

تأثیر آموزش ایمن‌سازی روانی بر واکنش‌های هیجانی و قابلیت اجتماعی دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی

محمد عاشوری*^۱، نسیم نخستین^۲، طاهره قزاقی^۲

۱. استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد ورامین - پیشوا، دانشگاه آزاد اسلامی، ورامین، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۶/۰۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۰/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: بیشتر دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، قابلیت اجتماعی مطلوبی ندارند و قابلیت اجتماعی نامناسب این افراد منجر به مشکلات روان‌شناختی در زندگی آنها می‌شود، در حالی که آموزش ایمن‌سازی روانی با نتایج مطلوبی همراه است. هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش ایمن‌سازی روانی بر واکنش‌های هیجانی و قابلیت اجتماعی دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی بود.

روش: پژوهش حاضر، یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری را دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی ۱۵ تا ۱۸ ساله شهرستان‌های تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵ تشکیل دادند. شرکت‌کنندگان شامل ۳۲ دانش‌آموز کم‌توان ذهنی بود که از مدارس نوراسلام ورامین و طاهر شهر ری به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۶ نفر در هر گروه). گروه آزمایش، برنامه ایمن‌سازی روانی را در ۱۰ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای دریافت کردند در حالی که گروه گواه این مداخله را دریافت نکرد. ابزارهای استفاده شده، مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (لاویانند، ۱۹۹۵) و پرسشنامه قابلیت اجتماعی (فلنر، لیس و فیلیس، ۱۹۹۰) بود. داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در پس از مداخله، میانگین نمرات افسردگی، اضطراب، و تنیدگی گروه آزمایش به طور معناداری کمتر از گروه گواه بود ($P < 0/001$). همچنین میانگین نمرات قابلیت اجتماعی گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از گروه گواه بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: برنامه ایمن‌سازی روانی به بهزیستی فردی و تجربه‌های عاطفی شخصی وابسته است و بر فرایندهای شناختی و همچنین روابط اجتماعی تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین به نظر می‌رسد که آموزش این برنامه نقش مهمی در بهبود واکنش‌های هیجانی و قابلیت اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: ایمن‌سازی روانی، قابلیت اجتماعی، کم‌توانی ذهنی، واکنش‌های هیجانی

*نویسنده مسئول: محمد عاشوری، استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان،

اصفهان، ایران.

تلفن: ۰۳۱-۳۷۹۳۵۵۴۸

ایمیل: M.ashori@edu.ui.ac.ir

مقدمه

افراد با نیازهای ویژه، گروهی هستند که برای دستیابی به بیشترین توان بالقوه خود به آموزش ویژه و خدمات مرتبط، نیاز دارند. معمولاً این افراد به ۱۱ گروه تقسیم می‌شوند (۱) و (۲). افراد کم توان ذهنی^۱ یکی از این گروه‌ها هستند که محدودیت‌های چشمگیری در کنش‌وری هوشی^۲ (هوش بهر ۷۰ تا ۷۵ یا پایین‌تر) و رفتار سازشی (مهارت‌های سازشی مفهومی^۳، اجتماعی^۴ و عملی^۵) در دوره تحول (قبل از ۱۸ سالگی) دارند (۳ و ۴). افراد کم توان ذهنی درصد قابل توجهی در حدود ۲ تا ۳ درصد از افراد هر جامعه‌ای را تشکیل می‌دهند (۵ و ۶). در این راستا، باید والدین با توجه به رهنمودهای متخصصان، فعالیت‌های مداومی در زمینه آموزش و پرورش این کودکان داشته باشند (۶)؛ زیرا تولد و حضور کودک کم توان ذهنی، خانواده را با مشکلات زیادی مواجه می‌سازد (۷). همچنین به نظر می‌رسد که وجود فرزند کم توان ذهنی، تأثیر نامطلوب مداومی بر ساختار و عملکرد خانواده داشته باشد (۸). شرایط در حال گذر جامعه، زندگی افراد کم توان ذهنی را با مسائل و پیچیدگی‌های خاصی در حوزه‌های مختلف مواجه ساخته است (۹ و ۱۰). واکنش‌های هیجانی^۶ و قابلیت اجتماعی^۷ دو حوزه مهمی هستند که تحت تأثیر کم توانی ذهنی قرار می‌گیرند و بر موفقیت‌ها و توانمندی‌های افراد کم توان ذهنی تأثیر می‌گذارند (۴).

هیجان یعنی واکنشی کلی، شدید، و کوتاه به یک موقعیت غیرمنتظره که ارگانسیم را به حرکت در می‌آورد و به احساسات و واکنش‌های هیجانی اشاره دارد. واکنش‌های هیجانی، حالت‌های پیچیده روان‌شناختی هستند که سه مؤلفه تجربه ذهنی، پاسخ هیجانی، و رفتار آشکار دارند و شامل هیجان‌های اصلی مانند ترس، خشم، نفرت، شادی، و تعجب و همچنین هیجان‌های مرکب مانند افسردگی، اضطراب، و

تنیدگی^۸ می‌شوند. واکنش‌های هیجانی، اصطلاحی پوششی برای حالت‌های ذهنی مانند عشق، ترس، و نفرت یا برجستگی برای عوامل محیطی، فیزیولوژیکی، و شناختی مانند افسردگی، اضطراب، و تنیدگی است (۱۱). واکنش‌های هیجانی ابعاد مختلفی را در برمی‌گیرد و بخشی از این واکنش‌ها به سه سازه روانی، عاطفی، و شناختی اختلال‌های شایع قرن حاضر یعنی افسردگی، اضطراب، و تنیدگی، مرتبط هستند (۱۲).

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است که به اصطلاح سرماخوردگی روانی نامیده می‌شود (۱۳). بید به نظر می‌رسد که فقط یک عامل بتواند وقوع افسردگی را تبیین کند؛ زیرا افسردگی از تعامل چندین عامل مختلف حاصل می‌شود (۱۴). افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی، و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها، و سایر ضرب‌آهنگ‌های بیولوژیکی همراه است (۱۵). برخی متخصصان اعتقاد دارند میزان واکنش‌های هیجانی نامطلوب در افراد کم توان ذهنی چهار یا پنج برابر افراد بهنجار است. برآورد شده است که مشکلات روانی در ۱۰ تا ۴۰ درصد افراد کم توان ذهنی، قابل تشخیص است (۱۶). به‌طور کلی عوامل متعددی با افسردگی رابطه دارند که اضطراب و تنیدگی از مهم‌ترین عوامل اساسی محسوب می‌شوند (۱۵).

احساس اضطراب نیز در دوران مختلف زندگی، امری رایج و بهنجار است (۱۷). اضطراب نوعی واکنش هیجانی و نوعی احساس و ادراک ذهنی است که با پاسخ بدنی به تهدید واقعی یا ادراک شده، همراه است. اضطراب نوعی غریزه زندگی و بقا است که به ما می‌گوید از چه چیزی و با چه روشی اجتناب کنیم (۱۸). اضطراب تجربه شده در افراد

5. Practical
6. Psychological reactions
7. Social competenc
8. Stress

1. Individuals with intellectual disability
2. Intellectual functioning
3. Conceptual
4. Social

رفتاری که شامل دو مهارت حل مسئله اجتماعی و ارتباطی می شود؛ و کفایت های هیجانی که سه مهارت مدیریت خشم^۲، همدلی^۳ و مقابله با هیجانات^۴ را دربرمی گیرد (۱۰). پیازه هوش را توانایی سازش یافتگی با محیط می داند. از آن جایی که هوش کودکان کم توان ذهنی پایین تر از متوسط است در سازش یافتگی اجتماعی نیز مشکل دارند. علاوه بر این، کم توان ذهنی می تواند بر توانایی فردی در جهت سازش یافتگی با موقعیت جدید یا نا آشنا، تأثیر گذارد و همچنین کفایت ها و قابلیت های فردی را پنهان سازد. نتیجه این که افراد کم توان ذهنی از قابلیت اجتماعی پایینی برخوردارند (۲۳).

