بررسی تاثیر آموزش شناختی-رفتاری بر سلامت روان دانش آموزان با اختلال یادگیری شهرستان های تهران در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱

جمال عاشوری[۱*]، سیده سمیه جلیل آبکنار[۲]، محمد عاشوری[۳]

۱) گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان(خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲) گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۳) گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/٤/۷ **تاریخ پذیرش: ۹۳/۸/٤**

چکیده

مقدمه: مشکلات مرتبط با سلامت روان در افراد با اختلال یادگیری شایع است. لذا توجه به سلامت روان این قشر ضروری است. یکی از مهم ترین روش های موثر در بهبود سلامت روان، آموزش شناختی رفتاری است. هدف این پژوهش بررسی تاثیر آموزش شناختی رفتاری بر بهبود سلامت روان دانش آموزان با اختلال یادگیری بود.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. شرکت کنندگان این پژوهش ۴۰ دانش آموز دارای اختلال یادگیری پایه ششم دبستان بودند که آن ها به روش نمونه گیری در دسترس از میان دانش آموزان شهرستان های تهران انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از مقیاس هوشی و کسلر کودکان و پرسش نامه سلامت عمومی استفاده شد. داده ها با روش کوواریانس چند متغیری تحلیل شدند.

یافته های پژوهش: نتایج نشان داد که میانگین نمرات سلامت روان و خرده مقیاس های آن(علائم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی) در گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود($P<0.05$). به عبارت دیگر سلامت روان گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بود($P<0.05$).

بحث و نتیجه گیری: بنا بر این برنامه ریزی برای ارائه آموزش شناختی-رفتاری جهت بهبود سلامت روان دانش آموزان با اختلال یادگیری اهمیت ویژه‌ای دارد و از این روش می توان برای ارتقای سلامت روان استفاده کرد.

واژه های کلیدی: آموزش، شناختی-رفتاری، سلامت روان، اختلال یادگیری

***نویسنده مسئول:** گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان(خوراسگان)، اصفهان، ایران

Email: jamal_ashoori@yahoo.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]

مقدمه

در بسیاری از کشورها دانش‌آموزان با اختلال یادگیری، بیش از نیمی از کل دانش آموزان استثنایی را تشکیل می دهند(۱). با توجه به حجم زیاد این دسته از دانش آموزان در بدنه آموزش و پرورش عادی، برنامه ریزی برای شناسایی و کمک به آموزش آن ها از اهمیت ویژه ای برخوردار است(۲). قطعاً برنامه ریزی برای مداخله و اجرای برنامه های ترمیمی و جبرانی که عمدتاً از طریق دستگاه های دولتی صورت می گیرد، نیازمند پژوهش های گسترده ای در این زمینه است(۳). اختلال یادگیری به معنی اختلال در یک یا چند فرآیند پایه روان شناختی است که درک و فهم یا استفاده از زبان گفتاری یا نوشتاری را در بر می گیرد و به صورت نقص در توانایی گوش دادن، فکر کردن، صحبت کردن، خواندن، نوشتن، املاء یا انجام محاسبات ریاضی ظاهر می شود(۴). این گروه از دانش آموزان با این که بهره هوشی مناسبی دارند ولی به دلیل نداشتن مهارت های اجتماعی مطلوب، عملکرد اجتماعی پایینی داشته و از اضطراب و افسردگی بالایی رنج می برند(۵). اختلال یادگیری بر جنبه های مختلفی از زندگی فرد تاثیر می گذارد(۶) و در صورت ارزیابی سطحی و نامناسب، ممکن است باعث نقایص عملکردی در بسیاری از جنبه های زندگی فرد شود(۷). عموماً مشکلات فراوانی در روابط بین فردی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری گزارش می شود، این کمبودها در سلامت روان آنان تاثیر منفی دارد(۸).

براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی سلامتی صرفاً نبود بیماری یا ناتوانی نیست بلکه سلامت روان را به حالتی از آسایش که فرد توانایی های خود را می شناسد، می تواند با فشارهای معمولی زندگی مقابله نماید، به گونه‌ای ثمربخش و با بهره وری کار کند و در محیط زندگی خود نقشی ایفا نماید، تعریف نموده است(۹). شرایط در حال گذر جامعه، سلامت روان کودکان با ناتوانی یادگیری را با مسائل و پیچیدگی های خاصی مواجه نموده است، در این شرایط یکی از مهم‌ترین شاخص هایی که می تواند بهداشت روانی آنان را حفظ و تقویت نماید آموزش شناختی-رفتاری است(۱۰). اصطلاح آموزش شناختی-رفتاری بر این نکته تاکید می ورزد که فرآیندهای تفکر هم به اندازه تاثیرات محیطی اهمیت دارند(۱۱). برنامه های آموزش شناختی-رفتاری، بر نوعی رفتاردرمانی مبتنی هستند که در بطن موقعیت های روان درمانی سنتی به وجود آمده اند(۱۲) و منعکس کننده علاقه فزاینده درمانگران به اصلاح شناخت، به عنوان عامل موثر بر هیجان ها و رفتارها است(۱۳). هدف آموزش شناختی-رفتاری، اصلاح تفسیرهای غلط، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی های سازنده، تقویت مهارت های مقابله و سلامت روان است(۱۲،۱۴). شواهد نشان داده اند که آموزش شناختی-رفتاری به افراد کمک می کند تا بر بازداری ها غالب شوند و مهارت های مقابله ای و سلامت روانی خود را افزایش دهند(۱۵). به نظر می رسد برنامه های آموزش شناختی-رفتاری در ایجاد و افزایش توانمندی هایی مانند تصمیم گیری، ایجاد انگیزه، پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، ایجاد عزت نفس مثبت، حل مشکل، خود نظم دهی، خودکفایتی و سلامت روان دانش آموزان موثر باشد(۱۶). بنا بر این، آموزش شناختی-رفتاری به دانش آموزان با اختلال یادگیری کمک می کند، تا تصمیم مناسبی را در موقعیت های مختلف اتخاذ نماید و سلامت روان خود را حفظ نمایند(۱۷)، از طرفی دیگر وجود الگوهای ضعیف شناختی و مشکلات جدی در سازماندهی دیداری، مهارت های حرکتی و سازماندهی اطلاعات موجب ضعف تحصیلی قابل توجه در این گروه از دانش آموزان می شود و همین امر سلامت روانی آنان را متاثر می سازد(۱۸)، بر این اساس آموزش های شناختی-رفتاری ضروری به نظر می رسد و لزوم برنامه ریزی جهت اجرای آن اهمیت ویژه ای می یابد.

