

اثربخشی آموزش فنون ذهن آگاهی انفصالی و آموزش توجه بر بهبود افسردگی و نشخوار فکری در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری زهرة هاشمی^۱

چکیده

پژوهش‌های مختلف نشان داده است که آموزش تکنیک‌های فراشناختی در سلامت روان و بهبود زندگی افراد مؤثر است. هدف از پژوهش حاضر بررسی آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی انفصالی و آموزش توجه بر بهبود افسردگی و نشخوار فکری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری است. تکنیک‌های فراشناختی افراد را به گسیختن نشخوارهای ذهنی و ایجاد سبک‌های سازگارانه‌تر قادر می‌سازد. فرضیه‌های این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بر روی سه بیمار با پیگیری یک و سه ماهه، در هلال احمر تبریز مورد بررسی قرار گرفت. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک و پرسش‌نامه‌ی نشخوار فکری بود. تحلیل داده براساس درصد بهبودی، اندازه اثر و تحلیل نموداری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که آموزش تکنیک‌های فراشناختی تغییرات قابل توجهی در نمرات آزمودنی‌ها ایجاد کرد و موجب بهبودی در افراد شد. به عنوان نتیجه‌گیری میتوان مطرح کرد با آموزش تکنیک‌های فراشناختی، می‌توان به بهبود اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری کمک کرد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، نشخوار فکری، تکنیک‌های فراشناختی، ناتوانی یادگیری

۱. نویسنده ی رابط: استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه مراغه (zhashemi1320@gmail.com)

تاریخ دریافت: ۹۷/۲/۵

تاریخ پذیرش: ۹۷/۶/۶

مقدمه

در سال‌های اخیر مسأله‌ی ناتوانی در درک و یادگیری دروسی از جمله بخوانیم، بنویسیم و ریاضیات، توجه بسیاری از دانشمندان و متخصصان تعلیم و تربیت را به خود جلب کرده است. بر اساس آمار منتشر شده، شمار دانش‌آموزان با اختلالات یادگیری^۱ بین ۴ تا ۱۲ درصد گزارش شده است (قنبری، ۱۳۹۴) اصطلاح اختلالات یادگیری برای اولین بار در سال ۱۹۶۲ توسط ساموئل کرک^۲ مطرح شد، وی اختلالات یادگیری را نوعی نارسایی‌های شناختی دانست که دانش‌آموزان در یکی از حوزه‌های ذهنی مانند درک صحیح گفتار، نوشتار، شنیدن، خواندن و یا حساب کردن دچار مشکل می‌شوند (افروز، ۱۳۹۴).

در تعریف اختلالات یادگیری دو مؤلفه‌ی مشترک وجود دارد: نکته‌ی اول، تفاوت قابل ملاحظه بین ظرفیت یادگیری و پیشرفت تحصیلی در کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری و نکته‌ی دوم، مربوط به فرض وجود ناتوانی در سیستم اعصاب مرکزی کودکان یا نوجوان مبتلا به اختلالات یادگیری است. به طور کلی اختلالات یادگیری شامل آن دسته از دانش‌آموزانی است که در یک یا چند فرآیند اساسی در رابطه با خواندن، سخن گفتن، درک کردن و نوشتن دارای اشکال هستند، به شرطی که این مشکلات ناشی از عقب‌ماندگی‌های ذهنی، نقص بینایی، نقص حرکتی و یا نقایص فرهنگی نباشد (احمد آبی، ۱۳۹۳).

در تحقیقات ماستن و گامزبورنر و اسمیت موریسون و کاسدن به نقل از (هیمن و برگر^۳، ۲۰۰۸) سه عامل خصوصیات کودکان، جنبه‌های خانوادگی، و محیط اجتماعی به عنوان عوامل تأثیرگذار در شکل‌گیری اختلال‌های کودکان معرفی شده‌اند. از این عوامل نقش خانواده و نوع نگاه آن‌ها به ناتوانی فرزندشان بسیار مهم است؛ زیرا که خانواده به عنوان منبع حمایتی یا غیر

-
1. Learning disorders
 2. Samuel Kark
 3. Heimen and Burger

حمایتی تأثیر زیادی بر تحول ساختار شخصیت کودک دارد (لاردی، بلاچر و اسوانسون^۱، ۲۰۰۸). نتایج یک تحقیق نشان داد که کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری ارتباط ضعیفی با والدینشان دارند و این امر پویایی محیط خانواده را تهدید می‌کند (هوگان، شاندرای و مسال^۲، ۲۰۰۷).

تأثیر کودک دارای ناتوانی یادگیری بر خانواده یک تأثیر دو سویه است (پیرسون و چان^۳، ۱۹۹۳). در پژوهشی نشان داده شد که مادران کودکان ناتوان یادگیری، فشار روانی زیادی تحمل کرده و سلامت عمومی کمی دارند (کارانده^۴ و همکاران، ۲۰۰۹). برخی نیز بیان کرده‌اند که کودکان با ناتوانی یادگیری، اثرات ناخواسته‌ای بر زندگی خانوادگی‌شان می‌گذارند. کودکان با ناتوانی یادگیری موجب گستره‌ای از اثرات منفی (شامل: استرس خانوادگی، اختلاف والدین، بروز واکنش‌های منفی در اعضای خانواده، مشکلات در برقراری ارتباط با مدرسه) می‌شوند (دایسون^۵، ۲۰۱۰). پژوهش‌های مختلف تأکید کرده‌اند که والدین کودکان ناتوان یادگیری، به دلیل ناتوانی فرزندشان فشار روانی و اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند و مستعد اختلال‌های خلقی مانند افسردگی و اضطراب هستند (فارستین^۶، ۱۹۸۱؛ به نقل از سیدنوری و همکاران، ۱۳۹۳).