امروزه از روش های آموزشی و توانبخشی مختلفی برای بهبود واکنش های هیجانی و قابلیت اجتماعی افراد استفاده می شود (۲). برنامه ایمن سازی روانی^۵ که برنامه ای کاربردی و مبتنی بر روی آورد شناختی رفتاری است و با هدف پیشگیری طراحی شده است یکی از مهم ترین این برنامه ها محسوب می شود (۲۴). برنامه آموزشی ایمن سازی روانی، ترکیبی از بازسازی شناختی، حل مسئله، آموزش تنش زدایی، تمرین تجسم سازی ذهنی و رفتاری، خودآموزی، و تقویت خود و همچنین تلاش هایی در جهت تغییر محیط است. با استفاده از آموزش ایمن سازی روانی انگیزش مثبت، مهارت های رفتاری، هیجانی، شناختی، و اجتماعی تقویت می شود و منجر به کاهش تنش و نا آرامی و افزایش مقابله با رویدادهای دشوار می شود (۲۵). هدف ایمن سازی، کمک به افراد به منظور گسترش و کسب مهارت های مقابله ای برای مشکلات کنونی و آینده است (۲۶). پژوهش های مختلفی در حوزه اثربخشی برنامه ایمن سازی روانی انجام شده است که برخی از آنها را به طور مختصر شرح خواهیم داد.

یافته های پژوهش جنا آبادی (۲۷) نشان داد که آموزش مدیریت تنیدگی به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی، اضطراب، و تنیدگی مادران کودکان مبتلا به اختلال های

کم توان ذهنی به صورت ظریفی با مسائل محیطی گره خورده است و ارتباط نزدیکی با آن دارد ولی می تواند فراگیر باشد، بدون آن که علت مشخصی داشته باشد (۱۶). تنیدگی هم شرایطی است که در نتیجه تعارض میان فرد و محیط به وجود می آید و باعث ایجاد ناهماهنگی میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی، و اجتماعی فرد می شود (۱۹). پژوهشگران در حوزه سلامت روانی، تنیدگی را پاسخ فرد به وقایع یا تغییراتی که با موقعیت اجتماعی او متضاد و مخالف است، تعریف می کنند. این پاسخ ها، یک یا چند واکنش شناختی، عاطفی، رفتاری، و جسمانی را در پی دارند (۲۰). اگر عوامل بروز تنیدگی برای مدتی طولانی به قوت خود باقی بمانند ممکن است علائم این اختلال که معمولاً فیزیکی و عاطفی هستند در ما بروز کنند (۱۲ و ۲۱). کودکان و دانش آموزان کم توان ذهنی بر اثر انزوای اجتماعی، برجسب زنی، و مهارت های اجتماعی ضعیف در معرض خطر واکنش های هیجانی نامطلوب مانند افسردگی، اضطراب، و تنیدگی قرار می گیرند. در واقع تعداد کودکان کم توان ذهنی که دارای مشکلات روان شناختی تشخیص داده می شوند بیشتر از کودکان با تحول شناختی بهنجار است (۱۶).

کم توانی ذهنی می تواند بر قابلیت اجتماعی هم تأثیر قابل توجهی داشته باشد (۴). قابلیت اجتماعی دربرگیرنده حالات مهم روانی فرد است که در پنج احساس خلاصه می شود: احساس معناداری، احساس شایستگی یا خودکارآمدی، احساس اثرگذاری، احساس خودتعیینی، و اعتماد (۱۰). قابلیت اجتماعی توانایی عملکرد انسان در اجرای استقلال شخصی و مسئولیت پذیری اجتماعی^۱ است و شامل مهارت های شناختی، رفتاری، هیجانی، و انگیزشی می شود (۲۲). به طور کلی، قابلیت اجتماعی سه مؤلفه و هفت مهارت دارد که عبارتند از: مهارت ها و توانایی های شناختی که دو مهارت تصمیم گیری و خودآگاهی را دربرمی گیرد؛ مهارت های

4. Cope with emotions
5. Mental immunization

1. Social accountability
2. Anger management
3. Empathy

ایمن سازی روانی بر افسردگی، اضطراب، و تنیدگی در افراد کم توان ذهنی پرداخته باشد که حاکی از خلاء پژوهشی در این حوزه است. در واقع، احتمال می رود با آموزش ایمن سازی روانی، فرد به اطلاعات جدید و مخالف افکار خودآیند دست یابد و موقعیت ایجاد کننده تنش را بررسی کرده و بتواند تعارض ها را برطرف یا کاهش دهد. بدین ترتیب به نظر می رسد حل مسئله شناختی، هدف گزینی مطلوب، و انتخاب راهبردی کارآمد که از طریق برنامه ایمن سازی روانی آموزش داده می شود در بهبود روابط و عملکرد افراد کم توان ذهنی و افزایش رفتارهای مطلوب آنها مؤثر واقع شود که این موارد بیانگر اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر است. علاوه بر این، دور از انتظار نیست که آموزش مهارت ایمن سازی روانی به دانش آموزان با کم توانی ذهنی، توان و جرئت مقابله با مشکلات را بدهد و حل مشکلات نیز به نوبه خود موجب شود تا فرد واکنش های هیجانی مطلوب تری داشته باشد، احساس توانمندی کند و قابلیت اجتماعی بهتری داشته باشد. بنابراین مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش برنامه ایمن سازی روانی بر واکنش های هیجانی و قابلیت اجتماعی دانش آموزان با کم توانی ذهنی تأثیر دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش آموزان پسر کم توان ذهنی مدارس استثنایی نوراسلام ورامین و طاهر شهر ری در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۶ بود. برای انتخاب آزمودنی ها از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد؛ به این صورت که ابتدا مدارس نوراسلام ورامین و طاهر شهر ری از مدارس شهرستان های تهران انتخاب شدند و پس از هماهنگی های لازم و با توجه به ملاک های ورود (دامنه هوشی ۵۰ تا ۷۰، دامنه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال بر اساس پرونده تحصیلی، و تمایل به شرکت در پژوهش) و خروج (داشتن

تحولی، اختلال های رفتاری، و فلج مغزی تاثیر چشمگیری داشت. نتایج پژوهش عاشوری، پورمحمدرضای تجریشی، جلیل آبکنار، فلاح، و عظیمی گروسی (۲) حاکی از تأثیر مثبت و قابل توجه آموزش برنامه ایمن سازی روانی بر قابلیت اجتماعی و صفات شخصیت دانش آموزان فلج مغزی بود. همچنین یافته های مطالعه مظلوم، دربان، وقعی، مدرس غروی، کاشانی لطف آبادی، و شاد (۲۸) حاکی از اثربخشی معنادار آموزش برنامه ایمن سازی بر سلامت عمومی و خرده مقاس های آن از جمله علایم جسمانی، اضطراب، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی پرستاران بود. در مطالعه دیگر، سلیمانی دینانی، اکبری دهکردی، کاکوجویاری و مرادی (۲۹) دریافتند که آموزش ایمن سازی در برابر تنیدگی بر افزایش ابراز وجود دانش آموزان دختر با ناتوانی جسمی - حرکتی مؤثر است. در همین رابطه یافته های تحقیق کانگ، چوی و ریو (۳۰) حاکی از اثربخشی مثبت و معنادار برنامه ایمن سازی روانی بر افسردگی، اضطراب، و تنیدگی دانشجویان پرستاری بود و نتایج پژوهش کاواهاردا، یوشیکا، جسایچ، فوکوی، انو، و کیشی (۲۶) حاکی از آن بود که برنامه ایمن سازی روانی بر تنیدگی زنان خدمتگذار ژاپنی تأثیر معناداری ندارد. مطالعات دیگری نیز درباره این شیوه انجام شده است. برای مثال یافته های پژوهش شهی و هورن (۲۴) بیانگر اثربخشی معنادار آموزش برنامه ایمن سازی بر تنیدگی، اضطراب و باورهای غیرمنطقی دانشجویان؛ یافته های تحقیق اسماعیلی، اسماعیلی، و دباشی (۳۱) حاکی از اثربخشی آموزش برنامه ایمن سازی روانی بر کاهش افسردگی و افزایش بهزیستی روان شناختی زنان؛ و نتایج پژوهش سوانسون و مالون (۳۲) نیز نشان داد که دانش آموزان با ناتوانی یادگیری با این که لزوماً هوش پایینی ندارند ولی در مهارت حل مسئله اجتماعی از همسالان خود ضعیف تر هستند.

