

Research Paper: Effect of a Behavioral Support Program on the Social Skills of Male Children With Biomotor Disabilities



*Masoume Pourmohamadreza Tajrishi¹ , Roghayeh Tarrah Hamednezam² , Guita Movallali¹ 

1. Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2. Department of Psychology and Exceptional Children Education, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



Citation Pourmohamadreza Tajrishi M, Tarrah Hamednezam R, Movallali G. [Effect of A Behavioral Support Program on the Social Skills of Male Children With Biomotor Disabilities (Persian)]. Archives of Rehabilitation. 2019; 20(2):98-113. <http://dx.doi.org/10.32598/rj.20.2.98>

 <http://dx.doi.org/10.32598/rj.20.2.98>



Received: 10 Jan 2019

Accepted: 24 May 2019

Available Online: 01 Jul 2019

ABSTRACT

Objective Children with biomotor disabilities are influenced by negative social attitudes towards themselves; this is due to their problems in independence, self-reliance, and self-help skills. The people's attitudes and children's feedback towards their disability directly influence the adaptation of children. Some support programs can help these children to cope well with different social conditions. A behavioral support program is a new approach to promoting emotional and social competence in children. The program is adjusted as a pyramidal model to support everyone. It focuses on the promotion of health and provides services for children. Moreover, the program replaces appropriate social and communication skills with challenging behaviors (e.g. aggression and rule-breaking) and may improve effective communication and positive behaviors, and reduce negative behaviors in children. The present study aimed to determine the effect of the behavioral support program on the social skills of children with biomotor disabilities in Tehran City, Iran.

Materials & Methods This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group. The study samples consisted of 28 children aged 5-7 years educating in the 2013-2014 academic year in special education centers in Tehran. The sample was purposefully selected. There are only three special centers in Tehran for children with biomotor disabilities. The sample (28 individuals) was selected according to the sample size formula, considering sample missing probability, and the inclusion and exclusion criteria. The subjects consisted of 14, 6 and 8 individuals from the 16th, 5th, and 3rd educational districts, respectively. The students from 16th educational district were allocated in the control group and those from the 5th and 3rd educational districts in the experimental groups. All students in the two experimental groups and control group were matched in terms of socioeconomic status and parent's educational level. Then, the parents and teachers of all groups completed the Social Skills Rating System (SSRS). The students of two experimental groups participated in 14 training sessions (3 days/week; each session: 40 minutes) and received the behavioral support program in addition to the conventional program of the center; the controls only received the center's routine program. Eventually, all parents and teachers of the subjects re-completed the SSRS after the last intervention sessions. The collected data were analyzed by the one-way Analysis of Covariance (ANCOVA).

Results The results of one-way ANCOVA for acquired data from SSRS (parent form) demonstrated that the behavioral support intervention significantly increased ($P < 0.001$) social skills (cooperation,

* Corresponding Author:

Masoume Pourmohamadreza Tajrishi, PhD.

Address: Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 22180042

E-Mail: mpmrtajrishi@gmail.com

assertiveness, self-control, and responsibility) in male students with biomotor disabilities. According to eta quotients obtained from the parents' evaluation, 82%, 63%, 82%, 66%, and 67% of variations in social skills (cooperation, assertiveness, self-control, and responsibility) of children with biomotor disabilities could respectively be explained by the behavioral support intervention. The results of SSRS (teacher form) revealed that the participation of male students with biomotor disabilities in the intervention has significantly increased their social skills, cooperation, assertiveness, and self-control ($P < 0.001$). Furthermore, according to eta quotients, 65%, 61%, 51%, and 70% of variations in social skills, cooperation, assertiveness, and self-control of male students with biomotor disabilities could be respectively explained by participating in the behavioral support intervention sessions.

Conclusion The behavioral support program is a practical strategy for parents and specialists to reduce the social adjustment issues of children with biomotor disabilities. Therefore, the intervention should be considered in planning and policymaking for family training programs. Furthermore, using the behavioral support program along with the conventional training methods can promote social skills, assertiveness, self-control, and responsibility in children with biomotor disabilities. Thus, such programs can prevent ongoing social communication, emotional and academic problems, unemployment, social isolation, and withdrawal, developed due to biomotor limitations in these children.