دایسون (۲۰۰۶) نیز در پژوهش خود نشان داد که والدین کودکان با ناتوانی یادگیری در مقایسه با والدین کودکان عادی تنیدگی بیشتری تجربه می‌کنند. لیتل^۷ (۲۰۱۲) سازش یافتگی روانی پدران و مادران کودک با ناتوانی یادگیری را با هم مقایسه کرد و دریافت که مادران این کودکان در مقایسه با پدران و مادران آنها، سطح بالاتری از تنیدگی مرتبط با مشکلات خانوادگی و بدبینی درباره‌ی آینده‌ی کودکان و میزان بیش‌تر مصرف داروهای ضد افسردگی و میزان بالاتری جستجوی درمان را تجربه می‌کنند.

1. Larry, Blancher and Vasvanson
2. Hogan, Shandra and Magellan
3. Pearson and Chan
4. Karande
5. Dyson
6. Forrestine
7. Little

از جمله مکانیسم‌هایی که در سال‌های اخیر در ارتباط با وضعیت روانی والدین دارای فرزند با ناتوانی یادگیری توجه فزاینده‌ای را به خود جلب کرده است، مفهوم فراشناخت است. یکی از رویکردهای مؤثر روان‌شناختی در درمان اختلالات روانی، درمان فراشناختی است. این دیدگاه بر باورها و تفکرات منفی به عنوان نتیجه کنترل فراشناختی تأکید کرده و بیان می‌کند که چگونه فراشناخت در تداوم و تغییر شناخت مؤثر است. درمان فراشناختی سطوحی از مداخله را عرضه می‌کند که بر خلاف دیدگاه سنتی شناختی بر چالش محتوای تفکر و باورهای منفی تمرکز ندارد (هوی^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). هدف اصلی درمان فراشناختی، توانا کردن بیماران به گونه‌ای است که با افکارشان به گونه‌ای متفاوت ارتباط برقرار کنند و کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطافی را گسترش دهند و از انجام پردازش به صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری تهدید جلوگیری نمایند (آندروس و ون^۲، ۲۰۱۱؛ باباپور، پورشریفی، هاشمی و احمدی، ۱۳۹۱؛ شیخ الاسلامی، ۱۳۹۶). به عبارتی دیگر، رویکرد فراشناختی، راهبردهایی را به بیمار می‌دهد تا خودش را از مکانیسم‌هایی که موجب قفل شدن در پردازش به صورت نگرانی، نظارت بر تهدید و خودکنترلی ناسازگارانه می‌شود، رها کند و با آموزش پردازش انعطاف پذیر هیجانی طرح و برنامه‌ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب‌پذیری کند (ولز و سمی^۳، ۲۰۱۴؛ ولز، فیشر و سامونل، ۲۰۱۴؛ طاهرزاده قهفرخی، ابراهیمی قوام، درتاج و سعدی پور، ۱۳۹۵). هدف اساسی آموزش فراشناختی، خودکنترلی و خودآموزی است تا فراگیران یادگیرندگان مستقلی شوند که بتوانند فرآیندهای شناختی یادگیری‌شان را در جهت اهداف تعیین شده خود هدایت، نظارت و اصلاح کنند (ولز و متیوس، ۲۰۱۴؛ ولز ۲۰۱۵). همان‌گونه که ولز^۴ و متیوس^۵ (۱۹۹۴) اشاره کرده‌اند، اگر طرح‌واره را تنها به عنوان اطلاعات نامربوطی بنگریم که درمان‌گر

1. Hovy
2. Andrews.& Wan
3. Wells& Sembi
4. wells
5. Matthews

می‌تواند آن‌ها را از ذهن بیمار پاک کند و به جای آن فرضیات واقعی‌تری را جایگزین کند، این دیدگاه نمی‌تواند متمرکز باشد. مردم باورها را شکل می‌دهند و به طور فعال بر اساس قوانین درونی، آن‌ها را مورد تجدید نظر قرار می‌دهند. بنابراین آنچه حائز اهمیت است، فرمول‌بندی پردازش شناخت درونی و قوانین و مکانیسم‌هایی است که موجب می‌شود تا بیماران به تعبیر و تفسیر باورهای ناسازگار پردازند. آنچه مورد نیاز است، یک چارچوب شناختی کامل برای بازنمایی تعامل بین دانش خود و آشفتگی هیجانی است (ولز، ۲۰۰۸). گرچه این نوع از درمان سابقه‌ای بسیار کوتاه دارد، ولی پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان فراشناختی را بر روی اختلالات مختلف روانی تأیید کرده‌اند (نولن هوکسما^۱ و مارو، ۲۰۱۳؛ پاپاگریو و ولز^۲، ۲۰۱۳). ولز و همکاران (۲۰۰۷) اثربخشی درمان فراشناختی را روی افراد افسرده مورد پژوهش قرار دادند. این بررسی به صورت تک موردی بر روی ۴ نفر با پیگیری ۳ تا ۶ ماهه صورت گرفت. درمان با بهبود قابل توجه علائم افسردگی و کاهش نشخوار فکری همراه بود و نتایج کسب شده در دوره پیگیری نیز ادامه داشت. همچنین کوستاس^۳ و ولز (۲۰۰۳) در پژوهشی به بررسی تجربی مدل فراشناختی نشخوار ذهنی و افسردگی پرداختند مطالعه آن‌ها عقیده مربوط به وجود ارتباط بین نشخوار ذهنی، افسردگی و فراشناخت را مورد تأیید قرار داد. همچنین کوستاس و ولز (۲۰۰۱) پژوهشی با عنوان عقاید فراشناخت در مورد نشخوار ذهنی در افسردگی عمده عود کننده انجام دادند که این پژوهش شواهدی برای این تأکید که افراد با افسردگی عود کننده عقاید مثبت و منفی در مورد نشخوارهای افسرده کننده را حفظ می‌کنند، مهیا کرده است. تکنیک آموزش توجه با هدف مداخله در سندرم شناختی- توجهی، در درمان فراشناختی همراه با چالش با باورهای فراشناختی و همچنین به تنهایی در درمان اختلالات روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد. چند نمونه از پژوهش‌هایی که در آن‌ها تکنیک آموزش توجه در درمان به کار رفته است در زیر مطرح