اگرچه در حوزه تأثیر آموزش ایمن سازی روانی بر افسردگی، اضطراب، و تنیدگی پژوهش هایی انجام شده است ولی هیچ مطالعه ای یافت نشد که به بررسی تاثیر آموزش

تأییدی و به روش مؤلفه‌های اصلی، ۰/۹۰ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، پایایی مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی با استفاده از آلفای کرونباخ برای افسردگی، اضطراب، تنیدگی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۶۹ و ۰/۶۹ و روایی آن با شیوه آماری تحلیل عاملی از نوع تأییدی و به روش مؤلفه‌های اصلی محاسبه و مقدار ۰/۵۲ به دست آمد.

۲. پرسشنامه قابلیت اجتماعی^۳: این پرسشنامه را فلنر، لیس و فیلیس^۴ در سال ۱۹۹۰ تدوین کرده است که ۴۷ گویه با چهار خرده‌مقیاس مهارت شناختی، مهارت رفتاری، کفایت هیجانی، و آمایه انگیزشی دارد. آزمودنی‌ها به گویه‌های این آزمون به صورت یک مقیاس ۷ درجه‌ای پاسخ می‌دهند؛ به این ترتیب که اگر آزمودنی گزینه کاملاً مخالفم را انتخاب کند نمره ۱، مخالفم نمره ۲، تا حدی مخالفم نمره ۳، نظری ندارم نمره ۴، تا حدی موافقم نمره ۵، موافقم نمره ۶، و کاملاً موافقم نمره ۷ می‌گیرد. همچنین گویه‌های شماره ۳، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۲۱، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۳۲، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۴۳، ۴۴ و ۴۵ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. مقیاس مهارت شناختی ۳ گویه و حداکثر ۲۱ نمره، مهارت رفتاری ۳۴ گویه و حداکثر ۲۴۷ نمره، کفایت هیجانی ۳ گویه و حداکثر ۲۱ نمره، و آمایه انگیزشی ۷ گویه و حداکثر ۴۹ نمره دارد (۲). فلنر و همکاران (۲۲) اعتبار پرسشنامه قابلیت اجتماعی را با روش آلفای کرونباخ از ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ و روایی آن به روش تحلیل عاملی تأییدی، ۰/۸۴ گزارش کردند. شاخص‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط پرن‌دین (۳۷) بررسی شده که ضریب اعتبار آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و روایی آن به روش تحلیل عاملی تأیید شده و مقدار کفایت نمونه‌برداری آن ۰/۸۲ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، اعتبار این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ از ۰/۷۶ و روایی آن به روش تحلیل عاملی تأییدی، ۰/۷۹ به دست آمد.

مشکلات حسی مانند ناشنوایی و نابینایی، وجود آسیب‌های جسمانی، و استفاده از برنامه‌های روان‌شناختی همزمان با مطالعه حاضر، اعضای گروه نمونه پژوهش انتخاب شدند. به منظور تعیین حداقل حجم نمونه و با در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی‌ها، ۳۲ نفر از دانش آموزان کم توان ذهنی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند، به نحوی که اعضای هر گروه ۱۶ نفر بود. لازم به ذکر است انتخاب حجم نمونه بر اساس دیدگاه نظری متخصصان روش تحقیق در طرح‌های آزمایشی انجام شد (۳۳).

ب) ابزار

۱. مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی^۱: این مقیاس را لویباند و لویباند^۲ در سال ۱۹۹۵ طراحی کرده است. در این پژوهش از فرم ۲۱ سوالی مقیاس استاندارد افسردگی، اضطراب، تنیدگی استفاده شد که شامل سه خرده‌مقیاس اضطراب، تنیدگی، و افسردگی می‌شود و هر خرده‌مقیاس ۷ سوال دارد. مقیاس استاندارد افسردگی، اضطراب، تنیدگی به صورت لیکرت طراحی شده است و دارای گزینه‌های اصلاً (نمره صفر)، کم (نمره ۱)، متوسط (نمره ۲)، و زیاد (نمره ۳) است. نمره نهایی هر خرده‌مقیاس از طریق مجموع نمرات سوال‌های مربوط به آن به دست می‌آید (۳۴). آنتونی و همکاران (۳۵) مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی را از طریق تحلیل عاملی بررسی کردند. اعتبار این مقیاس با روش آلفای کرونباخ برای افسردگی، اضطراب، تنیدگی به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ گزارش شده است. همچنین همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنیدگی، ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی، و ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی به دست آوردند. سامانی و جوکار (۳۶) روایی و اعتبار مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی را در ایران بررسی کردند. آنها اعتبار بازآزمایی برای افسردگی، اضطراب، تنیدگی را به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ گزارش کردند و روایی آن را با شیوه آماری تحلیل عاملی از نوع

3. Social competencies scale
4. Felner, Lease and Philips

1. Depression anxiety stress scales
2. Lawibund & Lawibund

مقابله، خودگویی های هدایت شده، تمرکز، مدیریت زمان، حل مسئله اجتماعی، خودنظم جویی و خودکارآمدی. این برنامه را عاشوری و همکاران (۲) طراحی کرده اند که برگرفته از مدل مایکینام (۲۵) است. محورهای این برنامه مداخله ای در جدول ۱ ارائه شده است.

ج) برنامه مداخله ای: برنامه ایمن سازی روانی که روی آورد شناختی رفتاری دارد شامل ۱۰ جلسه آموزشی ۵۰ دقیقه ای می شود و اهداف آن عبارت اند از: آموزش درباره تنیدگی، تصویرسازی ذهنی مثبت، آرامش دهی و تنش زدایی، بازسازی شناختی، افکار خودآیند، خطاهای شناختی، مهارت های

