/۰۰۰۱
	متوسط	متوسط	۲۶/۶۴	۰/۰۴۰

متوسط در سطح $\alpha = 0.05$ تفاوت معناداری وجود دارد.

برای بررسی تأثیر درجات مختلف نارساخوانی بر استرس والدینی در هر یک از قلمروهای کودک و والدین، از روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۳ آمده است.

چنانکه در جدول ۲ دیده می‌شود بین استرس والدینی مادران دارای کودک نارساخوان درجه خفیف با مادران دارای کودک نارساخوان متوسط و شدید، مادران دارای کودک نارساخوان درجه متوسط با مادران دارای کودک نارساخوان خفیف و شدید، و مادران دارای کودک نارساخوان درجه شدید با مادران دارای کودک نارساخوان خفیف در سطح $\alpha = 0.01$ و با

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره در مورد تأثیر درجات مختلف نارساخوانی بر استرس والدینی در قلمروهای کودک و والدین

مشخصه‌های آماری	شاخص	ارزش	F	درجات آزادی	خطای درجات آزادی	سطح معناداری
آزمون پیلای	۱/۶۹	۱۶/۱۲	۴	۱۲۲	۰/۰۰۰۱	
لامبدا ویلکز	۱/۳۶	۲۰/۱۳	۴	۱۲۰	۰/۰۰۰۱	
هتلینگ	۱/۶۵	۲۴/۳۹	۴	۱۱۸	۰/۰۰۰۱	
آزمون روی	۱/۵۶	۴۷/۷۴	۲	۶۱	۰/۰۰۰۱	

درجات مختلف نارساخوانی بر قلمروهای کودک و والدین از استرس والدینی معنادار است. برای بررسی دقیق‌تر گروههایی که باهم تفاوت دارند، آزمون تعقیبی شفه اجرا شد که نتایج حاصل در جدول ۴ آمده است.

چنانکه در جدول ۳ دیده می‌شود چون مقدار F در هر چهار مشخصه آماری ارائه شده در سطح $\alpha = /0.1$ معنادار است، لذا فرض صفر رد و فرض تحقیق با 99% اطمینان تأیید می‌شود؛ یعنی میزان استرس والدینی در هر یک از قلمروهای کودک و والدین، در درجات مختلف نارساخوانی متفاوت است؛ به عبارت دیگر تأثیر

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی شفه در مورد مقایسه تفاوت میانگین میزان استرس والدینی در هر یک از قلمروهای کودک و والدین

I	J	اختلاف میانگین (I-J)	انحراف معیار	سطح معناداری
	متوسط	-۲۳/۷۸	۴/۵۸	۰/۰۰۰۱
	شدید	-۴۴/۵۶	۵/۰۶	۰/۰۰۰۱
قلمرو کودک	متوسط	۲۳/۷۸	۴/۵۸	۰/۰۰۰۱
	شدید	-۲۰/۷۷	۵/۵۴	۰/۰۰۲
	شدید	۴۴/۵۶	۵/۰۶	۰/۰۰۰۱
	متوسط	۲۰/۷۷	۵/۵۴	۰/۰۰۲
	متوسط	-۳۱/۷۱	۵/۳۶	۰/۰۰۰۱
	شدید	-۳۷/۵۸	۵/۹۳	۰/۰۰۰۱
قلمرو والدین	متوسط	۳۱/۷۱	۵/۳۶	۰/۰۰۰۱
	شدید	-۵/۸۷	۶/۴۸	۰/۶۶۶
	شدید	۳۷/۵۸	۵/۹۳	۰/۰۰۰۱
	متوسط	۵/۸۷	۶/۴۸	۰/۶۶۶

قرار داد. منظور از استرس والدینی فشاری است که والدین به واسطه داشتن کودک احساس می‌کنند و در صورتی که فردی فرزند نداشته باشد، چنین استرسی را احساس نمی‌کند؛ هرچند که ممکن است استرس بیشتری را تجربه کند، اما از نوع استرس والدینی نخواهد بود؛ بنابراین والدین ممکن است به واسطه وجود یک فرزند، استرس والدینی بیشتری را تجربه کنند، اما با در نظر گرفتن فرزند دیگر استرس والدینی کمتری داشته باشند؛ یعنی هر فرزند براساس ویژگیهایی که دارد، میزان متفاوتی از استرس در والدین ایجاد می‌کند؛ در این پژوهش نیز میزان

چنانکه در جدول ۴ دیده می‌شود بین استرس والدینی مادران دارای کودک نارساخوان خفیف با متوسط و شدید، متوسط با خفیف و شدید، و شدید با خفیف و متوسط در قلمرو کودک؛ و بین استرس والدینی مادران دارای کودک نارساخوان خفیف با متوسط و شدید، متوسط با خفیف، و شدید با خفیف در قلمرو والدین در سطح $\alpha = /0.1$ تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش تأثیر درجات مختلف نارساخوانی فرزندان را بر استرس والدینی مادران، مورد بررسی

استرس والدینی ناشی از وجود کودک نارساخوان مورد نظر بوده است. نتایج حاصل نشان داد که میزان استرس والدینی در مادران دارای فرزند نارساخوان، با درجات خفیف، متوسط و شدید با هم متفاوت است و با افزایش شدت نارساخوانی میزان استرس والدینی نیز افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهشهای نوئل، پترسون و جسو (۲۰۰۸) و کرنیک گاز و هافمن (۲۰۰۵) مبنی بر اینکه وجود کودک نارساخوان بر استرس والدینی تأثیرگذار است و میزان آن را افزایش می‌دهد، هماهنگ است. همچنین این موضوع که درجات مختلف نارساخوانی تأثیر متفاوتی بر میزان استرس والدینی می‌گذارد نیز از یافته‌های پژوهش حاضر است که میزان متفاوت استرس والدینی مادران دارای کودک نارساخوان با درجات خفیف، متوسط و شدید نیز تأیید کننده این موضوع است؛ به عبارت دیگر، علاوه بر اینکه مادران به واسطه وجود کودک نارساخوان، استرس والدینی بیشتری نسبت به مادران فاقد کودک نارساخوان تجربه می‌کنند؛ هر چقدر هم که شدت نارساخوانی فرزند بیشتر باشد، میزان استرس والدینی که مادران تجربه می‌کنند، نیز بیشتر خواهد بود. این یافته، با نتایج پژوهش بال (۲۰۰۳) که نشان می‌دهد سطوح استرس والدینی گزارش شده به وسیله والدین دارای کودک نارساخوان با درجات مختلف متفاوت است، هماهنگی دارد.

نتایج پژوهش حاضر در زمینه تأثیر درجات مختلف نارساخوانی فرزند بر قلمروهای استرس والدینی نشان می‌دهد، استرس والدینی در هر یک از قلمروهای کودک و والدین، در درجات مختلف نارساخوانی متفاوت و میزان آن نیز در هر یک از قلمروها، بالاتر از نمره برش شاخص استرس والدینی (PSI) است؛ به عبارت دیگر، استرس والدینی مادران دارای کودک نارساخوان در هر یک از قلمروهای کودک و والدین مرضی و در مادران دارای کودک نارساخوان شدید نیز بیشتر از مادران دارای کودک نارساخوان خفیف و متوسط است. منظور از استرس

والدینی در قلمرو کودک، استرس ناشی از برخی ویژگیهای کودک و چگونگی ادراک والدین از این ویژگیهاست؛ یعنی صرفاً داشتن خصوصیات و رفتارهای خاص کودک، تعیین کننده اصلی استرس والدینی وارد شده بر والدین نیست، بلکه بیشتر نحوه ادراک والدین از خصوصیات کودک است که باعث استرس والدینی در آنها می‌شود. سازش پذیری، فزون طلبی، خلق، بی توجهی/فزون کنشی، پذیرندگی و تقویت گری از ویژگی‌های کودک هستند که در استرس والدینی نقش دارند (استورا، ترجمه دادستان، ۱۳۸۶). بنابراین والدین کودکانی که مبتلا به اختلال نارساخوانی هستند، بیشتر رفتارها و خصوصیات کودک خود را به صورت رفتار اجتنابی و نافرمانی از دستورها، ارتکاب عمل مخالف آنچه که از او خواسته می‌شود، گریه و گوشه گیری بیش از حد مورد انتظار، بی توجهی به محیط اطراف، کفایت اجتماعی پایین تر از همسالان و عدم دستیابی به آرزوها و امیدها از طرف کودک، ادراک می‌کنند که باعث افزایش استرس والدینی در قلمرو کودک می‌شود. در توجیه آن، می‌توان گفت که نارساخوانی اولاً بر نحوه رفتار کودک در موقعیتهای خاص و همچنین بر چگونگی ادراک والدین از رفتارهای و خصوصیات او تأثیر نامطلوب می‌گذارد؛ ثانیاً چنین کودکانی به علت نیازهای خاصی که برای درمان و آموزش دارند، باعث افزایش مسئولیت والدین می‌شوند و وقت و انرژی بیشتری از آنها می‌گیرند و در نتیجه فشار روانی بیشتری بر آنها وارد می‌شود. نتایج پژوهش راندی، اریکا، تارا، روسان و کلاریسا (۲۰۰۵) نیز تأیید کننده این موضوع است و نشان می‌دهد که افزایش مسئولیت والدین در قبال فرزند، باعث می‌شود آنها استرس والدینی بیشتری تجربه کنند.

بر اساس نتایج این پژوهش، درجات مختلف نارساخوانی بر استرس والدینی نه تنها در قلمرو کودک، بلکه بر قلمرو والدین نیز تأثیر می‌گذارد. والدین دارای کودک نارساخوان با درجات مختلف،

اجتماعی بیشتر والدین می‌شود، باعث کاهش سلامت در برخی از ویژگیهای جسمانی والدین می‌شود که در اجرای نقش والدی مؤثر هستند و همچنین والدین به علت صرف وقت و انرژی زیاد برای کودک نارساخوان، در رسیدگی به سایر نقشهای زندگی خود، از جمله نقش همسری، فرزند و خانه‌داری نمی‌توانند به صورت مطلوب عمل کنند که همین موارد، منجر به افزایش استرس والدینی در قلمرو والدین می‌شود. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهشهای بال (۲۰۰۳)، کرنیک، گاز و هافمن (۲۰۰۵)، کارتین، پونوسامی و نورما (۲۰۰۸) و نوئل، پترسون و جسو (۲۰۰۸)، که نشان می‌دهند نارساخوانی بر استرس والدینی تأثیر می‌گذارد، هماهنگ است. لازم به ذکر است که در باره تأثیر درجات مختلف نارساخوانی بر قلمروهای کودک و والدین، از استرس والدینی پژوهش خاصی انجام نشده بود که همین عامل یکی از علل انجام این پژوهش بود.

خانواده نوعی نظام اجتماعی تلقی می‌شود که هر یک از اعضای آن، بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند که در این میان والدین به علت مسئولیتهایی که در مراقبت و پرورش فرزندان دارند، بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرند. والدین به واسطه نقش خود در پرورش فرزندان همواره نوعی استرس از این جهت تجربه می‌کنند و در صورتی که کودک دارای خصوصیات خاصی باشد که نیاز به توجه و مراقبت بیشتر داشته باشد، میزان استرسی که والدین تجربه می‌کنند نیز افزایش می‌یابد (کارتینی، پونوسامی و نورما، ۲۰۰۸). با توجه به اینکه کودکان نارساخوان دارای برخی خصوصیات خاصی هستند که نیاز به مراقبت و توجه بیشتر دارند، لذا حضور آنها باعث افزایش میزان استرس والدینی می‌شود که براساس یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود اولاً در مورد ویژگیهای افراد نارساخوان و نحوه درمان آن اطلاعات لازم به والدین داده شود و ثانیاً جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی برای والدین کودکان نارساخوان برگزار و درباره نحوه اداره

علاوه بر اینکه استرس والدینی بالاتری در قلمرو کودک تجربه می‌کنند، میزان استرس والدینی در قلمرو والدین نیز مانند قلمرو کودک، بر حسب درجات مختلف نارساخوانی با هم متفاوت است و مادران دارای کودک نارساخوان شدید و متوسط استرس والدینی بیشتری در قلمرو والدین نسبت به مادران دارای کودک نارساخوان خفیف تجربه می‌کنند، اما بین میزان استرس والدینی در قلمرو والدین مادران دارای کودک نارساخوان متوسط و شدید، تفاوت وجود نداشت. این یافته را می‌توان چنین توجیه کرد که وقتی کودکی دارای نارساخوانی متوسط به بالا باشد، والدین او را به‌عنوان کودک دچار اختلال می‌بینند و بیشتر وقت و انرژی خود را برای درمان و مراقبت از او صرف می‌کنند و در نتیجه بر ویژگیهای مربوط به قلمرو والدین تأثیر می‌گذارد، اما در قلمرو کودک، چون خصوصیات و رفتارهای کودک نارساخوان متوسط و شدید تا حدودی متفاوت است، لذا والدین به‌صورت متفاوت آن را ادراک و در نتیجه میزان استرس والدینی نیز در قلمرو کودک، متفاوت گزارش می‌شود. منظور از استرس والدینی در قلمرو والدین، استرس ناشی از برخی ویژگیهای والدین است که شامل افسردگی، حس صلاحیت، دلبستگی، روابط با همسر، انزوای اجتماعی، محدودیتهای نقش و سلامت والدی است؛ بنابراین وجود کودک نارساخوان در خانواده، بر کیفیت ویژگیهای ذکر شده تأثیر می‌گذارد و بسته به درجه شدت نارساخوانی، تأثیر آن کم یا زیاد است؛ به این معنی، وقتی شدت نارساخوانی کودک بیشتر باشد، ویژگیهای ذکر شده در قلمرو والدین نیز بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد. به‌طور کلی براساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که وجود کودک نارساخوان در خانواده، افسردگی والدین را بیشتر می‌کند، شایستگی او را در جایگاه مادر از دیدگاه خودش، کاهش می‌دهد، انگیزه ایفای نقش والدی را در او می‌کاهد، حمایت متقابل زن و شوهر را در اجرای نقش والدی کم می‌کند، باعث گوشه‌گیری و انزوای

behavior and preschools` social competence and behavior problems in the classroom. *Infant and Child Development*, 14, 54-133.

Bull, L (2003). The use of support groups by parents of children with dyslexia. *Early Child Development and Care*, 173, 341-347

Crnic, K.A & Low, C (2002). Everyday stresses and parenting, In M, Bornstein (ed), *Handbook of parenting: vol. 5, Practical issues in parenting*(2nd ed),(pp. 68-243) Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Crnic, K.A; Gaze, C & Hoffman, C (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behavior at age 5. *Infant and Child Development*, 14, 32-117.

Kartini, I; Ponnusamy, S & Normah, C.D (2008). Parental stress in parent of special children: The effectiveness of psycho education program on parents` psychosocial well beings. *Symposium Sains Kesehatan Kebangsaan ke 7 Hotel Legend, Kuala Lumpur*, 18-19, 205-211.

Keogh, B.K (2003). *Temperament in the classroom: Understanding individual differences*. Baltimore, MD: Paul H Brookes Publishing.

Marnat, G,G (2003). *Handbook of psychological assessment*. John Willy.

Morales, M; Mundy, P; Delgado, C.E.F; yale. M; Neal, R & Schwartz, H.K (2000). Gaze following, temperament and language development in 6-month-old: A replication and extension. *Infant Behavior and Development*, 23, 36-231.

Noel, M; Peterson, C & Jesso, B (2008). The relationship of parenting stress and child temperament to language development among economically disadvantaged preschoolers. *Journal Child Lang*, 35, 823-842.

Randi, S; Erika, S; Tara, W; Rusan, C & Clarissa, S.H (2005). Pediatric parenting stress among parents of children with type 1 diabetes *Journal of Pediatric Psychology*, 30(6), 513-521.

Witruk. E, (2003). Memory Deficits of Dyslexic Children. *Annuals New York Academy of Science*, 14,430-535.

زندگی با وجود کودک نارساخوان و شیوه‌های کاهش استرس والدینی، به آنها آموزش لازم داده شود.

یادداشتها

- 1) Dyslexic
- 2) Dyson
- 3) Roach
- 4) Frey
- 5) Quine
- 6) Parental stress index

منابع

استورا، ج. ب (۱۳۸۶). تنیدگی یا استرس (بیماری جدید تمدن). (ترجمه پریخ دادستان). تهران: انتشارات رشد. آناستازی، آن (۱۳۷۹). *روان آزمایی*. (ترجمه محمد تقی براهنی). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

باعزت، فرشته (۱۳۸۵). *اثرات درمان نوروسایکولوژی در کارآمدی خواندن دانش‌آموزان مبتلا به نارساخوانی تحولی*. پایان‌نامه دکتری تخصصی، تهران: دانشگاه الزهراء.

دادستان، پریخ. احمدی، علی و حسن‌آبادی، حمیدرضا (۱۳۸۵). تنیدگی والدینی و سلامت عمومی: پژوهشی در باره رابطه تنیدگی حاصل از والدگری با سلامت عمومی در مادران پرستار و خانه‌دار دارای کودک خردسال. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، سال دوم (شماره ۷): ۱۸۴-۱۷۱.

رابینسون، نانسی ام و رابینسون، هالبرت بی (۱۳۸۵). کودک عقب‌مانده ذهنی (ترجمه فرهاد ماهر). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

سادوک، بنیامین جیمز. سادوک، ویرجینیا الکوت (۱۳۸۳). *خلاصه روانپزشکی* (ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضایی). تهران: انتشارات ارجمند.

کرمی، ابوالفضل (۱۳۷۵). *اندازه‌گیری هوش کودک*. شیراز: انتشارات رهگشا.

گورمن، جین چنگ (۱۳۸۶). *اختلال‌های هیجانی و نارسایی‌های یادگیری در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی*. (ترجمه فرشته باعزت و مریم راحت). تهران: انتشارات پیام مؤلف.

Abidin, R.R (1995). *Parenting Stress Index Professional Manual*(3rd ed). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Anthony, L; Anthony, B.J; Glanville, D.N; Naiman, D.Q; Waanders, C & Shaffer, S (2005). The relationships between parenting stress, parenting

Self-esteem, Perfectionism and Academic Performance of Students with Epilepsy and Normal Students in Ahvaz

Yahya Akbari Shaye¹, Mahnaz Mehrabi Zadeh Honarmand², Bahman Zarezadegan,³ Ali Ahmadian,⁴ Majid Eydi Baygi⁵

Received:31.1. 12 Revised: 26.5.12 Accepted:19.8 . 12

مقایسه عزت نفس، کمال‌گرایی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان نوجوان مصروع و غیرمصروع شهر اهواز

یحیی اکبری شایه^۱، دکتر مهناز مهربابی‌زاده هنرمند^۲، بهمن زارزادگان^۳، علی احمدیان^۴ و مجید عیدی بایگی^۵

دریافت: ۹۰/۱۱/۸، تجدیدنظر: ۹۱/۳/۶، پذیرش ۹۱/۵/۲۹

Abstract

Objective: This study examines whether epilepsy can affect self-esteem, perfectionism and academic performance of students with epilepsy in compare with normal students. **Method:** The sample included 22 students with epilepsy aged from 12 to 18 years and also 22 normal students were matched with them in school and high school students in the Ahvaz. The Rosenberg self-esteem scale and Ahvaz Perfectionism Scale in both groups were administered individually. The subjects' average scores of the previous year in their academic performance were considered. For analyzing the data, MANOVA was used. **Results:** The results showed there are significant differences between the students with epilepsy and non-epileptic students in the self-esteem scores and in academic performance ($p < 0/01$). So students with epilepsy in terms of self-esteem and academic performance were poorer. **Conclusion:** This study shows adolescents with epilepsy have poorer self-esteem and academic performance in comparison to adolescents without epilepsy.

Keywords: *Epilepsy, self-esteem, perfectionism, academic performance, adolescent*

1. **Corresponding Author**, MA in clinical psychology, University of Ahvaz Shahid Chamran, Ahvaz (Email: akbari_shaye@yahoo.com)
2. Ph.D in Psychology, University of Ahvaz Shahid Chamran.
3. Graduate student in clinical psychology, University of Ahvaz Shahid Chamran.
4. M.A in clinical psychology, Torbate-e- Heidariyeh Azad University
5. M.A in clinical psychology

چکیده

هدف: پژوهش حاضر، به دنبال پاسخ این سؤال است که آیا ابتلا به صرع می‌تواند بر عزت نفس، کمال‌گرایی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مصروع، نسبت به هم‌نوعان غیر مبتلایشان مؤثر باشد؟ **روش:** نمونه مورد بررسی شامل ۲۲ دانش‌آموز مصروع از بین دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۸ سال و نیز ۲۲ دانش‌آموز عادی شهر اهواز بود. برای جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس‌های عزت نفس روزنبرگ و کمال‌گرایی اهواز در مورد هر دو گروه به‌صورت انفرادی اجرا شد. جهت بررسی عملکرد تحصیلی آزمودنیها معدل تحصیلی سال گذشته آنان در نظر گرفته شد. داده‌های به‌دست آمده با تحلیل واریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین دانش‌آموزان مصروع و دانش‌آموزان غیرمصروع در عزت نفس و عملکرد تحصیلی دو گروه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$). به‌طوری که دانش‌آموزان مصروع، از نظر عزت نفس وضعیت نامطلوب‌تر و عملکرد تحصیلی ضعیف‌تری داشتند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های این پژوهش، ابتلا به صرع، با عزت نفس و عملکرد تحصیلی پایین نوجوانان مصروع همراه است.

واژه‌های کلیدی: صرع، عزت نفس، کمال‌گرایی، عملکرد تحصیلی، نوجوانان.

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز
۲. دکترای روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز
۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد تربت حیدریه

مقدمه

صرع از بیماریهایی است که در سنین مختلف، به- خصوص قبل از بلوغ، ظاهر می‌شود و ادامه پیدا می- کند و غالباً با اختلالات رفتاری یا علائم روانی توأم است. در این بیماران الکتروانسفالوگرام^۱ یا نوار امواج مغز، تقریباً همیشه غیرطبیعی است. ابتلا به صرع پیامدهای زیادی را بر فرد متحمل می‌کند که این پیامدها عبارت‌اند از: برچسب بیماری، محدودیت در فعالیت‌های روزانه و ترس از قریب الوقوع بودن تشنج که منجر به احساس ناامنی در فرد می‌شود که این هم به نوبه خود می‌تواند رشد سالم و روابط اجتماعی فرد مصروع را تحت تأثیر قرار دهد و مانعی بزرگ برای کسب مهارت‌های لازم زندگی کامل و مستقل باشد (انگل، باکر و جاکوبی، ۲۰۰۲). اگرچه صرع در هر سنی رخ می‌دهد، اما این بیماری، شایع‌ترین اختلال عصبی در میان نوجوانان و شیوع آن در حدود ۱/۵ تا ۲ درصد است (ولس و کیم، ۲۰۰۲). تعداد زیادی از نوجوانان مصروع، نقصهای شناختی مانند هوش کم، توانایی روانی- حرکتی پایین و مشکلات حافظه دارند (بایلت و تورک، ۲۰۰۰). این نقصهای شناختی، علت اصلی ناکامی تحصیلی نوجوانان مصروع است (فاستنا، شن، دون، پرکینز، هرمان و آستین، ۲۰۰۴).

نوجوانی دوره آشفستگی و رشد است که با شکل- گیری هویت و تعریف خود همراه می‌شود (دوینسکی و همکاران، ۱۹۹۹). دوره‌ای که افراد توجه خاصی به همسانی با دیگران، معیارهای جامعه و همچنین نظرها و عقاید دیگران در مورد خود دارند (مک لود و آوستین، ۲۰۰۳). نوجوانان وارد فعالیت‌های اجتماعی می‌شوند و اموری مانند اشتغال، روابط بین فردی و عاشقانه را شروع می‌کنند، این در حالی است که نوجوان مصروع در مواجهه با این مسائل، احساس تعارض بیشتری می‌کند (ولس و کیم، ۲۰۰۲؛ راتیا، اسدرفلت، لارسون و لارسون، ۲۰۰۴).

عزت نفس عامل مهمی در شکل‌گیری شخصیت و کمک به روان فرد است (وینتر، ۱۹۹۶). عزت نفس

عبارت است از آنچه که ما در مورد خودمان فکر می- کنیم، ویژگیهایی از خودمان که با دیگران مقایسه می‌کنیم و همچنین توانایی‌مان برای رسیدن به نتیجه‌ای قابل قبول در مورد مسائلی که مهم می‌دانیم (باکر، اسپکتر و مک گراس، ۲۰۰۵). افراد جوانی که مبتلا به صرع هستند، به‌طور چشمگیری، از لحاظ مشکلات بین فردی، اضطراب و عزت نفس، نسبت به نوجوانان غیرمصروع، در حالت نامطلوب‌تری قرار دارند؛ یعنی دارای عزت نفس پایین‌تری هستند (باکر، اسپکتر و مک گراس، ۲۰۰۵). اغلب این طور تصور می‌شود افرادی که عزت نفس پایینی دارند، دارای کمال‌گرایی و آرمان‌خواهی پایین‌تری هستند. کمال- گرایی به‌مثابه نوعی سبک شخصیتی آشکار در تلاش فرد برای رسیدن به تمامیت، تعریف می‌شود (فلت و هویت، ۲۰۰۵). کمال‌گرایی در برگیرنده سطوح نامناسب انتظارات و اهداف ملموس و فقدان دائمی خشنودی، صرف نظر از عملکرد است (هویت، ۲۰۰۹). به نقل از احتشام‌زاده، مکوندی و باقری، ۱۳۸۸). اما اینکه کمال‌خواهی و کمال‌گرایی و عملکرد تحصیلی فرد، با توجه به رابطه آن با عزت نفس می‌تواند تحت تأثیر بیماری‌های دائمی و محدودکننده همچون صرع قرار گیرد یا خیر، نیاز به پژوهش بیشتر دارد.