Keywords:

Biomotor disability,
Social skills, Behavioral support program

This Page Intentionally Left Blank

تأثیر برنامه حمایت رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی پسران با کم‌توانی جسمی حرکتی

* معصومه پورمحمد رضا تجربی‌شی^۱، رقیه طراح حامد نظام^۲، گیتا موللی^۱۱- مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۲- گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۰ دی ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۳۹۸

هدف: کودکان با کم‌توانی جسمی حرکتی به دلیل مشکلاتی که در دستیابی به استقلال، اتکالی به خود، و مهارت‌های خودیاری دارند، تحت تأثیر نگرش‌های اجتماعی منفی به خود قرار می‌گیرند. نگرش‌های اجتماعی و بل‌خورد کودکان نسبت به کم‌توانی، تأثیر مستقیم بر سازگاری آن‌ها دارد. برخی از برنامه‌های حمایتی می‌تواند به کودکان کمک کند تا در مواجهه با شرایط اجتماعی متفاوت، مهارت‌های مقابله‌ای را به دست آورند. برنامه حمایت رفتاری یکی از رویکردهای جدید برای ارتقای شایستگی اجتماعی و هیجانی کودکان است. این برنامه در چارچوب الگویی هرمی برای حمایت و با هدف ترویج سلامتی و ارائه خدمات به این کودکان تنظیم شده است و با جایگزین کردن مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی مناسب به جای رفتارهای چالش‌برانگیز (پرخاشگری، و رعایت‌نکردن قوانین)، موجب بهبود ارتباط و افزایش رفتارهای مثبت و کاهش رفتارهای منفی می‌شود. هدف از پژوهش حاضر تعیین تأثیر برنامه حمایت رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی کودکان با کم‌توانی جسمی حرکتی در شهر تهران بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه‌آزمایشی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. نمونه پژوهش شامل ۲۸ پسر ۵ تا ۷ ساله بود که از جامعه کودکان با کم‌توانی جسمی حرکتی شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۳ در مراکز آموزشی ویژه شهر تهران انتخاب شده است. در شهر تهران، فقط سه مرکز آموزشی ویژه کودکان با کم‌توانی جسمی حرکتی وجود دارد و نمونه مطالعه شده به شیوه هدفمند با توجه به فرمول تعیین حجم نمونه و با احتمال ریزش (۲۸ نفر) و مطابق با معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. از منطقه ۱۶ آموزشی، ۱۴ نفر، از منطقه ۵ آموزشی، ۶ نفر و از منطقه ۳ آموزشی، ۸ نفر با کم‌توانی جسمی حرکتی انتخاب شدند. دانش‌آموزان منطقه ۱۶ آموزشی در گروه کنترل (۱۴ نفر) و دانش‌آموزان مناطق ۵ و ۳ آموزشی در دو گروه آزمایشی ۶ و ۸ نفری (در مجموع ۱۴ نفر) جایگزین شدند. دانش‌آموزان دو گروه از لحاظ پایگاه اقتصادی اجتماعی (با توجه به میزان درآمد خانواده و سطح تحصیلات والدین) در سه گروه متوسط بالا، متوسط و ضعیف هم‌تا شدند. سپس والدین و معلمان دانش‌آموزان در دو گروه آزمایشی و کنترل، پرسش‌نامه درجه‌بندی مهارت اجتماعی گرشام و الیوت (۱۹۹۰) را تکمیل کردند. گروه آزمایشی افزون بر برنامه آموزش متداول در مدرسه، طی ۱۴ جلسه (هفته‌ای سه جلسه؛ هر جلسه ۴۰ دقیقه) در جلسات آموزشی برنامه حمایت رفتاری شرکت کردند. در حالی که گروه کنترل تنها آموزش‌های متداول در مرکز را دریافت کردند. در نهایت، تمامی والدین و معلمان پرسش‌نامه درجه‌بندی مهارت اجتماعی را پس از اتمام جلسات مداخله، مجدداً تکمیل کردند. داده‌های به‌دست‌آمده از موقعیت‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با استفاده از تحلیل کوواریانس یک‌راهه تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای داده‌های حاصل از پرسش‌نامه درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی (فرم والدین) نشان داد شرکت دانش‌آموزان پسر با کم‌توانی جسمی حرکتی در برنامه مداخله حمایت رفتاری موجب افزایش معنادار ($P < 0.01$) مهارت اجتماعی (همکاری، جرئت‌ورزی، خودکنترلی و مسئولیت‌پذیری) شده است. در واقع، با توجه به ضریب اتا می‌توان نتیجه گرفت بر اساس ارزیابی والدین، به ترتیب ۸۲، ۶۳، ۸۲، ۶۶، ۶۷ درصد از تغییرات مهارت اجتماعی (همکاری، جرئت‌ورزی، خودکنترلی و مسئولیت‌پذیری) در کودکان با کم‌توانی جسمی حرکتی، ناشی از شرکت در برنامه مداخله حمایت رفتاری بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای داده‌های حاصل از پرسش‌نامه درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی (فرم معلم) نشان داد از طریق شرکت دانش‌آموزان پسر با کم‌توانی جسمی حرکتی در برنامه مداخله حمایت رفتاری، مهارت‌های اجتماعی، همکاری، جرئت‌ورزی، و خودکنترلی آن‌ها، به طور معنادار ($P < 0.01$) افزایش یافته است. در واقع، با توجه به ضریب اتا می‌توان نتیجه گرفت بر اساس ارزیابی معلم از رفتار کودکان، به ترتیب ۶۵، ۶۱، ۵۱، ۷۰ درصد از تغییرات مهارت اجتماعی، همکاری، جرئت‌ورزی و خودکنترلی در کودکان با کم‌توانی جسمی حرکتی، ناشی از شرکت در برنامه مداخله حمایت رفتاری بوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت برنامه حمایت رفتاری در تنظیم و سیاست‌گذاری برنامه‌های آموزش خانواده به‌ویژه والدین و متخصصانی که با کودکان مبتلا به کم‌توانی جسمی حرکتی سروکار دارند به عنوان راهکاری عملی موجب کاهش مشکلات سازگاری اجتماعی در کودکان می‌شود. همچنین، گنجاندن این برنامه در کنار آموزش متداول، می‌تواند به ارتقای مهارت‌های اجتماعی، جرئت‌ورزی، خویشتن‌داری و مسئولیت‌پذیری کودکان منجر شود و از تداوم مشکلات آن‌ها در زمینه ارتباط اجتماعی، مشکلات تحصیلی و هیجانی، نبود اشتغال، گوشه‌گیری و انزوای اجتماعی، پیشگیری کند.