جدول ۱: محتوای جلسات آموزش برنامه ایمن سازی روانی

جلسه	هدف	محتوای جلسات
۱	مفهوم سازی و توصیف تنیدگی، علائم و پیامدهای آن و تصویرسازی ذهنی مثبت	پژوهشگر به معرفی شرایط تشنگر و تغییرات ناشی از آن در افراد می پردازد و به افراد ایجاد تغییرات ذهنی مثبت را آموزش می دهد.
۲	آموزش آرامش دهی و تنش زدایی	پژوهشگر الگوهای آرامش دهی در شرایط تنش آور را ارائه می دهد.
۳	آشنایی با مفاهیم بازسازی شناختی، نقش افکار در ایجاد تنیدگی و ارتباط افکار با احساسات و رفتار	پژوهشگر افراد را به سمت شناسایی افکار و احساسات موثر در شرایط تشنگر هدایت می کند.
۴	آشنایی با ویژگی های افکار خودآیند منفی و خطاهای شناختی	پژوهشگر افراد را به شناسایی افکار منفی که به طور ناآگاهانه به ذهن وارد می شوند، هدایت می کند.
۵	مهارت های مقابله	آموزش مهارت های مقابله با تنیدگی و چگونگی مقابله با افکار منفی
۶	خودگویی های هدایت شده	آموزش خودگویی های هدایت شده و نقش خودگویی های منفی در ایجاد تنیدگی
۷	تمرکز فکر و تکنیک های توجه برگردانی	پژوهشگر تکنیک های توجه برگردانی و تمرکز فکر را آموزش می دهد.
۸	مدیریت زمان و حل مسئله اجتماعی	آموزش مدیریت زمان در هنگام بروز تنیدگی و حل مسئله اجتماعی
۹	مهارت های خودنظم جویی و نظارت بر خودکارآمدی	آموزش مهارت های خودنظم جویی در شرایط تنیدگی و نظارت بر خودکارآمدی جهت مقابله با تنیدگی
۱۰	تمرین مهارت ها	تمرین مهارت های آموخته شده و لزوم به کارگیری این مهارت ها در هنگام برخورد با موقعیت های تشنگر

(هفته ای ۲ جلسه) که در مدرسه نوراسلام ورامین برگزار شد شرکت کردند ولی برای گروه گواه هیچ آموزشی ارائه نشد. برای آموزش از روش های سخنرانی، پرسش و پاسخ، ایفای نقش، و روش نمایشی استفاده شد. در ضمن برای آموزش مفاهیم از فیلم و پاورپوینت استفاده شد.

به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، از والدین آزمودنی ها، رضایت نامه کتبی گرفته شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات استخراج شده و نام آزمودنی ها به صورت محرمانه باقی می ماند و به منظور حفظ اسرار شخصی و عدم تجاوز به حریم خصوصی شرکت کنندگان، نتایج حاصل از پژوهش در سطح کلی گزارش می شود تا برای پیشبرد اهداف پژوهش در اختیار روان شناسان و متخصصان قرار گیرد. همچنین، پس از پایان پژوهش کارگاهی دو روزه برای گروه گواه گذاشته شد

د) روش اجرا: جهت انجام پژوهش از مدیریت آموزش و پرورش شهرستان های تهران، معرفی نامه دریافت شد و با مدیریت محترم مدارس نوراسلام ورامین و طاهر شهری هماهنگ شد و اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر برای مدیران و مشاوران مدارس مورد نظر بیان شد. بعد از انتخاب آزمودنی ها بر اساس ملاک های ورود و خروج پژوهش و جایدهی در گروه آزمایش و گواه، ابتدا به آزمودنی ها درباره نحوه پر کردن پرسشنامه ها توضیح داده شد. آنها در اولین مرحله پژوهش، مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی و پرسشنامه قابلیت اجتماعی را به عنوان پیش آزمون در شش گروه پنج یا شش نفری به صورت انفرادی تکمیل کردند. پژوهشگران بر نحوه اجرای پرسشنامه ها نظارت داشتند. در مرحله بعد، گروه آزمایش در ۱۰ جلسه آموزشی ۵۰ دقیقه ای

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی مربوط به واکنش‌های هیجانی (افسردگی، اضطراب و تنیدگی) و قابلیت اجتماعی (مهارت شناختی، مهارت رفتاری، کفایت هیجانی، و آمایه انگیزشی) در دو گروه آزمایش و گواه در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

و یک جزوه آموزشی درباره برنامه مداخلاتی به آنها داده شد. در پایان جلسات آموزش، هر دو گروه به عنوان پس‌آزمون با استفاده از مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی و پرسشنامه قابلیت اجتماعی مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده از این دو موقعیت (پیش‌آزمون و پس‌آزمون)، برای دو گروه با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۲ نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی واکنش‌های هیجانی و قابلیت اجتماعی

متغیرها	موقعیت	گروه آزمایش			گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	نرمالیتی	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۷/۷۶	۲/۲۰	۰/۱۳	۱۷/۶۱	۲/۸۷
	پس‌آزمون	۱۳/۳۷	۱/۹۶	۰/۱۷	۱۳/۲۴	۲/۰۵
واکنش‌های هیجانی	پیش‌آزمون	۱۶/۳۴	۱/۵۱	۰/۱۴	۱۷/۰۴	۲/۰۱
	پس‌آزمون	۱۱/۲۴	۲/۰۷	۰/۳۷	۱۶/۶۷	۲/۸۴
تنیدگی	پیش‌آزمون	۱۸/۰۹	۲/۴۲	۰/۱۵	۱۸/۱۷	۱/۹۵
	پس‌آزمون	۱۳/۳۷	۲/۰۷	۰/۳۰	۱۸/۰۶	۱/۹۰
مهارت شناختی	پیش‌آزمون	۱۰/۳۲	۲/۰۷	۰/۲۱	۱۰/۲۴	۱/۹۰
	پس‌آزمون	۱۵/۰۷	۱/۸۹	۰/۵۰	۱۰/۳۷	۲/۱۱
مهارت رفتاری	پیش‌آزمون	۱۱۹/۴۴	۵/۵۴	۰/۱۲	۱۲۰/۴۵	۶/۰۹
	پس‌آزمون	۱۴۶/۳۳	۵/۵۱	۰/۱۵	۱۱۹/۸۳	۵/۸۷
قابلیت اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۱/۲۷	۲/۳۷	۰/۱۴	۱۱/۹۶	۲/۲۹
	پس‌آزمون	۱۴/۸۲	۲/۰۹	۰/۲۰	۱۱/۵۷	۱/۹۸
آمایه انگیزشی	پیش‌آزمون	۲۲/۰۶	۲/۸۵	۰/۱۹	۲۲/۳۰	۳/۰۱
	پس‌آزمون	۲۹/۶۴	۳/۰۴	۰/۲۱	۲۳/۴۴	۲/۷۷

($P > 0/05$). آزمون باکس فرض همگنی واریانس-کوواریانس در هر دو تحلیل را تأیید کرد که برای تحلیل اول برابر با ($Box's M = 11/47$ و $P = 0/22$) و برای تحلیل دوم برابر با ($Box's M = 19/58$ و $P = 0/23$) بود. مفروضه شیب خط رگرسیون برای متغیرها و خطی بودن رابطه متغیرها برقرار بود. آزمون کرویت بارنتل حاکی از وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته در هر دو تحلیل بود؛ به بیان دیگر همبستگی بین متغیرهای وابسته، معنادار شد ($P = 0/001$). نتایج آزمون

برای تعدیل اثر پیش‌آزمون و به علت وجود یک متغیر مستقل (آموزش ایمن‌سازی روانی) و سه متغیر وابسته (افسردگی، اضطراب و تنیدگی) و همچنین یک متغیر مستقل (آموزش ایمن‌سازی روانی) و چهار متغیر وابسته (مهارت شناختی، مهارت رفتاری، کفایت هیجانی، و آمایه انگیزشی) از دو آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کالموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی و تأیید قرار گرفت

همچنین در تحلیل دوم (مهارت شناختی، مهارت رفتاری، کفایت هیجانی، و آمایه انگیزشی) مقدار لامبدا $0/06$ و مجذور اتا $0/31$ بود ($P < 0/001$)؛ بنابراین گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از خرده مقیاس های واکنش های هیجانی (افسردگی، اضطراب و تنیدگی) و همچنین حداقل در یکی از خرده مقیاس های قابلیت اجتماعی (مهارت شناختی، مهارت رفتاری، کفایت هیجانی، و آمایه انگیزشی) تفاوت معناداری دارند ($P < 0/001$). به منظور پی بردن به این تفاوت، از دو آزمون آماری مانکوا استفاده شد که نتایج هر یک در جدول ۳ و ۴ آمده است.