1. Nolen- Hoeksema
2. Papageorgiou
3. Costas

می‌شود. ولز و پاپا جرجیو (۲۰۰۰) در پژوهشی به درمان افسردگی عودکننده از طریق آموزش توجه پرداختند. نتایج نشان داد این مداخله روی ۴ بیمار به عنوان یک پتانسیل درمانی، برای این اختلال مؤثر است. تکنیک آموزش توجه^۱ تغییرات قابل پیش‌بینی را در خودتمرکزی و فراشناخت ایجاد می‌کند. همچنین هاشمی، محمودعلیلو و هاشمی (۲۰۱۱) اثربخشی درمان فراشناختی را روی افراد افسرده مورد پژوهش قرار دادند، این بررسی به صورت تک‌موردی بر روی ۳ نفر و با پی‌گیری ۳ تا ۶ ماهه صورت گرفت که در آن پژوهش درمان با بهبود قابل توجه علائم افسردگی و کاهش نشخوار فکری همراه بود و نتایج کسب شده در دوره پیگیری نیز ادامه داشت. به نظر می‌رسد می‌توان با آموزش تکنیک‌های فراشناختی به بهبود سلامت روان افراد نیز کمک کرد. لذا این پژوهش در صدد یافتن پاسخ علمی به این سوال است که آیا آموزش تکنیک فراشناختی بر بهبود علائم افسردگی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری مؤثر است؟

روش

فرضیه‌های این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک‌موردی^۲ با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه‌ی پلکانی، مورد بررسی قرار گرفت.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: بیماران پس از ارجاع از طرف روان‌شناس بالینی به درمان‌گر و احراز شرایط پژوهش، انتخاب شدند و آزمودنی‌ها، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. نمونه پژوهش ۳ نفر از مادران مراجعه‌کننده به هلال احمر تبریز ۱۳۹۶ با مشکل افسردگی بودند. مراجع اول با تکمیل پرسش‌نامه وارد طرح درمان شد، در جلسه دوم درمان مراجع اول، مراجع دوم وارد طرح درمان شد و در جلسه سوم مراجع اول و جلسه دوم مراجع دوم، مراجع سوم وارد طرح درمان شد. جهت گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

1. Attention Training Technique(ATT)
2. experimental single case design

پرسش نامه افسردگی بک - ویرایش دوم^۱: این پرسش نامه شکل بازنگری شده‌ی پرسش نامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (بک همکاران ۱۹۹۶). این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیش تر با DSM-IV همخوان است و همانند BDI-II، BDI نیز ۲۱ سوالی است و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. نتایج پژوهش بک و همکاران (۱۹۹۶) نشان داد که این پرسش نامه ثبات درونی بالایی دارد. فتی (۲۰۰۴) نیز در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده است.

پرسش نامه اضطراب بک^۲: پرسش نامه اضطراب یک پرسش نامه خود گزارشی ۲۱ آیتمی است که برای انعکاس شدت علائم جسمی و شناختی افراد در یک هفته گذشته است. این مقیاس به صورت سه درجه ای از صفر تا ۳ نمره گذاری می‌شود و بالاترین نمره‌ای که در آن به دست می‌آید ۶۳ است. بک و استیر (۱۹۹۶) همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲ درصد و پایایی باز-آزمایی یک هفته ای آن را ۰/۷۵ درصد گزارش کرده‌اند. بک و استیر (به نقل از صلواتی؛ ۲۰۰۳) روایی محتوا؛ هم زمان؛ سازه؛ تشخیصی و عاملی را برای هر مقیاس بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه گیری شدت اضطراب مورد تأیید قرار داده‌اند.