صرع همواره با نقصهای شناختی و کاهش عملکرد در زمینه‌های مختلف همراه است. مشکلات یادگیری در ۵۰٪ افراد مصروع دیده می‌شود که این منجر به کسب نمره‌های ضعیف و عقب ماندن این افراد از مدرسه می‌شود و در نهایت، افزایش تعداد دانش- آموزانی را که ترک تحصیل می‌کنند، در پی دارد. نوجوانان مبتلا به صرع، از مشکلاتی مانند افت تحصیلات و مشکلات آموزشی رنج می‌برند و در همین راستا، دچار مشکلاتی در تحصیل و مدرسه می‌شوند و چنین وضعیتی می‌تواند بر عزت نفس و عملکرد تحصیلی این دانش‌آموزان مؤثر باشد. از این رو ضرورت دارد که پژوهشهایی در زمینه ویژگی‌های این کودکان، به‌ویژه عزت نفس که سازه‌ای بسیار اثرگذار بر

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است.

۱. مقیاس عزت نفس روزنبرگ^۲: مقیاس عزت نفس روزنبرگ، ابزاری شناخته‌شده و استاندارد از عزت نفس است که به وسیله روزنبرگ (۱۹۸۹) بسط و گسترش یافته است (علی‌زاده، فراهانی، شهرآرای و علیزادگان، ۱۳۸۴). این آزمون ۱۰ سؤال دارد که به هر سؤال براساس مقیاس دو گزینه‌ای موافق و مخالف، نمره داده می‌شود که هرچه نمرات بالاتر از صفر باشد، نشان‌دهنده عزت نفس قوی‌تر و هرچه نمرات پایین‌تر از صفر باشد، نشان‌دهنده عزت نفس ضعیف‌تر است. نمونه اولیه این مقیاس در سالهای ۱۹۶۰ به بعد در بین ۵۰۲۴ دانش‌آموز راهنمایی و دبیرستانی تهیه و پایایی و روایی آن بالا ارزیابی شد. نیوتن^۳ (۱۹۹۹) به نقل از علی‌زاده، فراهانی، شهرآرای و علیزادگان (۱۳۸۴) همسانی درونی آزمون را ۰/۷۷ و رضایت‌بخش، همچنین همبستگی این مقیاس با پرسشنامه ملی نیویورک و گاتمن در سنجش عزت نفس را بالا گزارش می‌کند. این مقیاس را علی‌زاده (۱۳۸۲) به نقل از علی‌زاده، فراهانی، شهرآرای و علیزادگان (۱۳۸۴) به فارسی ترجمه و پایایی و روایی آن را نیز بررسی کرده‌اند؛ پایایی آن با روش دو نیمه کردن ۰/۷۳ و روایی محتوایی، مناسب گزارش شده است. همچنین رجبی و بهلول (۱۳۸۶) به بررسی پایایی و روایی این مقیاس بر روی ۱۲۹ دانشجوی سال اول دانشگاه شهید چمران اهواز پرداختند؛ آنها همسانی درونی مقیاس را ۰/۸۴ و ضریب همبستگی بین هر یک از ماده‌ها را با نمره کل ماده‌ها از ۰/۵۶ تا ۰/۷۲ متغیر گزارش کردند که همگی در سطح ($p < 0.001$) معنی‌دار بوده‌اند؛ علاوه بر این، روایی واگرایی این مقیاس را در دختران و پسران، مناسب گزارش کرده‌اند.

۲. مقیاس کمال‌گرایی اهواز^۴: نجاریان، عطاری و زرگر (۱۳۷۸) این مقیاس را به صورت خودگزارشی و در ۲۷

رفتارهای اجتماعی و عملکرد تحصیلی کودکان و نوجوانان است، انجام گیرد تا در زمینه پیشگیری از مشکلات بعدی، داده‌های نظری مهمی فراهم شود؛ بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه عزت نفس، کمال‌گرایی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان نوجوان مصروع و غیرمصروع است. در راستای هدف پژوهش سؤال اصلی این است که آیا از لحاظ عزت نفس، کمال‌گرایی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مصروع با دانش‌آموزان غیرمصروع شهر اهواز، تفاوتی وجود دارد؟

روش

این پژوهش از نوع کاربردی و شیوه انجام گرفتن آن علی-مقایسه‌ای است. این نوع پژوهش به دنبال شناسایی عواملی است که در گذشته رخ داده باشد. جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه این پژوهش، کلیه دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۸ سال مقاطع راهنمایی و متوسطه دولتی شهر اهواز است. روش نمونه‌گیری این پژوهش در دسترس بود؛ به این صورت که به کمک لیست مدارس آموزش-وپرورش و لیست پرونده‌های دانش‌آموزان صرعی مراکز بهداشت شهر اهواز، تعداد ۲۹ دانش‌آموز مبتلا به صرع دارای پرونده پزشکی و تشخیص صرع بزرگ (گراندمال) از متخصص مغز و اعصاب، شناسایی شد که از بین آنها فقط امکان دسترسی و انجام آزمون در مورد ۲۲ دانش‌آموز مصروع وجود داشت و همین تعداد انتخاب شد و برای انتخاب گروه گواه، از شیوه هم‌تاسازی استفاده شد؛ بدین صورت که با در نظر گرفتن متغیرهایی مانند سن، جنسیت، مقطع تحصیلی و عدم ابتلاء به بیماریهای عصبی همچون صرع از بین همکلاسیهای دانش‌آموزان مصروع، افرادی با هر یک از این دانش‌آموزان هم‌تاساز شدند. میانگین سن دانش‌آموزان مصروع ۱۴/۹۶ با انحراف معیار ۱/۹۴ و میانگین سنی گروه هم‌تایشان ۱۴/۷۹ با انحراف معیار ۲/۱ بود. در هر دو گروه ۱۵ نفر از دانش‌آموزان را دختران و ۷ نفر را پسران تشکیل می‌دادند.

نمرات معدل تحصیلی دو گروه دانش آموزان مصروع و غیرمصروع در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات عزت نفس، کمالگرایی و عملکرد تحصیلی در دو گروه دانش آموزان مصروع و غیرمصروع

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
عزت نفس	مصروع	۲۲	-۲/۶۷	۱/۹۹
	غیرمصروع	۲۲	-۱/۳۸	۱/۶۸
کمال گرایی	مصروع	۲۲	۷۰/۵۹	۱۱/۹۳
	غیرمصروع	۲۲	۷۱/۲۷	۱۰/۶۷
عملکرد تحصیلی	مصروع	۲۲	۱۵/۳۹	۲/۲۵
	غیرمصروع	۲۲	۱۸/۳۳	۱/۶۵

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است، میانگین نمرات عزت نفس در دانش‌آموزان مصروع -۱/۳۸- با انحراف معیار ۱/۶۸ و در گروه غیرمصروع -۲/۶۷- با انحراف معیار ۱/۹۹ است؛ همان‌طور که توضیح داده شد، نمره منفی نشان‌دهنده عزت نفس ضعیف است که با توجه به میانگین نمرات عزت نفس دو گروه، می‌توان عزت نفس هر دو گروه را ضعیف برآورد کرد. در متغیر کمال‌گرایی نیز میانگین نمرات در دانش‌آموزان مصروع ۷۰/۵۹ با انحراف معیار ۱۱/۹۳ و در دانش‌آموزان غیرمصروع ۷۱/۲۷ با انحراف معیار ۱۰/۶۷ محاسبه شده است؛ همچنین میانگین نمرات معدل تحصیلی دانش‌آموزان مصروع ۱۵/۳۹ با انحراف معیار ۲/۲۵ و در گروه همتا ۱۸/۳۳ و با انحراف معیار ۱/۶۵ به‌دست آمد. قبل از بررسی معنی‌داری تفاوت میانگینها بین دو گروه، جهت بررسی همسانی واریانسها که مهم‌ترین پیش‌فرض تحلیل واریانس چندمتغیری است، آزمون همگنی واریانسهای لوین در متغیرهای عزت نفس، کمال‌گرایی و عملکرد تحصیلی، انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

ماده، در نمونه‌ای ۳۹۵ نفری از دانشجویان دانشگاههای شهید چمران و آزاد اهواز ساخته‌اند؛ ماده‌های این مقیاس دارای چهار گزینه هستند که آزمودنی یکی از آنها را به عنوان پاسخ انتخاب می‌کند. سازندگان این مقیاس، همسانی درونی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند؛ همچنین ضریب پایایی بازآزمایی آن را برای کل آزمون ۰/۶۸ به‌دست آورده‌اند. هرمرزی نژاد (۱۳۸۰) نیز پایایی آن را با استفاده از روشهای دونیمه‌سازی، و گاتمن به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۳ گزارش کرده است. نجاریان، عطاری و زرگر (۱۳۷۸) روایی همگرای این مقیاس را با مقیاسهای الگوی رفتاری تیپ A، خرده-مقیاس شکایات جسمانی و عزت نفس کوپر اسمیت، محاسبه و آن را مناسب گزارش کردند. روایی این مقیاس را هرمرزی‌نژاد (۱۳۸۰) نیز مناسب ارزیابی کرده است.

۳. عملکرد تحصیلی: در پژوهش حاضر، به منظور سنجش عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان، معدل درسی سال تحصیلی گذشته آنان، مورد استفاده قرار گرفت.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

پس از انجام نمونه‌گیری، مقیاسهای کمال‌گرایی اهواز و عزت نفس روزنبرگ در مورد هر یک از افراد دو گروه، به‌صورت انفرادی اجرا شد. روند تکمیل مقیاسها با همکاری مسئولین مدارس به‌صورتی انجام می‌شد که دانش‌آموزان مصروع و هم‌تایان آنها متوجه علت انتخاب خود و یا هدف پژوهش نمی‌شدند. برای بررسی عملکرد تحصیلی آزمودنیها معدل تحصیلی سال گذشته آنان در نظرگرفته شد. داده‌های به‌دست آمده بدین طریق، با روشهای آمار توصیفی و تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) با استفاده از نرم-افزار آماری SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌های پژوهش

میانگین و انحراف استاندارد نمرات عزت نفس، کمال‌گرایی و همچنین میانگین و انحراف استاندارد

متغیرهای تحقیق تأیید نمی‌شود؛ بنابراین فرض برابری واریانس نمرات دو گروه دانش‌آموزان مصروع و غیرمصروع در متغیرهای عزت نفس، کمال‌گرایی و عملکرد تحصیلی تأیید می‌شود. و مهم‌ترین مفروضه تحلیل واریانس چندمتغیری تأمین می‌شود. برای بررسی سؤال پژوهش، از تحلیل واریانس چندمتغیری و یک متغیری استفاده شد که نتایج حاصل در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۲. آزمون همگنی واریانسهای لوین در گروههای دانش‌آموزان مصروع و غیرمصروع براساس متغیرهای عزت نفس،

کمال‌گرایی و عملکرد تحصیلی				
متغیر	df 1	df 2	مقدار F	سطح معناداری
عزت نفس	۱	۴۲	۰/۰۰۲	۰/۹۶
کمال‌گرایی	۱	۴۲	۰/۲۶	۰/۶۱
عملکرد تحصیلی	۱	۴۲	۱/۷۹	۰/۱۸

همان‌گونه که در جدول ۲ آمده است، فرض صفر برای عدم تساوی واریانسهای نمره‌های دو گروه در

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) بر روی میانگینهای نمرات کمال‌گرایی، عزت‌نفس و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مصروع و غیرمصروع

آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مقدار F	سطح معناداری
آزمون اثر پیلای	۰/۳۷۹	۳	۴۰	۸/۱۳۰	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۶۲۱	۳	۴۰	۸/۱۳۰	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۶۱۰	۳	۴۰	۸/۱۳۰	۰/۰۰۱
آزمون ریشه روی	۰/۶۱۰	۳	۴۰	۸/۱۳۰	۰/۰۰۱

برای مشخص شدن منبع این تغییر به انجام سه تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانوا اقدام شد که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دانش‌آموزان مصروع و غیرمصروع از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای عزت نفس، کمال‌گرایی و عملکرد تحصیلی، تفاوت معنی‌داری در سطح $p < 0/001$ وجود دارد؛ بنابراین

جدول ۴. نتایج حاصل تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانوا جهت مقایسه عزت نفس، کمال‌گرایی و عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان دو گروه

مقیاس	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
عزت نفس	گروه	۲۶/۲۷	۱	۲۶/۲۷	۷/۵۷	۰/۰۰۹
	خطا	۱۴۵/۶۳	۴۲	۳/۴۶		
	کل	۱۲۷۸۲/۲۶	۴۴			
کمال‌گرایی	گروه	۵/۱۱	۱	۵/۱۱	۰/۰۳۸	۰/۸۴
	خطا	۵۶۱۷/۶۸	۴۲	۱۳۳/۷۵		
	کل	۲۲۷۰۰۱	۴۴			
عملکرد تحصیلی	گروه	۸۶/۹۶	۱	۸۶/۹۶	۲۱/۷۲	۰/۰۰۱
	خطا	۱۸۴/۱۶	۴۲	۴/۳۸		
	کل	۲۷۱/۱۳	۴۴			

به میانگین نمرات به‌دست آمده، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر، نشان می‌دهد که عزت نفس در هر دو گروه نوجوانان مصروع و غیرمصروع منفی و پایین است که این نتایج با پژوهش بلاک و

همان‌طور که نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانوا در جدول چهار نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات عزت نفس دانش‌آموزان مصروع و غیرمصروع تفاوت معنی‌داری در سطح $p < 0/009$ وجود دارد؛ همچنین بین نمرات این دو گروه در عملکرد تحصیلی نیز تفاوت معنی‌داری در سطح $p < 0/001$ وجود دارد، درحالی‌که بین دو گروه در متغیر کمال‌گرایی با توجه

رابینز، (۱۹۹۴)، به نقل از برک^۵، ترجمه سیدمحمدی، (۱۳۸۶) که عنوان می‌کنند عزت نفس در نوجوانی افت می‌کند و از بین کسانی که عزت نفس آنها افت می‌کند، بیشترین تعداد را دختران تشکیل می‌دهند، همسویی دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد از آنجا که در این پژوهش نیز در هر دو گروه، تعداد دختران، بیشتر از پسران بوده است و دختران نوجوان در مورد ظاهر جسمانی، نگرانی بیشتری دارند و در مورد تواناییهای خود، عدم اطمینان بیشتری احساس می‌نمایند، لذا کسب نمرات عزت نفس پایین در این گروهها، دور از ذهن نبود.

در این پژوهش عزت نفس نوجوانان مصروع از نوجوانان غیرمصروع به‌طور معنی‌داری پایین‌تر بود. نوجوانان در جهت کسب هویت و نقش خود در جامعه هستند؛ این در حالی است که نوجوانان مصروع، اغلب آرزوهای بزرگ سایر نوجوانان را در سر دارند، اما متوجه تفاوت خود با دیگران هستند و حتی گاهی خود را با ارزش پایین‌تر ارزیابی می‌کنند، آنها یاد گرفته‌اند که در انجام بسیاری از امور، باید جانب احتیاط را رعایت کنند؛ برای نمونه آنها می‌دانند که به مشاغلی چون رانندگی، خلبانی، جراحی نمی‌توانند فکر کنند، چرا که با بیماریشان سازگاری ندارد. این محدودیتها به اضافه توجه و تأکید اطرافیان، خانواده و دوستان به بیماری آنها و حتی تأثیر نامناسب داروها می‌تواند سبب شکل‌گیری عزت نفس پایین آنها شود. نتایج این پژوهش با پژوهشهای راتیا، اسدرفلت، لارسون و لارسون (۲۰۰۴)، اسمیتس، ون لیروپ، ون هاوتوین، آلدن کمپ و تیجهوس (۲۰۰۷)، لی، هامیواکا، شرمین و وایرل (۲۰۰۸)، گافین، لندبوم و راتی (۲۰۱۰) مطابقت دارد.

نتایج پژوهش حاضر، نشان می‌دهد که بین دو گروه دانش‌آموزان مصروع و غیرمصروع از لحاظ کمال-گرایی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ هرچند در هر دو گروه، میانگین نمرات کمال‌گرایی، بیشتر از متوسط و نشان‌دهنده گرایش به کمال‌گرایی در هر دو گروه

است. در تبیین این یافته، می‌توان به آغاز تفکر انتزاعی در نوجوانان اشاره کرد که به آنها این امکان را می‌دهد که از دنیای واقعی فراتر بروند و به احتمالات فکر کنند. این آرمان‌گرایی، آنها را به سمت ساختن رؤیای بزرگ دنیای بی‌نقص سوق می‌دهد (برک، ۲۰۰۱، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۶). نوجوانان اغلب به دنبال تحقق آرزوهای خویش هستند و در این راه، معمولاً سعی در کسب بهترین و بزرگ‌ترین اهداف می‌کنند و این خود سبب آرمان‌گرایی و دوری آنها از دنیای واقعی می‌شود؛ همچنین ممکن است که این نتیجه ناشی از تأثیر داروها در کنترل نشانه‌های بیماری و جلوگیری از حملات تشنج باشد که سبب می‌شود این نوجوانان بیماری خود را کمتر مشکلی در راه کسب اهداف خود بدانند؛ بنابراین اهداف کمال-گرایانه برای خود قرار می‌دهند.

نتایج پژوهش حاضر، نشان داد که عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مصروع، به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از دانش‌آموزان غیرمصروع است. تأثیر صرع بر عملکرد تحصیلی، می‌تواند نتیجه اختلال عملکرد دستگاه عصبی مرکزی، تشنج، داروهای ضد صرع و یا واکنش والدین نسبت به فرد مصروع و یا نگرش خود بیمار باشد (رودنبرگ، وانگر، اوستین، کر و دان، ۲۰۱۱). عقب ماندگی کودکان در امور تحصیلی، با مسائل اجتماعی، شدت و مدت حملات صرعی، آشفتگیهای رفتاری، پرخاشگری و جنجال در کلاس و مدرسه، تحریکات و بی‌ثباتی خلقی، عاطفی و ناسازگاری با محیط ارتباط زیادی دارد (میلانی فر، ۱۳۸۹). نتایج این پژوهش با پژوهشهای جنسون (۲۰۱۱)، رلی و نویل (۲۰۱۱) و توزن، گوکن، ازباران، سردارگلو، پولات، تکگول و گوکبن (۲۰۰۸) همسویی دارد.

این پژوهش محدودیتهایی داشته است؛ از جمله جامعه آماری این پژوهش شامل نوجوانان مصروع ۱۲ تا ۱۸ سال شهر اهواز بود که امکان تعمیم نتایج را محدود می‌کند؛ به علت مشکل بودن انتخاب و دسترسی به

برک، لورا ای. (۱۳۸۶). روان‌شناسی رشد از نوجوانی تا پایان زندگی. (ترجمه یحیی سید محمدی). تهران: انتشارات ارسباران.

رجبی، غلامرضا و بهلول، نسرين. (۱۳۸۶). سنجش پایایی و روایی مقیاس عزت نفس روزنبرگ در دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران اهواز. پژوهش‌های تربیتی و روانشناختی، سال سوم، شماره دوم، ۳۳-۴۸.

علی‌زاده، توران؛ فراهانی، محمدنقی؛ شهرآرای، مهرناز و علیزادگان، شهرزاد. (۱۳۸۴). رابطه بین عزت نفس و منبع کنترل با استرس ناباروری زنان و مردان نابارور. فصلنامه باروری و ناباروری، بهار ۸۴، ۱۹۴-۲۰۴. میلانی فر، بهروز (۱۳۸۹). بهداشت روانی. تهران: انتشارات قومس.

نجاریان، بهمن؛ عطاری، یوسف و زرگر، یداله. (۱۳۷۸). استانداردسازی آزمون کمال‌گرایی (APS) در دانشجویان دانشگاه شهید چمران و دانشگاه آزاد واحد اهواز. طرح پژوهشی با نظارت معاونت پژوهشی دانشگاه شهید چمران

هرمزی‌نژاد، علی. (۱۳۸۰). استانداردسازی آزمون کمال‌گرایی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد واحد خوراسگان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

Bailet, L. L., & Turk.W. R. (2000). The impact of childhood epilepsy on neurocognitive & behavioral performance: A prospective longitudinal study. *Epilepsia*, 41(4), 426-431.

Baker, G., Spector, S., & Mc Grath, Y. (2005). Impact of epilepsy in adolescence: A UK controlled study. *Epilepsy & Behavior*, 6, 556-562.

Devinsky, O., Westbrook, L., Cramer J, Glassman, M., Perrine, K., & Camfield, C. (1999). Risk factors for poor health-related quality of life in adolescents with epilepsy. *Epilepsia*, 40(12), 1715-20.

Engel, J., Baker, G., & Jacoby, A. (2002). *Quality of life in epilepsy*. New York: Routledge.

Fastenau, P. S., Shen, J., Dunn, D. W., Perkins, S. M., Hermann, B. P., & Austin, J. K. (2004). Neuropsychological predictors of academic underachievement in pediatric epilepsy: Moderating roles of demographic, seizure, & psychosocial variables. *Epilepsia*, 45(10), 1261-1272.

Flett, G. L., & Hewitt, P.L. (2005). The perils of perfectionism in sports & exercise. *Current Directions in Psychological Science*, 14(1), 14-18

دانش‌آموزان مصروع، امکان بررسی نمونه‌ای با حجم بالاتر وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، جامعه وسیع‌تری از مبتلایان به صرع در سطح کشور با دامنه سنی وسیع‌تر بررسی شود؛ همچنین پیشنهاد می‌شود به بررسی سایر صفات و ویژگی‌های دانش‌آموزان مصروع و نیز مقایسه آن با دانش‌آموزان عادی پرداخته شود. آشنایی با عزت نفس نوجوانان مصروع می‌تواند در آموزش و بهبود عزت نفس و عملکرد تحصیلی در این نوجوانان مؤثر باشد و به این وسیله این نوجوانان را در برخورد با مشکلات جسمانی، هیجانی و اجتماعی ناشی از بیماریشان، توانا‌تر سازد. این پژوهش به دنبال مقایسه عزت نفس، کمال‌گرایی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان نوجوان مصروع و غیرمصروع بود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، مبنی بر پایین‌تر بودن عزت نفس و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مصروع نسبت به دانش‌آموزان غیرمصروع، پیشنهاد می‌شود اقدامات لازم در جهت افزایش عزت نفس و عملکرد تحصیلی این دانش‌آموزان صورت گیرد که از جمله می‌توان با آموزش برنامه‌های بهبود عزت نفس و عملکرد تحصیلی، به دانش‌آموزان و کمک به اولیا و مربیان این افراد، در جهت بهبود عزت نفس و عملکرد تحصیلی آنان اقدام کرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله، بر خود لازم می‌دانند از کلیه دانش‌آموزانی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند و همچنین مسئولین محترم آموزش و پرورش شهر اهواز قدردانی و تشکر نمایند.

یادداشتها

- 1) Electro-Encephalogram
- 2) The Rosenberg Selfesteem Scale
- 3) Newton
- 4) Ahwaz Perfectionism scale
- 5) Berk

منابع

احتشام‌زاده، پروین؛ مکوندی، بهنام و باقری، اشرف. (۱۳۸۸). رابطه بخشودگی، کمال‌گرایی و صمیمیت با رضایت زناشویی در جانبازان و همسران آن‌ها. یافته‌های نو در روان‌شناسی، ۴ (۱۲): ۱۳۶-۱۲۳.

- Gauffin, H., Landtblom, A. M., & Raty, L. (2010). Self-esteem & sense of coherence in young people with uncomplicated epilepsy: A 5-year follow-up. *Epilepsy & Behavior, 17*, 520-524.
- Jenson, F. E. (2011). Epilepsy as a spectrum disorder: Implications from novel clinical & basic neuroscience, *Epilepsia, 52(1)*, 1-6.
- Lee, A., Hamiwka, L. D., Sherman, E. S., & Wirrell, E. C. (2008). Self-concept in adolescents with epilepsy: Biological and social correlates. *Pediatr Neurol, 38*, 335-339.
- MacLeod, J. S., & Austin, J. K. (2003). Stigma in the lives of adolescents with epilepsy: a review of the literature. *Epilepsy Behavior, 4*, 112-7.
- Ratya, K. A., Sderfeldt, B. A., Larsson, G., & Larsson, B. W. (2004). The relationship between illness severity, sociodemographic factors, general self concept, & illness-specific attitude in Swedish adolescents with epilepsy. *Seizure, 13*, 375-382.
- Reily, C., & Neville, B. R. (2011). Academic achievement in children with epilepsy: A review, *Epilepsy Research, 97*, 1, 112-123.
- Roodenberg, R., Wanger, J. L., Austin, J. K., Kerr, M., & Dunn, D. W. (2011). Psychological issues for children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 22(1)*, 47-54.
- Smeets, M. J., van Lierop, A. G., Vanhoutvin, P. G., Aldenkamp, A. P. & Nijhuis, J. N. (2007). Epilepsy & employment: Literature review. *Epilepsy & Behavior, 10*, 354-362.
- Tosun, A., Gokcen, S., Ozbaran, B., Serdaroglu, G., Polat, M., Tekgul, H., Gokben, S. (2008). The effect of depression on academic achievement in children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 13(3)*, 494-498.
- Wheless, J.W., Kim, H. L. (2002). Adolescent seizures and epilepsy syndromes. *Epilepsia, 43*, 33-53.
- Winter, D. G. (1996). *Personality, analysis & interpretations of lives*. New York: McGraw-Hill.

Development of a Resilience Fostering Program, and Its Effectiveness on Psychological Well-being in Adolescents with Externalizing and Internalizing Behavioral Disorders

تدوین برنامه پرورش تاب‌آوری و بررسی تأثیر آن بر بهزیستی روانی نوجوانان با اختلالهای رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود

Hamid Alizadeh¹, Ph.D, Manizheh Kaveh Ghahfarokhi², Ph.D, Majid Yoosefi Looyeh³, Ph.D, Alireza Roohi⁴

دکتر حمید علیزاده^۱، دکتر منیژه کاوه قهفرخی^۲، دکتر مجید یوسفی لویه^۳، علیرضا روحی^۴

Received:19.12. 11 Revised:9.4.12 Accepted: 12.11. 12

دریافت: ۹۰/۹/۲۸، تجدیدنظر: ۹۱/۱/۲۱، پذیرش ۹۱/۸/ ۲۲

Abstract

چکیده

Objective: This study examines the development of a resilience fostering program, and its effectiveness on psychological well-being in adolescents with externalizing and internalizing behavioral disorders. **Method:** In this developmental, and semi-experimental study, 58 adolescents (age mean = 12.77, SD = 0.88) participated. Neil & Dais' Scale (2001), Achenbach's Child Behavior Checklist (CBCL) - Persian version- (Minaei, 2004), Skehill' General Well-being (2001), were respectively completed for resilience, behavioral disorders, and psychological well-being. **Results:** Covariance analysis revealed that the program could increase psychological well-being in the post test stage ($P < .05$), but not in the follow-up. On the other hand, resilience was enhanced and kept both in post-test and follow-up stages ($P < .05$). **Conclusion:** Accordingly, we can suggest that this program could improve psychological well-being, resilience, and behavioral disorders in some aspects.