لون بیانگر برقراری فرض همگنی واریانس ها در همه متغیرها در هر دو تحلیل بود ($P > 0/05$)؛ بنابراین مفروضه های آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری برقرار است و می توان جهت تحلیل داده ها از این آزمون استفاده کرد. بدین منظور، خرده مقیاس های واکنش های هیجانی (افسردگی، اضطراب و تنیدگی) و قابلیت اجتماعی (مهارت شناختی، مهارت رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه انگیزشی) دانش آموزان کم توان ذهنی در دو گروه آزمایش و گواه در پیش فرض آماری لامبدای ویلکز مورد محاسبه قرار گرفت که در تحلیل اول (افسردگی، اضطراب، و تنیدگی) مقدار لامبدا $0/08$ و مجذور اتا $0/26$ بود.

جدول ۳. نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای خرده مقیاس های واکنش های هیجانی با حذف اثر پیش آزمون

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا
افسردگی	۲۹/۴۲	۱	۲۹/۴۲	۱۱/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲
اضطراب	۲۶/۵۴	۱	۲۶/۵۴	۲۲/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸
تنیدگی	۳۲/۷۴	۱	۳۲/۷۴	۱۸/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴

واکنش هیجانی

جدول ۴. نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای خرده مقیاس های قابلیت اجتماعی با حذف اثر پیش آزمون

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا
مهارت شناختی	۷۱/۰۸	۱	۷۱/۰۸	۹/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹
مهارت رفتاری	۱۰۹/۵۵	۱	۱۰۹/۵۵	۲۱/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷
کفایت هیجانی	۱۸/۴۱	۱	۱۸/۴۱	۷/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴
آمایه انگیزشی	۱۰۳/۹۰	۱	۱۰۳/۹۰	۱۹/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱

قابلیت اجتماعی

بر نمرات پس آزمون قابلیت اجتماعی در تمامی خرده مقیاس های مهارت شناختی ($F=9/46$)، مهارت رفتاری ($F=21/37$)، کفایت هیجانی ($F=7/70$)، و آمایه انگیزشی ($F=19/68$) داشته است ($P < 0/001$). با توجه به مجذور اتا می توان بیان کرد به ترتیب 49% ، 57% ، 54% و 61% تغییرات هر یک از متغیرهای مهارت شناختی، مهارت رفتاری، کفایت هیجانی، و آمایه انگیزشی مربوط به شرکت دانش آموزان کم توان ذهنی در برنامه آموزش ایمن سازی روانی است.

در این تحلیل، متغیر پیش آزمون به دلیل همبستگی با پس آزمون تعدیل شده است. با توجه به نتایج جدول ۳، گروه بر نمرات پس آزمون واکنش های هیجانی افسردگی ($F=11/37$)، اضطراب ($F=22/72$)، و تنیدگی ($F=18/39$) اثر معناداری داشت ($P < 0/001$). بر اساس مجذور اتا می توان بیان کرد به ترتیب 52% ، 48% و 54% تغییرات هر یک از متغیرهای افسردگی، اضطراب، و تنیدگی به علت اثر مداخله است. همچنین با توجه به نتایج جدول ۴، گروه، اثر معناداری

بحث و نتیجه گیری

همدردی، مهارت‌های ارتباط بین فردی، توانایی در برقراری روابط دوستانه، قضاوت اجتماعی، و خودنظم جویی دارند که میزان افسردگی آنها را تشدید می‌کند (۱). از سوی دیگر، در آموزش ایمن سازی روانی بر حل مسئله اجتماعی، ارتباط افکار با احساسات و رفتار، خودکارآمدی، و خودنظم جویی تأکید می‌شود (۲۵). به نظر می‌رسد آموزشی که این عوامل را دربرگیرد بتواند بالقوه دانش آموزان کم توان ذهنی را در آگاهی از واکنش‌های هیجانی خود و دیگران بهبود بخشد، ارتباط بین فردی آنها را تقویت کند، و توانایی در برقراری روابط دوستانه را افزایش دهد؛ بنابراین، دور از انتظار نیست که آموزش ایمن سازی روانی موجب کاهش واکنش هیجانی نامطلوب افسردگی در دانش آموزان کم توان ذهنی شود.

درباره تبیین بخشی از یافته‌های پژوهش حاضر که حاکی از اثربخشی آموزش برنامه ایمن سازی روانی بر واکنش هیجانی اضطراب دانش آموزان کم توان ذهنی بود می‌توان گفت امروزه مشکلات اضطرابی به عنوان یکی از مهم‌ترین حوزه‌های مطالعه واکنش‌های هیجانی نامطلوب انسان مطرح می‌شود که دانش آموزان کم توان ذهنی نیز از این مسئله مستثنی نیستند. رایج‌ترین نوع اضطراب در این افراد از طریق رفتارهای ناآرام، اجتنابی، و گاهی اوقات پرخاشگری یا خودآزارگری قابل مشاهده است که در پاسخ به موقعیت‌های فراخوان اضطراب داده می‌شود (۳). هر چه ظرفیت هوشی افراد محدودتر باشد رفتارهای افراطی تری در هنگام پاسخ به شرایط اضطراب آور آزارنده محیطی نشان می‌دهند. علاوه بر این، افراد کم توان ذهنی در زمینه‌هایی مانند مراقبت شخصی، مسئولیت‌های شغلی، مدیریت مالی، تفریح، مدیریت رفتار شخصی، سازمان‌دهی تکالیف تحصیلی و شغلی با مشکلات بیشتری مواجه هستند (۳۸) که این عوامل اضطراب آنها را تشدید می‌کند؛ بنابراین اگر به آنها آموزشی داده شود که این عوامل را مورد توجه قرار دهد احتمالاً اضطراب‌شان کاهش یابد. از آن جایی که آموزش ایمن سازی روانی توجه ویژه‌ای به مشکلات روان‌شناختی و هیجانی ناشی از عوامل مختلف

هدف پژوهش حاضر، بررسی تاثیر آموزش ایمن سازی روانی بر واکنش‌های هیجانی و قابلیت اجتماعی دانش آموزان با کم توانی ذهنی بود. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش برنامه ایمن سازی روانی بر واکنش‌های هیجانی و قابلیت اجتماعی دانش آموزان کم توان ذهنی تأثیر معناداری داشت. در واقع، بین میانگین نمرات پس آزمون واکنش‌های هیجانی و قابلیت اجتماعی در گروه آزمایش و گواه، تفاوت معناداری به دست آمد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش ایمن سازی روانی در بهبود واکنش‌های هیجانی و قابلیت اجتماعی آنها تأثیر قابل توجهی داشته است.

بخشی از یافته‌های این پژوهش که بیانگر اثربخشی آموزش برنامه ایمن سازی روانی بر واکنش‌های هیجانی افسردگی، اضطراب، و تنیدگی دانش آموزان کم توان ذهنی بود با یافته‌های پژوهش یافته‌های پژوهش کانگ و همکاران (۳۰)، سوانسون و مالون (۳۲)، جناآبادی (۲۷)، شهی و هورن (۲۴)، و مظلوم و همکاران (۲۸) همسو است. همچنین این بخش از نتایج پژوهش حاضر درباره اثربخشی برنامه ایمن سازی روانی بر تنیدگی با نتایج پژوهش کواهاردا و همکاران (۲۶) ناهمسو است.