مقیاس پاسخ های نشخواری^۳: جهت ارزیابی نشخوار فکری، از پرسش نامه نشخوار فکری استفاده خواهد شد. RRS مقیاسی ۲۲ ماده‌ای است که ماده‌های آن بر روی یک مقیاس ۴ نقطه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره گذاری می‌شود. نمره کل نشخوار ذهنی نیز از طریق جمع همه ماده‌ها محاسبه خواهد شد (نولن هوکسما، ۲۰۰۳). این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ رنجی از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ دارد که نشان دهنده پایایی درونی بالای این مقیاس است. پژوهش های مختلف نشان می‌دهد همبستگی بازآزمایی برای RRS، ۰/۶۷ درصد است (لامیت ۲۰۰۴ به نقل

1. Beck Depression Inventory (BDI-II)
2. Beck Anxiety Inventory (BAI)
3. ruminative response scale (RRS)

از آقا یوسفی (۱۳۹۴). این مقیاس به زبان فارسی ترجمه و آلفای کرونباخ آن‌ها را بین ۷۷ درصد تا ۹۰ درصد را نشان داد (آقایوسفی، خاربو و حاتمی، ۱۳۹۴).

در جدول ۱. خلاصه برنامه آموزش تکنیک‌های فراشناختی ولز (۲۰۰۷) ترجمه محمد خانی (۱۳۹۰) ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه برنامه آموزش تکنیک‌های فراشناختی ولز

جلسه	محتوای جلسه
	<p>اول: تدوین فرمول‌بندی موردی، مرور ماهیت مسأله بیمار، تأکید بر نقش مشکل در کنترل پردازش خود در تداوم مسأله. اراییه‌ی منطقی تکنیک آموزش توجه، بر اساس مشکل ویژه هر فرد. آشنا کردن با تکنیک با استفاده از تصریح نقش تمرکز بر خود در شکل‌گیری نگرانی و خود‌بازنگری. در صورت امکان استفاده از یک نمونه آزمایش توجه به خود برای آشناسازی. بررسی اعتبار منطقی در صورت لزوم.</p> <p>دوم: درجه‌بندی سطح فعلی تمرکز بر خود. اجرای تکنیک آموزش توجه با کمک درمانگر. درجه‌بندی مجدد سطح تمرکز به خود و گرفتن فیدبک از بیمار. مرور برگه‌ی خلاصه‌ی تکنیک آموزش توجه با بیمار و تکمیل فهرست صداها. اراییه‌ی تکلیف منزل. گرفتن فیدبک از بیمار و درخواست از بیمار برای خلاصه کردن جلسه.</p> <p>سوم: مرور تکلیف خانگی، اجرای تکنیک آموزش توجه در جلسه. جلسات پیگیری با مرور تکالیفی که بر روی برگه‌های خلاصه تکنیک آموزش توجه ثبت می‌شود، آغاز می‌شوند. هرگونه مشکل احتمالی مورد بحث قرار گرفته و حل می‌شود. سپس جلسات با تمرین هدایت شده توسط درمانگر ادامه می‌یابد.</p> <p>چهارم: درمانگر اثرات منفی استفاده‌ی نادرست از تکنیک آموزش توجه، مثل واری خود، نگرانی، اندیشناکی و هر گونه تلاش برای بازبینی و کنترل تجربه‌های درونی را جستجو می‌کند. درمانگر ناهم‌سازی این فرآیندها را با اثرات آموزش توجه یادآور می‌شود و از بیمار می‌خواهد که آن‌ها را متوقف کند. برای مثال، درمانگر این مسأله را مطرح می‌کند که واری بدن و نگرانی به دلیل قفل کردن توجه به الگوهای پاسخ گذشته و آشنا با ایجاد کنترل ذهنی تداخل می‌کند و به جای فراهم کردن امکانی برای کنترل بر توجه، باعث برجسته شدن تهدید می‌شوند.</p> <p>پنجم: مرور تکلیف خانگی، معرفی ذهن آگاهی گسلیده، تمرین آموزش توجه. اراییه تکلیف خانه</p> <p>ششم: مرور تکلیف خانگی، تمرین آموزش توجه، تمرین ذهن آگاهی انفصالی اراییه تکلیف خانه</p> <p>هفتم و هشتم: مرور تکلیف خانگی؛ بررسی مواردی که انجام تکنیک‌ها با موفقیت انجام نشده است. تمرین ذهن آگاهی انفصالی، پیش‌گیری از عود، برنامه‌ریزی جلسات بعدی برای بهبودی بیش‌تر.</p>

تکنیک آموزش توجه از سه مؤلفه تشکیل می‌شود: (۱) توجه انتخابی، (۲) تغییر سریع توجه و (۳) توجه پراکنده. (این فرآیند تقریباً ۱۲ دقیقه به طول می‌انجامد و در سه بخش ارائه می‌شود: ۵ دقیقه برای توجه انتخابی، ۵ دقیقه برای تغییر توجه و ۲ دقیقه برای توجه پراکنده). درمان‌گر درجه بندی توجه به خود را قبل از انجام تمرین، در جلسه و بلافاصله پس از تمرین انجام می‌دهد. معمولاً، کاهش حداقل ۲ نقطه در این میزان بعد از تمرین جلسه اول دیده می‌شود (درجه بندی توجه به خود از کاملاً متمرکز بر محیط ۳- تا کاملاً متمرکز بر خود یعنی ۳+ در نظر گرفته می‌شود). در غیر این صورت، لازم است درمان‌گر دلیل احتمالی نقص این مسأله را بررسی کند نسخه‌ی گفتاری (ضبط شده) فنون آموزش توجه در سایت www.mct-institute.com قابل دسترسی است. درجه بندی توجه به خود شاخص مهمی از اثربخشی این روش در مقابله با سندرم شناختی توجهی (CAS) است.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل ارایه رضایت نامه کتبی، افسردگی بالاتر از حد متوسط تست بک و تشخیص روان‌شناس بالینی، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، سابقه بیماری از یک سال به بالا بود. ملاک‌های خروج نمونه داشتن اختلال سایکوتیک و سوء مصرف مواد؛ دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت و داشتن عقاید خودکشی. فنون آموزش توجه و ذهن آگاهی در ۸ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای به صورت انفرادی اجرا شد.