کلیدواژه‌ها:

کم‌توانی جسمی حرکتی،
مهارت‌های اجتماعی،
برنامه حمایت رفتاری

* نویسنده مسئول:

دکتر معصومه پورمحمد رضا تجربی‌شی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال.

تلفن: ۰۴۲ ۲۲۱۸۰۰۴۲ (۲۱) ۹۸+

رایانامه: mpmrtairishi@gmail.com

مقدمه

مشکلات بین فردی، ارتباط اجتماعی ضعیف، مشکل در اکتساب مهارت‌های اجتماعی، احساس غمگینی و انزوا، همبستگی دارد [۱۷-۲۴]. مرکز ملی ارائه‌دهنده مداخله حمایت رفتاری^۴ در دهه ۱۹۹۰ با هدف حمایت از افراد مبتلا به کم‌توانی‌های جسمی حرکتی، مرکز حمایت رفتاری را تأسیس کرد [۲۵]. این برنامه در پژوهشکده علوم شناختی به فارسی برگردانده شد و در بسیاری از آموزش‌های والدین و کودکان مدارس استثنایی به کار رفته است.

به طور خلاصه می‌توان گفت که الگوی هر می به عنوان یک رویکرد بهداشت عمومی برای حمایت جهانی از همه کودکان با هدف ترویج سلامتی و ارائه خدمات به افرادی تنظیم شده است [۲۶] که نیاز به حمایت بیشتری دارند و دربرگیرنده چهار سطح است: برقراری ارتباط مثبت، طراحی محیط‌های حمایت‌کننده، آموزش راهبردهای اجتماعی هیجانی و مداخلات فشرده انفرادی [۲۷].

در این برنامه، یک الگوی هر می از حمایت رفتاری برای شایستگی‌های اجتماعی و عاطفی کودکان ارائه می‌شود که مؤسسه یادگیری اجتماعی و هیجانی بهنگام^۵، تدوینش کرده است. این برنامه از پایین‌ترین سطح آموزش یعنی روابط بین مسئولین مدرسه، خانواده‌ها و دانش‌آموز به آموزش می‌پردازد و سپس در سطح دوم هرم، طراحی محیط‌های حمایتی، اصلاح محیط کاری برای حمایت از کاربرد مهارت‌ها، ایجاد منابع آموزشی و نظارت موردنیاز مدنظر قرار می‌گیرد. خدمات این دو سطح، تمامی کودکان را دربر می‌گیرد. در سطح سوم کودکان در معرض خطر، برنامه مهارت اجتماعی را دریافت می‌کنند.