در سال های اخیر، ارزیابی سلامت روانی کودکان و آموزش های شناختی-رفتاری به آنان مورد توجه متخصصان قرار گرفته است و پژوهش های متعددی در این زمینه انجام شده است. Storch و همکاران(۲۰۱۳) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر میزان اضطراب ۴۵ کودک ۷ تا ۱۱ ساله اوتیسم در ۱۶ جلسه پرداختند و پس از سه ماه مجدداً نتایج را پیگیری کردند، نتایج مداخله آن ها حاکی از کاهش اضطراب و افزایش سلامت روان

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]

آزمودنی ها بود(۱۹). نتایج مطالعه Bharath و Kishore-Kumar(۲۰۱۰) حاکی از اثربخشی آموزش مهارت های زندگی با رویکرد شناختی–رفتاری بر سلامت روان، عزت نفس و سازگاری دانش آموزان بود(۲۰). Cobb و همکاران(۲۰۰۶) در تحقیقی به بررسی تاثیر دو برنامه شناختی–رفتاری بر رفتارهای پرخاشگرانه نوجوانان دارای اختلال یادگیری پرداختند که در روش اول به آموزش حل مسئله اجتماعی و در روش دوم به آموزش مهارت های اجتماعی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که هر دو روش پس از مداخله و پس از پیگیری ۳ ماهه تاثیر معنادار در کاهش خشونت و پرخاشگری داشتند(۱۱). Sukhodolsky و همکاران(۲۰۰۵) در یک فراتحلیلی به بررسی ۱۶ مطالعه در مورد تاثیر مداخله شناختی–رفتاری بر مولفه های سلامت روان نوجوانان دارای اختلال یادگیری پرداختند، به این نتیجه رسیدند که مداخله شناختی–رفتاری در کاهش پرخاشگری، اضطراب و افسردگی و افزایش سلامت روان موثر بود(۱۵). Taylor و همکاران(۲۰۰۵) در نتایج پژوهشی عنوان کردند که برنامه آموزشی شناختی–رفتاری تاثیر معناداری بر کاهش پرخاشگری ۴۰ دانش‌آموز با ناتوانی ذهنی خفیف در طی ۱۸ جلسه درمان انفرادی داشته است(۲۱). یاراحمدیان(۲۰۱۲) در پژوهش خود که با رویکرد شناختی–رفتاری بر بهبود سلامت روان انجام شد به این نتیجه رسید که مداخله باعث کاهش علائم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی و موجب ارتقای سلامت عمومی شد(۲۲). نتایج مطالعه ایزدی فرد و سپاسی آشتیانی(۲۰۱۰) حاکی از اثربخشی مداخلات شناختی–رفتاری بر کاهش اضطراب در دانش آموزان دختر دبیرستانی بود(۲۳). عسگرنیا(۲۰۰۱) در نتایج تحقیق خود عنوان کرد که برنامه آموزشی شناختی–رفتاری اثربخشی قابل توجهی بر کاهش پرخاشگری کودکان ۷ و ۶ ساله داشته است(۱۳).

نتایج پژوهش ها حاکی از آن است که بسیاری از کودکان با اختلال یادگیری از مشکلات وابسته به سلامت روان رنج می برند(۲۴). با توجه به نتایج پژوهش های گزارش شده احتمال می رود که مشکلات یادگیری، سلامت روانی دانش آموزان با اختلال یادگیری را تهدید کند و در مقایسه با همسالان عادی خود، سطح تحمل و شکست پایین تری داشته باشند(۲۵). بنا بر این، تردیدی نیست که ضعف در یادگیری باعث محدودیت در توانایی های هوشی فرد و بالطبع محدودیت در تعاملات اجتماعی و بالاخره منجر به آسیب پذیری سلامت روان دانش آموزان با ناتوانی یادگیری شود(۲۶). با توجه به نقش و اهمیت آموزش شناختی–رفتاری در سلامت روان افراد، به ویژه دانش آموزان با اختلال یادگیری، آموزش شناختی–رفتاری به این دانش آموزان اهمیت خاصی دارد. از طرف دیگر با وجود مطالعات نسبتاً زیاد در زمینه سلامت روان، به نظر می رسد که هنوز دانش آموزان با اختلال یادگیری مورد غفلت واقع شده اند. بدیهی است که بدون تعیین و ارزشیابی سلامت روانی دانش آموزان با اختلال یادگیری و پی بردن به نقاط ضعف آنان، تهیه و تنظیم برنامه های آموزشی، پرورشی و توانبخشی مفید و جامع، امکان پذیر نخواهد بود و احتمالاً نتایج موثری نخواهد داشت، بنا بر این، هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر آموزش شناختی–رفتاری بر سلامت روان دانش آموزان با اختلال یادگیری است.