هدف: در پژوهش حاضر، برنامه‌ای برای پرورش تاب‌آوری تدوین شده و سپس تأثیر آموزش آن بر بهزیستی روانی نوجوانان با اختلالهای رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود بررسی شده است. **روش:** پژوهش حاضر، از نوع بنیادی-کاربردی و روش پژوهش، روش نیمه‌آزمایشی است. تعداد ۵۸ نفر (با میانگین سنی ۱۲/۷۷ و انحراف معیار ۰/۸۸) در پژوهش شرکت داده شدند. مقیاس تاب‌آوری نیل و دایس (۲۰۰۱)، نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (مینایی، ۱۳۸۴) و مقیاس بهزیستی عمومی اسکهل (۲۰۰۱) به ترتیب برای ارزیابی تاب‌آوری، اختلالهای رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود، و بهزیستی روانی استفاده شده است. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش تاب‌آوری، باعث افزایش بهزیستی روانی شرکت‌کنندگان در مرحله پس‌آزمون می‌شود ($P < ۰/۰۵$) ولی اثر آن تا مرحله پیگیری باقی نمی‌ماند؛ همچنین، آموزش تاب‌آوری، باعث افزایش تاب‌آوری در این نوجوانان می‌شود و اثر آن در مرحله پیگیری نیز باقی می‌ماند ($P < ۰/۰۵$). **نتیجه‌گیری:** بر این اساس می‌توان نتیجه‌گیری کرد که برنامه تاب‌آوری تدوین‌شده توانسته است ضمن بهبود نسبی بهزیستی روانی دانش‌آموزان دارای اختلالهای رفتاری، موجب ارتقای میزان تاب‌آوری و کاهش شدت اختلالهای رفتاری آنها شود.

Keywords: Resilience, Well-being, Externalizing and Internalizing Behavioral Disorders.

واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، بهزیستی روانی، اختلالهای رفتاری، درون‌نمود و برون‌نمود

1. **Corresponding author:** Associate professor, Allameh Tabataba'i University (Email: hamidalizadeh@yahoo.com)
2. Assistant professor, Shahrkord university
3. Assistant professor Azad university
4. Ministry of Education

۱. نویسنده مسئول: دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی
۲. استادیار دانشگاه شهرکرد
۳. استادیار دانشگاه آزاد
۴. آموزش و پرورش

مقدمه

شواهد فزاینده‌ای در مورد اهمیت تاب‌آوری^۱ و سلامت در زندگی و رشد نوجوانان وجود دارد (برادی، ۱۹۹۳؛ کاربنل و همکاران، ۱۹۹۸؛ هوارد، ۱۹۹۶؛ جسر و همکاران، ۱۹۹۵؛ لوتار و زیگلر، ۱۹۹۱؛ ۱۹۹۸؛ رافائل، ۱۹۹۳؛ ورنر، ۱۹۹۵) به گونه‌ای که برخی روان‌شناسان راهبردها و اقدامات پیشگیرانه تاب‌آوری را به منظور حفظ سلامت روانی کودکان و نوجوانان مورد تأکید قرار داده‌اند (پرینس امبوری، ۲۰۰۸). مطالعه تاب‌آوری در میان نوجوانان و جوانان، از اهمیت بالایی برخوردار است؛ زیرا انتقال به دوره بزرگسالی، پدیده‌ای پرچالش، پرخطر و استرس‌زا است (مونتگومری و همکاران، ۲۰۰۸). برنامه‌های افزایش تاب‌آوری به نوجوانان کمک می‌کند تا با چالشها مواجه شوند و آنها را با موفقیت پشت سر بگذارند (استفنز، ۲۰۱۲). تاب‌آوری توانایی استقامت فرد در برابر شرایط دشوار و غلبه بر آن با حفظ سلامت روانی، شوخ‌طبعی و بهزیستی است (کارلتون و همکاران، ۲۰۰۶) و نقطه مقابل آسیب‌پذیری به شمار می‌آید و تا حدی ویژگی شخصیتی و متأثر از عوامل محیطی است. از این‌رو، که می‌توان ظرفیت آموزش گفته‌شده را ارتقاء داد و به افراد کمک کرد تا با رویدادها و واقعیت‌های ناخوشایند زندگی به‌گونه‌ای مثبت و کارآمد رویارو شوند (کورهونن، ۲۰۰۷، مک آلیستر و لو، ۲۰۱۱).

پژوهشها نشان می‌دهند دوره نوجوانی به‌ویژه، دوره‌ای پرخطر برای بروز اختلالات رفتاری است (گیلوم و شاو، ۲۰۰۴؛ کافمن، ۲۰۰۵؛ لئوبر و هی، ۱۹۹۷). مطالعه اختلالات رفتاری در دوره نوجوانی و مداخله‌های مربوط به آنها از این نظر، بسیار اهمیت دارد که این اختلالات عملکرد روزمره نوجوانان را به طور چشمگیری، دچار آسیب می‌کند. افزون بر این، نادیده گرفتن این مشکلات، ممکن است به اختلالات روان‌شناختی شدیدتری در بزرگسالی منجر شوند (فردیناند و همکاران، ۱۹۹۹). اختلالات رفتاری در

دو دسته اصلی برون‌نمود^۲ و درون‌نمود^۳ طبقه‌بندی می‌شوند. اختلالات برون‌نمود شامل اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی^۴، اختلال سلوک^۵ و اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۶ و اختلالات درون‌نمود به‌طور کلی، شامل اختلالات اضطرابی و افسردگی است (بارکلی، ۱۹۹۶، ۱۹۹۸). اختلالات درون‌نمود ماهیت درون‌فردی دارند و به شکل اضطراب، ترس و افسردگی تجلی می‌یابند ولی اختلالات برون‌نمود، ماهیت بین‌فردی دارند و به شکل بیش‌فعالی، پرخاشگری، نافرمانی مقابله‌ای و رفتارهای آزارنده و تخریبی بروز می‌کنند (کمبل، ۱۹۹۵). اختلالات رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود پیامدهای قابل توجهی برای افراد دارای این اختلالات به‌ویژه نوجوانان دارند. افرادی داری اختلال برون‌نمود، به‌طور معمول برقراری ارتباط مؤثر با همسالانشان برقرار نمی‌کنند و به آنها واکنش منفی نشان می‌دهند (هوگ و استین برگ، ۱۹۹۵؛ اولند و شاو، ۲۰۰۵). درحالی‌که افراد دارای اختلالات رفتاری درون‌نمود از دیگران فاصله می‌گیرند و منزوی می‌شوند (کوی و داگ، ۱۹۹۸). از سوی دیگر، برخی شواهد بر رابطه اختلالات رفتاری نوجوانان و شاخصهای تاب‌آوری دلالت دارند؛ برای مثال، ریویج، گیلمن، چاپلین و سلیگمن (۲۰۰۵) نشان داده‌اند که بروز اختلالات درون‌نمود با افزایش سبکهای درست کنار آمدن، راهبردهای حل مسئله و رابطه با همسالان، کاهش می‌یابد و گلداستین (۲۰۰۲) به نقل از مونتگومری و همکاران، (۲۰۰۸) نیز تواناییهای شناختی کارآمد را عامل افزایش تاب‌آوری در نوجوانان دارای اختلال رفتاری برون‌نمود می‌داند.

به‌طورکلی برخی عوامل، فرایند تاب‌آوری را تسهیل و برخی دیگر آن را تضعیف می‌کنند. عوامل دسته اول عوامل حفاظتی^۷ و عوامل دسته دوم عوامل خطرآفرین^۸ هستند؛ عامل خطرآفرین، ویژگی، تجربه یا رویدادی است که با افزایش پیامدهای خاصی به‌ویژه پیامدهای منفی و ناسازگارانه همخوانی دارد. به دیگر سخن، عوامل خطرآفرین ویژگیها یا عوامل محیطی و

مهارتهای گوناگون مربوط به تاب‌آوری، آموزش در حیطه تاب‌آوری به نوجوانان دارای اختلال رفتاری، کمک می‌کند تا ضمن شناخت بهتر از افکار، باورها، نگرشها و احساسات خود، به راهبردها و توانمندیهای لازم برای تاب‌آوری و ایمنی روانی دست یابند (بیر، ۲۰۰۶).

از سوی دیگر بهزیستی در رشد روانی مثبت به‌مثابه نوعی شاخصه، پیش‌بینی‌کننده، عامل واسطه‌گر و پیامد، نقش مهمی ایفا می‌کند (پارک، ۲۰۰۴). تاب‌آوری که در حقیقت، ظرفیت و توانایی افراد برای استقامت در برابر شرایط دشوار است، با حفظ سلامت روانی و بهزیستی افراد و ارتقای آن رابطه دارد (کارلتون و همکاران، ۲۰۰۶؛ ویس، ۲۰۰۸). همچنان که از نظر کاریوچی، هی ون و داویس (۲۰۰۷) شاخصه‌های مهم تاب‌آوری بر میزان بهزیستی نوجوانان اثر می‌گذارند. ریویچ و شاته (۲۰۰۲) نیز بر این باورند که آموختن مهارتها و سبکهای تفکر تاب‌آور، سلامت روانی را افزایش می‌دهد و باعث ارتقای سطح بهزیستی روانی و جسمی افراد می‌شود. بر این اساس، بهزیستی روانی بر میزان استقامت روان‌شناختی یا تاب‌آوری فرد در مقابل آسیب‌زها استوار شده است.

نظر به اینکه از یک سو برخی مهارتهای تاب‌آوری آموختنی هستند (کوردیچ-هال و پیرسون، ۲۰۰۳) و نیز تاب‌آوری رابطه معناداری با سلامت روانی و جسمی دارد (گلداستین و بروکس، ۲۰۰۵)، از سوی دیگر بر نیاز به طرح‌ریزی مداخله‌هایی برای افزایش تاب‌آوری در نوجوانان، به‌ویژه نوجوانان دارای اختلال رفتاری تأکید می‌شود (کارلتون و همکاران، ۲۰۰۶)، پژوهش حاضر کوشیده است تا ضمن تدوین برنامه تاب‌آوری و آموزش آن به نوجوانان دارای اختلالهای رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود، تأثیر آن را بر میزان بهزیستی روانی این نوجوانان بررسی کند. عواملی که باعث افزایش تاب‌آوری می‌شوند، عواملی ماوراءطبیعی نیستند، بلکه عوامل طبیعی جریان رشد و تحول

شرایطی هستند که باعث می‌شوند کودک یا نوجوان سازگاری پایینی داشته باشد و در حوزه‌های خاص سلامت جسمی، سلامت روانی، عملکرد تحصیلی و سازگاری اجتماعی ضعیف عمل کند. برخی از عوامل خطرآفرین شناخته شده شامل رویدادهای آسیب‌زای روانی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی ضعیف، تعارضهای خانوادگی، قرار گرفتن در معرض خشونت و وجود مشکلات شدید در والدین مانند سوء مصرف مواد یا بیماریهای روانی است (کاپلان، ۱۹۹۹). در مقابل، برخی از پژوهشهای حوزه تاب‌آوری به جست‌وجو و شناسایی عوامل حافظتی پرداخته‌اند. برای نمونه، پژوهش ورنر (۱۹۸۴) نشان داد کودکان تاب‌آور خلق و خو و ویژگیهای متفاوتی دارند و واکنشهای مثبتی نسبت به اعضای خانواده و غریبه‌ها نشان می‌دهند که باعث می‌شود در سال‌های اولیه با بزرگسالان روابط نزدیکی برقرار کنند. این کودکان در حل مسائل رویکرد فعال دارند، تجربه‌هایشان را به‌طور سازنده ادراک می‌کنند و توانایی جلب توجه مثبت دیگران را دارند.

تاکنون پژوهش در حیطه مداخله‌های پرورش تاب‌آوری در نوجوانان دارای مشکلات رفتاری، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. کارلتون و همکاران (۲۰۰۶) بر این باورند که نیاز است مداخله‌هایی برای افزایش تاب‌آوری در نوجوانان، به‌ویژه نوجوانان دارای اختلال رفتاری صورت بگیرد. از نظر این پژوهشگران ضروری است پژوهشهایی به تدوین و ارزیابی برنامه‌هایی برای ارتقای بهزیستی و افزایش تاب‌آوری نوجوانان، متناسب با بافت و فرهنگ هر جامعه اختصاص یابد.

دوره‌های پرورش تاب‌آوری موجب می‌شود تغییراتی در جهت کشف توانمندیهای شرکت‌کنندگان، بازگشت به وضعیت عادی پس از تجربه مشکلات و به‌کار بردن دانشهای کاربردی، مهارتها و نگرشهایی که در طی جلسات آموزشی کسب کرده‌اند، رخ بدهد. با توجه به تأکید صاحب‌نظران بر آموختنی بودن

دانش‌آموزان یعنی ۸۰ نفر در پژوهش مشارکت داشتند (در هر گروه ۲۰ نفر). همان‌گونه که پیش‌بینی می‌شد، تعدادی از شرکت‌کنندگان افت داشتند، برخی شرکت‌کنندگان نیز به علت اینکه پاسخنامه‌هایشان مخدوش یا ناتمام بود و یا اینکه پاسخنامه‌ها را برنگردانده بودند، از پژوهش کنار گذاشته شدند و برخی نیز به علت اینکه تعداد غیبتشان بیش از سه جلسه بود، از پژوهش خارج شدند. در نهایت در گروه مجموعاً ۶۸ نفر در پژوهش مشارکت داشتند و نمونه پژوهش حاضر را تشکیل دادند که تعداد آنها در هر گروه به تفکیک مشخص شده است.

گروه نوجوانان با اختلالاتی درون‌نمود ۳۰ نفر (شامل ۱۵ نفر در گروه آزمایش ۱۵ و ۱۵ نفر در گروه کنترل) می‌شد (۷ پسر و ۸ دختر در هر گروه). در گروه نوجوانان با اختلالاتی بیرون‌نمود نیز ۲۸ نفر که شامل ۱۴ نفر در گروه آزمایش و ۱۴ نفر در گروه کنترل می‌شد (۷ پسر و ۷ دختر در هر گروه).

روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر، روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی با جایگزینی تصادفی است؛ به این منظور به منطقه شرق به تصادف انتخاب شد (از بین منطقه غرب و شرق و شمال و جنوب که در طرح پژوهش در نظر گرفته شده بود). پس از مراجعه آموزش و پرورش، از آن منطقه آموزشی به تصادف پنج مدرسه دخترانه و پنج مدرسه پسرانه گزینش شدند و سپس با مراجعه به مدارس مذکور و انجام اقدامهای اولیه و اجرای آزمون آخنباخ تعداد ۸۰ نفر از افراد دارای اختلال رفتاری بیرون‌نمود و درون‌نمود که مایل به همکاری و شرکت در پژوهش بودند، انتخاب و دعوت به همکاری شدند؛ سپس اعضای انتخاب شده، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و دو گروه کنترل یا گواه جایگزین شدند و در نهایت ۵۸ نفر از این ۸۰ نفر آزمودنیهای پژوهش حاضر را تشکیل دادند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش ابزارهای زیر به منظور جمع‌آوری

هستند (واکتار، کریستی، بورگه، تورجنسن، ۲۰۰۴). برای مثال، سیاروچی، هیون و داویس (۲۰۰۷) مطرح کرده‌اند که با انجام مداخلاتی در زمینه دلگرم‌سازی، اعتماد به نفس و سبک تبیین نوجوانان می‌توان تاب‌آوری را افزایش داد؛ مداخله‌هایی که هدفشان پرورش تاب‌آوری و افزایش سازگاری مثبت با شرایط ناگوار است، برای کودکان و نوجوانان آسیب‌پذیر و دارای مشکلات روان‌پزشکی بسیار سودمند است، این‌گونه مداخله‌ها باعث افزایش منابع تاب‌آوری و کاهش احتمال عود یا وخیم‌تر شدن مشکلات روان‌شناختی آنان می‌شود. برخی محققان و صاحب‌نظران نیز افزایش عوامل محافظتی و کاهش عوامل خطر را در برنامه‌های افزایش تاب‌آوری مورد استفاده قرار داده و یا مؤثر دانسته‌اند (استفنز، ۲۰۱۲). با وجود آنکه ضرورت‌هایی در زمینه ایجاد ایمنی روانی، پیشگیری از اختلالات رفتاری و توانمندسازی نوجوانان احساس می‌شود، خلأ پژوهشی قابل ملاحظه‌ای در این زمینه وجود دارد. زیرا اکثر کارهای پژوهشی انجام‌گرفته به‌ویژه در ایران در حوزه اختلالات رفتاری معمولاً از حد کارهای توصیفی فراتر نرفته‌اند؛ بنابراین، مسئله اساسی پژوهش حاضر این است که مؤلفه‌ها و شاخصهای برنامه مداخله‌ای مؤثر برای نوجوانان دارای اختلال رفتاری چه چیزهایی هستند و این نوع مداخله‌ها چه آثاری بر تاب‌آوری و بهزیستی روانی نوجوانان دارای اختلال رفتاری بیرون‌نمود و درون‌نمود دارد.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع بنیادی - کاربردی، و روش پژوهش، روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش-آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است.

نمونه و روش نمونه‌گیری

با توجه به اینکه روش پژوهش نیمه‌آزمایشی است، حجم نمونه در هر گروه باید حداقل ۱۵ نفر باشد. در پژوهش حاضر، در ابتدا به‌خاطر در نظر گرفتن پدیده افت و ریزش شرکت‌کنندگان، تعداد بیشتری از

داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند:

۱. مقیاس تاب‌آوری: ویژگی تاب‌آوری با مقیاس ۱۵ سؤالی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. این مقیاس را نیل و دایاس (۲۰۰۱) تهیه کرده‌اند که فرم تغییر یافته مقیاس ۲۵ سؤالی واگنیلد و یانگ (۱۹۹۳) است. در اصل نیل و دایاس، ۱۵ سؤال از ۲۵ سؤال مقیاس واگنیلد و یانگ را که دارای بیشترین روایی و بار عاملی غیرچرخشی بودند، مورد استفاده قرار دادند. این مقیاس از عبارتهای خودتوصیفی مثبت تشکیل شده است که در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً موافقم) تا ۷ (کاملاً مخالفم) درجه‌بندی می‌شود. تاب‌آوری کلی با تقسیم نمره فرد بر تعداد کل سؤالات به دست می‌آید و به این طریق میانگین مقیاس حاصل می‌شود. نمره‌های بالاتر در مقیاس نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است.

برای ساختار عاملی مقیاس ۲۵ سؤالی واگنیلد و یانگ (۱۹۹۳) دو ساختار عاملی دوبعدی^۹ و تک‌بعدی^{۱۰} مناسب برای داده‌ها شناسایی کردند. این دو ساختار عاملی «صلاحیت فردی»^{۱۱} و «پذیرش خود و زندگی»^{۱۲} بودند. تحلیل عاملی تأییدی انجام گرفته توسط محققان بر روی مقیاس تغییر یافته تاب‌آوری نشان داد که ساختار تک عاملی به خاطر کوچکی اندازه نمونه، باردهی متقاطع چندگانه روی چند عامل، مناسب بودن نارضایت بخش داده‌ها و یک پایه نظری برای بررسی تاب‌آوری کلی، مناسب‌تر است. این مورد با یافته‌های نیل و دایاس (۲۰۰۱) هماهنگ بود که با استفاده از یک عامل تاب‌آوری کلی موافق بودند.

پایایی^{۱۳} مقیاس ۲۵ سؤالی با استفاده از روش همسانی درونی در شش مطالعه از محدوده $\alpha = .76$ تا $\alpha = .91$ به دست آمده است (کولی^{۱۴}، ۱۹۹۰؛ کلین^{۱۵} و جارت^{۱۶}، ۱۹۸۹؛ کلاس^{۱۷} ۱۹۹۳؛ واگنیلد و یانگ، ۱۹۸۸، ۱۹۹۰، ۱۹۹۳؛ به نقل از آروئین^{۱۸} و همکاران، ۱۹۹۷). برای فرم تغییر یافته مقیاس تاب‌آوری ۱۵ سؤالی در مطالعه نیل و دایاس (۲۰۰۱) آلفای کرونباخ معادل $.91$ به دست آمد. اعتبار^{۱۹} همزمان مقیاس

تاب‌آوری اصلی در مطالعات مختلف، با همبستگی معنادار بین مقیاس تاب‌آوری و مقیاسهایی مانند اخلاق، رضایت از زندگی، استرس، اعتماد به نفس، افسردگی و سلامت که از لحاظ نظری سازه‌های مرتبط با تاب‌آوری بودند، به دست آمد (کولی، ۱۹۹۰؛ کلین و جارت، ۱۹۸۹؛ کلاس ۱۹۹۳؛ واگنیلد و یانگ، ۱۹۸۸، ۱۹۹۰، ۱۹۹۳؛ به نقل از آروئین و همکاران، ۱۹۹۷).

در مطالعه اسکھیل (۲۰۰۱) که بر روی نوجوانان گروه سنی ۱۳ تا ۱۵ سال انجام شده، این مقیاس آلفای کرونباخ از دامنه $.85$ در اجرای اول تا $.90$ در اجرای دوم بود که مجدداً همسانی درونی بالای این مقیاس را نشان می‌دهد.

این آزمون اولین بار در ایران در این پژوهش به منظور سنجش تاب‌آوری نوجوانان دارای اختلال رفتاری مورد استفاده قرار گرفت و قبل از آن آزمون ترجمه و برای نمونه‌ای از دانش‌آموزان نوجوان عادی به عنوان گروه بررسی مقدماتی^{۲۰} اجرا و ضرایب اعتبار و پایایی آن محاسبه شد.

به منظور به دست آوردن اعتبار همزمان آزمون تاب‌آوری نیل و دایاس، بین نمرات این آزمون با نمرات آزمون مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^{۲۱} در یک گروه بررسی مقدماتی همبستگی گرفته شد و ضریب همبستگی حاصل معادل $.63$ به دست آمد. ضریب پایایی پرسشنامه تاب‌آوری نیل و دایاس در این پژوهش، با استفاده از روش آلفای کرونباخ معادل $.82$ به دست آمد.

۲. نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA):

در نظام آخنباخ برای به دست آوردن اطلاعات از سه منبع والدین، معلم و خود کودک از مقیاسهای درجه‌بندی رفتار استفاده می‌شود. این مقیاسها به ترتیب عبارت‌اند از: سیاهه رفتاری کودک^{۲۲} (CBCL)، پرسشنامه خودسنجی^{۲۳} (YSR) و فرم گزارش معلم^{۲۴} (TRF). این مقیاسها را آخنباخ براساس شیوه‌های آماری مانند تحلیل عوامل پرورش داده و به دو عامل

نشان‌دهندهٔ بهزیستی روانی بیشتر و همچنین نمره بالاتر در مقیاس ناراحتی روان‌شناختی نشان‌دهندهٔ ناراحتی روان‌شناختی بیشتر است. همبستگی دو مقیاس در اجرای اول ۰/۷۲، - و در اجرای دوم ۰/۶۵- بود. در این پژوهش به منظور سنجش بهزیستی روانی نوجوانان مقیاس مذکور مورد استفاده قرار گرفت و قبل از اجرا نیز برای نمونه‌ای ۳۰ نفری از کودکان عادی به عنوان گروه بررسی مقدماتی اجرا و ضرایب پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۰ محاسبه شد.

شیوهٔ اجرا و گردآوری داده‌ها

بعد از نمونه‌گیری و انتخاب افراد مورد نظر طبق معیار، جمع‌آوری داده‌ها در چند مرحله صورت گرفت. در ابتدا از دانش‌آموزان برای شرکت در جلسهٔ معارفه و آشنایی با فرایند پژوهش دعوت شد و دانش‌آموزانی که مایل به شرکت در پژوهش بودند، به منظور تشخیص اختلال‌های رفتاری، پرسشنامه آخنباخ را تکمیل کردند و افراد دارای اختلال رفتاری مورد شناسایی قرار گرفتند. در مرحله بعد، پیش‌آزمونها، یعنی مقیاس‌های تاب‌آوری و بهزیستی روانی برای دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود اجرا شد؛ آنگاه از هر یک از گروه‌های دارای اختلال درون‌نمود و برون‌نمود، یکی در گروه آزمایش و دیگری در کنترل به‌صورت تصادفی جایگزین گردیدند و مجموعاً چهار گروه در این پژوهش (گروه آزمایش درون‌نمود، گروه آزمایش برون‌نمود، گروه کنترل درون‌نمود، گروه کنترل برون‌نمود) تشکیل شد. گروه‌های آزمایش در معرض برنامهٔ پرورش تاب‌آوری که از قبل برای این پژوهش تدوین شده بود، قرار گرفتند و برای گروه‌های کنترل هیچ گونه مداخله‌ای مرتبط با پرورش تاب‌آوری صورت نگرفت. این برنامه برای هر یک از گروه‌های درون‌نمود و برون‌نمود در ۱۰ جلسه یک‌ساعته اجرا شد که محتوای پنج جلسه از آن برای گروه‌ها مشترک و پنج جلسهٔ دیگر آن بسته به نوع گروه آزمایش متفاوت بود. روش آموزش

کلی که آنها را اصطلاحاً درونی‌سازی و برونی‌سازی می‌نامد، دست یافته است. لازم به ذکر است که این مقیاس دارای سه فرم خودسنجی، فرم گزارش معلم و سیاههٔ رفتاری کودک است که به‌وسیلهٔ والدین تکمیل می‌شود و در این پژوهش، از فرم خودسنجی استفاده شده است. پرسشنامهٔ خودسنجی برای سنین ۱۱-۱۸ سال هنجاریابی شده است و خود نوجوان آن را تکمیل می‌کند. پاسخ‌دهنده هر سؤال را به‌صورت ۰= نادرست است؛ ۱= تاحدی یا گاهی درست است؛ و ۲= کاملاً یا غالباً درست است، درجه‌بندی می‌کند. این نظام سنجش و مقیاس‌های آن را مینایی و همکاران (۱۳۸۴) در شهر تهران مورد انطباق و هنجاریابی قرار داده‌اند. اعتبار، همسانی درونی، ثبات زمانی و توافق متقابل پاسخ‌دهندگان و روایی نتایج فرم‌های مختلف (ASEBA) قابل قبول و در سطح بالایی هستند و به علت طولانی بودن و وجود آنها در کتابچهٔ راهنمای این نظام سنجش، از ذکر آنها خودداری می‌شود (مینایی، ۱۳۸۴).