نتایج

بیمار اول خانمی ۴۲ ساله خانه دار، متأهل که از سه سال قبل مبتلا به دیابت شده است، بیمار دوم: خانمی ۲۲ ساله دانشجوی لیسانس و مجرد بود که از دو سال قبل مبتلا به دیابت شده است و بیمار سوم: خانمی ۵۰ ساله، متأهل که از ۵ سال قبل مبتلا به دیابت شده است.

جدول ۲. میانگین هر سه بیمار در مراحل قبل درمان، بعد از درمان و دوره پیگیری یک و سه ماهه

M	گروه
۲۴	BDI
۱۳	قبل درمان
۶/۱	بعد درمان
۶/۵	۱ ماه پیگیری
۱۴/۵	۳ ماه پیگیری
۱۸/۵	BAI
۱۰	قبل درمان
۷/۵	بعد درمان
۷/۳۳	۱ ماه پیگیری
۱۲/۵۸	۳ ماه پیگیری
۴۵	RRS
۱۷/۳۳	قبل درمان
۱۱	بعد درمان
۱۰/۴۰	۱ ماه پیگیری
۲۲/۵	۳ ماه پیگیری

نمرات آزمودنی‌ها در جدول ۲ آمده است که مجموع داده‌ها براساس داده‌های حاصل از این ابزار نشان می‌دهد که این شیوه درمان منجر به کاهش نمره‌های آزمودنی‌ها شده است. این اثرات در دوره پیگیری نیز باقی ماندند.

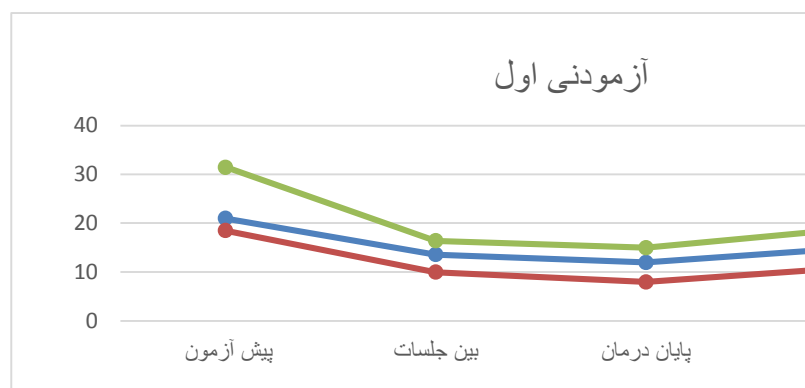
جدول ۳. درصد بهبودی و اندازه‌ی اثر سه بیمار

مراحل مداخله	افسردگی	اضطراب	نشخوارفکری
اندازه‌ی اثر	۵۰	۵۰	۷۰
درصد بهبودی	۵۵	۵۵	۶۱

بر اساس شاخص‌های درصد بهبودی و اندازه‌ی اثر که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، ۵۵ درصد بهبودی در مقیاس اضطراب و افسردگی و ۶۱ درصد بهبودی در نشخوارهای فکری مشاهده می‌شود. اندازه‌ی اثر به دست آمده در مقیاس‌های افسردگی و اضطراب بر اساس تقسیم‌بندی کوهن

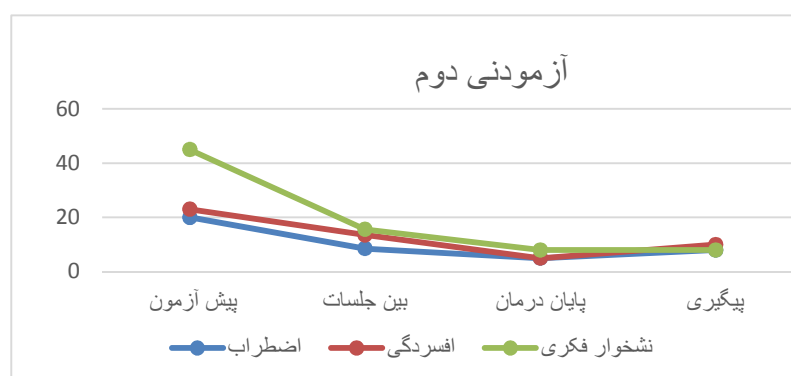
اثربخشی آموزش فنون ذهن آگاهی انفصالی و آموزش توجه بر بهبود افسردگی و نشخوار فکری ...

نشان می‌دهد که تکنیک‌های فراشناختی به تنهایی می‌توانند اندازه اثر متوسط و خوبی داشته باشند و در شاخص نشخوار فکری اندازه‌ی اثر قوی‌تری ایجاد کردند.