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون–پس آزمون با گروه کنترل بود که در آن اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر سلامت روان و مولفه های آن در دانش آموزان با اختلال یادگیری بررسی شد. جامعه آماری این پژوهش همه دانش آموزان پسر پایه ششم دبستان دارای اختلال یادگیری شهرستان های تهران در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ بودند. برای انتخاب آزمودنی ها از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. با توجه به معیارهای ورود به پژوهش، از میان دانش آموزان پایه ششم دبستان که جهت دریافت خدمات توانبخشی به مراکز اختلال یادگیری ورامین، شهر ری و پاکدشت مراجعه کرده بودند ۴۰ دانش آموز انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. قبل از شروع مداخله، مسئولین آموزشگاه از چگونگی پژوهش آگاه شدند و از والدین دانش آموزان شرکت کننده

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]

رضایت نامه کتبی گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه داشتن ناتوانی یادگیری بر اساس ارزیابی متخصصان مراکز اختلال یادگیری با توجه به ملاک های DSM-IV، بهره هوشی ۱۰۰-۸۰، تحصیل در پایه ششم دبستان، نداشتن تجربه مردودی بیشتر از یک سال، نداشتن هر گونه معلولیت حسی، حرکتی، اختلال رفتاری(بر اساس پرونده تحصیلی دانش آموزان) و معیارهای خروج از مطالعه غیبت در جلسه های آموزشی و داشتن اختلال های هم زمان دیگر مانند صرع بود که منجر به وقفه آموزشی می شد. برای جمع آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شده است.

مقیاس هوش وکسلر کودکان تجدید نظر شده: این مقیاس در سال ۱۹۴۹ تهیه شد و در سال های ۱۹۷۴ و ۱۹۸۶ مورد تجدید نظر قرار گرفت. مقیاس فارسی آن برای دانش آموزان عادی سنین سنین ۶ تا ۱۶ سال و ۱۱ ماه تهیه گردیده است. ضریب پایایی به شیوه دو نیمه کردن برای خرده آزمون های کلامی و غیرکلامی از ۰/۴۲ تا ۰/۹۸ در نوسان و میانه ضرایب نیز ۰/۶۹ ذکر شده است. ضریب پایایی آزمون فوق از طریق بازآزمایی محاسبه گردیده است که دامنه ای از ۰/۴۴ تا ۰/۹۴ داشته است. میانه ضرایب پایایی نیز ۰/۷۳ به دست آمده است(۲۷). در این پژوهش، به منظور همتا کردن بهره هوشی آزمودنی ها از مقیاس هوشی وکسلر کودکان استفاده شده است.

پرسش نامه سلامت عمومی: این پرسش نامه در سال ۱۹۷۹ توسط Goldberg و Hiler ساخته شده است که ۲۸ سوال دارد. پرسش نامه مذکور دارای ۴ مقیاس است که به ترتیب عبارتند از علائم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی. هر یک از این مقیاس ها دارای ۷ سوال است. نمره گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت از «۰»(بیشتر از همیشه) تا «۳»(خیلی بدتر از همیشه) است، نمره ۲۳ و بالاتر نشانگر عدم سلامت روانی و نمره پایین تر از ۲۳ بیانگر سلامت روانی است. گلدبرگ(۱۹۹۳) روایی و پایایی این پرسش نامه را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش کرده است(به نقل از امانی و همکاران، ۱۳۸۹)(۲۸). تقوی اعتبار این پرسش نامه را ۰/۸۶ گزارش نمود و مقادیر آلفای کرونباخ را برای علائم جسمانی ۰/۸۵، اضطراب ۰/۸۷، نقص در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی ۰/۸۳ برآورد کرده است(۲۹).

جهت انجام پژوهش، با سازمان آموزش و پرورش شهرستان های تهران هماهنگی لازم به عمل آمد. جهت رعایت نکات اخلاقی پژوهش، پس از کسب رضایت کتبی از والدین دانش آموزان شرکت کننده در پژوهش و جلب همکاری دانش‌آموزان، پژوهش صورت گرفت. در اولین مرحله پژوهش پرسش نامه سلامت عمومی به عنوان پیش آزمون اجرا شد و دانش آموزان به طور تصادفی در یکی از دو گروه آزمایش یا کنترل(هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. سپس برنامه آموزش شناختی-رفتاری در ۱۰ جلسه ۵۰ دقیقه ای(هفته ای دو جلسه) به گروه آزمایش ارائه شد، در صورتی که به گروه کنترل این آموزش ارائه نشد. در واقع، دانش آموزان در گروه کنترل به فعالیت های آزاد می پرداختند و به نحوی تحت کنترل و مراقبت بودند. محتوای جلسات آموزش شناختی-رفتاری که برگرفته از روش پیشنهادی Taylor و همکاران(۲۱) می باشد و در ایران نیز ایزدی فرد و سپاسی آشتیانی این بسته آموزشی را در دانش آموزان به کار برده و ضرایب روایی و پایایی آن را به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۰ گزارش کرده اند(۲۳). محتوی برنامه مداخله به تفکیک جلسات، به شرح زیر بود.