در الگوی هر می مهارت‌های اجتماعی هیجانی اصلی موردنیاز کودکان هنگام ورود به مدرسه، داشتن اعتماد، توانایی برقراری روابط خوب با همسالان، تمرکز و پشتکار در انجام تکالیف چالش‌برانگیز، توانایی انتقال مؤثر هیجان‌های خود به دیگران و توانایی گوش‌دادن است. در فرایند آموزش، مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌هایی که باید آموخته شود به طور خاص تعیین می‌شود؛ به استفاده از روش‌های آموزشی مختلف مانند بازی، تشویق رفتارهای مثبت، توجه انفرادی به هر کودک، آگاهی از علاقه‌مندی او، فرصت‌هایی برای تمرین مهارت و در آخر استفاده در موقعیت‌های طبیعی توجه می‌شود و در سطح چهارم، برنامه اصلاح رفتار برای کودکانی که با چالش‌های مداوم روبه‌رو هستند اجرا می‌شود.

در الگوی هر می، مهارت‌های اجتماعی هیجانی اصلی موردنیاز کودکان، هنگام ورود به مدرسه همچون اعتمادکردن، توانایی برقراری روابط مناسب با همسالان، تمرکز و پشتکار در انجام

کودکان با کم‌توانی جسمی حرکتی به دلیل محدودیت‌هایی که با آن مواجه هستند برای حضور در مدرسه یا یادگیری مطالب درسی، با مشکل مواجه می‌شوند و این امر، ضرورت دریافت خدمات ویژه‌ای را در حیطه آموزش، تجهیزات یا تسهیلات ایجاب می‌کند [۱]. چنین کودکانی به هر دلیل ضعف، اختلال یا ناتوانی در سیستم حرکتی دارند یا برای تحرک به برخی وسایل کمکی همچون عصای زیربغل^۱، واکر^۲ و صندلی چرخ‌دار^۳، نیاز دارند. کم‌توانی جسمی حرکتی به معنای ازدست‌دادن عملکرد حرکتی به درجات مختلف، محدودیت در حرکت و فعالیت‌های ناشی از اندام یا تغییر شکل بدن است که ناشی از آسیب‌دیدن ساختار یا اختلال عملکرد قسمتی از بدن است که حرکت می‌کند [۲].

طبق گزارش سازمان ملل متحد [۳]، ۱۰ درصد از جمعیت جهان (بیش از ۶۰۰ میلیون نفر) به علل مختلف جسمی، روانی و اجتماعی دچار کم‌توانی هستند که ۲ درصد آن‌ها کم‌توانی جسمی حرکتی دارند و ۱/۳ آنان را کودکان تشکیل می‌دهند [۴]. میزان شیوع مشکلات رفتاری در کودکان با کم‌توانی جسمی حرکتی، ۴۳/۳ درصد گزارش شده است [۵]. این افراد بیشترین مشکل را در ارتباط با همسالان دارند [۶].

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد کودکان مبتلا به کم‌توانی جسمی حرکتی نیز در مقایسه با همسالان عادی در تمرین‌های جسمانی و فعالیت‌های اجتماعی، شایستگی کمتری نشان می‌دهند [۷]. توانایی نسبی، استقلال و اتکای به خود در آن‌ها، ضعیف است و برای انجام امور خود متکی به دیگران هستند. در نتیجه، تغییرات رفتاری و شناختی را تجربه می‌کنند [۸، ۴]. افزون بر آن، نگرش‌های منفی و موانع روانی اجتماعی، سلامت روان افراد با کم‌توانی جسمی حرکتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب می‌شود آن‌ها نسبت به دیگر افراد اعتماد به نفس کمتری داشته باشند [۹، ۱۰].

مهارت‌های اجتماعی از جمله برقراری ارتباط، حل مسئله، تصمیم‌گیری، مدیریت خود و روابط با همسالان، مهارت‌هایی هستند که به افراد اجازه می‌دهد با دیگران تعامل مثبت برقرار کنند [۱۱] و از واکنش‌های نامعقول اجتماعی اجتناب کنند [۱۲]. کودکانی که به اندازه کافی مهارت اجتماعی کسب کرده‌اند در برقراری رابطه با همسالان [۱۳، ۱۴] و یادگیری در محیط آموزشی [۱۵]، موفق‌تر از کودکانی هستند که این مهارت‌ها را ندارند. افراد با کم‌توانی جسمی حرکتی، ارتباط‌های صمیمی کمتر و احساس تنهایی بیشتر را تجربه می‌کنند [۱۶].

به طور کلی، کم‌توانی جسمی حرکتی با علائم افسردگی،

4. The National Center for Effective Mental Health Consultation
5. Center on the Social and Emotional Foundation for Early Learning (CSEFEL)

1. Stilt
2. Walker
3. Wheelchair

در تعامل‌های اجتماعی کودکان شود و احتمالاً از تداوم آن‌ها در بزرگسالی پیشگیری کند [۲۴-۲۸، ۲۴-۲۱].