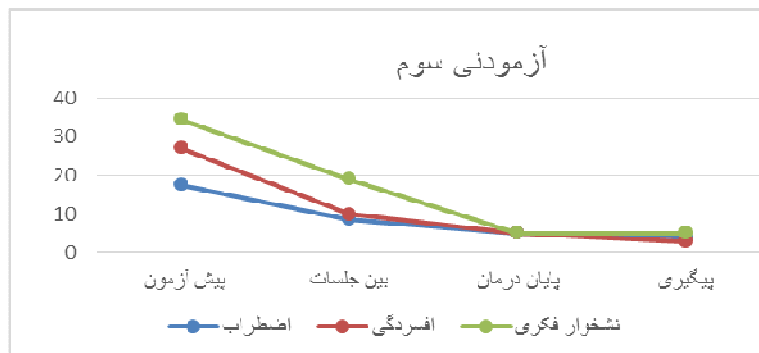
نمودار ۱. نمرات آزمودنی اول

نتایج نشان می‌دهد که کاربرد تکنیک‌های فراشناختی در کاهش نمره آزمودنی دوم، در شاخص‌های اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری مؤثرتر است. در نمودار ۲ در چهار مرحله نمرات آزمودنی به صورت شماتیک نشان داده شده است.



نمودار ۲. نمرات آزمودنی دوم

نتایج نشان می‌دهد که کاربرد تکنیک‌های فراشناختی در کاهش نمره آزمودنی دوم، در شاخص‌های اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری مؤثرتر است. در نمودار ۱ در چهار مرحله نمرات آزمودنی به صورت شماتیک نشان داده شده است.



نمودار ۳. نمرات آزمودنی سوم

نتایج نشان می‌دهد که کاربرد تکنیک‌های فراشناختی در کاهش نمره آزمودنی سوم، در شاخص‌های اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری مؤثرتر است. در نمودار ۳ در چهار مرحله نمرات آزمودنی به صورت شماتیک نشان داده شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور اثربخشی آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی انفصالی و آموزش توجه بر بهبود افسردگی و نشخوار فکری در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری انجام شد. نتایج بیانگر این بود که تکنیک‌های فراشناختی (تکنیک آموزش توجه و ذهن آگاهی انفصالی) در کاهش افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری اثربخش است.

یافته‌های این پژوهش همسو با نتایج پژوهش‌هایی است (ولز ۲۰۰۸؛ نولن هوکسما، ۲۰۱۳؛ ولز و همکاران، ۲۰۰۷؛ کوستاس و ولز، ۲۰۰۳؛ کوستاس و ولز، ۲۰۰۱) که اثربخشی درمان فراشناختی را در اختلالات نشان داده‌اند.

در چارچوب الگوی شناختی، مدل‌های نظری و به تبع آن راهکارهای مداخله‌ای متعددی جهت درمان افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال روانی، توسعه یافته است. علیرغم کارآمدی نسبی اغلب شیوه‌های شناخت درمانی در کنترل و یا حداقل کاهش افسردگی، هنوز کاستی‌هایی وجود دارد و به تبع آن مدل‌های نظری جایگزین در حال شکل‌گیری است. هدف از ایجاد تکنیک آموزش توجه فراهم کردن شیوه‌ای بود که بتواند به ابعاد مختلفی از سندرم شناختی توجهی و فراشناخت‌های زیربنایی آن‌ها تأثیر بگذارد. نخستین مطالعه‌ی منتشر شده، اثربخشی این تکنیک را در درمان یک فرد مبتلا به پنیک گزارش کرد.

در این مطالعه هدف اصلی استفاده از تکنیکی بود که بتواند در توجه افراطی و متمرکز بر خود مداخله کند. نکته مهم در ایجاد این تکنیک مربوط به جنبه‌ای از توجه می‌شد که می‌بایست به منظور مداخله در سندرم شناختی توجهی و افزایش انعطاف‌پذیری فراشناختی مورد دستکاری قرار می‌گرفت. ویژگی‌های مختلفی از تکنیک بر اساس نظریه پایه‌ریزی شده و در مرحله‌ی ساخت تکنیک، مشخص شده است. این موضوع حائز اهمیت بود که تکنیک نیاز به توجه و تمرین داشته باشد. به عبارت دیگر، فرآیند کنترل را تقویت نکند. با توجه به این که این تکنیک در درمان فراشناختی در درمان بیماران افسرده توسط پژوهشگران مورد استفاده قرار گرفته بود، برای بررسی این نکته که تکنیک آموزش توجه و تکنیک ذهن آگاهی انفصالی به تنهایی چقدر در کاهش علائم بیماری مؤثر است، در این پژوهش به طور اختصاصی از این تکنیک استفاده شد و نتایج به این صورت بود که نمرات هر سه بیمار در مقیاس اضطراب، نشخوار فکری و افسردگی بعد از ارائه‌ی درمان کاهش چشم‌گیری نسبت به خط پایه داشت و درصد بهبودی قابل قبولی در این مقیاس در هر دو بیمار ایجاد شد.

هر سه آزمودنی درصد بهبود و اندازه اثر قابل قبولی را بعد از استفاده از این تکنیک نشان دادند. همچنین بررسی معناداری بالینی نشان داد که تک تک آزمودنی‌ها بعد از درمان به سطح غیر بیماری رسیدند. در مجموع با توجه به این که ایفای نقش مادر در قبال فرزند ناتوان وظیفه‌ای سنگین است و مادران این کودکان با بار مراقبتی بیش از حد و فشارهای روانی، اقتصادی و اجتماعی بسیاری مواجهند که می‌تواند خُلق مادران را تغییر دهد، اما این مشکلات به میزان زیادی قابل جبران و کاهش است.