جلسه اول: آشنایی دانش آموزان با آموزش شناختی-رفتاری و روش به کارگیری آن، جلسه دوم: تسلط بر نشانه های رفتاری و ارائه تمرین های روزانه، جلسه سوم: کار کردن بر علل رویدادهایی که اتفاق می افتند از جمله: فعال کردن دانش آموزان به فکر کردن در مورد این که چرا اذیت می شوند؟ چرا کارها به هم گره می خورند؟ اثبات خویشتن، انجام فعالیت ها و اولویت بندی آن ها، جلسه چهارم: کار روی نشانه های احساسی(شامل چگونگی فکر، احساس و استفاده از ثبت افکار)، جلسه پنجم: مبارزه با افکار منفی، مهارت های ثبت افکار و کار روی خطاهای شناختی که شامل مواردی از این قبیل می شود: شواهد و مدارک، نگریستن از زاویه دیگر(اگر این فکر درست باشد بدترین اتفاقی که ممکن است رخ دهد چیست؟)، جلسه ششم: شناسایی خودگویی های منفی شامل: پیدا کردن

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]

خودگویی های منفی، آموزش برای جایگزین کردن خودگویی های مثبت، جلسه هفتم: رها کردن افکار منفی شامل: دور ریختن افکار با استفاده از یادداشت کردن آن ها، ادامه دادن به ثبت افکار، آموزش مهارت حل مسئله، جلسه هشتم: تغییر و اصلاح باورهای نادرست شامل: پیدا کردن باورهای خود، آموخته های قبلی، زیر سوال بردن باورها و شفاف ساختن آن ها، جلسه نهم: آمادگی برای تکمیل آموزش و جایگزین کردن افکار منفی با احساسات مثبت، جلسه دهم: خلاصه کردن پیشرفت آزمودنی ها و بحث کردن درباره راهبردهای جانشین.

پس از پایان جلسات آموزشی، مجدداً هر دو گروه با استفاده از پرسش نامه سلامت عمومی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده های به دست آمده قبل و بعد از برگزاری جلسات آموزشی برای هر دو گروه با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری و به کمک نرم افزار SPSS vol.19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته های پژوهش

شرکت کنندگان این پژوهش ۴۰ دانش آموز از شهرستان های استان تهران با میانگین سنی ۱۱/۴۲ سال بودند که با توجه به مدرک تحصیلی والدین آن ها از زمینه اجتماعی–فرهنگی متوسط انتخاب شدند. به منظور بررسی تاثیر آموزش شناختی–رفتاری بر سلامت روان دانش آموزان با ناتوانی یادگیری از تحلیل کوواریانس استفاده شد. بعد از بررسی و تایید نرمال بودن متغیرهای پژوهش، به منظور رعایت مفروضه همگنی واریانس در گروه ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج آن برابری واریانس ها را تایید کرد. در جدول شماره ۱، تحلیل کوواریانس گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون ارائه شده است.

جدول شماره ۱. تحلیل کوواریانس نمرات کلی پس آزمون سلامت روان گروه آزمایش و کنترل

منبع اثر	SS	df	MS	F	P	η۲
پیش آزمون	۸۵/۷۳۰	۱	۸۵/۷۳۰	۲۸/۲۶۷	<۰/۰۰۰۵	۰/۴۲۱
گروه	۱۹۱۲/۶۳۳	۱	۱۹۱۲/۶۳۳	۶۳۷/۳۳۱	<۰/۰۰۰۵	۰/۷۱۷
واریانس خطا	۱۱۱/۰۳۷	۳۷	۳/۰۰۱			
واریانس کل	۹۰۶۸۴/۸۷۵	۴۰				

در این تحلیل، متغیر پیش آزمون به دلیل همبستگی با پس آزمون کنترل شده است. با توجه به جدول شماره ۱، مداخله اثر معناداری بر نمرات پس آزمون داشته است($P<0.0005$)، که با در نظر گرفتن مجذور اِتا، می توان گفت ۷۱ درصد این تغییرات ناشی از تاثیر برنامه مداخله در گروه آزمایش است. بنا بر این، پاسخ سوال اصلی پژوهش مبنی بر این که آیا آموزش شناختی–رفتاری سبب بهبود سلامت روان دانش آموزان با ناتوانی یادگیری می شود، مثبت است. به عبارت دیگر آموزش شناختی–رفتاری باعث بهبود سلامت روان شده است. شاخص های توصیفی مربوط به خرده مقیاس های سلامت روان در دو گروه آزمایش و کنترل در موقعیت های پیش آزمون و پس آزمون در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]

جدول شماره ۲. شاخص‌های آماری خرده مقیاس های سلامت روان(n=۴۰)