۳. مقیاس بهزیستی عمومی: بهزیستی روان‌شناختی (۱۰ سؤال) و ناراحتی روان‌شناختی^{۲۵} (۱۰ سؤال) در ماه گذشته در مقیاس ۲۰ سؤالی بهزیستی عمومی^{۲۶} (GWB) مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. ۲۰ سؤال این مقیاس از شاخص سلامت روان^{۲۷} (MHI) ویت^{۲۸} و واره^{۲۹} که ۳۸ سؤال دارد، گرفته شده است. هر یک از سؤالات مقیاس بهزیستی عمومی از پاسخ دهندگان سؤال می‌کند که مورد مطرح‌شده در سؤال را در طی ماه گذشته چقدر و به چه میزان تجربه کرده‌اند و هر سؤال ۶ گزینهٔ پاسخی از «همیشه» تا «هیچ وقت» دارد (اسکھیل، ۲۰۰۱).

مطالعه اسکھیل (۲۰۰۱) از مدل دو عاملی GBW حمایت کرد که خرده‌مقیاس بهزیستی روان‌شناختی در اجرای اول، آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۰، و در اجرای دوم ۰/۸۸ بود؛ همچنین مقیاس ناراحتی روان‌شناختی در اجرای اول، آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۹، و در اجرای دوم ۰/۹۱ بود. نمره بالاتر در مقیاس بهزیستی روانی

دارد، اما با توجه به ماهیت پیچیده تاب‌آوری، شواهد اندکی درباره جریان تاب‌آوری و اینکه چگونه آن را در افراد پرورش دهیم، به‌دست آمده است (ولین، ولین و ویزورک، ۱۹۹۹). ادبیات موجود نشانگر این است که برنامه‌های تاب‌آوری در برابر استرس بسته به مخاطبان نشان بر مهارتها و موارد خاصی تأکید داشته‌اند که از جمله آنها می‌توان به مواردی همچون درمان و مداخله شناختی - رفتاری، درمان عقلانی هیجانی، حمایت اجتماعی، آموزش مهارتهای کنارآمدن، آموزش مهارتهای حل مسئله، آشنایی با تاب‌آوری، آموزش مهارتهای بین فردی و اجتماعی، افزایش اعتمادبه‌نفس، خودکارآمدی و خودارزشی، افزایش خوش‌بینی و نگرش مثبت، امید، شادکامی و دلگرم‌سازی، مدیریت و آگاهی هیجانی و کنترل تکانه‌ها، همدلی و علاقه اجتماعی، معنادرمانی و معنا دادن به مشکلات و گرفتاریها، معنویت، مذهب و توکل، منبع کنترل درونی و احساس کنترل بر موقعیتها و استفاده از شوخی و طنز در واکنش به دشواریها و مداخله‌هایی در زمینه سبک دلبستگی و غیره اشاره کرد (راتر ۱۹۸۷؛ مدی، ۱۹۸۷؛ مرازک و مرازک^{۳۱}، ۱۹۸۷؛ ماستن و همکاران، ۱۹۸۸؛ بیردسلی، ۱۹۹۰؛ ویمن، کان، ورک و کرلی، ۱۹۹۳؛ دان^{۳۲}، ۱۹۹۴؛ بروکس، ۱۹۹۴؛ کولگیت^{۳۳}، ۱۹۹۵؛ ریچاردسون^{۳۴}، ۱۹۹۵؛ والکر، ۱۹۹۶؛ سلیگمن، رایویچ، جی کاکس و گیلهام^{۳۵}، ۱۹۹۵؛ کومپاس، هیندن، گرهارت^{۳۶}، ۱۹۹۵؛ انگلند-گلدن^{۳۷} و همکاران، ۱۹۹۶؛ ورنر، ۱۹۹۶؛ تیرنی و لاوله^{۳۸}، ۱۹۹۷؛ جانسون^{۳۹}، ۱۹۹۸؛ رو، ۱۹۹۹؛ سگال^{۴۰}، ۱۹۸۶ به نقل از مک گراث، ۲۰۰۰؛ فرانکل، ۱۹۶۳ به نقل از جنینگز، ۲۰۰۲؛ فریدمن، ۲۰۰۳؛ وایت، ۲۰۰۴؛ کوردیچ-هال و پیرسون، ۲۰۰۵؛ آلود و گرادوس، ۲۰۰۵؛ جادکینز، رید و فورلو، ۲۰۰۶؛ بیر، ۲۰۰۶؛ کینگ و همکاران، ۲۰۰۶؛ نیکلز، پولمن، لوی و بکهوس، ۲۰۰۷؛ هارت، بلینسکو و توماس، ۲۰۰۷؛ استینهارد و دولبیر، ۲۰۰۸؛ نونه و هستینگز، ۲۰۰۹؛ زاوس نیوسکی، بکت و

به‌صورت گروهی بود. آموزش همه گروهها را همکار طرح (همکار پژوهش) به‌صورت جداگانه برای دختران و پسران اجرا کرد.

لازم به ذکر است که در این پژوهش دختران و پسران هر یک از گروههای آزمایش به‌صورت جداگانه توسط همکار طرح دارای دکترای روان‌شناسی، تحت آموزش برنامه پرورش تاب‌آوری قرار گرفتند. در نهایت، از دو گروه کنترل و دو گروه آزمایش پس‌آزمون به عمل آمد. در این پژوهش به منظور سنجش اثر برنامه پرورش تاب‌آوری، مطالعه پیگیری^{۳۰} نیز پس از حدود دو ماه برای گروهها صورت گرفت.

روشها و فنون مورد استفاده در آموزش اعضاء شامل سخنرانی و بحث، مشارکت اعضاء گروه و ایفای نقش توسط آنها و صحنه‌سازی توسط پژوهشگر و تکنیک صندلی خالی بود. مواد و وسایل مورد استفاده در جلسات شامل پروژکتور و پاورپوینت و تصاویر کاغذی، تابلو، ماژیک و قلم و کاغذ و نمودار واژگان احساسات بوده است.

تکلیف اعضاء گروه بسته به موضوع جلسه، در حین جلسه یا در منزل بسته به نوع گروه (اختلال درون‌نمود یا برون‌نمود) شامل مواردی از قبیل: گزارش روزانه رویدادها، مقاومت در برابر آنها، گزارش رویدادها و باورها و پیامدهای ناشی از آن، ایفای نقش در موقعیت عملی مربوط به یکی از تجربه‌ها، گزارش رفتارهای اجتماعی مثبت و رفتارهای منفی، استفاده از یکی از مهارتهای مدیریت استرس در موقعیت واقعی و یا آموزش دادن به دیگران، پیاده‌سازی مراحل پنج‌گانه حل مسئله را در مورد مشکلات واقعی قبلی یا جاری خود در موقعیتهای زندگی واقعی، انجام تکلیف مربوط به مهارت همدلی، تکمیل نمودار واژگان احساسات، تکلیف مربوط به سبک تبیین، یادداشت اشتباهات قبلی و درسهای گرفته‌شده از آنها، دلگرم سازی اطرافیان و خوددلگرم سازی بود.

تدوین برنامه آموزشی

بحثهای نظری فراوانی در زمینه تاب‌آوری وجود

سورسکی، ۲۰۰۹).

در این پژوهش، ضمن بهره‌مندی از محورهای برنامه‌های آموزشی برای پرورش تاب‌آوری و اجرای چند جلسه با محتوای مشترک، تلاش شد تا محتوای برنامه متمرکز بر ایجاد تاب‌آوری در نوجوانان دارای اختلالهای برون‌نمود و درون‌نمود باشد؛ بنابراین سعی شد از بین حیطه‌های مذکور، مواردی انتخاب شوند که قابلیت مداخله را داشته باشند و در عین حال، تناسب آن با نیازها، مشکلات و استرس‌های خاص دو گروه مخاطب برنامه آموزشی یعنی نوجوانان دارای اختلالهای رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود رعایت شود. منظور اینکه برای هر یک از گروهها حیطه‌هایی در این برنامه‌ها مورد تأکید قرار می‌گیرند که نوجوانان هر گروه در آن، مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند؛ درحالی‌که توجه کمی بر مداخله‌های حیطه تاب‌آوری صورت گرفته است، بررسی ادبیات حیطه‌های تاب‌آوری، خطر و ضایعه‌های روانی نشان‌دهنده این است که منابع درونی فرد، شامل عوامل معنوی، رفتاری، شناختی، هیجانی، فیزیکی در تاب‌آوری اهمیت زیادی دارند و باید مد نظر قرار گیرند (بروکس، ۱۹۹۴).

با توجه به برنامه‌های افزایش تاب‌آوری موجود و مطالعات انجام‌شده در زمینه تاب‌آوری و براساس مدل کامپفر در زمینه عوامل درون‌فردی تاب‌آوری در حیطه‌های مختلف برای دو گروه اختلال درون‌نمود و برون‌نمود به‌طور مشترک مفاهیمی شامل اتخاذ چشم‌انداز و ادراک پدیدارشناختی محرک، آموزش بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش مهارت‌های مدیریت استرس مورد تأکید قرار گرفتند. افزون بر مباحث مذکور، حیطه‌های خاص‌تر مرتبط با دسته‌های خاص اختلال یعنی درون‌نمود و برون‌نمود نیز به برنامه اضافه شد. برای گروه دارای اختلال رفتاری برون‌نمود آموزش مهارت‌های همدلی و افزایش علاقه اجتماعی و همچنین افزایش سواد هیجانی، کنترل تکانه و مدیریت خشم به صورت

خاص مورد تأکید قرار گرفت و برای گروه دارای اختلال رفتاری درون‌نمود این حیطه‌ها شامل آشنایی با سبک‌های تفکر خوش‌بینانه و بدبینانه، افزایش احساس ارزشمندی و عزت نفس و همچنین آموزش دلگرم‌سازی شوان‌کر به برنامه اضافه شد. برنامه مورد نظر برای هر یک از گروه‌های آزمایش در ۱۰ جلسه یک ساعته اجرا شد که محتوای پنج جلسه از آن برای گروهها مشترک و پنج جلسه دیگر آن بسته به نوع گروه آزمایش و اختلال آنها متفاوت است.

برنامه پرورش تاب‌آوری برای نوجوانان دارای اختلال برون‌نمود شامل آشنایی با برنامه، معارفه اعضای گروه و آموزش درباره مفهوم تاب‌آوری، عوامل خطرآفرین و حفاظتی، اتخاذ چشم‌انداز^{۴۱}، ادراک پدیدارشناختی محرک^{۴۲}، آشنایی با شیوه‌های بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، مدیریت استرس، حل مسئله، همدلی با دیگران و افزایش علاقه اجتماع، افزایش سواد هیجانی، کنترل تکانه‌ها و مدیریت خشم است. برنامه پرورش تاب‌آوری برای نوجوانان دارای اختلال درون‌نمود شامل آشنایی با برنامه، معارفه اعضای گروه و آموزش درباره مفهوم تاب‌آوری، عوامل خطرآفرین و حفاظتی، اتخاذ چشم‌انداز^{۴۳}، ادراک پدیدارشناختی محرک^{۴۴}، آشنایی با شیوه‌های بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، مدیریت استرس، حل مسئله، آشنایی با انواع سبک‌های تفکر^{۴۵} خوش‌بینانه و بدبینانه سلیگمن و تغییر سبک تبیین بدبینانه نوجوانان به سبک تبیین خوش‌بینانه، افزایش احساس ارزشمندی و اعتماد به نفس آموزش دلگرم‌سازی و خود دلگرم‌سازی است. خلاصه‌ای از برنامه در پیوست الف و ب موجود است.

یافته‌ها

نخست شاخصهای توصیفی نمره‌های متغیرهای پژوهش ارائه شده و سپس به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود. جدول ۱ شاخصهای توصیفی نمره‌های تاب‌آوری آزمودنیها را برحسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی نشان می‌دهد.

جدول ۱. شاخصهای توصیفی نمره‌های تاب‌آوری، بهزیستی روانی و اختلال رفتاری شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

مرحله	عضویت گروهی			گروه آزمایش			گروه گواه		
	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۲۹	۵۷/۵۵	۱۰/۰	۲۹	۵۴/۷۶	۱۰/۰	۲۹	۵۴/۷۶
	پس‌آزمون	۲۹	۷۷/۵۵	۱۱/۱	۲۹	۵۴/۹۰	۱۱/۱	۲۹	۵۴/۹۰
	پیگیری	۲۹	۷۴/۹۳	۱۰/۸	۲۹	۵۴/۸۲	۱۰/۶	۲۹	۵۴/۸۲
بهزیستی	پیش‌آزمون	۲۹	۶۵/۶۵	۱۳/۰	۲۹	۶۳/۱۴	۱۷/۰	۲۹	۶۳/۱۴
	پس‌آزمون	۲۹	۸۱/۱۴	۱۳/۱	۲۹	۶۳/۷۹	۱۶/۲	۲۹	۶۳/۷۹
	پیگیری	۲۹	۶۶/۲۷	۱۳/۱	۲۹	۶۳/۰۰	۱۷/۰	۲۹	۶۳/۰۰
اختلال رفتاری	پیش‌آزمون	۲۹	۲۷/۷۶	۵/۶	۲۹	۲۵/۹۶	۲/۹	۲۹	۲۵/۹۶
	پس‌آزمون	۲۹	۲۰/۷۶	۸/۹	۲۹	۲۵/۶۵	۳/۱	۲۹	۲۵/۶۵
	پیگیری	۲۹	۲۱/۱۴	۸/۴	۲۹	۲۵/۸۶	۳/۴	۲۹	۲۵/۸۶

مرحله پیش‌آزمون برابر با ۲۷/۷۶، در پس‌آزمون برابر با ۲۰/۷۶ و در مرحله پیگیری برابر با ۲۱/۱۴ است. این میانگینها در گروه گواه به ترتیب برابر با ۲۵/۹۶، ۲۵/۶۵ و ۲۵/۸۶ هستند.

در ادامه به ارزیابی فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود. جدولهای آماری مربوط آورده می‌شود و سپس، ضمن تفسیر جدولهای مربوط، تأیید یا عدم تأیید فرضیه‌های پژوهشی تبیین می‌شوند.

فرضیه اول: آموزش تاب‌آوری باعث افزایش بهزیستی روانی نوجوانان دارای اختلال رفتاری در مرحله پس‌آزمون می‌شود.

جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری بهزیستی روانی آزمودنیها بر حسب عضویت گروهی را نشان می‌دهد. در این تحلیل نمره‌های پیش‌آزمون بهزیستی روانی، سن و تحصیلات آزمودنیها کنترل شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود، میانگین نمره‌های تاب‌آوری آزمودنیهای گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۵۷/۵۵، در پس‌آزمون برابر با ۷۷/۵۵ و در مرحله پیگیری برابر با ۷۴/۹۳ است. این میانگینها در گروه گواه به ترتیب برابر با ۵۴/۷۶، ۵۴/۹۰ و ۵۴/۸۲ است. انحراف معیار این میانگینها نیز در جدول مذکور ارائه شده است.

مطابق اطلاعات جدول شماره ۱، میانگین نمره بهزیستی روانی آزمودنیهای گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۶۵/۶۵، در پس‌آزمون برابر با ۸۱/۱۴ و در مرحله پیگیری برابر با ۶۶/۲۷ است. این میانگینها در آزمودنیهای گروه گواه به ترتیب برابر با ۶۳/۱۴، ۶۳/۷۹ و ۶۳/۰۰ است. انحراف معیار این میانگینها هم در جدول مذکور آمده است.

همچنین در رابطه با نمرات اختلالات رفتاری آن‌گونه که از جدول شماره ۱ مشخص است، میانگین نمرات اختلالات رفتاری آزمودنیهای گروه آزمایش در

جدول ۲. تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری بهزیستی روانی بر حسب عضویت گروهی

منبع تغییرات	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
تحصیلات	پس‌آزمون	۳/۲۱	۱	۳/۲۱	۰/۰۷۰	۰/۷۹۳	۰/۱	۵/۸
	پیگیری	۰/۶۱۴	۱	۰/۶۱۴	۰/۳۷۲	۰/۶۰۴	۰/۵	۸/۰
	پس‌آزمون	۱۱/۴۴	۱	۱۱/۴۴	۰/۳۴۸	۰/۶۲۰	۰/۵	۷/۸
سن	پیگیری	۰/۷۵۵	۱	۰/۷۵۵	۰/۳۳۴	۰/۵۶۶	۰/۷	۸/۸
	پس‌آزمون	۹۰۶۹/۲۰	۱	۹۰۶۹/۲۰	۱۹۶/۹۹	۰/۰۰۱	۷۹/۴	۱۰۰
	پیگیری	۱۲۳۶۰/۱	۱	۱۲۳۶۰/۱	۵۴۷۲/۰۴	۰/۰۰۱	۹۹/۱	۱۰۰
عضویت گروهی	پس‌آزمون	۳۰۷۷/۷۲	۱	۳۰۷۷/۷۲	۶۶/۸۵	۰/۰۰۱	۵۶/۷	۱۰۰
	پیگیری	۶/۸۵	۱	۶/۸۵	۳/۰۳۲	۰/۰۸۸	۵/۶	۴۰/۱

همان طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، از بین متغیرهای کنترل، تنها نمره‌های پیش‌آزمون دارای رابطه معنادار ۹۹/۱ درصدی با نمره‌های بهزیستی روانی در مرحله پس‌آزمون هستند ($p < 0/05$) با کنترل اثر نمره‌های پیش‌آزمون، مشاهده می‌شود که تفاوت معناداری بین میانگین نمره‌های تعدیل شده بهزیستی روانی - که از کسر اثر متغیرهای کنترل به دست می‌آید- بین دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیگیری وجود ندارد. بر این اساس، فرضیه دوم پژوهش تأیید نمی‌شود و می‌توان گفت که آموزش تاب‌آوری، باعث افزایش میزان بهزیستی روانی آزمودنیها در مرحله پیگیری نمی‌شود.

فرضیه سوم: آموزش تاب‌آوری باعث افزایش تاب‌آوری نوجوانان دارای اختلال رفتاری در مرحله پس‌آزمون می‌شود.

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر تاب‌آوری آزمودنیها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

منبع تغییرات	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
تحصیلات	پس‌آزمون	۲/۰۷	۱	۲/۰۷	۰/۰۹۱	۰/۷۶۴	۰/۲	۶/۰
	پیگیری	۰/۵۰۲	۱	۰/۵۰۲	۰/۰۲۹	۰/۸۶۶	۰/۱	۵/۳
سن	پس‌آزمون	۲/۰۴	۱	۲/۰۴	۰/۰۹۰	۰/۷۶۶	۰/۲	۶/۰
	پیگیری	۱/۵۷	۱	۱/۵۷	۰/۰۹۰	۰/۷۶۶	۰/۲	۶/۰
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴۸۹۰/۲۱	۱	۴۸۹۰/۲۱	۲۱۴/۰۷	۰/۰۰۱	۸۰/۸	۱۰۰
	پیگیری	۴۸۳۲/۵۰	۱	۴۸۳۲/۵۰	۲۷۵/۵۲	۰/۰۰۱	۸۴/۴	۱۰۰
گروه	پس‌آزمون	۵۴۳۳/۶۶	۱	۵۴۳۳/۶۶	۲۳۷/۸۶	۰/۰۰۱	۸۳/۳	۱۰۰
	پیگیری	۴۱۵۶/۸۲	۱	۴۱۵۶/۸۲	۲۳۷/۰۰	۰/۰۰۱	۸۲/۳	۱۰۰

همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، از بین متغیرهای کنترل، تنها نمره‌های پیش‌آزمون دارای رابطه معنادار ۸۰/۸ درصدی با نمره‌های تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون هستند ($p < 0/05$) با کنترل اثر نمره‌های پیش‌آزمون، مشاهده می‌شود که تفاوت معناداری بین میانگین نمره‌های تعدیل شده تاب‌آوری - که از کسر اثر متغیرهای کنترل به دست می‌آید-

همان طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، از بین متغیرهای کنترل، تنها نمره‌های پیش‌آزمون دارای رابطه معنادار ۷۹/۴ درصدی با نمره‌های بهزیستی روانی در مرحله پس‌آزمون هستند ($p < 0/05$) با کنترل اثر نمره‌های پیش‌آزمون، مشاهده می‌شود که تفاوت معناداری بین میانگین نمره‌های تعدیل شده بهزیستی روانی بین دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون وجود دارد ($p < 0/05$). بر این اساس، فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که آموزش تاب‌آوری باعث افزایش میزان بهزیستی روانی آزمودنیها در مرحله پس‌آزمون می‌شود. میزان تأثیر (یا همان اندازه اثر) هم نشان می‌دهد که آموزش ارائه شده باعث افزایش ۵۶/۷٪ بهزیستی روانی در مرحله پس‌آزمون می‌شود. توان آماری ۱۰۰٪ هم حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون است.

فرضیه دوم: آموزش تاب‌آوری باعث افزایش بهزیستی روانی نوجوانان دارای اختلال رفتاری در مرحله پیگیری می‌شود.

تأیید می‌شود و می‌توان گفت که آموزش تاب‌آوری باعث افزایش تاب‌آوری آزمودنیها در مرحله پیگیری می‌شود. میزان تأثیر حاکی از آن است که مداخله مذکور باعث افزایش ۸۲/۳٪ تاب‌آوری آزمودنیها در مرحله پیگیری شده است. توان آماری ۱۰۰٪ هم حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون است.

فرضیه پنجم: آموزش تاب‌آوری باعث کاهش شدت اختلالهای رفتاری نوجوانان در مرحله پس‌آزمون می‌شود.

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری بر شدت اختلال رفتاری آزمودنیها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت نمره‌های شدت اختلال رفتاری آزمودنیها برحسب گروه و مرحله

منبع تغییرات	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر (%)	توان آماری (%)
تحصیلات	پس‌آزمون	۰/۲۳۰	۱	۰/۲۳۰	۰/۰۰۸	۰/۹۲۹	۰/۰۰	۵/۱
	پیگیری	۸/۸۸	۱	۸/۸۸	۰/۳۷۳	۰/۵۴۴	۰/۷	۹/۲
سن	پس‌آزمون	۱/۲۶	۱	۱/۲۶	۰/۰۴۵	۰/۸۳۳	۰/۱	۵/۵
	پیگیری	۷/۶۷	۱	۷/۶۷	۰/۳۲۲	۰/۵۷۳	۰/۶	۸/۶
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۹۷۴/۰۳	۱	۹۷۴/۰۳	۳۴/۴۰	۰/۰۰۱	۳۹/۴	۱۰۰
	پیگیری	۱۰۱۳/۲۷	۱	۱۰۱۳/۲۷	۴۲/۵۲	۰/۰۰۱	۴۴/۵	۱۰۰
عضویت گروهی	پس‌آزمون	۵۸۹/۱۱	۱	۵۸۹/۱۱	۲۰/۸۱	۰/۰۰۱	۲۸/۲	۹۹/۴
	پیگیری	۵۸۴/۵۹	۱	۵۸۴/۵۹	۲۴/۵۳	۰/۰۰۱	۳۱/۶	۹۹/۸

تأثیر هم نشان می‌دهد که آموزش ارائه‌شده باعث کاهش ۲۸/۲٪ شدت اختلالهای رفتاری آزمودنیها در مرحله پس‌آزمون می‌شود. توان آماری ۹۹/۴٪ هم حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون است.

فرضیه ششم: آموزش تاب‌آوری باعث کاهش شدت اختلالهای رفتاری نوجوانان در مرحله پیگیری می‌شود.

همان‌طور که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود، از بین متغیرهای کنترل، تنها نمره‌های پیش‌آزمون دارای رابطه معنادار ۴۴/۵ درصدی با نمره‌های اختلال رفتاری در مرحله پیگیری هستند ($p < 0/05$) با کنترل اثر نمره‌های پیش‌آزمون، مشاهده می‌شود که

۱۰۰٪ هم حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون است.

فرضیه چهارم: آموزش تاب‌آوری باعث افزایش بهزیستی روانی نوجوانان دارای اختلال رفتاری در مرحله پیگیری می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، از بین متغیرهای کنترل، تنها نمره‌های پیش‌آزمون دارای رابطه معنادار ۸۴/۴ درصدی با نمره‌های تاب‌آوری در مرحله پیگیری هستند ($p < 0/05$) با کنترل اثر نمره‌های پیش‌آزمون، مشاهده می‌شود که تفاوت معناداری بین میانگین نمره‌های تعدیل‌شده تاب‌آوری - که از کسر اثر متغیرهای کنترل به دست می‌آید - بین دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیگیری وجود دارد ($p < 0/05$). بر این اساس، فرضیه چهارم پژوهش

همان‌طور که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود، از بین متغیرهای کنترل، تنها نمره‌های پیش‌آزمون دارای رابطه معنادار ۳۹/۴ درصدی با نمره‌های اختلال رفتاری در مرحله پس‌آزمون هستند ($p < 0/05$) با کنترل اثر نمره‌های پیش‌آزمون، مشاهده می‌شود که تفاوت معناداری بین میانگین نمره‌های تعدیل‌شده اختلال رفتاری - که از کسر اثر متغیرهای کنترل به دست می‌آید - بین دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون وجود دارد ($p < 0/05$). بر این اساس، فرضیه پنجم پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که آموزش تاب‌آوری باعث کاهش شدت اختلال رفتاری آزمودنیها در مرحله پس‌آزمون می‌شود. میزان

(گاسپر، ۲۰۰۲) که بر حالت‌های خلقی موقتی و کوتاه‌مدت بنا نمی‌شود و بر حالت‌های طولانی‌مدت متمرکز است و اقدامات کوتاه‌مدت ممکن است منجر به افزایش بهزیستی ذهنی طولانی مدت نشود (ریف و سینگر، ۲۰۰۲) در این پژوهش نیز چنین وضعیتی مشاهده شده است.