به عنوان نتیجه‌گیری می‌توان گفت که نتایج این پژوهش هماهنگ با یافته‌های سایر پژوهش‌ها نشان می‌دهد که با ایجاد تغییر در سندرم شناختی- توجهی می‌توان خلق افسرده را به صورت معنادار و قابل ملاحظه کاهش داد. به هر حال همان‌طوری که قبلاً نیز اشاره شد برای نتیجه‌گیری قطعی‌تر، نیاز به مطالعات بیشتر و به ویژه کارآزمایی بالینی است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش نمونه‌گیری در دسترس، خودگزارشی بودن متغیرهای مورد بررسی و زمان پی‌گیری کوتاه‌مدت را می‌توان نام برد. برای نتیجه‌گیری قطعی‌تر، نیاز به مطالعات بیشتر است. گرچه شیوه کارآزمایی بالینی تک موردی روشی خلاقانه برای بررسی اثربخشی درمان است. جهت بالا بردن اعتبار بیرونی یافته‌ها به محققان علاقمند به این حوزه پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در چارچوب طرح‌های گروهی مورد بررسی قرار دهند و مطالعات پی‌گیری را در دوره‌های طولانی‌تری (حداقل یک سال) دنبال نمایند و به منظور قابلیت تعمیم یافتن نتایج، حجم نمونه در محدوده‌های سنی مورد مطالعه افزایش یابد. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان را در مقایسه با سایر درمان‌ها از جمله دارو درمانی مورد بررسی قرار دهند.

منابع

احمدآبی، آرزو (۱۳۹۳). پرورش توانایی‌های ذهنی و رفع ناتوانی‌های یادگیری، چاپ سوم، تهران، انتشارات مینا.

افروز، غلامعلی (۱۳۹۴). ناتوانی‌های یادگیری، چاپ سیزدهم، تهران، نشر پیام نور، ۱۰-۱۱.

آقا یوسفی، علیرضا؛ خاربو، اکرم؛ حاتمی، حمیدرضا (۱۳۹۴). نقش نشخوار فکری در بهزیستی روانی و اضطراب در همسران بیماران مبتلا به سرطان در استان قم. فصل نامه‌ی روان‌شناسی سلامت، ۱۴، ۷۹-۹۷. باباپور خیرالدین، جلیل؛ پورشریفی، حمید؛ هاشمی، تورج و احمدی، عزت اله (۱۳۹۱). رابطه‌ی مؤلفه‌های فراشناخت و ذهن آگاهی با باورهای وسواسی دانش آموزان. مجله‌ی روان‌شناسی مدرسه، ۱۱(۴)، ۲۳-۳۸. سید نوری، سیده زهرا، کافی، سید موسی، حسن خانزاده عباسعلی، کریمی لیچاهی، رقیه. (۱۳۹۳). مقایسه سلامت عمومی و رضایت زناشویی در مادران کودکان با ناتوانی یادگیری و عادی. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۱(۵)، ۱۱۹-۱۲۷.

شیخ الاسلامی، علی. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش راهبردهای یادگیری شناختی و فراشناختی بر اهمال کاری تحصیلی دانش آموزان با پیشرفت تحصیلی پایین. مجله‌ی روان‌شناسی مدرسه، ۶(۳)، ۶۵-۸۴. قنبری، علی (۱۳۹۴). مقایسه‌ی منبع کنترل، خودآگاهی شناختی و ترس از شکست در دانش آموزان با و بدون ناتوانی‌های یادگیری. مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری، ۴(۱)، ۴۴-۵۹. طاهرزاده قهفرخی، سجاد؛ ابراهیمی قوام، صغری؛ درتاج، فریبرز و سعدی پور، اسماعیل. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی مداخله فراشناختی و خودآموزی کلامی مایکنبام بر اضطراب امتحان دانش آموزان دختر دبیرستانی. مجله‌ی روان‌شناسی مدرسه، ۵(۱)، ۴۸-۶۴.

- Ahmadi, W (2014). Development of mental abilities and elimination of learning disabilities, Third edition, Tehran, Mina Publication. (Persian).
- Afrouz, Gh. (2015). Learning Disabilities, Thirteenth Edition, Tehran, Payam Noor Publishing House, 10-11 (Persian).
- Agha-Yousefi, A., Kharbo, A. & Hatami, H. R. (2015). The role of intellectual rumination in psychological well-being and anxiety in spouses of patients with cancer in Qom province. Journal of Health Psychology, 14, 79-97. (Persian).
- Andrews, D. & Wan, T. (2011). The importance of mental health to the experience of job strain, Journal of Nursing Management. 17(3), 340-351.
- Babapour Kheiroddin, J., Poursharifi, H., Hashemi, T. & Ahmadi, E. (2012). The relationship of meta-cognition and mindfulness components with obsessive beliefs in students. Journal of school psychology, 1(4), 23-38. (Persian).
- Beak, A. T, Steer, R. A, Brown, G. K. (1996). Beck depression Inventory for measuring depression. Archives of General psychology; 4, 561-571.
- Beak, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A. (1998). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties, J cons clinl psychol, 56: 893-897.