متغیرها	مرحله	گروه آزمایش	گروه کنترل
علائم جسمانی	پیش آزمون	۹/۸۴±۰/۶۴	۹/۷۹±۰/۶۴
	پس آزمون	۶/۱۱±۰/۸۳	۹/۸۰±۰/۸۳
اضطراب	پیش آزمون	۱۲/۹۱±۰/۱۶	۱۲/۹۶±۰/۱۶
	پس آزمون	۹/۲۳±۰/۱۷	۱۲/۹۴±۰/۱۷
نقص در عملکرد اجتماعی	پیش آزمون	۱۲/۳۶±۰/۵۱	۱۲/۳۳±۰/۵۱
	پس آزمون	۸/۹۸±۰/۴۶	۱۲/۳۷±۰/۴۶
افسردگی	پیش آزمون	۱۴/۷۵±۰/۴۲	۱۴/۷۰±۰/۴۲
	پس آزمون	۱۱/۰۷±۰/۷۷	۱۴/۷۶±۰/۷۷

همان طور که نتایج جدول شماره ۲، نشان می دهد میانگین هر چهار خرده مقیاس سلامت روان پیش از مداخله و پس از مداخله تغییر یافته است. به علت وجود یک متغیر مستقل(آموزش شناختی رفتاری) و چهار متغیر وابسته(علائم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی) از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری(MANCOVA) استفاده شد. آزمون باکس فرض همگنی کوواریانس را تایید کرد. هم چنین سلامت روان دانش آموزان، در دو گروه آزمایش و کنترل در خرده مقیاس های علائم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی در پیش فرض های آماری«اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ و بزرگ ترین ریشه روی» مورد محاسبه قرار گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۳. نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای خرده مقیاس های سلامت روان

نوع آزمون	مقدار	dfفرضیه	df خطا	F	P
اثر پیلایی	۰/۹۷۱	۴	۳۱	۲/۵۹۴	<۰/۰۰۰۵
لامبدای ویلکز	۰/۰۲۹	۴	۳۱	۲/۵۹۴	<۰/۰۰۰۵
اثر هاتلینگ	۳۳/۴۶۵	۴	۳۱	۲/۵۹۴	<۰/۰۰۰۵
بزرگترین ریشه روی	۳۳/۴۶۵	۴	۳۱	۲/۵۹۴	<۰/۰۰۰۵

با توجه به نتایج آزمون های چهارگانه تحلیل واریانس که در جدول شماره ۳، آمده است، نشان داد که گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از چهار خرده مقیاس سلامت روان تفاوت معناداری دارند($P<0.0005$). به منظور پی بردن به این تفاوت، از آزمون آماری مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴، آمده است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]

جدول شماره ٤. نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای خرده مقیاس های سلامت روان

منابع تغییر	متغیرهای وابسته	SS	df	MS	F	P	η۲
پیش آزمون	علائم جسمانی	۱۸/۱۷۲	۱	۱۸/۱۷۲	۴۴/۷۳۲	۰/۰۰۰	۰/۶۲۰
	اضطراب	۵۴/۰۳۶	۱	۵۴/۰۳۶	۱۲۵/۹۵۱	۰/۰۰۰	۰/۵۶۴
	نقص در عملکرد اجتماعی	۲۴/۵۸۲	۱	۲۴/۵۸۲	۴۵/۷۶۱	۰/۰۰۰	۰/۵۹۱
	افسردگی	۳۲/۲۵۴	۱	۳۲/۲۵۴	۷۹/۹۲۱	۰/۰۰۰	۰/۶۰۶
پس آزمون	علائم جسمانی	۱۱۸/۶۴۴	۱	۱۱۸/۶۴۴	۲۹۰/۱۰۱	۰/۰۰۰	۰/۷۹۵
	اضطراب	۱۲۹/۹۸۰	۱	۱۲۹/۹۸۰	۳۰۶/۵۵۳	۰/۰۰۰	۰/۸۲۲
	نقص در عملکرد اجتماعی	۱۴۰/۴۵۶	۱	۱۴۰/۴۵۶	۲۵۷/۷۶۱	۰/۰۰۰	۰/۷۹۱
	افسردگی	۵۲/۶۵۳	۱	۵۲/۶۵۳	۱۲۴/۸۱۴	۰/۰۰۰	۰/۷۷۳