به منظور تبیین این یافته که آموزش ایمن سازی روانی بر واکنش هیجانی افسردگی دانش آموزان کم توان ذهنی اثربخشی قابل توجه و معناداری داشت، می‌توان عنوان کرد که افسردگی با کاهش خلق، از دست دادن علاقه، احساس گناه و بی‌ارزشی، اختلال در خواب و اشتها، کاهش انرژی، و ضعف تمرکز همراه است (۱۵). طبیعی است دانش آموزان کم توان ذهنی مانند سایر دانش آموزان در معرض افسردگی قرار گیرند. علاوه بر این، شرایط زندگی و تحصیل می‌تواند این وضعیت را پیچیده تر کند، زیرا دانش آموزان کم توان ذهنی در سه حوزه رفتار سازشی، یعنی مهارت‌های مفهومی، اجتماعی و عملی روزمره با مشکلاتی مواجه هستند (۲۳). این دانش آموزان عملکرد پایینی در آگاهی از تجربه‌های دیگران،

قرار داشتند و هیچ گونه پیشرفتی را در زندگی شخصی و شغلی خود احساس نمی کردند و نگرشی منفی به زندگی و خود داشتند. به نظر می رسد تأثیر ترکیبی این عوامل سبب شده است که آموزش برنامه ایمن سازی روانی بر میزان تنیدگی آنها تأثیر معناداری نگذارد.

بخشی دیگری از یافته های پژوهش حاضر که حاکی از اثربخشی آموزش برنامه ایمن سازی روانی بر قابلیت اجتماعی دانش آموزان کم توان ذهنی بود با نتایج پژوهش عاشوری و همکاران (۲)، سلیمانی دینانی و همکاران (۲۹)، و اسماعیلی و همکاران (۳۱) همسو است. به منظور تبیین این یافته می توان بیان کرد دانش آموزان کم توان ذهنی در برخی از جنبه های تحول، به ویژه در زمینه مهارت شناختی، مهارت رفتاری، کفایت هیجانی، و آمایه انگیزشی که قابلیت اجتماعی را تشکیل می دهند مشکلاتی دارند و نسبت به افراد با تحول شناختی بهنجار، مشکلات و مسائل بیشتری را تجربه می کنند (۴).

درباره تبیین اثر آموزش ایمن سازی روانی بر مهارت های شناختی و رفتاری می توان گفت از آن جایی که افراد کم توان ذهنی آموزش پذیر دارای بهره هوشی ۵۰ تا ۷۰ یا ۷۵ هستند، در کنش وری هوشی هوشی با محدودیت مواجه اند (۱) و همچنین عملکرد ضعیفی در رفتارهای سازشی دارند. در بسیاری اوقات عامل اصلی مشکلات آنها در برقراری ارتباط مؤثر و انطباق با محیط پیرامون و عدم استفاده صحیح از مهارت های شناختی و رفتاری است (۳ و ۴). از سوی دیگر، مهارت های شناختی و رفتاری، آموختنی هستند و می توان آنها را از طریق آموزش بهبود بخشید. البته این امر مستلزم آموزش یک برنامه منسجم با روی آورد شناختی رفتاری است که به حوزه شناخت، تصویرسازی ذهنی مثبت، خودنظم جویی، خودکارآمدی، مدیریت زمان، حل مسئله اجتماعی، انگیزش، مهارت های مقابله ای، و مهارت های رفتاری توجه داشته باشد. آموزش ایمن سازی روانی نیز این ویژگی را دارد؛ بنابراین غیرطبیعی نیست که با آموزش برنامه ایمن سازی روانی بتوان

درون فردی و بین فردی دارد، بنابراین غیرطبیعی نیست که آموزش این برنامه شناختی رفتاری موجب کاهش اضطراب دانش آموزان کم توان ذهنی شود.

در تبیین این یافته که آموزش برنامه ایمن سازی روانی بر واکنش هیجانی تنیدگی دانش آموزان کم توان ذهنی بود می توان گفت از آن جایی که دانش آموزان کم توان ذهنی در کارکردهای هوشی و رفتار سازشی با محدودیت های اساسی روبه رو هستند (۴) و از سوی دیگر، با توجه به این که مشکلات روان شناختی و هوشی در افراد کم توان ذهنی وجود دارد؛ بنابراین، آنها نسبت به سایر دانش آموزان، سطوح بالاتری از واکنش هیجانی تنیدگی را نشان می دهند (۳). به نظر می رسد بهره هوشی پایین و درک نامناسب واکنش های هیجانی منجر به تنیدگی بیشتر در دانش آموزان کم توان ذهنی شود. علاوه بر این، احتمال می رود چرخه معیوبی میان عامل هوش پایین و تنیدگی پدید آید که چنین رابطه ای را تقویت می کند. از سوی دیگر، برنامه ایمن سازی روانی برنامه ای کاربردی است که بر مبنای روی آورد شناختی رفتاری تدوین شده است (۲۴) و شامل بازسازی شناختی، حل مسئله و آموزش تنش زدایی می شود. علاوه بر این، آموزش ایمن سازی روانی سبب بهبود تقویت انگیزش مثبت، مهارت های رفتاری، و هیجانی می شود و تنش و ناآرامی را کاهش می دهد (۲۵)؛ بنابراین، دور از انتظار نیست که آموزش ایمن سازی روانی موجب کاهش واکنش های هیجانی نامطلوب تنیدگی در دانش آموزان کم توان ذهنی شود.

در راستای تبیین یافته پژوهش حاضر درباره اثربخشی برنامه ایمن سازی روانی بر تنیدگی که با یافته های پژوهش کاواهاردا و همکاران (۲۶) ناهمسو بود می توان عنوان کرد که نمونه پژوهش حاضر دانش آموزان کم توان ذهنی بود که در مدارس استثنایی مشغول به تحصیل بودند ولی نمونه پژوهش کاواهاردا و همکاران زنان ژاپنی بودند که دوران نوجوانی را سپری کرده و مشکلات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی داشتند. علاوه بر این، آنها به لحاظ موقعیت شغلی در جایگاه پائینی

می‌یابد؛ بنابراین اگر برای دانش آموزان کم توان ذهنی برنامه آموزشی مناسبی تدارک دیده شود احتمال می‌رود که در حوزه کفایت هیجانی و آمایه انگیزشی عملکرد بهتری داشته باشند. پیشنهاد دهندگان آموزش ایمن سازی روانی همواره بر لزوم تداوم آموزش‌ها و تکرار و تمرین مهارت‌های آموخته شده تا حد تسلط کامل تأکید کرده‌اند؛ بنابراین اگر بتوان برنامه مدونی را طرح کرد که در قالب آن، زمان کافی برای آموزش اجزای مختلف برنامه ایمن سازی روانی فراهم شود و فرصت لازم در اختیار آزمودنی‌ها قرار گیرد، می‌توان شاهد تغییر مطلوب و قابل توجه در واکنش‌های هیجانی و قابلیت اجتماعی دانش آموزان کم توان ذهنی بود.