- Dyson LL (2006). The experiences of families of children with learning disabilities: parental stress, family functioning, and sibling self-concept. *Journal of learning disabilities*: 29(3): 280-286.
- Dyson, L (2010). Unanticipated effects of children with learning disability on their families. *Learn Disable Q*, 33(1): 43-55.
- Ghanbari, A. (2015). Comparison of the source of control, cognitive self-awareness and fear of failure in students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 4 (1), 44-59 .(Persian).
- Heiman, T. & Berger O. (2008). Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: family environment and social support. *RES Dev Disabil*. 29(4): 289-300.
- Hogan, D. P, Shandra, C. L, Masall, M. E. (2007). Family developmental risk factors among adolescents with disabilities and children of parents with disabilities. *J Adolesc*, 30(6): 1001-19.
- Hui, W., Gui, X., Wei, S., Wan J. & Wang, L (2011) Depressive symptoms and occupational stress among Children female nurses, *Research in Nursing & Health*. 34,5, 401-407.
- Hashemi, Z., Alilu, M. & Hashemi, T (2011) effectiveness of metacognitive therapy in MDD. *Journal of medical science Tabriz University*, 6, 44-89. (Persian)
- Karande, S. (2009). Quality of life of parents of parents of children with newly diagnosed specific learning disability. *J Postgrad Med*. 55(2): 97-103.
- Lardier, L. A, Blacher, J. & Swanson, H. L.(2000). Sibling relationship and parent stress in families of children with and without learning disabilities. *Learn Disabl Q*: 23(2): 105-16.
- Little, L. (2010). Differences in stress and coping for mothers and fathers of children with Aspergers syndrome and nonverbal learning disorders. *Pediatr Nurs*. 28(6): 565-570.
- Mohamadkhani, SH (2010). Metacognitive therapy in depression and anxiety. 2st ed, varay danesh.Teh.pp: 75-80.
- Nolen- Hoeksema, S., Morrow, J., Fredrickson, B. L (2013). Response style and the duration of episodes of depressed mood, *J Abnormal Psychol*, 102: 20-25.
- Nolen-Hoeksema, S (2003). Response to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4): 569-582.
- Papageorgiou, C., Wells, A (2013). An Empirical Test of Clinical Meta cognitive Model of Rumination and depression, *Cogn Ther Res*, 27: 261-273.
- Pearson, V., Chan, T. W (1993). The relationship between parenting stress and social support in mothers of children with learning disabilities: A Chinese experience. *Soc Sci Med*, 37(3): 267-47.
- Papa Georgiou, C. & wells, A(2003). An empirical Cost of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive and Research*, 267-273.
- Salavati, M (2003). Research about attitude of patient whit OCD, *Journal of Iran medical science university*, 5, 11-18.

- Seyyed Nouri, S. Z., Kafi, S. M., Hassan Khanzadeh, A. & Karimi Lichahi, R. (2014). Comparison of general health and marital satisfaction in mothers of children with learning disabilities and normal. *Journal of Disability Studies*, 5 (11), 119-127. (Persian).
- Sheykholeslami, A. (2017). The effectiveness of cognitive and meta-cognitive learning strategy training on academic procrastination of students with low academic achievement. *Journal of School Psychology*, 6(3), 65-84. (Persian).
- Taherzadeh Ghahfarokhi, S., Ebrahimi Ghavam, S., Dortaj, F. & Saadi pour, E. (2016). The comparison of the effectiveness of meta-cognitive therapy and meichenbaum's self-instructional on test anxiety of high school girl students. *Journal of School Psychology*, 5(1), 48-64. (Persian).
- Tran G, Smith GP (2004). Behavioral assessment in the measurement of treatment outcomes. In S .N. Haynes, and E.M. Heiby (Eds). *Comprehensive Handbook of psychological Assessment*. 1 st ed. Network, Wiley pub: pp.269-290.
- Wells, A. & Matthews, G(2014). *Attention and emotion. A clinical perspective*, Hove, UK; Erlbaum.
- Wells, A. (2015) *A Practical guide*, Ch. 9: Major depressive disorder. New York: Guilford press.
- Wells A, (2000). Treatment of Recurrent Major Depression with Attention Training, *Cognitive and behavioral practice*, 7: 407-413.
- Wells Adrian & et al.(2007).Metacognitive therapy in Recurrent and persistent Depression.

The effectiveness of teaching discontinuous mind techniques and attention training techniques on improving depression, anxiety and rumination in mothers with a children with learning disorder

Z. Hashemi¹

Abstract

Different studies show that metacognitive techniques education is effective in mental health and life improvement. The present study attempts to investigate of the efficacy of teaching Discontinuous mind techniques in mothers with a child with learning disorder. Metacognitive techniques enables patients to stop rumination and to create more adaptive styles. The hypotheses of this research were investigated in the framework of a single-case experimental design. Using a multiple baseline design, 3 patients who underwent treatment in 8 sessions of 45 minutes during one and three months follow up on Helal Ahmar clinic in tabriz were evaluated. Data collection instruments used in the research included Beck Depression Inventory (Beak, Steer and Brown 1996), Beck Anxiety Inventory and Rumination Questionnaire. Data analysis was performed based on percentage improvement, effect size and graph presentations. Result showed that metacognitive techniques education cause considerable changes in scores of subjects in patints. As a conclusion, we can conclude metacognitive techniques education can help improvement of depression, anxexity and rumination in mothers with a child with a learning disorder.

Keywords: depression, rumination, metacognitive techniques, learning disability.

1. Corresponding author: Assistant Professor of Psychology, Maragheh University (zhashemi1320@gmail.com)