همان طور که نتایج جدول شماره ۴ نشان می دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیرهای همپراش، تفاوت بین سلامت روان دانش آموزان با اختلال یادگیری ششم دبستان در خرده مقیاس های علائم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است($P<0.0005$). با توجه به مجذور اتا، می توان گفت که در هر یک از خرده مقیاس های علائم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۷۹ درصد،۸۲ درصد، ۷۹ درصد و ۷۷ درصد این تغییرات ناشی از تاثیر مداخله است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش شناختی–رفتاری و مولفه های آن بر سلامت روان دانش آموزان با اختلال یادگیری بود. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات پس آزمون سلامت روان در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، بنا بر این می توان نتیجه گرفت که آموزش شناختی–رفتاری در بهبود سلامت روان دانش آموزان با اختلال یادگیری تاثیر مثبت داشته است. این یافته با نتایج سایر پژوهش ها (۳۱،۳۰،۲۸،۲۲،۲۰،۱۹،۱۵) مبنی بر بهبود سلامت روان دانش آموزان همسو است. در تبیین این یافته که آموزش شناختی–رفتاری بر سلامت روان دانش آموزان با اختلال یادگیری اثربخشی مثبت و معناداری داشته است، می توان عنوان کرد که آموزش شناختی–رفتاری شامل نظم بخشی به عاطفه، کنترل فشار روانی، برقراری ارتباط، کنترل احساس ها و خودکنترلی می شود و از طرفی ساختار ارزشی و خودکارآمدی را در بر می گیرد و در اثر تعامل شخص با محیط منجر به ارتقاء بهداشت روانی افراد می گردد(۱۲). بنا بر این در راستای این اهداف چیزی که بیش از پیش به طور ویژه در دانش آموزان با ناتوانی یادگیری اهمیت می یابد آموزش شناختی رفتاری است(۱۱). در نتیجه اگر دانش آموزان با ناتوانی یادگیری را با برنامه آموزشی شناختی–رفتاری مناسبی به مسیر مناسب هدایت کنیم از عوامل تهدیدکننده سلامت روان آنان کاسته می شود و برخی از مشکلاتی را که ناتوانی یادگیری برای جامعه و خصوصاً خانواده این افراد ایجاد می کند، کاهش می یابد.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری حاکی از اثربخشی آموزش شناختی–رفتاری بر خرده مقیاس های سلامت روان بود. به عبارت دیگر آموزش شناختی–رفتاری بر خرده مقیاس های علائم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی در بهبود سلامت روان دانش آموزان با اختلال یادگیری اثر مثبت و معناداری داشته است($P<0.0005$). این یافته با نتایج سایر پژوهش ها(۲۳،۲۲،۲۱،۱۹،۱۳،۱۱) مبنی بر بهبود هر چهار خرده مقیاس علائم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی هم خوان است. در تبیین این یافته می توان اظهار داشت از آن جایی که دانش آموزان با اختلال یادگیری در برخی از جنبه های رشد و تحول، به ویژه در زمینه بهداشت و سلامت روان مشکلاتی دارند، نسبت به کودکان عادی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]

چالش های بیشتری را تجربه می کنند و در بسیاری اوقات عامل اصلی مشکلات آن ها در برقراری ارتباط موثر و انطباق با محیط پیرامونی، عدم استفاده درست از مهارت ها است(۳۲). علاوه بر این، بخش عمده ای از مشکلات دانش آموزان با اختلال یادگیری که منجر به خود ناتوان سازی در آنان می شود، در ارتباط با سلامت روان آن ها است، این دانش آموزان، به این دلیل که نمی توانند به طور خود به خودی و بدون کمک دیگران مهارت های شناختی رفتاری را بیاموزند، فقط در صورت برخورداری از آموزش مناسب خواهند توانست همانند همسالان عادی خود به برخی از سطوح اکتسابی دست یابند(۱). با توجه به این که آموزش شناختی-رفتاری منجر به تسلط بر نشانه های رفتاری، درک علت های رفتار و اولویت بندی آن ها، چگونگی فکر کردن، مهارت ثبت افکار، مبارزه با افکار منفی، آموزش مهارت حل مسئله، اصلاح باورهای نادرست و استفاده از راهبردهای جانشین می شود. بنا بر این، آموزش شناختی-رفتاری به کودکان با اختلال یادگیری نقش حساسی در کسب سلامت روان و خرده مقیاس های آن دارد و آن چه سبب پیوند مطلوب مهارت های شناختی-رفتاری و سلامت روان می گردد، یک برنامه مدون و منسجم شناختی-رفتاری است(۵).

نتایج این مطالعه با یافته های پژوهش امانی و همکاران(۲۰۱۰) مبنی بر بهبود سلامت روان دانش آموزان دختر سال سوم متوسطه در خرده مقیاس های علائم جسمانی و اضطراب همسو ولی در دو خرده مقیاس عملکرد اجتماعی و افسردگی ناهمسو بود(۲۸). هم چنین این نتایج با یافته های پژوهش حاج امینی و همکاران(۲۰۰۸) در خرده مقیاس های علائم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی همسو ولی در خرده مقیاس افسردگی ناهمسو بود(۳۱).

در تبیین عدم وجود ارتباط معنادار آماری نتایج پژوهش حاضر، در دو خرده مقیاس عملکرد اجتماعی و افسردگی با یافته های پژوهش امانی و همکاران(۲۸) و خرده مقیاس افسردگی در پژوهش حاج امینی و همکاران(۳۱) می‌توان به چند نکته اصلی اشاره نمود: نخست آن که نمونه مورد هر دو پژوهش فوق دانش آموزان عادی بودند و آموزش برنامه ای که جهت ارتقای سلامت روانی است، احتمالاً به تنهایی قادر به کاهش افسردگی و بهبود عملکرد اجتماعی در این دانش آموزان نخواهد بود. علاوه بر این، نمونه پژوهش حاضر دانش آموزان با اختلال یادگیری هستند، افسردگی و ضعف در عملکرد اجتماعی از ویژگی های این دانش آموزان است و اختلال در یادگیری تاثیر به سزایی در آن ها دارد(۱۱)، افراد با اختلال یادگیری در مقایسه با همسالان عادی خود، سطح تحمل و شکست پایین تری دارند(۲۵). بنا بر این، اگر برای آن ها برنامه آموزشی مناسبی تدارک دیده شود احتمال می رود که نسبت به دانش آموزان عادی، افسردگی آن ها کاهش بیشتر و عملکرد اجتماعی شان بهبود بیشتری یابد. هم چنین در دو پژوهش ناهمسو، سهم محتوای آموزشی که با کاهش افسردگی و بهبود عملکرد اجتماعی مرتبط باشد اندک و می توان گفت در نظر گرفته نشده بود. انتظار می‌رفت اگر محتوای آموزشی به طور اختصاصی تری تعریف شده بود، دوره آموزشی می توانست تاثیر چشمگیری بر نتایج دو مطالعه مذکور داشته باشد. دومین علت احتمالی این ناهم خوانی را می‌توان به کوتاه بودن دوره آموزشی نسبت داد. پیشنهاد دهندگان آموزش شناختی-رفتاری همواره بر لزوم تداوم آموزش ها و تکرار و تمرین مهارت‌های آموخته شده تا حد تسلط کامل تاکید کرده اند. بنا بر این، اگر بتوان برنامه مدونی را طرح کرد که در قالب آن زمان کافی برای آموزش اجزای مختلف مهارت های زندگی فراهم شود و فرصت لازم در اختیار آزمودنی ها قرار گیرد، به طور یقین شاهد تغییر معنادارتر رفتار افراد در حیطه های مختلف خواهیم بود. البته جهت اظهارنظر در این زمینه به پشتوانه های پژوهشی قوی تری نیاز است و به طور جدی نیازمند مطالعات وسیع تری هستیم.