در این برنامه افراد می‌آموزند که در تلاش باشند همواره مثبت بیندیشند و حتی به رویدادهای ناخوشایند بخندند و روحیه شوخ‌طبعی خود را حتی در شرایط ناگوار حفظ کنند. در نظر داشته باشند که اوقات ناگوار زیاد طول نمی‌کشند و مجبور نیستند همه زندگی خود را تحت تأثیر آنها خراب کنند. در شرایط دشوار و سختیها می‌توانند از دیگران کمک بگیرند. نگرانی غیرضروری نه تنها چیزی را بهتر نمی‌کند، بلکه همه چیز را بدتر می‌کند. شجاعت ناکامل بودن را داشته باشند. در نظر داشته باشند هر کس نقایص و ایراداتی دارد و هیچ کس کامل نیست. بدانند هر کسی در زندگیش شرایط ناگوار و نامساعد را تجربه می‌کند و این شرایط فقط مختص آنها نیست. سعی کنند با کنترل افکارشان، احساسات و اعمال خود را نیز تحت کنترل قرار دهند.

در فرضیه سوم و چهارم مطرح شده است که آموزش تاب‌آوری باعث افزایش تاب‌آوری نوجوانان دارای اختلال رفتاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری می‌شود. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد، آموزش برنامه تاب‌آوری اثر معناداری بر افزایش تاب‌آوری دارد؛ بنابراین، می‌توان ادعا کرد که برنامه پرورش تاب‌آوری استفاده‌شده در این پژوهش توانسته است به اندازه چشمگیری میزان تاب‌آوری را در این نوجوانان افزایش دهد. همچنان که نیل و دیاس (۲۰۰۱)، هامیل (۲۰۰۳)، استنسا، هیجر و استالن (۲۰۰۷) و استینهارد و دولیبر (۲۰۰۸) معتقدند برنامه افزایش تاب‌آوری باعث افزایش راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتر می‌شود و بدین‌وسیله تاب‌آوری افزایش می‌یابد؛ همین‌طور مدی (۱۹۸۷)، تیرنی و لاوله (۱۹۹۷)، رو

تفاوت معناداری بین میانگین نمره‌های تعدیل‌شده اختلال رفتاری - که از کسر اثر متغیرهای کنترل به دست می‌آید - بین دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیگیری وجود دارد ($p < 0.05$). بر این اساس، فرضیه ششم پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که آموزش تاب‌آوری باعث کاهش شدت اختلال رفتاری آزمودنیها در مرحله پیگیری می‌شود. میزان تأثیر حاکی از آن است که مداخله مذکور باعث کاهش ۳۱/۶٪ شدت اختلال رفتاری آزمودنیها در مرحله پیگیری شده است. توان آماری ۹۹/۸٪ هم حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج آماری این پژوهش نشان داد بهزیستی روانی نوجوانان دارای اختلال رفتاری که تحت آموزش برنامه تاب‌آوری قرار گرفته بودند، در پس‌آزمون اول، بیش از نوجوانانی بود که تحت این آموزش قرار نگرفته بودند ولی در آزمون پیگیری این نتیجه تأیید نشد.

یکی از سازه‌های روان‌شناسی مثبت که احساس بهزیستی را در افراد تحت تأثیر قرار می‌دهد، تاب‌آوری است. کلارک و هارتمن (۱۹۹۶)، کرولی، هیسلیپ و هوبدی (۲۰۰۳)، مک کالیستر، دولیبر، وبستر، مالن و استینهارد (۲۰۰۶) و لانگلند، وال، کریستوفرسن، نورتودت، هانستاد (۲۰۰۷)، سامانی، جوکار و صحراگرد، (۱۳۸۶) نیز نشان داده‌اند که تاب‌آوری، سرسختی روانی و احساس یکپارچگی بر بهزیستی و رضایت از زندگی تأثیر دارد.

با توجه به تأکیدی که در برنامه آموزشی حاضر، بر مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی شده است و چون خوش‌بینی یکی از ویژگیهای افراد تاب‌آور است و با احساس بهزیستی ارتباط دارد (چانگ، میدو- اولیور و دزویلا، ۱۹۹۷) می‌توان بیان کرد که احتمالاً افزایش احساس بهزیستی در کوتاه‌مدت (پس‌آزمون) در میان نوجوانان به علت افزایش خوش‌بینی در آنان بوده ولی در واقع چون بهزیستی روانی تابع عوامل ذهنی، شخصی و مربوط به موقعیت زندگی است

برون‌نمود مورد بررسی قرار گرفت، نشان داد که آموزش تاب‌آوری، باعث کاهش شدت اختلالهای رفتاری آزمودنیهای دارای اختلال برون‌نمود نشده است؛ درحالی‌که شدت اختلالهای رفتاری آزمودنیهای دارای اختلال درون‌نمود را کاهش داده است.

تقویت رفتارهای دلگرم‌ساز از عوامل حافظتی در پیشگیری از اضطراب و اختلالهای درون‌نمود است و یکی از علل اثربخشی برنامه مذکور برای زیر گروه دارای اختلال درون‌نمود ممکن است تأثیر این برنامه در زمینه افزایش دلگرم‌سازی در این گروه باشد؛ همچنین ممکن است میل به همکاری و مشارکت در افراد درون‌نمود بیشتر و به همین علت اثربخشی آن در زمینه کاهش اختلال رفتاری بیشتر باشد.

تاب‌آوری به‌مثابه نوعی متغیر حافظتی در برابر اختلالهای رفتاری درون‌نمود عمل می‌کند؛ همچنین درمانهای مبتنی بر اصلاح تعامل بین والد و کودک در بین کودکان دارای نوع همبود اختلالهای درون‌نمود و برون‌نمود باعث کاهش نشانه‌های اختلال درون‌نمود در آنان می‌شود.

از جمله محدودیتهای این پژوهش، عدم کنترل هاتورن است. با توجه به اینکه بخشی از داده‌ها با نسخه خودگزارشی فراهم شده، ممکن است بخشی از داده‌ها متأثر از نظر خود نوجوانان باشد. ابزارهای به‌کار رفته در این پژوهش، به منظور جمع‌آوری داده‌ها، آزمونهای مداد و کاغذی بوده‌اند که محدودیتهای خاص خود را دارند و ممکن است از مشاهده و مصاحبه نتیجه متفاوتی دهند؛ همچنین به‌کارگیری آزمونهای مذکور در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری می‌تواند «اثر انتقال» ایجاد کند و حساسیت آزمودنیها را برانگیزاند.

همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشهای آتی برای کنترل برخی از متغیرهای مزاحم مانند اثر پلاسیبو، گروه پلاسیبو یا گروهی داشته باشند که مداخله‌ای برای آنها اجرا شود که محتوای آن نامرتبط با موضوع تاب‌آوری باشد. توصیه کاربردی پژوهش این است که

(۱۹۹۹)، جادکینز و اینگرام (۲۰۰۱)، جادکینز و فورلو (۲۰۰۳)، جادکینز، رید و فورلو (۲۰۰۶) دریافته‌اند آموزش سرسختی روان‌شناختی باعث افزایش سطح سرسختی روان‌شناختی افراد می‌شود؛ همچنین استفنز (۲۰۱۲) در پژوهش خود همسو با یافته‌های پژوهش حاضر دریافت که آموزش تاب‌آوری باعث افزایش آن در نوجوانان در مرحله پس‌آزمون می‌شود.

این افزایش ممکن است به این علت باشد که خوش‌بینی (سلیگمن، بی‌تا، ترجمه داورپناه، ۱۳۸۲) و دلگرمی (علیزاده و سجادی، ۱۳۸۹) به عنوان مؤلفه‌های تاب‌آوری، چنانکه در فصل دوم بحث شد، قابل آموزش هستند. برنامه تاب‌آوری پژوهش حاضر نیز بر افزایش خوش‌بینی در شرکت‌کنندگان متمرکز بوده است. داشتن مجموعه منابع و مهارتها، ممکن است باعث افزایش تمایلات خوش‌بینانه در افراد شود و آنها را دلگرم کند؛ همچنین می‌توان گفت که افزایش تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی باعث کاهش استرس، بهبود مهارتهای حل مسئله و کنار آمدن می‌شود (جادکینز، ۲۰۰۱).

از سوی دیگر، برخلاف این یافته، اسکھیل (۲۰۰۱) به این نتیجه دست یافت که شرکت در برنامه تاب‌آوری طراحی‌شده او در افزایش تاب‌آوری و بهزیستی و کاهش ناراحتیهای روان‌شناختی نوجوانان تأثیری نداشته است. چنین مغایرتی ممکن است به خاطر تفاوت در جامعه پژوهشی و یا مؤلفه‌ها و روشهای مورد استفاده در برنامه آموزشی باشد.

فرضیه پنجم و ششم پژوهش تأثیر آموزش تاب‌آوری بر کاهش شدت اختلالهای رفتاری آزمودنیهای دارای اختلال رفتاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را نشان داده است. نتایج بیان‌کننده آن است که میزان اختلال رفتاری نوجوانان دارای اختلال رفتاری که تحت آموزش برنامه تاب‌آوری قرار گرفته بودند، کمتر از نوجوانانی بود که تحت این آموزش قرار نگرفته بودند. ولی این یافته‌ها هنگامی که به‌صورت جزئی‌تر در دو زیر گروه اختلالهای درون‌نمود و

سلیگمن، م. (۱۹۹۵). کودک خوش‌بین. (ترجمه فروزنده داورپناه). تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۵).

علیزاده، حمید، سجادی، حبیبه السادات (۱۳۸۹). رودولف درایکورس: روابط دمکراتیک و احترام متقابل. تهران: نشر دانژه.

مینایی، اصغر. (۱۳۸۴). کتابچه راهنمای فرم‌های سن مدرسه سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ. پژوهشکده کودکان استثنایی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور.

- Alvord, M. K., & Grados, J. J. (2005). Enhancing resilience in children: A proactive approach. *American Psychological Association, 10(1)*, 735-828.
- Aroian, K.J., Schappler-Morris, N., Neary, S., Spitzer, A., & Tran, T.V. (1997). Psychometric evaluation of the Russian language version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 5*, 151-164.
- Barkley, R. A. (1996). Attention-deficit/hyperactivity. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 63-112). New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder* (3rd). New York: Guilford.
- Beardslee, w. (1990). Stress from parental depression: child risks, self-understanding, and a preventative intervention. In L. Arnold L (Ed.), *Childhood stress* (pp. 351-371). New York: John Wiley & Sons.
- Beer, A. D. (2006). *The effect of resilience training as a component of strengths-focused training on team preference—A case study in the food and beverages manufacturing industry*. Master of education thesis. University of South Africa.
- Brady, M. A. (1993). Health issues for aboriginal youth: social and cultural factors associated with resilience. *Journal of Pediatrics and Child Health, 29*, 56-59.
- Brooks, R. B. (1994). Child at risk: Fostering resilience and hope. *American Journal of Orthopsychiatry, 64 (4)*, 545-553.
- Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Allied Disciplines, 36*, 113-149.
- Carbonell, D. M., Reinherz, H. Z. & Giaconia, R. M. (1998). Risk and resilience in late adolescence. *Journal of Child and Adolescent Social Work, 15*, 251-272.
- Carlton, B. S., Goebert, D. A., Miyamoto, R. H., Andrade, N. N., Hishinuma, E. S., Makini, G. K., Yuen, N. Y. C., Bell, C. K., McCubbin, L. D., Else, I. R. N., & Nishimura, S. T. (2006).

برنامه‌های آموزشی در زمینه ارتقای بهداشت روان برای کودکان و نوجوانان دارای اختلال رفتاری، مانند برنامه افزایش تاب‌آوری از طرف سازمانهای ذیربط و مسئولان در فهرست خدماتی عرضه‌شده به آنها قرار گیرد.

یادداشتها

- 1) resilience
- 2) externalizing
- 3) internalizing
- 4) attention deficit/hyperactivity disorder
- 5) conduct disorder
- 6) oppositional defiant disorder
- 7) protective factor
- 8) risk factor
- 9) one-dimensional
- 10) two-dimensional
- 11) personal competence
- 12) acceptance of self and life
- 13) reliability
- 14) Cooley
- 15) Killien
- 16) Jarrett
- 17) Klaas
- 18) Aroian
- 19) validity
- 20) pilot study
- 21) Conner- Davidson Resilience Scale
- 22) Child Behavior Checklist (CBCL)
- 23) Youth Self-Report (YSR)
- 24) Teacher's Report Form (TRF)
- 25) distress
- 26) General Well-Being (GWB)
- 27) Mental Health Index (MHI)
- 28) Veit
- 29) Ware
- 30) follow-up
- 31) Mrazek & Mrazek
- 32) Dunn
- 33) colgate
- 34) Richardson
- 35) Seligman, Reivich, Jaycox & Gillham
- 36) Compas, Hinden & Gerhardt
- 37) Englander-Golden
- 38) Tierney & Lavelle
- 39) Johenson
- 40) Segal
- 41) perspective taking
- 42) phenomenological perception
- 43) perspective taking
- 44) phenomenological perception
- 45) Thinking Styles

منابع

سامانی، سیامک، جوکار، بهرام. صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳، ۲۹۵-۲۹۰.

- Adolescents Resilience, family adversity and well-being among Hawaiian and non-Hawaiian adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 52; 291.
- Children's future expectations in self-system functioning and adjustment to life stress: a
- Ciarrochi, J., Heaven, P. C. L., & Davies, F. (2007). The impact of hope, self-esteem, and attributional style on adolescents' school grades and emotional well-being: A longitudinal study. *Journal of Research in Personality*, 41, 1161–1178.
- Coie, J. D., & Dodge, K. A. (1998). Aggression and antisocial behavior. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (pp. 779–862). New York: Wiley.
- Crowley, B. J., Hayslip, B. Jr., & Hobdy, J., (2003). Psychological hardiness and adjustment to life events in adulthood. *Journal of Adult Development*, 10 (4), 237-248.
- Ferdinand, R. F., Stijnen, T., Verhulst, F. C., & Van der Reijden, M. (1999). Associations between behavioral and emotional problems in adolescence and maladjustment in young adulthood. *Journal of Adolescence*, 22, 123-136.
- Friedamn, M. (2003). Resilience training for South African Breweries. Unpublished Training Manual. Polokwane: Brewery.
- Gasper, D. (2002). Is Sen's Capability Approach an Adequate Basis for considering human development? *Review of Political economy*, 14 (4), 435-461.
- Gilliom, M., & Shaw, D. S. (2004). Codevelopment of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Development and Psychopathology*, 16, 313-333.
- Goldstein, S., & Brooks, R. B. (Eds.) (2005). *Handbook of resilience in children*. New York: Springer.
- Hamill, S. K. (2003). Resilience and self-efficacy: the importance of efficacy beliefs and coping mechanisms in resilient adolescents. *Colgate University Journal of the Sciences*, 35, 115-146.
- Hart, A., Blincow, D. & Thomas, H. (2007). *Resilient therapy*. New York: Routledge.
- Hogue, A., & Steinberg, L. (1995). Homophily of internalizing distress in adolescent peer groups. *Developmental Psychology*, 31(6), 897-906.
- Howard, D. E. (1996). Searching for resilience among African-American youth exposed to community violence: theoretical issues. *Journal of Adolescent Health*, 18, 254–262.
- Issues. Prepared for a Canadian Mental Health Services workshop, June 17-18,1999.
- Jennings, D. A. (2002). *The effects of resiliency training on physical activity participation job satisfaction, and protective factors among nonmanagerial females at the worksite*. Unpublished dissertation. University of Utah, Salt Lake City.
- Jessor, R., Vandebos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M. & Turbin, M. S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31, 923–933.
- Judkins, S. K. (2001). *Stress, hardiness, and coping strategies among mid-level nurse managers: Implications for continuing higher education*. Unpublished Doctoral dissertation, University of North Texas.
- Judkins, S. K., & Furlow, L. (2003). Creating a hardy work environment: Can organizational policies help? *Texas Journal of Rural Health*, 21(4), 11-17.
- Judkins, S. K., & Ingram, M. (2002). Decreasing stress among nurse managers: A long-term solution. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33, 259-264.
- Judkins, S., Reid, B. & Furlow, L. (2006). Hardiness training among nurse managers: Building a healthy workplace. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(5), 202-207.
- Kaplan, H. B. (1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. In: M. D. Glantz and J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 17-83). New York: Kluwer/Plenum.
- Kauffman, J. (2005). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth (8th ed.)*. New Jersey: Prentice-Hall.
- King, G. A., Zwaigenbaum, L., King, S., Baxter, D., Rosenbaum, P. & Bates, A. (2006). A qualitative investigation of changes in the belief system of families of children with autism or Down syndrome. *Child: Care, Health & Development*, 32(3), 353-369.
- Kordich-Hall, D. & Pearson, J. (2003). *Resilience, giving children the skills to bounce back*. Ontario: Reaching out Project Publishers.
- Korhonen, M. (2007). *Resilience: overcoming challenges and moving on positively*. (N. Keeninak, Trans.). Ottawa: National Aboriginal Health Organization. (original work published ?).
- Loeber, R., & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48, 371-410.
- Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: a review of research on

- resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 6-22.
- Maddi, S. R. (1987). Hardiness training at Illinois Bell Telephone. In J. P. Opatz (Ed.), *Health promotion evaluation* (pp. 101-116). Stevens Point, WI: National Wellness Institute.
- McAllister, M., & Lowe, J.B. (2011). *The resilient nurse: Empowering your practice*. New York, NY: Springer.
- Montgomery, J. M., Schwean, V. L., Burt, J. A. G., Dyke, D. A., Thorne, K. J., Hinds, Y. L., McCrimmon, A. W., Kohut, C. S. (2008). Emotional intelligence and resiliency in young adults with asperger's Disorder. *Canadian Journal of School Psychology*, 23, 70-93.
- Neill, J. T., & Dias, K. L. (2001). Adventure Education and Resilience: The Double-Edged Sword. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*, 1(2), 35-42.
- Nicholls, A. R., Polman, R. C. J., Levy, A., R. & Backhouse, S. H. (2007). Mental toughness, optimism, pessimism, and coping among athletes. *Journal of Personality and Individual Differences*, 44(5), 1182-1192.
- Noone, S. J. & Hastings, R. P. (2009). Building psychological resilience in support staff caring for people with intellectual disabilities: Pilot evaluation of an acceptance-based intervention. *Journal of Intellectual Disabilities*, 13(1); 43-51.
- Oland, A. A., & Shaw, D. S. (2005). Pure versus co-occurring externalizing and internalizing symptoms in children: The potential role of socio-developmental milestones. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(4), 247-270.
- Prince-Embury, S. (2008). Translating Resiliency Theory for Assessment and Application in Schools. *Canadian Journal of School Psychology*, 23, 4- 10.
- prospective study of urban at risk children. *Development and Psychopathology*, 5, 649-661.
- Raphael, B. (1993). Adolescent resilience: the potential impact of personal development in schools. *Journal of Pediatrics & Child Health*, 29, 31-36.
- Reivich, K., Gillham, J. E., Chaplin, T. M. and Seligman, M. E. R. (2005). From helplessness to optimism. In Goldstein, S. & Brooks, R. B. (Ed.), *Handbook of resilience in children* (pp. 223-237). New York: Springer.
- Reivich, K., & Shatté, A. (2002). *The resilience factor*. New York: Broadway Books.
- Rowe, M. M. (1999). Teaching health-care providers coping: Results of a two-year study. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(5), 511-527.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry* 57, 316-31.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2002). From social structure to biology: integrative science in pursuit of human health and well-being. In Snyder, C. R., & Lopez, S.J.(Eds.), *Handbook of positive psychology*. Oxford: University Press.
- Skehill, C. M. (2001). *Resilience, Coping with an Extended Stay Outdoor Education Program, and Adolescent Mental Health*. Canberra: University of Canberra: Dissertation for the degree of Honors.
- Steensma, H., Heijer, M. D., & Stallen, V. (2007). Effects of resilience training on the reduction of stress and depression among Dutch workers. *Quarterly of Community Health Education*, 27(2), 145-159.
- Steinhardt, M. & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology. *Journal of American college health*, 56(4), 445-453.
- Stephens, T. M. (2012). *Increasing Resilience in Adolescent Nursing Students*. Unpublished Doctoral dissertation. The University of Tennessee, Knoxville.
- Tierney, M. J., & Lavelle, M. (1997). An investigation into modification of personality hardiness in staff nurses. *Journal of Nursing Staff Development*, 13, 212-217.
- Waaktaar, T., Christie, H. J., Borge, A. I. H., & Torgersen, S. (2004). How can young people's resilience be enhanced? Experiences from a clinical intervention project. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 167-183.
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Developmental and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Waite, P.J (2004). Determining the efficacy of resiliency training in the work site. *Journal of Allied Health*. 33(3), 178-83.
- Walker, R. J. (1996). Resilient reintegration of adult children of perceived alcoholic parents. . Unpublished Doctoral dissertation. University of Utah, Salt Lake City.
- Weiss, G. L. (2008). Toward the mastery of resiliency. *Canadian Journal of School Psychology*, 23, 127- 137.
- Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 81-85.
- Werner, E.E. (1984). Resilient children. *Young Children*, 40, 68- 72.
- Wolin, S., Wolin, S. & Wiczorek, W. (1999). Resilience: Pros, cons, & unresolved
- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C., & Kerley, J. H. (1993). The role of
- Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K. & Suresky, M. J. (2009). Effects on resilience of women family caregivers of adults with serious mental illness: The role of positive cognitions. *Archives of Psychiatric Nursing*. 23(6):412-22.

جلسه‌های برنامه افزایش تاب‌آوری برای دانش‌آموزان دارای اختلال برون‌نمود

محتوای جلسه	ترتیب جلسه
معارفه اعضای گروه و آشنایی با برنامه، بیان هدف، قوانین و چارچوب گروه، آموزش درباره مفهوم تاب‌آوری، عوامل خطرآفرین و حفاظتی	جلسه اول
اتخاذ چشم‌انداز، ادراک پدیدارشناختی محرک و آشنایی اعضای گروه با این مفهوم که ادراک پدیده‌ها و رویدادها نسبی است	جلسه دوم
آشنایی با ارتباط بین افکار، احساسها، هیجانها و رفتار و نقش افکار و باورهای غیرمنطقی در شکل‌گیری هیجانها و رفتارهای منفی (بازسازی شناختی)	جلسه سوم
آموزش مهارت‌های اجتماعی شناسایی و افزایش رفتارهای اجتماعی مثبت و کاهش رفتارهای اجتماعی منفی	جلسه چهارم
آشنا شدن با مهارت‌های مدیریت استرس و به کار بردن آن در زندگی روزمره	جلسه پنجم
آشنا کردن نوجوانان با مراحل حل مسئله و به‌کاربردن آن در موقعیت‌های عملی زندگی	جلسه ششم
آموزش مهارت‌های همدلی با دیگران و افزایش علاقه اجتماعی (قسمت اول) افزایش مهارت همدلی، تفسیر موقعیت، درک دیگران و فکرخوانی	جلسه هفتم
آموزش مهارت‌های همدلی با دیگران و افزایش علاقه اجتماعی (قسمت دوم) افزایش مهارت همدلی، تفسیر موقعیت، درک دیگران و فکرخوانی	جلسه هشتم
افزایش سواد هیجانی، کنترل تکانه‌ها و مدیریت خشم افزایش مهارت شناخت و عواطف و احساسات و کنترل آنها	جلسه نهم
جمع‌بندی، مرور و نتیجه‌گیری	جلسه دهم

پیوست (ب)

جلسه های برنامه افزایش تاب آوری برای دانش آموزان دارای اختلال درون نمود

ترتیب جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	معارفه اعضای گروه و آشنایی با برنامه، بیان هدف، قوانین و چارچوب گروه، آموزش درباره مفهوم تاب آوری، عوامل خطر آفرین و حفاظتی
جلسه دوم	اتخاذ چشم انداز، ادراک پدیدارشناختی محرک و آشنایی اعضای گروه با این مفهوم که ادراک پدیده ها و رویدادها نسبی است
جلسه سوم	آشنایی با ارتباط بین افکار، احساسها، هیجانها و رفتار و نقش افکار و باورهای غیرمنطقی در شکل گیری هیجانها و رفتارهای منفی (بازسازی شناختی)
جلسه چهارم	آموزش مهارتهای اجتماعی شناسایی و افزایش رفتارهای اجتماعی مثبت و کاهش رفتارهای اجتماعی منفی
جلسه پنجم	آشنا شدن با مهارتهای مدیریت استرس و به کار بردن آن در زندگی روزمره
جلسه ششم	آشنایی با انواع سبک های تفکر خوش بینانه و بدبینانه سلیگمن و تغییر سبک تبیین بدبینانه نوجوانان به سبک تبیین خوش بینانه
جلسه هفتم	آشنایی با مفهوم اعتماد به نفس و شناسایی نقاط قوت خود و افزایش خودگوییهای مثبت و حس ارزشمندی
جلسه هشتم	آموزش دلگرم سازی و خوددلگرم سازی (قسمت اول) آشنایی با مفهوم دلگرم سازی و روش دلگرم ساختن دیگران
جلسه نهم	آموزش دلگرم سازی و خوددلگرم سازی (قسمت دوم) آشنایی با روش دلگرم ساختن خویش و تمرین خودگوییهای مثبت
جلسه دهم	جمع بندی، مرور و نتیجه گیری

The Role of Dimensions of Marital Satisfaction in Prediction Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder.