محدودیت‌هایی که این پژوهش از نظر روش شناختی با آن مواجه بوده است، عبارت‌اند از: استفاده از ابزارها یا پرسشنامه‌های خود گزارشی، روش نمونه‌گیری در دسترس، بررسی افراد کم توان ذهنی فقط با بهره‌هوشی ۵۰ تا ۷۰، و استفاده از طرح پژوهشی نیمه‌آزمایشی؛ که این محدودیت‌ها در مجموع، قابلیت تعمیم نتایج را کاهش می‌دهد. همچنین با توجه به محدودیت زمانی، پژوهشگر برای اجرای آزمون پیگیری، فرصتی نیافت؛ بنابراین باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که علاوه بر پرسشنامه از مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود، پژوهش با حجم نمونه بیشتر انجام شود، هر دو جنس پسر و دختر در پژوهش شرکت داشته باشند، اثربخشی برنامه مداخلاتی در دانش آموزان کم توان ذهنی با بهره‌هوشی متفاوت و در دامنه سنی مختلف مورد بررسی قرار گیرد، و همچنین پژوهش بر روی سایر گروه‌های کودکان با نیازهای ویژه انجام شود، و در صورت امکان از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در بررسی واکنش‌های هیجانی و قابلیت اجتماعی به انواع برنامه‌های آموزشی توجه شود و تأثیر مداخلات بر روی سایر ویژگی‌های افراد کم توان ذهنی در سنین مختلف مورد بررسی قرار گیرد. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر در سطح به کار بسته پیشنهاد می‌شود استفاده از

قابلیت اجتماعی دانش آموزان کم توانی ذهنی را در حوزه مهارت‌های شناختی و رفتاری بهبود بخشید.

در تبیین آخرین یافته پژوهش حاضر مبنی بر این که آموزش ایمن سازی روانی بر کفایت هیجانی و آمایه انگیزشی دانش آموزان کم توان ذهنی اثربخشی مثبت و معناداری داشت، می‌توان گفت ضعف انگیزشی یکی از مهم‌ترین حوزه‌هایی است که کودکان و دانش آموزان کم توان ذهنی با آن مواجه هستند. این افراد مشکلات خود را به عوامل بیرونی مانند شانس نسبت می‌دهند و به سادگی دست از تلاش برمی‌دارند و حتی دچار استیصال اکتسابی می‌شوند. همچنین در ابراز هیجان‌ها و احساسات خود به نحو مناسبی عمل نمی‌کنند (۶). آنها در آگاهی از هیجان‌های خود و دیگران و همچنین مدیریت هیجان‌ها مشکل دارند. لازم به ذکر است که کودکان و دانش آموزان کم توان ذهنی توان بالفعل پایین و توان بالقوه نسبتاً خوبی دارند و تنها از طریق آموزش مناسب و کاربردی می‌توان ظرفیت بالقوه پایین آنها را به توان بالفعل‌شان نزدیک کرد (۱۰). برنامه ایمن سازی روانی شامل شناسایی افکار و احساسات، افکار خودآیند منفی و خطاهای شناختی، مهارت‌های مقابله‌ای، خودگویی‌های هدایت شده، مهارگری تنیدگی، برقراری ارتباط، مهارگری احساس‌ها، و خودمهارگری می‌شود (۲۴ و ۲۵) و از سویی دیگر ساختار ارزشی، تحول اخلاقی، و خودکارآمدی را نیز دربرمی‌گیرد و در اثر تعامل شخص با محیط منجر به خودتوانمندسازی می‌شود، و در نهایت باعث ارتقای کفایت هیجانی و آمایه انگیزشی می‌شود.

در راستای بهبود واکنش‌های هیجانی و قابلیت اجتماعی دانش آموزان کم توان ذهنی، موضوعی که بیش از پیش اهمیت می‌یابد آموزش ایمن سازی روانی است. در واقع اگر بتوان دانش آموزان کم توان ذهنی را با این برنامه آموزشی به مسیر مناسب هدایت کرد از عوامل تهدید کننده قابلیت اجتماعی آنان کاسته می‌شود و برخی از مشکلاتی را که کم توانی ذهنی برای جامعه و خصوصاً خانواده این افراد ایجاد می‌کند، کاهش

شهرستان های تهران با شماره مجوز ۲۵۳۶۴۸ در تاریخ ۱۳۹۷/۷/۲۳ صادر شد؛ بدین وسیله از تمامی دانش آموزان کم توان ذهنی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند تشکر و قدردانی می شود.

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

این برنامه مداخله ای هم به صورت مستقیم در قالب دوره های فوق برنامه و هم به صورت غیرمستقیم در تلفیق با برنامه های آموزش رسمی، مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه به صورت مستقل اجرا شده است و مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی مدیریت آموزش و پرورش استثنایی

References

1. Kirk S, Gallagher G, Coleman MR. Educating exceptional children. 14th edition. Massachusetts: Wadsworth Publishing; 2015, pp: 4-7. [\[Link\]](#)
2. Ashori M, Pourmohamadreza-Tajrishi M, Jalil-Abkenar SS, Fallah AM, Azimi Garoosi S. Effectiveness of mental immunization program training on social competency and personality traits of individuals with cerebral palsy. Archives of Rehabilitation. 2017; 18(2): 98-109. [Persian]. [\[Link\]](#)
3. Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen PC. Exceptional learners: An introduction to special education. 14th edition. New Jersey: Pearson Education; 2018, pp: 87-88. [\[Link\]](#)
4. Ashoori M, Jalil-Abkenr SS. Students with special needs and inclusive education. 1st edition. Tehran: Roshd-e Farhang; 2016, pp: 142-143. [Persian].
5. Jalil-Abkenar SS, Movallali G, Adibsereshki N, Ashori M. Comparison of the effectiveness of cognitive & cognitive-metacognitive strategies based on mathematical problem-solving skills on 9th grade girl students with intellectual disability. Archives of Rehabilitation. 2012; 12(4): 57-67. [Persian]. [\[Link\]](#)
6. Pourmohamadreza-Tajrishi M, Ashori M, Jalil-Abkenar SS, Afroz GHA, Arjmandnia AA, Ghojari-Bonab B. The effectiveness of positive parenting program (Triple-P) training on interaction of mother-child with intellectual disability. Archives of Rehabilitation. 2015; 16(2): 128-136. [Persian]. [\[Link\]](#)
7. Van Bysterveldt AK, Westerveld MF, Gillon G, Foster-Cohen S. Personal narrative skills of school-aged children with Down syndrome. Int J Lang Commun Disord. 2012; 47(1): 95-105. [\[Link\]](#)
8. Jalil-Abkenar SS, Ashori M, Afroz GHA. The effect of social behaviors training on improvement of the social skills of adolescents with intellectual disability. Archives of Rehabilitation. 2013; 14(3): 31-40. [Persian]. [\[Link\]](#)
9. Ashori M, Yazdanipour M. Investigation of the effectiveness of group play therapy training with cognitive-behavioral approach on the social skills of students with intellectual disability. Archives of Rehabilitation. 2018; 19(3): 262-275. [Persian]. [\[Link\]](#)
10. Jalil-Abkenar SS, A'shouri M, Pourmohammadreza-Tajrishi M. Investigation of the effectiveness social competence instruction on the adaptation behavior in boy students with intellectual disability. Archives of Rehabilitation. 2013; 13: 104-113. [Persian]. [\[Link\]](#)
11. Balducci C, Avanzi L, Fraccaroli F. Emotional demands as a risk factor for mental distress among nurses. Med Lav. 2014; 105(2): 100-108. [\[Link\]](#)
12. Zaidman-Zait A, Most T, Tarrasch R, Haddad-eid E, Brand D. The impact of childhood hearing loss on the family: mothers' and fathers' stress and coping resources. J Deaf Stud Deaf Educ. 2016; 21(1): 23-33. [\[Link\]](#)
13. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences clinical psychiatry. 10th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007, pp: 167-169.
14. Hansenne M, Bianchi J. Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects. Psychiatry Res. 2009; 166(1): 63-68. [\[Link\]](#)
15. Negovan V, Bagana E. A comparison of relationship between self-esteem and vulnerability to depression among high school and freshmen university students. Procedia Soc Behav Sci. 2011; 30: 1324-1330. [\[Link\]](#)
16. Harrisa, L, McGartya AM, Hilgenkampb T, Mitchellc F, Melville CA. Correlates of objectively measured sedentary time in adults with intellectual disabilities. Prev Med Rep. 2018; 9: 12-17. [\[Link\]](#)
17. Verhoeven M, Bogels SM, van der Bruggen CC. Unique roles of mothering and fathering in child anxiety; moderation by child's age and gender. J Child Fam Stud. 2012; 21(2): 331-343. [\[Link\]](#)
18. Esbjørn BH, Normann N, Christiansen BM, Reinholdt-Dunne ML. The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. J Anxiety Disord. 2018; 53: 16-21. [\[Link\]](#)
19. Chen YA, Chan KCH, Liao PJ, Chen CK, Wu CM. Parental stress in raising mandarin-speaking children with cochlear implants. Laryngoscope. 2013; 123(5): 1241-1246. [\[Link\]](#)
20. Cooper CE, McLanahan SS, Meadows SO, Brooks-Gunn J. Family structure transitions and maternal parenting stress. J Marriage Fam. 2009; 71(3):558-574. [\[Link\]](#)