محدودیت هایی که این پژوهش از نظر روش شناختی با آن مواجه بوده است، عبارتند از: محدود کردن پژوهش به الگو و نوع خاصی از مداخله و گروه خاصی از کودکان و ابزار خاصی برای جمع آوری داده ها، هم چنین با توجه به محدودیت زمانی، محقق برای اجرای آزمون پیگیری فرصتی نیافت. پس باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. لذا جهت پژوهش های آتی پیشنهاد می شود که پژوهش بر روی سایر گروه های

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]

کودکان با نیازهای خاص انجام گیرد، در بررسی سلامت روان به انواع برنامه های آموزشی توجه شود، تاثیر مداخلات بر روی سایر ویژگی های کودکان با اختلال یادگیری در سنین مختلف مورد بررسی قرار گیرد. هم چنین با در نظر گرفتن زمانی جهت اجرای آزمون پیگیری می توان اطلاعات جامع تری نسبت به میزان اثربخشی این آموزش ها در طولانی مدت کسب کرد. علاوه بر این با توجه به یافته های پژوهش پیشنهاد می شود تا برای دانش آموزان با اختلال یادگیری برنامه های آموزشی شناختی-رفتاری به صورت خدمات آموزشی، روان شناختی و درمانی تدوین و به طور رسمی در مراکز خاص به آن ها عرضه شود.

سپاسگزاری

در پایان از مدیریت آموزش و پرورش استثنایی شهرستان های استان تهران و تمامی عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می شود. لازم به ذکر است که این پژوهش با هزینه شخصی انجام شده و برگرفته از طرح پژوهشی نمی باشد.

References

1. Lindsay RL, Tomazic T, Levine MD, Accardo PJ.Attention function as measured by a continuous performance task in children with dyscalculia. J Dev Behav Pediatr 2001;22: 287-92.
2. Geary DC. Mathematics and learning disabilities. J Learn Disabil 2004; 37: 4-15.
3. Bryant DP. Commentary on early identification and intervention for students with mathematics difficulties. J Learn Disabil 2005; 38: 340-5.
4. Hanley TV. Commentary on early identification and interventions for students with mathematical difficulties make sense do the math. J Learn Disabil. 2005;38:346-9.
5. Agaliotis L, Kalyva E. Nonverbal social interaction skills of children with learning disabilities. Res Dev Disabil 2008; 29: 1–10.
6. Abolghasemi A, RezaeeJamalouee H, Narimani M, ZahedBabolan A. [comparison of social competence and its components in students with learning disability and students with low, average and high academic achievement]. J Learn Disabil2011; 1:6-23. (Persian)
7. Vaughn S, Elbaum B, Boardman AG. The social functioning of students with learning disabilities: implications for inclusion. J Exceptionality 2001: 1: 47–65.
8. Heiman T, Berger B. Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: Family environment and social support. Res Dev Disabi 2008: 29: 289–300.
9.Gopikumar V, Easwaran K, Ravi M, Jude N, Bunders J.Mimicking family like attributes to enable a state of personal recovery for persons with mental illness in institutional care settings.Int J Ment Health Syst2015; 18:30.
10.Pierce TP, Elmallah RD, Cherian JJ, Jauregui JJ, Mont MA.Standardized Questionnaire Time Burden for Practitioners and Patients.Surg TechnolInt 2015;26:302-6.
11. Cobb B, Sample PL, Alwell M, Johns NR. Cognitive behavioral interventions, Dropout and youth with disabilities: A Systematic review. Remedial and Special Education 2006; 27: 259-71.
12.Salum GA, Desousa DA, do Rosário MC, Pine DS, Manfro GG. Pediatric anxiety disorders: from neuroscience to evidencebased clinical practice. Rev Bras Psiquiatr. 2013;35:03-21.
13. Asgarnia R. [Effectiveness of play therapy with cognitive behavioral therapy in reducing aggression in children 7-6 years old]. J Ferdosi Mashhad Uni 2001;12:17.(Persian)
14. Solaz J, Sanjose V. Cognitive variable in science problem solving: A review of research. J Physic Teach Edu 2007; 4: 25-32.
15. Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS. Cognitive behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. J Aggre Viol Behav 2005; 9: 247-69.
16. JalilAbkenar, SS. Teachingsocialskillstohearingimpaired students. J ExcEdu 2010;104: 66-72.(Persian)
17. Hvenegaard M, Watkins ER, Poulsen S, Rosenberg NK, Gondan M, Grafton B, et al. Rumination-focused cognitive behaviour