Majid Alami,¹ Hadi Bahrami Ehsan,²
Maryam Asadolah Tooyserkani³

Received: 6.6.12 Revised:30.7.12 Accepted:20.1.0.12

Abstract

Objective: Since behavior problems influence all dimensions of individual and social life in children, the aim of this study was to evaluate the contribution of parental marital satisfaction and to explain the conduct disorder and Oppositional Defiant Disorder in children. **Methods:** This correlation study was conducted on 127 boy students and their parents and teachers in Tehran in 2010. They were selected through cluster random sampling. Relevant data were collected using three questionnaires: ENRICH Marital Inventory, Child behavior check list (CBCL) and Teacher report form (TRF). By using descriptive statistic and regression the data were analyzed. **Results:** The findings revealed that the dimension of conflict can predict conduct disorder in CBCL based on DSM scale and CBCL based on experience scale. Dimension of communication can predict the Oppositional Defiant Disorder in CBCL based on experience scale. **Conclusion:** Healthy relationship between parents has a determinant contribution in shaping the ability to adjust with others. Findings indicate that repetitive confrontation with parental conflict can result to conduct disorder and Oppositional Defiant Disorder in children.

Key Words: *Dimensions of marital satisfaction, Conduct disorder, Oppositional Defiant Disorder*

1. M.Sc. in clinical psychology, University of Tehran

2. Associate professor, University of Tehran

3. **Corresponding author:** Master's degree student in in clinical psychology, University of Tehran (Email: golbargt81@yahoo.com)

نقش ابعاد رضایت زناشویی در پیش‌بینی اختلال رفتار مقابله‌ای و اختلال سلوک

مجید اعلمی^۱، دکتر هادی بهرامی احسان^۲،
مریم اسداله تویسرکانی^۳

دریافت: ۹۱/۳/۱۷، تجدیدنظر: ۹۱/۵/۹، پذیرش: ۹۱/۷/۲۹

چکیده

هدف: با توجه به اینکه مشکلات رفتاری، همه جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهند، پژوهش حاضر، با هدف ارزیابی نقش ابعاد رضایت زناشویی والدین در تبیین اختلال سلوک و اختلال رفتار مقابله‌ای در فرزندان انجام شد. **روش:** نمونه پژوهش شامل ۱۲۷ دانش‌آموز پسر مقطع راهنمایی شهر تهران و والدین و معلمان آنها بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها به کمک پرسشنامه‌های رضایت زناشویی انریچ و مقیاس‌های فهرست مشکلات رفتاری کودک (CBCL) و فرم گزارش معلم (TRF) که جزء نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ هستند، گردآوری و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل رگرسیون تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که از میان ابعاد رضایت زناشویی تنها بعد تعارض می‌تواند اختلال سلوک در مقیاس‌های CBCL مبتنی بر DSM و مبتنی بر تجربه را پیش‌بینی کند. بعد ارتباط نیز می‌تواند اختلال رفتار مقابله‌ای براساس نتایج مقیاس‌های CBCL مبتنی بر تجربه را پیش‌بینی کند. **نتیجه‌گیری:** مناسبات سالم بین والدین، نقشی تعیین‌کننده در شکل‌گیری توانایی سازگاری با دیگران در فرزندان دارد. نتایج نشان می‌دهد که مواجهه‌های مکرر با تعارض والدین، در سطح درون‌روانی به اختلالات سلوک و رفتار مقابله‌ای در کودکان منجر می‌شود.

واژه‌های کلیدی: ابعاد رضایت زناشویی، اختلال سلوک، اختلال رفتار مقابله‌ای

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تهران

۲. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه تهران

۳. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تهران

مقدمه

فرزندان بزرگ‌تر به علت اینکه بهتر می‌توانند نشانه‌های ظریف تعارض بین والدین را شناسایی کنند، نسبت به فرزندان کوچک‌تر، بیشتر تحت تأثیر تعارض والدین قرار می‌گیرند (کوی، کانگر و لورنز، ۲۰۰۵). کجباغ، آقای، کاویانی (۱۳۸۳) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که با افزایش میزان رضایت زناشویی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دختران کاهش می‌یابد. پژوهشگران معتقدند تعارض والدین، کودکان را دچار استرس، ترس و خشم می‌کند و مواجهه مکرر با تجربه تعارض می‌تواند منجر به مشکلات رفتاری شود (کامینگز و دیویس، ۲۰۰۲، اراث و بیرمن، ۲۰۰۶).

طبق نظریه امنیت هیجانی (کامینگز و دیویس، ۲۰۱۰) تعارض بین فردی والدین ادراک فرزندان از امنیت هیجانی را تهدید می‌کند و آنها را نسبت به مشکلات سازگاری، مستعد می‌سازد؛ همچنین دیویس و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که ناایمنی هیجانی کودک، به دنبال تعارض زناشویی، به صورت سه بعد بی‌نظمی رفتاری، درگیر شدن در تعارض و واکنش هیجانی منفی، نمایان می‌شود.

یا وجود این، درباره اینکه دقیقاً کدام یک از ابعاد رضایت زناشویی می‌توانند اختلال سلوک و اختلال رفتار مقابله‌ای را در فرزندان پیش‌بینی کنند، تحقیقات اندکی صورت گرفته است؛ از سوی دیگر، کودکان و نوجوانان قشر عظیمی از جمعیت هر کشور، خصوصاً جامعه ما را تشکیل می‌دهند؛ همچنین سرمایه‌های پر ارزشی برای جامعه هستند و عامل مهمی در توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور به شمار می‌روند؛ بنابراین شناسایی عوامل تأثیرگذار و تهدیدکننده سلامت روانی آنها، به صورت علمی، ضرورت می‌یابد. با این توصیف، هدف از پژوهش حاضر، ارزیابی نقش ابعاد رضایت زناشویی والدین در تبیین اختلال سلوک و اختلال رفتار مقابله‌ای در فرزندان است. سؤالهای اصلی این پژوهش عبارت‌اند از:

۱. کدام یک از ابعاد رضایت زناشویی، قادر به تبیین اختلال سلوک (براساس نتایج مقیاسهای CBCL

اختلال سلوک^۱ به آن دسته از رفتارهای ضد اجتماعی اشاره دارد که نشان می‌دهد فرد در انطباق با انتظارات اشخاص صاحب قدرت در زندگی (مانند والد یا معلم) و یا هنجارهای اجتماعی یا احترام به حقوق دیگران، ناتوان است. مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد به‌طور تقریبی، ۲ درصد دختران و ۹ درصد پسران، دارای اختلال سلوک هستند و شروع اختلال در دختران دیرتر و نسبت آن در مقایسه با پسران کمتر است (انجمن روان‌پزشکان آمریکا، ۲۰۰۰). درحالی‌که اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۲ اختلالی نسبتاً جدید در کودکانی است که ملاکهای کامل اختلال سلوک را ندارند. این اختلال، یکی از رایج‌ترین اختلالات بالینی در کودکان و نوجوانان است (استینر و ورمسینگ، ۲۰۰۷). این اختلال در طبقه اختلالات رفتاری ایدایی قرار می‌گیرد که از بزرگ‌ترین گروه اختلالات ارجاعی به کلینیکهای سلامت روانی کودکان است (کاستین، لیت، هیل اسمیت، ونس و لوک، ۲۰۰۴). میزان شیوع این اختلال بسته به نوع ارزیابی و ملاکهای تشخیصی که به کار گرفته می‌شود، در بازه وسیعی بین ۲ تا ۱۶ درصد در سنین پیش-دبستانی یا اوایل سن مدرسه گزارش شده است (استینر و ورمسینگ، ۲۰۰۷).

براساس شواهد پژوهشی، خانواده در تعلیم و تربیت کودکان نقش بسیار مهمی به عهده دارد؛ از سوی دیگر، روابط بین پدر و مادر می‌تواند رضایت‌بخش و یا غیررضایت‌بخش باشد. رضایت از زندگی زناشویی به ایجاد محیط عاطفی سالم و مناسب برای رشد و نمو فرزندان منجر می‌شود و طبعاً این رضایت می‌تواند در تعامل بین فرزندان و والدین مؤثر باشد. یکی از عوامل خطر ساز ابتلا به اختلال سلوک و بزهکاری که در مطالعات طولی گزارش شده، تعارض^۴ بین والدین است (مورای، ژوزف، فیل، مارینگتون و دیوید، ۲۰۱۰، لی، وای-یونگ، من-لوم، چیانگ، بن و جوویس، ۲۰۱۰). تعارض والدین با مشکلات بیرونی‌سازی در فرزندان همراه است (تیوبرت و مارتین، ۲۰۱۰).

مقیاس آن شامل پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، موضوع‌های شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی و جهت‌گیری عقیدتی می‌شود که روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده است. فرم ۴۷ سؤالی این پرسشنامه را سلیمانیان در سال ۱۳۷۳ طراحی و پایایی آن را همین پژوهشگر در گروهی ۱۱ نفری از طریق ضریب آلفا محاسبه کرده و ضریب اعتبار ۰/۹۵ را برای آن به‌دست آورده است؛ در این پژوهش، از این فرم استفاده شد. فرم اصلی، با توجه به زیاد بودن سؤالی‌های پرسشنامه، موجب خستگی بیش از اندازه پاسخگویان می‌شد.

ضرایب آلفای پرسشنامه انریچ در گزارش اولسون و همکاران برای هر دو مقیاس، پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و بچه‌ها، بستگان و دوستان، نقش‌های مربوط به برابری زن و مرد، به ترتیب، از این قرار است: ۰/۹، ۰/۸۱، ۰/۷۲، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۴۸، ۰/۷۷، ۰/۷۲، ۰/۷۱. ضریب آلفای فرم کوتاه ۴۸ سؤالی پرسشنامه در پژوهش میرخشتی ۰/۹۲ و در فرم ۴۷ سؤالی سلیمانیان ۰/۹۵ به‌دست آمد (ثنائی، ۱۳۷۹ به نقل از عیدی و خانجانی، ۱۳۸۵).

رسولی (۱۳۸۷) نیز ضریب اعتبار پرسشنامه را از روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۲ به‌دست آورد. همچنین این پرسشنامه در ایران به‌وسیله مهدویان هنجاریابی شده است؛ این مقیاس متشکل از ۱۱۵ ماده است که بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تشکیل شده است.

در پژوهش مهدویان ضریب همبستگی پیرسون در روش بازآزمایی (به فاصله یک هفته) برای گروه مردان ۰/۹۴، برای گروه زنان ۰/۹۴ و برای گروه مردان و زنان ۰/۹۴ به دست آمده است. این ضرایب در همین پژوهش برای خرده‌مقیاس‌های تحریف آرمانی، رضایت

مبتنی بر DSM) در فرزندان است؟

۲. کدام یک از ابعاد رضایت زناشویی قادر به تبیین اختلال سلوک (براساس نتایج مقیاس‌های CBCL مبتنی بر تجربه) در فرزندان است؟

۳. کدام یک از ابعاد رضایت زناشویی قادر به تبیین اختلال رفتار مقابله‌ای (بر اساس نتایج مقیاس‌های CBCL مبتنی بر DSM) در فرزندان است؟

۴. کدام یک از ابعاد رضایت زناشویی قادر به تبیین اختلال رفتار مقابله‌ای (براساس نتایج مقیاس‌های CBCL مبتنی بر تجربه) در فرزندان است؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان مقطع راهنمایی به همراه والدین و معلمان آنها که ساکن منطقه ۳ شهرداری شهر تهران بودند، تشکیل می‌دادند. اختصاص یک منطقه به مطالعه به منظور کنترل نسبی متغیرهای سطح اقتصادی و اجتماعی است. نمونه این مطالعه دارای سه بخش است: بخش نخست متعلق به دانش‌آموزان مورد مطالعه، بخش دوم به والدین آنها و بخش سوم به معلمان آنها اختصاص داشت. در پژوهش حاضر، نمونه‌ای با حجم ۱۲۷ نفر از منطقه سه شهرداری انتخاب شده است. ابتدا فهرست مدارس راهنمایی منطقه ۳ شهرداری تهران تهیه شد؛ سپس به‌صورت تصادفی ۴ مدرسه از بین آنها انتخاب شد. بعد از آن ضمن هماهنگی با مسئولان و مربیان آن مدارس، به والدین و معلمان دانش‌آموزانی که به روش نمونه‌برداری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شده‌اند، ابتدا توضیحاتی دربارهٔ تحقیق، اهداف، مزیت‌های آن و کامل کردن پرسشنامه‌ها داده شد. سپس از والدین و معلمان خواسته شد به پرسشنامه به دقت پاسخ دهند. میانگین سنی نمونه حاضر ۱۳ سال و انحراف استاندارد آن ۰/۷ است.

ابزار پژوهش

الف. پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (ENRICH)

این پرسشنامه را اولسون، دراگمن و فورنیر (۱۹۸۷، ۱۹۷۸) ساخته‌اند و ۱۱۵ سؤال دارد و ۱۲

مناسب است که هر دو والد فرم والد را پر کنند و نیز در صورت لزوم با آنها مصاحبه‌ای نیز انجام شود. برای هر سه فرم سه نمره به دست می‌آید:

۱. نمرات خام.
 ۲. رتبه‌های درصدی.
 ۳. نمرات T (میانگین ۵۰ و انحراف استاندارد ۱۰ برای هر سه فرم)
- نمره‌گذاری گسترده در TRF و CBCL: ۱. مقیاسهای شایستگی (مقیاس فعالیتها، مقیاس اجتماعی، مقیاس مدرسه) ۲. مقیاسهای مبتنی بر DSM (مشکلات عاطفی، مشکلات اضطرابی، مشکلات جسمانی، ADHD، مشکلات رفتار مقابله‌ای، مشکلات سلوک). ۳. مقیاسهای مبتنی بر تجربه (که شامل چهار گروه زیر است):

الف- گروه درونی‌سازی: اضطراب/ افسردگی، گوشه‌گیری/ افسردگی، شکایات جسمانی. ب- گروه برونی‌سازی: رفتار قانون‌شکنی، رفتار پر خاشگری. ت- مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه ت- سایر مشکلات. که برای هر کدام از مقیاسهای بالا نیم‌رخ رسم و تفسیر می‌شود.

در مورد اطلاعات هنجاریابی و ویژگیهای روانسنجی این آزمون، می‌توان گفت، این آزمون دارای تشخیص بسیار خوب و اعتبار محتوایی و عاملی بالایی است؛ همچنین اعتبار سازه بسیار قوی دارد. روابط درونی مقیاسهای آن در $P < 0.001$ معنی‌دار است، تمایزگذاری گروهی بالادارد، اعتبار سؤال نیز دارد.

درباره روایی این آزمون نیز می‌توان گفت همسانی درونی برای مقیاسهای شایستگی نسبتاً بالا (بین ۰/۶۵ و ۰/۸۵) و برای مقیاس مبتنی بر تجربه و مبتنی بر DSM در سطح مطلوب است. در آزمون‌بازآزمون که از آزمون t و پیرسون استفاده شده بود، بسته به ماده تفاوت داشت، اما براساس جدول همه در سطح $p < 0.05$ معنادار هستند.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان می‌دهند که بیشتر والدین

زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیتهای اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقشهای مساوات طلبی و جهت‌گیری مذهبی گروه زنان و مردان، به ترتیب از این قرار است: ۷۲٪، ۰/۸۵، ۰/۷۶، ۰/۷۶، ۰/۸۱، ۰/۶۳، ۰/۶۹، ۰/۸۷، ۰/۶۹، ۰/۶۲، ۰/۷۳. ضریب آلفای فرم ۴۸ ماده‌ای پرسشنامه در پژوهش میرخشتی ۰/۹۲ و در فرم ۴۷ ماده‌ای پژوهش سلیمانیان ۰/۹۵ به دست آمده است.

ضریب همبستگی پرسشنامه انریچ با مقیاسهای رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاسهای رضایت از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ است که نشانه روایی سازه آن است. کلیه خرده‌مقیاسهای پرسشنامه انریچ زوجهای راضی و ناراضی را متمایز می‌کنند که نشان می‌دهد این پرسشنامه از روایی ملاک خوبی برخوردار است.

ب. فهرست مشکلات رفتاری کودک^۵ (CBCL) و فرم گزارش معلم^۶ (TRF): نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ^۷ (ASEBA) شامل سه مجموعه فرم است که در این مجموعه فرمها شایستگیها، کنش یا کارکرد انطباقی و مشکلات عاطفی- رفتاری کودک مورد بررسی قرار می‌گیرد. در این نظام برخلاف بسیاری از آزمونهای مرتبط با کودک، از پرسشهای باز-پاسخ نیز استفاده شده است. برای تکمیل هر پرسشنامه ۲۰ الی ۲۵ دقیقه زمان لازم است که اگر زمان کافی وجود نداشت، تنها قسمتهای شایستگی و کارکرد انطباقی پر می‌شود و یا تنها قسمت مشکلات عاطفی- رفتاری. این سه فرم پرسشنامه که اسامی آنها در زیر می‌آید، تصویری کامل از کودک ارائه می‌نمایند و برای کودک ۱ تا ۱۱ سال طراحی شده‌اند. (البته تنها فرم خودسنجی آن مرتبط به سن کودک است):

۱- CBCL: سیاهه رفتاری کودک که به وسیله والدین پر می‌شود.

۲- YSR: پرسشنامه خودسنجی کودک که اگر نتوانست آن را پر کند، ما به او کمک می‌کنیم.

۳- TRF: فرم گزارش معلم.

مبتنی بر تجربه را پیش‌بینی کنند ($p < 0/01$) جزئیات نتایج تحلیل رگرسیون را می‌توان در جدول ۱ و ۲ مشاهده کرد.

نتایج در جدول شماره یک نشان می‌دهد که به استثنای تحلیل واریانس رفتار مقابله‌ای مبتنی بر تجربه، بقیه تحلیلها واجد F قابل ملاحظه و معنی‌دار هستند؛ این موضوع نشان‌دهنده آن است که مجموعه متغیرهای پیش‌بین-ابعاد رضایت زناشویی- با نشانگان سلوک مبتنی بر DSM، سلوک مبتنی بر تجربه و رفتار مقابله‌ای مبتنی بر DSM دارای رابطه خطی است.

شرکت‌کننده در این تحقیق، زنان با تحصیلات لیسانس هستند و میانگین سنی فرزندان آنان ۱۳ سال به دست آمده است.

برای پاسخ به سؤالیهای پژوهش، از روش تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. (جدول ۱). نتایج نشان داد که ابعاد رضایت زناشویی (تحریف، رضایت، تعارض، ارتباط) قادرند ۱۴ درصد از واریانس اختلال سلوک (بر اساس نتایج مقیاسهای CBCL مبتنی بر DSM) ، ۹ درصد از واریانس اختلال سلوک (بر اساس نتایج مقیاسهای CBCL مبتنی بر تجربه)، ۹ درصد از واریانس اختلال رفتار مقابله‌ای مبتنی بر DSM و ۶ درصد از واریانس اختلال رفتار مقابله‌ای

جدول ۱. تحلیل رگرسیون چندگانه اختلال سلوک و رفتار مقابله‌ای بر ابعاد رضایت زناشویی (تحریف، رضایت، تعارض، ارتباط)

متغیرها	شاخصها	مجموع	درجه آزادی	میانگین	F	سطح معناداری	R	R ²
سلوک مبتنی بر DSM	رگرسیون	۶۸۹/۳۸	۴	۱۷۲/۳۴	۵/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۱۴
	باقیمانده (خطا)	۴۰۷۴/۴۳	۱۲۲	۳۳/۳۹				
	کل	۴۷۶۳/۸۲	۱۲۶					
سلوک مبتنی بر تجربه	رگرسیون	۳۷۷/۰۴	۴	۹۴/۲۶	۳/۳۵	۰/۰۱	۰/۳۱	۰/۰۹
	باقیمانده (خطا)	۳۴۲۵/۴۷	۱۲۲	۲۸/۰۷				
	کل	۳۸۰۲/۵۲	۱۲۶					
رفتار مقابله‌ای مبتنی بر DSM	رگرسیون	۵۲۴/۷۱	۴	۱۳۱/۱۷	۳/۳۰	۰/۰۱	۰/۳۱	۰/۰۹
	باقیمانده (خطا)	۴۸۴۵/۰۴	۱۲۲	۳۹/۷۱				
	کل	۵۳۶۹/۷۶	۱۲۶					
سلوک مبتنی بر تجربه	رگرسیون	۳۷۷/۰۴	۴	۹۴/۲۶	۳/۳۵	۰/۰۱	۰/۳۱	۰/۰۹
	باقیمانده (خطا)	۳۴۲۵/۴۷	۱۲۲	۲۸/۰۷				
	کل	۳۸۰۲/۵۲	۱۲۶					

به اختلال سلوک مبتنی بر تجربه را پیش‌بینی کند؛ به عبارت دیگر، افزایش تعارض بین والدین، منجر به افزایش اختلال سلوک مبتنی بر تجربه در فرزندان می‌شود. بعد ارتباط نیز ($\beta = 0/27$) با توجه به آماره t با اطمینان ۹۵ درصد می‌تواند تغییرات مربوط به اختلال رفتار مقابله‌ای مبتنی بر تجربه را پیش‌بینی کند؛ به عبارت دیگر، افزایش ارتباط بین والدین باعث کاهش اختلال رفتار مقابله‌ای مبتنی بر تجربه در فرزندان می‌شود.

افزون بر آن، ارزیابی ضرایب تأثیر، تحلیل رگرسیون نیز نتایج قابل‌تأملی را نشان می‌دهد (جدول ۲). نتایج نشان می‌دهند که بعد تعارض ($\beta = 0/23$) با توجه به آماره t با اطمینان ۹۵ درصد می‌تواند تغییرات مربوط به اختلال سلوک مبتنی بر DSM را پیش‌بینی کند؛ به عبارت دیگر، افزایش تعارض بین والدین، باعث افزایش اختلال سلوک مبتنی بر DSM در فرزندان می‌شود. همچنین بعد تعارض ($\beta = 0/28$) با توجه به آماره t با اطمینان ۹۵ درصد می‌تواند تغییرات مربوط

جدول ۲. ضرایب تأثیر ابعاد رضایت زناشویی بر اختلال سلوک و رفتار مقابله‌ای

P-value	t	Beta	SEM	B	متغیرهای پیش بین	متغیرهای ملاک
۰/۰۴	-۲/۰۲	-۰/۲۳	۰/۰۳	-۰/۰۷	تعارض	اختلال سلوک DSM مبتنی بر
۰/۰۲	-۲/۳۴	-۰/۲۸	۰/۰۳	-۰/۰۷	تعارض	اختلال سلوک مبتنی بر تجربه
۰/۰۴	-۲/۰۳	-۰/۲۷	۰/۰۵	-۰/۱۰	ارتباط	اختلال رفتار مقابله ای مبتنی بر تجربه

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، تعیین رابطه بین ابعاد رضایت زناشویی والدین، اختلال سلوک و اختلال رفتار مقابله‌ای در فرزندان بود که بدین منظور داده‌های به‌دست آمده از ۱۲۷ آزمودنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بررسی سؤالهای اول و دوم این پژوهش، مبنی بر اینکه کدام یک از ابعاد رضایت زناشویی قادر به تبیین اختلال سلوک (براساس نتایج مقیاسهای CBCL مبتنی بر DSM) و (براساس نتایج مقیاسهای CBCL مبتنی بر تجربه) در فرزندان هستند، نشان داد که از میان ابعاد رضایت زناشویی، تنها بعد تعارض می‌تواند اختلال سلوک در هر دو مقیاس را پیش‌بینی کند؛ این یافته با یافته پژوهشهای دیویس و همکاران، ۲۰۰۷، مورای، ۲۰۱۰، لی، ۲۰۱۰، تیوبرت و پینکوارت، ۲۰۱۰ همسو و همخوان است. برای تبیین این نتیجه به چند مسئله می‌توان اشاره کرد. باید توجه داشت که بازنمایی ذهنی منفی فرزندان از روابط والدین، بر پرورش اختلال سلوک در اوایل مراحل رشد، اثری تعدیل‌کننده دارد. طبق نظریه ایمنی هیجانی (دیویس و کامینگز، ۲۰۰۶) تعارض زناشویی از در دسترس بودن عاطفی پدر و مادر برای کودکان جلوگیری می‌کند و اعتماد کودک را به خانواده به عنوان منبع ایمنی کاهش می‌دهد؛ به بیان دیگر، تعارض زناشویی به دل بستگی نایمن کودک به پدر و مادر می‌انجامد؛ همچنین کاهش ایمنی هیجانی در خانواده، در نتیجه تعارض زناشویی، هماهنگ با اصل کل‌گرایی در نظریه نظام‌های خانواده بیان می‌کند که خانواده مجموعه‌ای از نظام‌های مرتبط با یکدیگر است

و تعارض در هر نظام از خانواده، به سایر نظامها و کل واحد خانواده منتقل می‌شود. از دیدگاه استرس خانوادگی (کریشناکومار و بوهرلر، ۲۰۰۰) استرس تجربه‌شده در رابطه بین والدینی که نمی‌توانند نقش خود را به عنوان همسر از نقش پدری یا مادری تفکیک کنند، به سمت رابطه والد-فرزند سرازیر می‌شود. تعارضات خانوادگی با سطوح بالای کورتیزول در کودکان مرتبط است (چیکتی و راگوش، ۲۰۰۱) که این امر به نوبه خود، از طریق تضعیف کارکرد نظام‌های عاطفی، شناختی، عصبی و زیستی به افزایش آسیب‌پذیری کودک و در نهایت اختلال روانی منجر می‌شود (رپتی و تیلور، ۲۰۰۲). از سوی دیگر نظریه انتخاب به وجود خطر عوامل اختلال سلوک اشاره می‌کند که در خانواده‌های آشفته، بیشتر از خانواده‌های سالم وجود دارند، از جمله درآمد پایین، شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد، بزهار بودن والدین و تعارض (مورای و همکاران، ۲۰۱۰). طبق نظریه دل بستگی، دل بستگی زوجین به والدینشان روی دل بستگی آنها بر یکدیگر، تأثیر می‌گذارد و اگر این دل بستگی نایمن باشد، آنها را دچار تعارض بین فردی می‌کند و این تعارض روی سازگاری فرزندانشان اثر منفی می‌گذارد (کاوان، کاوان و مهتا، ۲۰۰۹).