21. Scrimin S, Haynes M, Altoe G, Bornstein MH, Axia G. Anxiety and stress in mothers and fathers in the 24 h after their child's surgery. *Child Care Health Dev.* 2009; 35(2): 227-233. [\[Link\]](#)
22. Felner RD, Lease AM, Philips RC. Social competence and the language of adequacy as a subject matter for psychology: A quadripartite travel framework. In: Gullotta TP, Adams GR, Montemayor R, editors. *Developing Social Competence in Adolescence: Advances in Adolescent Development.* Newbury Park: Sage; 1990, pp: 254-264. [\[Link\]](#)
23. Chia NKH, Wong ME. From mental retardation to intellectual disability: A proposed ecological framework for teaching students with intellectual disabilities in Singapore. *Academic Research International.* 2014; 5(3):147-163. [\[Link\]](#)
24. Sheehy R, Horan JJ. Effects of stress inoculation training for 1st year law students. *Int J Stress Manag.* 2004; 11(1): 41-55. [\[Link\]](#)
25. Meichenbaum D. *The Evolution of Cognitive Behavior Therapy: A Personal and Professional Journey with Don Meichenbaum.* New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group; 2017, P 263. [\[Link\]](#)
26. Kawaharada M, Yoshioka E, Saijo Y, Fukui T, Ueno T, Kishi R. The effects of a stress inoculation training program for civil servants in japan: A pilot study of a non-randomized controlled trial. *Ind Health.* 2009; 47(2): 173-182. [\[Link\]](#)
27. Jenaabadi H. Survey on effectiveness of cognitive-behavioral stress management on mental health of mothers of children with developmental disorders, disruptive behavior disorders and cerebral palsy. *Razi Journal of Medical Sciences.* 2016; 23(148): 80-88. [Persian]. [\[Link\]](#)
28. Mazlom S, Darban F, Vaghei S, Modarres gharavi M, Kashani lotfabadi M, Shad M. The effect of stress inoculation program (SIP) on nurses' perceived stress in psychiatric wards. *Evidence Based Care Journal.* 2012; 2(1): 35-44. [Persian]. [\[Link\]](#)
29. Soleimani Dinani M, Aliakbari Dehkordi M, Kako Joibari A, Moradi A. The effectiveness of Stress inoculation training on increased Self-Assertion of the physically -motor handicapped girl Students of high schools in Isfahan in 1389. *Psychology of Exceptional Individuals.* 2012; 1(4): 73-90. [Persian]. [\[Link\]](#)
30. Kang YS, Choi SY, Ryu E. The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Educ Today.* 2009; 29(5): 538-543. [\[Link\]](#)
31. Esmaili Z, Esmaili L, Dabbashi F. Effectiveness of stress inoculation training on psychological well-being in women with diabetes mellitus type 2. *International Journal of Educational and Psychological Researches.* 2016; 2(2): 88-93. [\[Link\]](#)
32. Swanson HL, Malone S. Social skills and learning disabilities: A meta-analysis of the literature. *School Psychology Review.* 1992; 21(3):427-443. [\[Link\]](#)
33. Hafeznia MR. *Introduction to research method in human science.* 1st edition. Tehran: Samt Publication; 2016, pp: [Persian].
34. Moradi Shakib A, Ghadampour S, Saghahi Poorseyfi M. Comparison of addiction potential and psychological problems in normal and slow paced adolescents. *Empowering Children Journal.* 2017; 8(1): 35-43. [Persian]. [\[Link\]](#)
35. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment.* 1998; 10(2): 176-181. [\[Link\]](#)
36. Samani S, Jokar B. Evaluate the reliability and validity of the short form of depression, anxiety and stress. *J Social Sci Humanities Shiraz Univ.* 2007; 26(3): 65-76. [\[Link\]](#)
37. Parandin S. Construct social self-competency questionnaire and its normalization of teenagers in Tehran city [Master's thesis]. [Tehran, Iran]: Faculty of Psychology, Allameh Tabataba'i; 2006, pp: 111-113. [Persian]. [\[Link\]](#)
38. Bakker-van Gijssel EJ, Lucassen PLBJ, Olde Hartman TC, van Son L, Assendelft WJJ, van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ. Health assessment instruments for people with intellectual disabilities-A systematic review. *Res Dev Disabil.* 2017; 64: 12-24. [\[Link\]](#)

The Effect of Mental Immunization Training on Psychological Reactions and Social Competency of Students with Intellectual Disability

Mohammad Ashori*¹, Nasibeh Nakhostin², Tahereh Ghazaghi²

1. Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

2. M.A. in Psychology, Department of Psychology, Varamin-Pishva Branch, Islamic Azad University, Varamin, Iran

Received: January 6, 2018

Accepted: August 25, 2018

Abstract

Background and Purpose: The most of students with intellectual disability have not appropriate social competency. Inappropriate social competency leads to psychological problem in their life, while mental immunization training has been associated with desirable outcomes. The purpose of this research was to investigation of the effectiveness of mental immunization training on psychological reactions and social competency of students with intellectual disability.

Method: The present research was a quasi-experimental study by pre-test, post-test design with control group. The study population included of boy students with intellectual disability aged 15-18 years old in Tehran during the academic year 2017-2018. The participants were 32 students with intellectual disability that selected by convenient sampling method from Nour eslam in Varamin and Taher in Rey city. Subjects were divided into two groups and assigned into two experimental and control groups randomly and each group consisting of 16 students. Experimental group received psychological immunization program in 10 sessions for 50 minutes while the control group did not receive this intervention. The instruments of present research were *depression anxiety stress scales* (Lawibund and Lawibund, 1995) and *social competencies scale* (Felner, Lease and Philips, 1990). Data were analyzed by using multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: The results showed that mean scores of depression, anxiety, and stress in experimental group was significantly decreased in the post intervention in comparison with control group ($P < 0.001$). Also, the mean social performance scores of the experimental group were significantly higher than the control group ($P < 0.001$).

Conclusion: The mental immunization program is related to subjective well-being and individual's affective experiences, and that it influences cognitive processes as well as social relationships. Therefore, it seems that the training of this program plays an important role in improving the emotional reactions and social capability of students with intellectual disability.

Keywords: Mental immunization, psychological reactions, social competency, intellectual disability

Citation: Ashori M, Nakhostin N, Ghazaghi T. The effect of mental immunization training on psychological reactions and social competency of students with intellectual disability. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2018; 5(4): 13-26.

*Corresponding author: Mohammad Ashori, Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Email: M.ashori@edu.ui.ac.ir

Tel: (+98) 031-37935548