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]

therapy vs. cognitive behaviour therapy for depression: study protocol for a randomised controlled superiority trial.Trials.2015; 11: 344.
18. Silver H, Ruff M, Iverson L, Barth T, Broshek K, Bush S, Koffler P, Reynolds R. Learning disabilities: The need for neuropsychological evaluation. ArchClinNeuropsychol2008; 23:217-19.
19. Storch EA, Arnold EB,Lewin AB, Nadeau JM, Jones AM, De Nadai AS, et al. The effect of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for anxiety in children with autism spectrum disorders a randomized, controlled trial. J American Acad Child Adol Psychiatr2013; 52:132-42.
20. Bharath S, Kishorekumar KV. Empowering adolescents with life skills education in schools - School mental health program: Does it work? Indian JPsychiatr 2010; 52: 344-9.
21. Taylor JL, Novaco RW, Gillmer BT, Robertson A, Thorne I. Individual cognitive- behavioral anger for people with mild-borderline intellectual disabilities and histories of aggression a controlled trial. Brit J CliniPsychol2005;44:367-83.
22. Yarahmadian N. [Improving individual social abilities and general health of adolescents through enhancement of social competence]. J Res Behavior Sci 2012;6:279-88. (Persian)
23. EizadiFard R, SepasiAshtiani M. [Effectiveness of cognitivebehavioral therapy with problem solving skills training on reduction of test anxiety symptoms]. J BehaviorSci2010; 4: 23-7. (Persian)
24. Eron L. The development of aggressive behavior from the perspective of a development behaviorism. J AmericanPsychol 2000; 42: 435-42.
25. Gijantali S. A comparative study of the personality characteristics of primary school student with learning disabilities and their non-learning disabled peers. J ResChild Edu 2004; 22:85-93.
26.Ransom DM, Vaughan CG, Pratson L, Sady MD, McGill CA, Gioia GA. Academic effects of concussion in children and adolescents.Pediatrics2015;135:1043-50.
27.Ashoori M,Pourmohamad Reza Tajrishi M,JalilAbkenar SS, Ashoori J. [The effectiveness of learning strategies and attribution retraining instruction methods on mathematical problem solving in intellectually disabed students]. J Dev Iranian Psychol2012;8:247-55.(Persian)
28. Amani S, Borjali A, Sohrabi F. [Effectiveness oflifeskills trainingon improvingthe mental health offemalestudentsin juniorsecondary]. Islamic Azad Uni Kermanshah J 2010;6: 1-17. (Persian)
29.Taghavi MR. [Investigation of validity and reliability of GHQ]. J Psychol 2003; 5:381-
98. (Persian)
30. Salehpoor M. [Stressmanagementskillsto increasethe effectiveness ofpublichealthin the third yearof secondaryschool girls]. JUniAllamehTabatabaee; 2008;16:93-7.(Persian)
31. Hajamini Z, Ajalli A, Fathiashtiani A, Ebadi A, Dibaei M, Delkhosh M. [The effect of life skills training on emotional reactions in adolescents]. J Behav Sci 2008;2:263-70. (Persian)
32. Sady MD, Vaughan CG, Gioia GA.Psychometric characteristics of thepostconcussion symptom inventory inchildren and adolescents. Arch Clin Neuropsychol 2014;29:348–63.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]

Investigation of cognitive-behavioral instruction effect on students mental health with learning disorder in Tehran counties in academic year 2012-13

Ashoori J[1], Jalilabkenar S[2], Ashoori M[3]*

(Received: June 28, 2014 Accepted: October 26, 2014)

Abstract

Introduction: mental health is the most common problem among students with learning disorder. Therefore, attention to mental health among this group seems to be essential. One of the most important effective methods in improving mental health is cognitive-behavioral instruction.The aim of present research was to investigate cognitive-behavioral instruction effect on students mental health improvement with learning disorder.

*Materials & methods:*This study was a quasi-experimental with pre-test and post-test with control group. Participants of this study were 40 students with learning disorder at the sixth grade of the elementary school that they were selected via nonprobability sampling method among Tehran counties students. Data were collected by using Wechsler intelligence scale for children and General Health Questionnaire. Data were analyzed by MANCOVA method.

*Findings:*The results showed that there was a significant increase in mean scores of mental health and its subscales (somatic symptoms, anxiety, deficiency in social performance and depression) in experimental group than control group. In the other hand, mental health of experimental group was higher than control group ($p<0.05$).

*Discussion & Conclusion:*Therefore, planning for providing of cognitive-behavioral instruction is important to improving students mental health with learning disorder, and can use this method for mental health promoting.

Keywords: Instruction, Cognitive-behavioral, Mental health, Learning disorder

1.Dept of Psychology, faculty of Education and Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran.
2.Dept of Psychology, faculty of Education and Psychology,Welfare and Rehabilitation Sciences University, Tehran, Iran.
3.Dept of Psychology, faculty of Education and Psychology, Tehran University, Tehran, Iran.
** Correspondin author Email: jamal_ashoori@yahoo.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]