بررسی سؤالهای سوم و چهارم این پژوهش، مبنی بر اینکه کدام یک از ابعاد رضایت زناشویی، قادر به تبیین اختلال رفتار مقابله‌ای (براساس نتایج مقیاسهای CBCL مبتنی بر DSM) و (براساس نتایج مقیاسهای CBCL مبتنی بر تجربه) در فرزندان هستند، نشان داد که از میان ابعاد رضایت زناشویی، تنها بعد ارتباط

یادداشتها

- 1) Conduct Disorder
- 2) American Psychiatric Association
- 3) Oppositional Defiant Disorder
- 4) conflict
- 5) Child behavior check list
- 6) Teacher report form
- 7) The Achenbach System of Empirically Based Assessment

منابع

رسولی، ماریا (۱۳۸۱). بررسی رابطه استرس شغلی با رضایت زناشویی و سلامت روان افسران پلیس مرد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

رضائیان، حمید (۱۳۸۳). بررسی الگوهای علی متغیرهای خانواده (مشکلات روانی، رضامندی زناشویی، شیوه فرزندپروری و ادراک خود در نوجوانان دارای اختلال سلوک). رساله دکتری روان‌شناسی، دانشگاه تهران.

سلیمانیان، علی اکبر (۱۳۷۳). بررسی تفکرات غیرمنطقی بر اساس رویکرد شناختی بر نارضایتی زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت معلم. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

عیدی، رقیه. خانجانی، زینب. (۱۳۸۵). بررسی رضایت زناشویی در سبکهای مختلف دلبستگی، فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، سال اول، شماره دو و سه.

کجیاف، محمدباقر؛ آقایی، اصغر؛ کاویانی، رویا (۱۳۸۳). «بررسی رابطه ی بین میزان رضایت زناشویی والدین و بروز اختلالات رفتاری دختران». فصل نامه مطالعات زنان، سال دوم، شماره چهار.

مهدویان فاطمه (۱۳۷۶). بررسی تأثیر آموزش ارتباط بر رضایتمندی زناشویی و سلامت روانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. انیستیتو روانپزشکی تهران
میرخستی، فرشته (۱۳۷۵). بررسی رابطه میان رضایت از زندگی زناشویی و سلامت روان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد رودهن. گروه مشاوره.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4rd ed.). Washington, De: Author.

Cicchetti, D. & Rogosch, F.A. (2001). The impact of child maltreatment and psychopathology on neuroendocrine functioning. *Development and Psychopathology*, 13, 783-804.

می‌تواند اختلال رفتار مقابله‌ای براساس نتایج مقیاسهای CBCL مبتنی بر تجربه را پیش‌بینی کند. این یافته با یافته پژوهشهای ارث و بیرمن، ۲۰۰۶، کامینگز و دیویس، ۲۰۰۲، کجیاف، آقایی، کاویانی، ۱۳۸۳ همسو است. برای تبیین این نتیجه، علاوه بر مطالبی که برای تبیین نتیجه اول گفته شد، می‌توان گفت که رفتارهای پرخاشگرانه و خصمانه والدین به هنگام اختلاف، الگوهای ناسازگارانه‌ای از حل مسئله و حل تضاد را برای کودکان فراهم می‌کند. با توجه به الگوی اجتماعی-شناختی، کودکان جنبه‌های مهم تجربیات مراقبان‌شان را که رفتار آنها را در موقعیتهای جدید اجتماعی هدایت می‌کند، درونی می‌کنند؛ بنابراین دانش کودکان از رفتار والدین، رابطه تجربیات آنها را با خانواده‌شان پیش‌بینی می‌کند (گریچ، واچ‌موس، شالیفر و کلاکو، ۲۰۰۲، شامیر، روچر شودلیچ و کامینگز، ۲۰۰۱). از سوی دیگر، زوجینی که در روابط زناشویی خود دچار مشکل هستند، تحت شرایط تنیدگی‌زا هستند و قادر نیستند به‌صورتی مناسب و با حساسیت به خواستهها و نیازهای فرزندشان پاسخ دهند و به همین جهت در روابط والد-کودک مشکلاتی ایجاد می‌شود.

علی‌رغم نتایج فوق، باید به محدودیتهای این پژوهش توجه داشت. از محدودیتهای پژوهش حاضر این است که فقط بر روی پسران و در شهر تهران اجرا شده است. به پژوهشگران علاقمند در این زمینه پیشنهاد می‌شود که این پژوهش را در گروههای سنی مختلف در نقاط دیگر کشور و در هر دو جنس اجرا کنند. با توجه به اینکه رضایت زناشویی دربروز اختلالات سلوک و رفتار مقابله‌ای در فرزندان مؤثر است، توصیه می‌شود که اولاً افراد پیش از ازدواج دست به انتخاب آگاهانه‌ای بزنند و ثانیاً در صورت بروز مشکلاتی در زمینه تعارض و ارتباط با یکدیگر، به‌سرعت نسبت به حل آن به کمک افراد متخصص در این زمینه، اقدام نمایند تا از تأثیر این مشکلات بر روی فرزندانشان پیشگیری کنند.

- Costin, J., Lichte, C., Hill-Smith, A., Vance, A., & Luk, E. (2004). Parent group treatments for children with oppositional defiant Disorder, *Australian network for promotion*.
- Cowan, P.A., Cowan, C.P., & Mehta, N. (2009). "Adult attachment, couple attachment, and children's adaptation to school: An integrated attachment template and family risk model". *Attachment & Human Development, 11*, 29-46.
- Cui, M., Conger, R.D., & Lorenz, F.O. (2005). Predicting change in adolescent adjustment from change in marital problems. *Developmental Psychology, 41*, 812-823.
- Cummings, E.M., & Davies, P.T. (2010). *Marital conflict and children: an emotional security perspective*. New York: The Guilford Press.
- Cummings, E. M., & Davies, P.T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 31-63.
- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (2006). Interparental discord, family process, and developmental psychopathology In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (2nd. ed., pp. 86-128). New York: Wiley.
- Davies, P. T., Harold, G. T., Goeke-Morey, M. C., & Cummings, E. M. (2007). Children's emotional security and Interparental conflict. *Monographs of Society for Research in Child Development, 67*. (3, Serial, no. 270).
- Erath, S. A., Bierman, K. L., & Conduct Problems Prevention research Group. (2006). Aggressive marital conflict, maternal harsh punishment, and child aggressive-disruptive behavior: Evidence for direct and mediated relations. *Journal of Family Psychology, 20*(2), 217-226.
- Grych, J. H., Wachsmuth, T., Schlaefel, T., & Klockow, L. L. (2002). Interparental aggression and young children's representations of family relationships. *Journal of Family Psychology, 16*(3), 259-272.
- Krishnakumar, A., & Buehler, C. (2000). Interparental conflict and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Family Relations, 49*, 25-44.
- Lee, Wai-yung., Ng, Man-Lum., Cheung, K. L. Ben., & Yung, Wa, Joyce. (2010). Capturing children's Response to Parental Conflict and Making Use of It. *Family Process, 49*, 43-58.
- Murray, Joseph. MPhil, B., Farrington, David, P. (2010). Risk Factors for Conduct Disorder and Delinquency: Key Findings from Longitudinal Studies. *The Canadian Journal of Psychiatry, 55* (10), 633-642.
- Olson, D.H., Fournier, D.G., & Druckman, J. M. (1992). ENRICH: Enriching and nurturing relationship issues, communication, and happiness. Family inventories, Minneapolis.
- Repetti, R. L., & Taylor, S. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin, 128*, 330-366.
- Shamir, H., Du Rocher Schudlich, T., & Cummings, E.M. (2001). Marital conflict, parenting styles, and children's representations of family relationships. *Parenting: Science and Practice, 1*(12), 123-151.
- Steiner, H., & Remsing, L. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(1):126-41.
- Teubert, Daniela. & Martin, Pinquart. (2010). The association between co-parenting and child Adjustment: A Meta-Analysis. *Journal of Parenting: Science and Practice, 10*, 286-307.

Motor Skills in the Students with and without Stuttering

Mehrnaz Saadat, Ph.D¹, Mahnaz Estaki, Ph.D²,
Yaser Amiri, M.Sc³

Received: 12.10.11 Revised: 6.2.12 Accepted: 29.8.12

Abstract

Objective: The aim of this study was to compare motor skills in students with and without stuttering. **Method:** In this *ex post facto*, 25 students (ageing 6-11 years old) with and 25 students without stuttering were selected through an accessible sampling method. Utilizing Oseretsky Motor-Development Test, the data were collected and analyzed. **Findings:** A significant difference was found between the scores of the two groups. Also, the results showed some lower skills in children with stuttering. **Conclusion:** The findings of this study support the idea that stuttering is frequently associated with some kind of motor problems. This study authenticates the need to pay more attention to motor skills in children with stuttering.

Keywords: Stuttering, motor skill, Oseretsky Motor Development Test

1. **Corresponding Author:** Research Institute of Exceptional Children (Email: Saadat2000@yahoo.com)
2. Assistant Professor, Azad University, Tehran Branch
3. M.A in psychology

مقایسه مهارت‌های حرکتی در دانش‌آموزان مبتلا به لکنت زبان و عادی دبستانی

دکتر مهروز سعدت آبادی^۱، دکتر مهناز استکی^۲،
یاسر امیری^۳

دریافت: ۹۰/۷/۲۰، تجدیدنظر: ۹۰/۱۱/۱۷، پذیرش: ۹۱/۶/۸

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه مهارت‌های حرکتی در دانش‌آموزان مبتلا به لکنت زبان و دانش‌آموزان عادی انجام گرفت. **روش:** جامعه آماری، ۲۵ نفر مبتلا به لکنت زبان و ۲۵ نفر از دانش‌آموزان عادی که به صورت تصادفی انتخاب شدند را شامل می‌شوند. ابزار مورد استفاده شامل آزمون رشد حرکتی اوزرستسکی بود. نمرات پس از جمع‌آوری مورد تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** بین میانگین نمرات در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها، نتایج نشان‌دهنده این موضوع است که مهارت‌های حرکتی در دانش‌آموزان عادی در سطح بالاتری نسبت به دانش‌آموزان مبتلا به لکنت زبان قرار دارند و می‌توان از همین نتیجه جهت آموزش و درمان نقاط ضعف کودکان مبتلا به لکنت زبان استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: لکنت زبان، مهارت‌های حرکتی، آزمون رشد حرکتی اوزرستسکی

۱. نویسنده مسئول: کارشناس پژوهشی پژوهشکده کودکان استثنایی
۲. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز
۳. فوق لیسانس روان‌شناسی

مقدمه

لکنت زبان یک پدیده پیچیده روانی حرکتی و خاص دوران کودکی است که معمولاً از سنین ۲ تا ۵ سالگی، یعنی سن آغاز سخن گفتن شروع می‌شود. تقریباً از هر صد کودک یک نفر مبتلا به لکنت زبان است. حدود ۸۰ درصد همه کودکانی که به نحوی دچار لکنت بوده‌اند، بتدریج روان صحبت می‌نمایند؛ اما در عین حال لکنت‌زبان از مهمترین و متداولترین انواع اختلالات تکلمی است (هیپو، کرای و اندربی، ۲۰۰۲؛ کریچتون، ۲۰۰۲). با پیچیدگی که در لکنت زبان وجود دارد تاکنون روان‌شناسان و آسیب‌شناسان دلایل مشخصی برای این اختلال در نظر نگرفته‌اند اما لکنت می‌تواند علل بدنی، عاطفی، اجتماعی و یا ترکیبی از این عوامل را داشته باشد. با تحقیق در احوال افرادی که لکنت زبان دارند، می‌توان فهمید که بسیاری از این افراد دچار بعضی از ناراحتیهای عصبی و ناسازگارهای اجتماعی^۱ هستند، اما این که این ناراحتی‌ها باعث لکنت زبان شده‌اند و یا لکنت زبان باعث فشارهای روانی شده، بسیار مشکل است. در بعضی از مواقع لکنت زبان ممکن است حاصل نارسایی‌ها و اختلالات دستگاه عصبی باشد و یا در مواردی نیز لکنت زبان از زمان کودکی در اثر بعضی ناهنجاریهای خفیف فیزیولوژیکی پدید می‌آید (گوساروا، ۱۹۸۴؛ نیواس، ۱۹۷۰).

بر طبق چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی، لکنت زبان نوعی آشفتگی و اختلال در روانی گفتار است که به صورت تکرار صداها، کشش صداها، قطع روانی کلام، تکرار کلمات، مکث بین واژه‌ها، ناموزونی تکلم و جایگزین کردن واژه‌ها به منظور جلوگیری از کشش صداها در بین کودکان و نوجوانان مشاهده می‌شود (گوساروا، ۱۹۸۴؛ نیواس، ۱۹۷۰). میزان شیوع لکنت زبان در بین کودکان تقریباً ۵ درصد است و معمولاً تا سنین جوانی، ۸۰-۵۰ درصد این افراد با رسیدگی و درمان به‌موقع بهبود

پیدا می‌کنند. همچنین لکنت زبان در بین پسرها ۵-۴ برابر دخترها است و سیر بیماری نیز در بین پسرها طولانی‌تر است. به طور کلی اغلب مشکلات گفتاری در سنین ۵-۲ سالگی یعنی زمانی که کودکان در حال فراگیری مهارت‌های کلامی گوناگون، استفاده از لغات جدید، به کارگیری جملات طولانی‌تر، صحبت در میان جمع و بیان نظرات و افکارشان هستند و ۷-۵ سالگی یعنی زمان آغاز مدرسه، برانگیختگی برای یادگیری و کنجکاوی، هیجان ناشی از کلاس و درس، کسب مهارت‌های اجتماعی و ورود به اجتماع بزرگ‌تر هستند، آغاز می‌شود. این زمان موقعیت مناسبی است برای بروز لکنت زبان در میان کودکانی که بیشتر مستعد چنین اختلالی می‌باشند (کالینوفسکی، ۲۰۰۶؛ بوته، دیویدو، براملت و اینگهام، ۲۰۰۶). گاهی از موارد در دوران بلوغ نیز افرادی که قبلاً به نحوی لکنت‌زبان داشته‌اند به این اختلال دچار می‌شوند.

اگرچه علت دقیق لکنت زبان هنوز به‌طور دقیق و بدرستی شناخته نشده است، اما در این مورد نظریات و فرضیات مختلفی ارائه شده است (کاپلان، کرافورد، کانتل، کویترا و دیوی، ۱۹۹۴). یکی از مدل‌های بررسی این اختلال مدل ارگانیکی است. در این مدل تأکید بر این امر است که لکنت زبان بر اثر سمت‌گیری ناقص مغز یا برتری مغزی نابهنجار به‌وجود آمده است. در واقع زیاد بودن تعداد افراد چپ دست و دو سو توان‌ها در میان افراد مبتلا به لکنت زبان و کنش ضعیف این افراد در آزمون‌های شنود دو گوشی تأییدی است بر این مدل. البته این پدیده‌ها در تمام موارد دیده نمی‌شود و نمی‌توان آنها را به همه افراد تعمیم داد. نظریه تسلط مغزی نابهنجار بر پایه این اصل استوار است که در لکنت زبان بین دو نیمه مغز جهت کنترل کارکردهای زبانی کشش وجود دارد. تفاوت‌های جنسی چشمگیر در لکنت زبان و مطالعه دوقلوها نیز نشان می‌دهد که لکنت زبان تا چه حدی دارای پایه ژنتیکی است. به هر حال مدل‌های

می‌کند (دولت‌شاهی و ملیحی ذاکرینی، ۱۳۸۴).
 اختلال در تداوم، سرعت، سهولت در تولید، برنامه‌ریزی، آهنگ‌گفتار و یا ترکیبی از این عوامل در کودکان، ناروانی گفتار خوانده می‌شود. به عبارتی هر گونه از هم گسیختگی و آشفتگی جریان طبیعی گفتار به ناروانی منجر می‌گردد که در پسران شایع‌تر از دختران است (دنیل و کرول، ۲۰۰۱). در افراد روان گفتار، برتری نیمکره چپ سبب می‌شود که مناطق حرکتی نیمکره راست از دستورات نیمکره چپ در زمینه سرعت، دقت، دامنه و قدرت حرکات پیروی کنند و هنگامی که هر دو نیمکره در ارسال دستورات یکسان به نیمکره‌های هم جهت خود هماهنگی دارند گفتار روان است. نیمکره چپ مسئول فرآیندهای کلامی است و نیمکره راست با وظایف شنوایی شامل ریتم‌ها و ملودی‌ها و صداها، معنی، تکالیف بینایی-فضایی و سایر فعالیت‌های غیرکلامی سر و کار دارد. همچنین درجه‌ای از دوطرفه بودن در گفتار وجود دارد و هماهنگی دو طرفه مغز برای انجام برخی فعالیت‌های حرکتی درشت و ظریف ضروری است. تولید زبان یک فعالیت حرکتی است، چرا که توانایی گفتاری نیازمند هماهنگی بین سیستم‌های زبانی، تولیدی، تنفسی، حنجره‌ای و صوتی می‌باشد (سومر، کوچ، پائولاس، ویلر و بوچلر، ۲۰۰۲).
 مطالعات انجام شده روی گروه‌های دارای مشکلات زبانی و سالم نشان می‌دهد که ساختارهای عصبی تشریحی زبان و حرکت همپوشانی دارند (ماسن، کنت و پیترز، ۲۰۰۴). درجات بالایی از همزمانی اختلالات زبانی-شناختی و نقص‌های حرکتی وجود دارد که تایید کننده شواهد موجود در مورد سازماندهی عصبی مشترک این عملکردها می‌باشد. دو نوع شواهد عصب-فیزیولوژی قوی نیز در این راستا وجود دارد. اول اینکه این مناطق مغزی مربوط به کارکردهای زبانی هنگام انجام تکالیف حرکتی نیز فعال می‌باشد. دوماً در هنگام انجام تکالیف زبانی، مناطق حرکتی نیز فعال می‌باشند. با توجه به نقشی که دستگاه عصبی به ویژه

ارگانیک به دلیل کم بودن مطالعاتی که روی مغز افراد مبتلا به لکنت انجام گرفته پیشرفت چندانی نکرده است (کاگانویچ، ری و وبرفکس، ۲۰۱۰). از طرفی دیگر گفتار یک پدیده حرکتی است که مستلزم توانایی انجام حرکات تکرار شونده و سریع اندامهای گفتاری می‌باشد. به نظر می‌رسد که در بین تمام فعالیت‌های حرکتی انسان تولید گفتار پیچیده‌ترین رفتار است و طبعاً نیازمند حرکتی بی‌نهایت ظریف است به همین دلیل است که بسیاری معتقدند بین تولید گفتار و مهارت‌های حرکتی ارتباط نزدیکی وجود دارد (کاگانویچ، ری و وبرفکس، ۲۰۱۰).

گفتار به عنوان یک پدیده حرکتی، مستلزم توانایی در انجام حرکات تکرار شونده و سریع اندام‌های گویایی است و نیازمند مهارت‌های حرکتی بی‌نهایت ظریف و دقیق است (دنیل و کرول، ۲۰۰۱). بسیاری از صاحب نظران معتقدند بین توانایی حرکتی کلی و مهارت در پدیده تولید گفتار ارتباط وجود دارد (حسناتی، خاتون‌آبادی، عبدالوهاب، ۱۳۸۹). برنتال، بانکسون، فلیپسن (۲۰۰۸) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که بین مهارت‌های حرکتی و اختلال در تولید صدا، ارتباط وجود دارد. سرماک، وارد-ای و وارد-ال (۱۹۸۶) در پژوهشی رابطه بین اختلال تولید و اختلالات حرکتی را تأیید کردند. البته ناگفته نماند صاحب‌نظرانی نیز منکر وجود این رابطه شده‌اند که از آن جمله می‌توان به دورکین و کولاتا (۱۹۸۵) اشاره نمود. ارتباط از طریق گفتار به برنامه‌ریزی و هماهنگی حرکتی پیچیده‌ای نیاز دارد که بروز آن نیازمند برنامه‌ریزی توسط سطوح عالی دستگاه عصبی (قشر مخ) و اجرای ظریف و ماهرانه توسط عضلات مربوط به دستگاه گفتار می‌باشد. از این رو تولید گفتار مستلزم سلامت دستگاه عصبی مرکزی و محیطی است. کودکان مبتلا به اختلالات خاص زبانی، در یکپارچه‌سازی و تغییر سریع آواها دچار مشکل می‌شوند. همچنین این کودکان دچار اختلال در پردازش حسی اطلاعاتی هستند که به سرعت تغییر

اراده‌ای ندارند و در آنها حرکت تحت تاثیر سطوح ساقه مغز و نخاع در دستگاه عصبی قرار دارد. هنگامی که کودک کنترل بیشتری بر اعضا خود پیدا می‌کند، مغز میانی و قشر مخ جایگزین مراکز قبلی می‌شوند. در این حالت کودک دیگر از صورت یک موجود کاملاً زمین‌گیر به موجودی تبدیل می‌شود که قادر است خود را به یک وضعیت قائم تغییر شکل دهد به نظر می‌رسد مبنای تمام فعالیت‌های انسان بر رشد شناختی و اساس رشد شناختی نیز بر رشد حسی- حرکتی بنا شده است. اولین و اساسی‌ترین مرجع رشد شناختی نیز حسی- حرکتی است که بدون گذار از آن، نمی‌توان به مراحل بعدی رسید. لذا با مشاهده رشد حسی- حرکتی کودک می‌توان حدس زد که آیا این کودک در سازگاری با خواسته‌های محیط مشکلاتی خواهد داشت؟ نتیجه مطالعات نشان داده است که بین ضریب رشد حرکتی و ضریب هوش عمومی رابطه معناداری وجود دارد. طی مطالعه‌ای بین این دو متغیر ضریب همبستگی ۰.۷۰ بدست آمده است (استکی و کوچک انتظار، ۱۳۸۶).

آلم (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای که در کشور سوئد انجام داد، اعلام نمود که مهارت‌های حرکتی ظریف و درشت، در مبتلایان به لکنت زبان دچار اختلال هستند که بیشتر ناشی از نقائصی در عملکرد عقده‌های قاعده‌ای می‌باشد. فونداس، کوری، هارلی و هیلمن (۲۰۰۴)، به بررسی حرکات نوشتاری در مبتلایان به لکنت زبان پرداختند و دریافتند که این مهارت حرکتی در کودکان مبتلا به لکنت زبان مختل است. لادلو و لوکاس (۲۰۰۳)، اظهار می‌دارند که مهارت‌های حرکتی ظریف و درشت در کودکان مبتلا به لکنت‌زبان نسبت به کودکان عادی دچار اختلال است. جنابی (۱۳۸۵)، در پژوهشی ارتباط بین اختلالات تولیدی و انجام مهارت‌های حرکتی ظریف را نشان داد. کودکان مبتلا به اختلالات تولیدی نسبت به کودکان گروه کنترل اختلالات هماهنگی حرکتی و مشکلات نورولوژیک

عقدده‌های قاعده‌ای در مهارت‌های حرکتی ایفا می‌نمایند و با توجه به شواهد موجود که حاکی از اختلال در دستگاه عصبی و عقده‌های قاعده‌ای است می‌توان انتظار داشت که مهارت‌های حرکتی در کودکان دچار لکنت زبان با کودکان عادی متفاوت باشد که این مسأله ناشی از تأثیر آمین‌های خاص بر روی عملکرد عقده‌های قاعده‌ای می‌باشد. تالاموس نیز با منطقه حرکتی تکمیلی ارتباط داشته و رشته‌هایی از آن را دریافت می‌کند و تحریک آن موجب تکرار کشش صدای آغازین اولین کلمات در حین تحریک می‌شود و همچنین تأثیر نیرومندی بر کنترل بازدم در حین گفتار می‌گذارد (لوکان، ترجمه نیلی پور، شمشادی و کلاشی، ۱۳۸۲). همچنین در مطالعه‌ای که توسط نیواس (۱۹۷۰) انجام شد، اعلام گردید که اختلال در عقده‌های قاعده‌ای مغز که با حرکات ظریف فرد در ارتباط است، مهمترین یافته زمینه‌ای در کودکان مبتلا به لکنت زبان است مهمترین علت لکنت‌زبان که سبب اختلال در مهارت‌های حرکتی درشت می‌شود، وجود اختلال در قشر حرکتی مغز در ناحیه‌ای به نام بروکا^۲ می‌باشد.

اولین یادگیری فرد یادگیری حرکتی است؛ یعنی واکنش‌های عضلانی و حرکتی در خلال رفتار و حرکت، در کنش متقابل با جهان است و دست به تجربیات درباره آن می‌زند کنترل ارادی فعالیت‌های حرکتی ارتباط مستقیمی با ریش^۳ دارد. نوزاد در تسلط رفتار بازتابی قرار دارد و کنترل ارادی بدن به تدریج از همین بازتابها به وجود می‌آید. الگوهای حرکتی بسیار هماهنگ که برای جابجایی ضروری است از همین الگوهای بازتابی نارس شکل می‌گیرند (رخشان و فریار، ۱۳۷۱). رسیدن کودک به نقطه عطف حرکتی، به ریش جسمی و نیز تجربه یک عمل خاص بستگی دارد. در نوزادان خیلی کوچک بازتاب‌های دیگر نیز مبنایی برای رسیدن به وضعیت بدنی ایستاده فراهم می‌کنند. نوزادان در انجام بازتاب‌های اولیه

تحقیق همه زیر مجموعه‌های مهارت‌های حرکتی مورد بررسی قرار گرفته است و سعی شده است مهارت‌های حرکتی را در دانش‌آموزان عادی و دانش‌آموزان مبتلا به لکنت زبان مورد بررسی و مقایسه قرار دهد و فرض وجود رابطه بین اختلال گفتاری و مهارت‌های حرکتی در این اختلال بررسی شود.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع پس‌رویدادی (علی-مقایسه‌ای) است. جامعه آماری این تحقیق شامل ۲۵ دانش‌آموزان عادی است که در محدوده سنی ۶ - ۱۱ سال، در سال تحصیلی ۸۸ - ۸۹ در دبستانهای منطقه ۶ شهر تهران مشغول به تحصیل بوده و به صورت تصادفی انتخاب شدند؛ جامعه آماری دانش‌آموزان مبتلا به لکنت‌زبان هم شامل تمامی دانش‌آموزان (پسر) ابتدایی شهر تهران است که به کلینیک‌های توانبخشی منطقه ۲ در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ مراجعه کرده (گروهها از نظر سن و جنس و مقطع تحصیلی همتا گردیدند) و توسط پزشک متخصص مبتلا به لکنت زبان تشخیص داده شده‌اند؛ و به وسیله مقیاس رشد حرکتی لینکن اوزرتسکی سنجیده و در نهایت مورد مقایسه قرار گرفتند. این آزمون شامل ۳۶ ماده است که به تدریج سخت‌تر می‌شوند. این آزمون شامل خرده آزمون‌هایی از جمله راه رفتن عقب عقب، ایستادن روی یک پا، لمس نوک بینی با انگشت و غیره می‌باشد مقیاس رشد حرکتی لینکن اوزرتسکی مهارت‌های حرکتی ظریف و درشت را در ۶ حوزه کلی می‌سنجد که شامل هماهنگی کلی، هماهنگی حرکتی دو طرفه، هماهنگی حرکتی چشم و دست، تعادل، حرکات ظریف و حرکات درشت می‌باشند. اجرای این آزمون معمولاً حدود یک ساعت طول می‌کشد و به صورت انفرادی انجام می‌گیرد و بر اساس مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده است. بعضی از خرده آزمونها روی هر یک از دو

خفیف بیشتری نشان می‌دهند. همچنین دیکسون (۱۹۷۱) در تحقیقی نشان داد که کودکان مبتلا به اختلال تولیدی که در آزمون حرکتی اوزرتسکی نمرهٔ بهتری گرفته‌اند، بعد از یک سال، بهبودی بیشتری در امر تولید نشان دادند. مطالعات دیگری نیز نشان داده‌اند که کودکانی که مبتلا به اختلالات گفتار و زبان هستند در مهارت‌های هماهنگی چشم، دست و همچنین تعادل به‌طور قابل توجهی ضعیف‌تر از کودکان هنجار هستند. در مطالعه‌ای که توسط ویسکر، هوون، شردر، مولنار و هارتمن (۲۰۰۷) به منظور تهیه نیمرخ حرکتی از کودکان مبتلا به اختلالات رشدی گفتار و زبان که فاقد مشکلات ذهنی، روان‌شناختی و شنوایی بودند انجام شد، نتایج چشمگیری به‌دست آمد. ۵۱ درصد از کودکان مبتلا به اختلالات گفتار و زبان، مشکلات حرکتی داشتند که در این میان کودکان مبتلا به اختلالات زبانی به‌طور قابل ملاحظه‌ای در مهارت‌های حرکتی همراه با توپ اجرای حرکتی بهتری داشتند. همچنین این کودکان در تعادل نسبت به کودکان مبتلا به اختلالات گفتار و زبان به‌طور قابل توجهی عملکرد بهتری داشتند. محققان عنوان کردند به نظر می‌رسد که هرگاه تولید گفتار درگیر شود مشکلات حرکتی بیشتری ظاهر می‌شود. (حسناتی، ۱۳۸۹)

تولید گفتار نیازمند برنامه‌ریزی سطوح عالی دستگاه عصبی مرکزی و اجرای ظریف و ماهرانه توسط عضلات مربوط به دستگاه گفتار می‌باشد. بنابراین اختلال در تولید گفتار ممکن است با اختلال در دیگر مهارت‌های حرکتی ظریف همراه باشد (بهرامی، انتظام و نصرآبادی، ۱۳۸۵) با توجه به شیوع اختلالات گفتاری و تکلم در بین کودکان و با وجود مشکلات فراوان این افراد در امر یادگیری و تعاملات اجتماعی متأسفانه پژوهش‌ها و تحقیقات کمی در این زمینه به خصوص در کشورمان توسط محققان انجام گرفته است، و در تحقیقات بعمل آمده نیز بیشتر مهارت‌های حرکتی ظریف مورد توجه بوده است حال آنکه در این

جدول ۱. مهارت‌های حرکتی در کودکان دارای لکنت زبان و عادی میانگین (انحراف معیار)

مهارت	گروه دارای لکنت زبان	گروه عادی	p
تعادل	۱/۴۳(۰/۸۳)	۲/۳۱(۰/۶۲)	۰/۰۰۴
هماهنگی حرکتی دوطرفه	۱/۶۲(۰/۶۷)	۲/۱۵(۰/۴۹)	۰/۰۰۱
هماهنگی حرکتی چشم و دست	۲/۱۴(۰/۷۴)	۲/۶۱(۰/۵۸)	۰/۱۰۳
حرکات ظریف	۱/۶۰(۰/۴۷)	۲/۷۹(۰/۲۳)	۰/۰۰۴
حرکات درشت	۱/۱۹(۱/۳۲)	۱/۹۱(۱/۳۷)	۰/۱۵۱
کل حرکات	۱/۷۸(۰/۶۰)	۲/۳۲(۰/۴۶)	۰/۶۰۰

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نقشی که دستگاه عصبی به ویژه عقده‌های قاعده‌ای در مهارت‌های حرکتی ایفا می‌نمایند و با توجه به شواهد موجود که حاکی از اختلال در دستگاه عصبی و عقده‌های قاعده‌ای است می‌توان انتظار داشت که مهارت‌های حرکتی ظریف و درشت در کودکان دچار لکنت زبان با کودکان عادی متفاوت باشد. بر همین اساس در این مطالعه به مقایسه مهارت‌های حرکتی در دانش‌آموزان دارای لکنت‌زبان با دانش‌آموزان عادی دوره ابتدایی شهر تهران پرداخته شد. با توجه به داده‌ها مشاهده می‌شود که تفاوت معناداری بین مهارت‌های حرکتی در دانش‌آموزان مبتلا به لکنت زبان و عادی وجود دارد و دانش‌آموزان عادی از مهارت بالاتری نسبت به دانش‌آموزان مبتلا به لکنت زبان برخوردارند؛ این بدین معنی است که مهارت‌های حرکتی می‌تواند در رشد گفتار تاثیر داشته باشد. نتایج این پژوهش با یافته‌های لادلو و لوکاس (۲۰۰۳) که اعلام نمودند مهارت‌های حرکتی در کودکان مبتلا به لکنت زبان نسبت به کودکان عادی دچار اختلال است همسو می‌باشد. میزان اختلال در مهارت‌های حرکتی و میزان اختلال در عقده‌های قاعده‌ای مغز با شدت لکنت زبان نیز در ارتباط است. آلم (۲۰۰۴) در مطالعه‌اش که در کشور سوئد انجام داد، اعلام نمود که مهارت‌های حرکتی در مبتلایان به لکنت زبان بیشتر ناشی از نقائصی در عملکرد عقده‌های قاعده‌ای می‌باشد.

عضو راست و چپ جداگانه اجرا شده و نمره جداگانه‌ای محاسبه و ثبت می‌شود. مزایای این مقیاس عبارت‌اند از فراهم‌سازی زمینه محاسبه قابل اعتماد، کاهش پیش‌داوری به کمترین مقدار، پرهیز از هر گونه آسیب‌رسانی جسمانی به کودک و نبود نیاز به وسایل گرانبها برای انجام آزمون‌ها. آزمون به صورت انفرادی در یک اتاق مجزا با فضای مناسب اجرا گردید، به طوری که محققین پس از جمع‌آوری اطلاعات و مشخصات دانش‌آموزان که از والدین و مربیان آنها کسب شده بود به اجرای آزمون پرداختند. برای انجام هر خرده‌آزمون، محققین ابتدا توضیحات مربوط به آن را در حد تفهیم به دانش‌آموز ارائه می‌کردند و سپس بر اساس استاندارد نمره‌گذاری آزمون اوزرتسکی، نمره‌ها و امتیازات را ثبت و اتفاقات هنگام اجرای تست را یادداشت می‌نمودند. در تحقیق حاضر به منظور آزمون فرضیه‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل میانگین، انحراف معیار و t مستقل استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج حاصل از مقایسه مهارت‌های حرکتی در دو گروه مبتلا به لکنت‌زبان و عادی حاکی از آن بود که میانگین امتیاز کل حرکات کودکان مبتلا به لکنت زبان $(1/78 \pm 0/60)$ بطور معناداری کمتر از کودکان عادی $(2/32 \pm 0/46)$ بوده که نشان دهنده این است که این گروه ضعیف‌تر عمل کرده‌اند. این تفاوت معنادار در زیر مجموعه مهارت‌های حرکتی تعادلی $(P=0/004)$ ، هماهنگی حرکتی دو طرفه $(P=0/001)$ و حرکات ظریف $(P=0/04)$ بیشتر قابل مشاهده است با توجه به میزان t بدست آمده $(-2/579)$ ، می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت معناداری (در سطح $P < 0/01$) بین نمرات رشد حرکتی در دو گروه دانش‌آموزان عادی و لکنت‌زبان وجود دارد. همچنین با رجوع به میانگین‌های دو گروه مطرح می‌شود که دانش‌آموزان عادی مهارت بالاتری نسبت به دانش‌آموزان دارای لکنت زبان نشان می‌دهند.

مهارت‌های حرکتی ظریف عنوان شده‌اند. البته لازم به ذکر است که در این مطالعه خرده آزمون‌های مهارت‌های حرکتی (تعادل، هماهنگی دوطرفه، هماهنگی چشم و دست، و غیره) به‌طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفته است.

مطالعات تصویربرداری عصبی به دنبال بررسی آسیب‌شناسی فیزیولوژیک لکت (دیاموند، ۲۰۰۰) در طول ۱۵ سال گذشته نشان داده‌اند که بزرگسالان مبتلا به لکت در مقایسه با افرادی که لکت ندارند. ناهنجاریهای ساختاری - کارکردی در مناطق حرکتی گفتار نشان می‌دهند (سادوک و سادوک، کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳). از جمله نقایص کارکردی آنها این است که این افراد هنگام تولید گفتار در مقایسه با هم‌تایان غیرلکتی، الگوهای غیرعادی مانند بیش‌فعالی نیمکره راست در مناطق حرکتی گفتار و به‌طور هم‌زمان کاهش فعالیت در ناحیه گیجگاهی فوقانی، پیشانی - گیجگاهی و آهیانه - گیجگاهی نیمکره چپ نشان می‌دهند (کاگانویچ، ری و وبر، ۲۰۱۰). این یافته‌ها خاطر نشان می‌سازد که ممکن است الگوی غیرعادی برتری جانبی در کودکان مبتلا به لکت رشدی نیز مشاهده شود، اما در این زمینه اطلاعات کمی وجود دارد (بیل، کاران، چینه، تایلور، گراکو و دنیل، ۲۰۱۱). در این مطالعه نیز، هماهنگی حرکتی دو طرفه و حرکتهای تعادلی از زیر مجموعه مهارت‌های حرکتی کودکان دارای لکت زبان ضعیف‌تر از کودکان عادی بود که احتمالاً بدلیل الگوی غیر عادی برتری جانبی در این کودکان است. کنترل حرکتی توسط هر یک از دستها به تغییرات کارکردی مغز همانند الگوی برتری جانبی در افراد لکتی ارتباط داده شده است (سادوک و سادوک، کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

با استفاده از یافته‌های تحقیق که نشان می‌دهد دانش‌آموزان مبتلا به لکت‌زبان اغلب در زمینه مهارت‌های حرکتی نقایص و کمبودهایی دارند، دست‌اندرکاران آموزش این دانش‌آموزان می‌توانند با

ارتباط از طریق گفتار به برنامه‌ریزی و هماهنگی حرکتی پیچیده‌ای نیاز دارد که بروز آن نیازمند برنامه‌ریزی توسط سطوح عالی دستگاه عصبی (قشر مخ) و اجرای ظریف و ماهرانه توسط عضلات مربوط به دستگاه گفتار می‌باشد. از این رو تولید گفتار مستلزم سلامت دستگاه عصبی مرکزی و محیطی است. کودکان مبتلا به اختلالات خاص زبانی، در یکپارچه‌سازی و تغییر سریع آواها دچار مشکل می‌شوند. همچنین این کودکان دچار اختلال در پردازش حسی اطلاعاتی هستند که به سرعت تغییر می‌کند (دولت‌شاهی و ملیحی ذاکرینی، ۱۳۸۴).

یافته‌های بدست آمده از پژوهش حاضر گویای این مطلب است که حرکت و مهارت‌های حرکتی در کودکان ارتباط تنگاتنگ و موثری با مشکلات گفتاری به خصوص لکت زبان دارد و شاید بتوان گفت از دلایل عمده لکت‌زبان کودکان، ضعف آنها در مهارت‌های حرکتی می‌باشد این مساله در پژوهش‌های که توسط نیواس (۱۹۷۰)، فاکس (۲۰۰۰)، آلم (۲۰۰۴)، فونداس و همکاران (۲۰۰۴)، لادلو و لوکاس (۲۰۰۳)، سامر (۱۹۷۴) و سرماک، وارد و وارد (۱۹۸۶) صورت گرفته تایید شده است و می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مهارت‌های حرکتی در کودکان و دانش‌آموزان مبتلا به مشکلات گفتاری و لکت زبان دچار اختلال است.

مطالعاتی که توسط رسلو (۱۹۹۵) و برادفورد و بود (۱۹۹۴) در این زمینه و با استفاده از این آزمون حرکتی انجام گرفته نیز نتایج مشابهی را نشان می‌دهند. از طرفی در دو مطالعه‌ای که توسط دورکین و کالاتا (۱۹۸۵) و آرام و هورویتز (۱۹۸۳) انجام گرفت ارتباطی بین مهارت‌های حرکتی با مشکلات گفتاری به خصوص لکت زبان مشاهده نشد که ممکن است دلیل آن را بتوان تفاوت در نوع آزمون‌های مورد استفاده و یا نوع اختلال تولید مورد بررسی در نظر گرفت. در بررسی‌های دیگر، مهارت‌های حرکتی ظریف بیشتر از مهارت‌های حرکتی درشت مورد توجه بوده‌اند و بیشتر ارتباط اختلالات تولیدی با

تازه‌های علوم اعصاب، سال دوم، ش ۸ و ۹. زمستان، نشر انسان.

رخشان، فریدون و فریار، اکبر. (۱۳۷۱)، ناتوانی‌های یادگیری، چاپ سوم.

لوگان، روبرت. روش تشخیص و درمان لکنت زبان. ترجمه نیلی‌پور، رضا، شمشادی، هاشم، کلاشی، مهرنوش (۱۳۸۲)، نشر دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

Alm PA (2004). Stuttering and the basal ganglia circuits: a critical review of possible relations. *J Commun Disord*.

Aram DM, Horwitz SJ. (1983). Sequential and non-speech praxic abilities in developmental verbal apraxia. *Dev Med Child Neurol*; 25(2):197-206.

Bernthal JE, Bankson NW, Flipsen P. (2008) *Articulation and phonological disorders*. 6th ed. Boston: Allyn and Bacon.

Bradford A, Dodd B. (1994) The motor Planning abilities of phonologically disordered children. *Eur J Disord Commun*; 29(4):349-69.

Beal DS, Quraan MA, Cheyne DO, Taylor MJ, Gracco VL, De Nil LF (2011). Speech-induced suppression of evoked auditory fields in children who stutter. *Neuroimage*; 54(4): 2994-3003

Bothe AK, Davidow JH, Bramlett RE, Ingham RJ (2006). Stuttering treatment research 1970-2005: I. Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioral, cognitive, and related approaches. *Am J Speech Lang Pathol*.

Cermak SA, Ward EA, Ward LM (1986) The relationship between articulation disorders and motor coordination in children. *Am J Occup Ther*; 40(8):546-50.

Crichton-Smith, I. (2002). Communicating in the real world: Accounts from people who stammer. *Journal of Fluency Disorders*, 27, 333-352.

De Nil, L, F, & Kroll, R, M (2001) Searching for the neural basis of stuttering treatment outcome: Recent neuroimaging studies. *Clinical linguistic & phonetics*, 15, 163-168.

Dworkin JP, Culatta RA (1985) Oral structural and neuromuscular characteristics in children with normal and disordered articulation. *J Speech Hear Disord*; 50(2):150-6.

Dickson, S. (1971). Incipient stuttering and spontaneous remission of stuttered speech. *Journal of Communication Disorders*, 4, 99-110.

Diamond A (2000.) Close interrelation of motor development and cognitive development and of the cerebellum and prefrontal cortex. *Child Dev*; 71(1): 44-56

Foundas AL, Corey DM, Hurley MM, Heilman KM (2004). Verbal dichotic listening in developmental stuttering: subgroups with atypical auditory processing. *Cogn Behav Neurol*.

استفاده از روشهای درمانی مناسب از قبیل یکپارچگی حسی در بهبود و رشد توانایی آنها به طور موثر مداخله نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود در کنار آموزش‌ها، برنامه‌هایی با ماهیت حرکت در محتوای آموزشی دانش‌آموزان گنجانده شود و افراد مبتلا به لکنت زبان را شناسایی نموده و به مراکز توانبخشی جهت رفع نقایص و تقویت آنها و همچنین پیشگیری از عوارض شدیدتر آن ارجاع دهند. با توجه به کمبود مطالعات تخصصی در این زمینه این پژوهش می‌تواند پایه‌ای برای پژوهش‌های نظری یا کاربردی در آینده باشد.

یادداشتها

- 1) social failures
- 2) broca
- 3) maturation

منابع

استکی، مهناز، کوچک انتظار، رویا (۱۳۸۶). کاربرد روشهای مبتنی بر عملکرد دو نیمکره مغز و تمرینات یکپارچگی حسی در ناروانی گفتار (گزارش موردی). مجموعه خلاصه مقالات دومین همایش ملی روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

بهرامی، اکبر، انتظام، محمد و نصرآبادی، رویا (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین شدت تولیدی و مهارتهای حرکتی در کودکان ۶-۷ ساله مبتلا به اختلال تولیدی در اصفهان. هشتمین کنگره گفتار درمانی

جنابی (۱۳۸۵). نوروپسیکولوژی شناختی. مجموعه مقاله‌های سمپوزیوم نوروپسیکولوژی شناختی ایران. تهران. انتشارات ارجمند.

حسناتی، فاطمه، خاتون‌آبادی، احمد رضا، عبدالوهاب، مهدی (۱۳۸۹) مقایسه مهارت‌های حرکتی کودکان ۵ ساله مبتلا به اختلالات تولیدی واج‌شناختی و آواشناختی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۷۱-۷۷ : (۱) ۲۰۱۰: ۱۹

دولت‌شاهی، بهروز، ملیحی‌الذاکرینی، سعید. (۱۳۸۴)، ساختار پذیری قشر مغز: ادراک و کسب مهارت فصلنامه

- Fox PT, Ingham RJ, Ingham JC, Zamarripa F, Xiong JH, Lancaster JL (2000). Brain correlates of stuttering and syllable production. A PET performance- correlation analysis. *Brain*.
- Gusarova AE (1984). Therapeutic physical exercise in the combined therapy of neurosis-like stammering in preschool children in specialized kindergartens. *Pediatrics*.
- Hayhow, R., Cray, AM, Enderby P (2002) Stammering and therapy view of people who stammer *Journal of Fluency Disorders* 27 1-17
- Kalinowski, JS. (2006). Stuttering, San Diego, Plural Publishing
- Kaplan B, Crawford S, Cantell M, Kooistra L, Dewey D. (2006) Comorbidity, co-occurrence continuum: what's in a name? *Child Care Health Dev*; 32 :723- 731 CrossRefMedlineWeb of Science
- Kaganovich N, Wray AH, Weber-Fox C (2010). Non-linguistic auditory processing and working memory update in preschool children who stutter: an electrophysiological study. *Dev Neuropsychol*; 35(6): 712-36.
- Ludlow CL, Loucks T (2003). Stuttering: a dynamic motor control disorder. *J Fluency Disord*.
- Maassen B, Kent R, Peters H. (2004). Speech motor control in normal and disordered speech. Oxford: Oxford University Press;
- Neaves AI (1970). To establish a basis for prognosis in stammering. *Br J Disord Commun*. Apr.
- Ruscillo DM. (1995) Visual feedback in treatment of residual phonological disorders. *J Commun Disord*; 28(4):279-302.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's (2003) synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; p. 355-6.
- Sommer M, Koch MA, Paulus W, Weiller C, Buchel C (2002). Disconnection of speech-relevant brain areas in persistent developmental stuttering. *Lancet*; 360(9330): 380-3
- Visscher C, Houwen S, Scherder EJ, Moolenaar B, Hartman E. (2007) Motor profile of children with developmental speech and language disorders. *Pediatrics*; 120(1):e158-63.

کنگره‌ها و همایش‌های بین‌المللی

★ کنفرانس ملی نیازهای آموزش و پرورش ویژه، ۲۲ تا ۲۳ ژانویه، منچستر، انگلستان.

National Special Educational Needs Conference, 22nd to 23rd January 2013, Manchester, United Kingdom

Website: <http://bit.ly/TlG9oe>



★ اولین کنفرانس بین‌المللی فناوریهای کمکی برای افراد با نیازهای ویژه، ۱۸ تا ۲۰ فوریه ۲۰۱۳، ریاض عربستان

سعودی.

1st International Conference on Technology Helping People with Special Needs (ICTHP-2013) 18th to 20th February 2013 Riyadh, Saudi Arabia

Website: <http://www.ichp.ccis-imamu.net>



★ کنفرانس بین‌المللی فلج مغزی و ناتوانیهای رشدی، ۸ تا ۱۰ مارس ۲۰۱۳، لاکنوا، اترپردیش، هند

International Conference on Cerebral Palsy and Developmental Disabilities 8th to 10th March 2013, Lucknow, Uttar Pradesh, India

Website: <http://www.indiancerebralpalsy.com/index.php?page=edu>



★ کنفرانس پیشرفتهای بالینی و پژوهشی اخیر در صرع کودکان، ۱۶ تا ۱۹ می ۲۰۱۳، لندن، انگلستان.

Recent Clinical and Research Advances in Childhood Epilepsy Conference 16th to 19th May 2013, London, United Kingdom

www.medineo.org/products/30-recent-clinical-and-research-advances-in-childhood-epilepsy.aspx



☆ چهارمین کنگره جهانی اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی: از کودکی تا بزرگسالی، ۶ تا ۹ ژوئن ۲۰۱۳، میلان

ایتالیا

4th World Congress on ADHD – From Childhood to Adult Disease 2013, 6th to 9th Jun, 2013, Milan, Italy

<http://www.adhdfederation.org/congress2013.html>



☆ کنگره جهانی ناتوانیهای یادگیری، ۱۳ تا ۱۴ سپتامبر، ۲۰۱۳، ساتهامپتون، انگلستان

World Congress on Learning Disabilities 13th and 14th September, 2013 Southampton Solent University, East Park Terrace, Southampton, England

<http://www.ldworldwide.org/ldwr-world-congress-on-learning-disabilities>



Iranian Journal of Exceptional Children

Contents

- **Relationship among Image of God and Attachment to God with Mental Health in Parents of Exceptional Children** 5
Bagher Ghobary Bonab, Ph. D, Ali Akbar Haddadi Kuhsar, M.A, Abolfazl Rashidi, Saharaneh Javadi, M.A.

- **Comparitive Study of Working Memory and Fluid Intelligence in three Subgroups of Children with ADHD** 15
Hossein Zare., Ph.D, Farhad Shaghaghi,M.A, Mahtab Bazyari Meymand,M.A

- **The Effect of Different Levels of Dyslexia on Parental Stress**..... 25
Fereydoon Yaryari I Ph.D, Fereshteh Ba'ezzat Ph.D, Ahmad Ahmadi Ghoozlogeh

- **Self-esteem, Perfectionism and Academic Performance of Students with Epilepsy and Normal Students in Ahvaz**..... 35
Yahya Akbari Shaye,M.A, Mahnaz Mehrabi Zadeh Honarmand,Ph.D., Bahman Zarezadegan,M.A, Ali Ahmadian,M.A, Majid Eydi Baygi,M.A

- **Development of a Resilience Fostering Program, and its Effectiveness on Psychological Well-being in Adolescents with Externalizing and Internalizing Behavioral Disorders**..... 43
Hamid Alizadeh, Ph.D , Manizheh Kaveh Ghahfarokhi, Ph.D, Majid Yoosefi Looyeh, Ph.D, Alireza Roohi,M.A

- **The Role of Dimensions of Marital Satisfaction in Prediction Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder**..... 61
Majid Alami, M.A, Hadi Bahrami Ehsan,Ph.D, Maryam Asadolah Tooyserkani,M.A

- **Motor Skills in the Students with and without Stuttering**..... 69
Mehrnaz Saadat,Ph.D, Mahnaz Estaki, Ph.D, Yaser Amiri,M.Sc

- **Conferences** 79

برگ اشتراک فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی

✿ اشتراک نشریه به مدت یک سال و هر نسخه به مبلغ ۱۵۰۰۰ ریال

✿ مبلغ اشتراک یک ساله برای دریافت یک نسخه در هر فصل، جمعاً ۶۰۰۰۰ ریال است.

✿ هزینه پست به عهده پژوهشگاه است.

◆ شماره حساب برای واریز وجه اشتراک: ۲۱۷۳۰۴۹۰۰۱۰۰۹ بانک ملی ایران شعبه بلوار کشاورز کد

(۱۹۰) به نام تمرکز وجوه درآمدهای اختصاصی پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش

◆ نشانی امور مشترکان: تهران، پل کریم خان، خیابان ایرانشهر شمالی، کوچه خسرو پلاک ۶ مؤسسه

پژوهشی کد پستی ۱۵۸۴۶۳۵۷۱۱

تلفن دفتر امور مشترکان: ۴۹-۸۸۳۲۷۳۴۶ سرکار خانم کاظمی

بدین وسیله اینجانب / مؤسسه تقاضای اشتراک فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی

را به مدت یکسال دو سال تمدید اشتراک از تاریخ: تا تاریخ:
به تعداد: نسخه از هر شماره را دارم.

کد شهرستان: تلفن: دورنگار: تلفن همراه:
ضمناً اصل فیش بانکی به مبلغ ریال به حساب ۲۱۷۳۰۴۹۰۰۱۰۰۹ بانک ملی ایران شعبه
بلوار کشاورز کد (۱۹۰) به نام تمرکز وجوه درآمدهای اختصاصی پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش ضمیمه این
تقاضاست.

نشانی: استان: شهر: خیابان اصلی: خیابان فرعی:

کوچه: پلاک: طبقه: کد پستی:

در صورت تمدید اشتراک آخرین شماره دریافتی قید شود.

در صورتی که شماره خاصی مورد نظرتان می باشد قید شود.

خواهشمند است اصل فیش بانکی یا کپی برابر اصل آن را به آدرس پژوهشگاه ارسال نمایید.