همچنین، می‌توان در صورت مؤثر بودن برنامه حمایت رفتاری در سال‌های ابتدایی آموزش رسمی، یافته‌های مفید در اختیار متخصصان برنامه‌ریزی آموزشی برای بهبود عملکرد آموزشی و اجتماعی کودکان با کم‌توانی جسمی حرکتی قرار داد. انتخاب سنین ۵ تا ۷ سال در پژوهش حاضر به دلیل بحرانی بودن این دوره در اکتساب مهارت‌های اجتماعی است و وجه تمایز این مطالعه را نسبت به پژوهش‌های مشابه پیشین، توجیه می‌کند. بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی برنامه حمایت رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به کم‌توانی جسمی حرکتی در سنین ۵ تا ۷ سال است [۲۴].

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی پسران ۵ تا ۷ ساله مبتلا به کم‌توانی جسمی حرکتی در شهر تهران بود که در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۲ در یکی از سه مدرسه (مرکز حاجی‌بابایی، مجتمع آموزشی سروش و دبستان پسرانه استثنایی امام علی) ویژه دانش‌آموزان جسمی حرکتی در شهر تهران، مشغول تحصیل بودند.

با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، از سه مدرسه ویژه دانش‌آموزان با کم‌توانی جسمی حرکتی پسرانه در شهر تهران یک مدرسه (مرکز توان‌خواهان حاجی‌بابایی) از منطقه ۱۶ به عنوان گروه کنترل و دو مدرسه از مناطق آموزشی ۳ (مجتمع آموزشی سروش) و ۵ (دبستان پسرانه استثنایی امام علی) به عنوان گروه آزمایش در نظر گرفته شدند با توجه به اینکه دانش‌آموزان از نقاط مختلف تهران بر اساس نزدیکی به محل زندگی خودشان، به این سه مدرسه مراجعه می‌کنند سعی شد تمامی دانش‌آموزان از لحاظ سطح تحصیلات والدین و میزان درآمد خانواده با یکدیگر هم‌تا شوند (دانش‌آموزان بر اساس تعلق به یکی از سه پایگاه اقتصادی اجتماعی متوسط بالا، متوسط و ضعیف به تعداد مساوی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند). حجم نمونه با استفاده از پژوهش‌های مشابه [۳۵] با احتمال خطای نوع اول ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۸۰ و احتمال ریزش، حداقل ۱۴ نفر در هر گروه تعیین شد. در مجموع، تعداد ۲۸ نفر از دانش‌آموزان برای مطالعه انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسش‌نامه درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی^۷

در پژوهش حاضر از پرسش‌نامه درجه‌بندی مهارت‌های

تکالیف چالش‌برانگیز، توانایی انتقال مؤثر هیجان‌های خود به دیگران و توانایی گوش‌دادن، آموزش داده می‌شود [۲۶].

مروری بر یافته‌های پژوهش‌ها در زمینه اثربخشی برنامه حمایت رفتاری در کودکان نشان می‌دهد استفاده از این برنامه در برقراری ارتباط مؤثر، تعامل اجتماعی، افزایش رفتارهای مثبت، مدیریت خود، مهارت‌های ارتباطی، ارتقای شایستگی در کلاس درس، ایجاد محیط حمایت‌کننده، آموزش راهبردهای اجتماعی‌هیجانی، تمرکز و پشتکار در انجام تکالیف، شرکت در فعالیت‌های گروهی، توانایی رهبری، جرئت‌ورزی، رعایت نوبت و کاهش رفتارهای منفی، پرخاشگری و رفتارهای چالش‌برانگیز، مؤثر بوده است [۲۳-۲۱].

همچنین برنامه حمایت رفتاری با جایگزین کردن مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی مناسب به جای رفتارهای چالش‌برانگیز مانند پرخاشگری، رعایت‌نکردن قوانین و زورگویی، موجب ارتقای عملکرد رفتاری و اجتماعی کودکان می‌شود و شایستگی در کلاس درس، مدیریت خویشتن و مهارت‌های ارتباطی را افزایش می‌دهد. با توجه به مشکلات کودکان مبتلا به کم‌توانی جسمی حرکتی از جمله پیشرفت تحصیلی کمتر و مشکلات رفتاری بیشتر و متعاقب آن، مشکلات بین‌فردی، ضعف در تعامل اجتماعی و نشانه‌های افسردگی، این گروه از کودکان نیازمند برنامه‌های حمایتی گسترده‌تر هستند [۲۱، ۱۹-۱۸].

با توجه به فقدان پژوهش‌های داخلی که اثربخشی برنامه حمایت رفتاری را در کاهش مشکلات ارتباطی کودکان با کم‌توانی جسمی حرکتی بررسی می‌کنند، بی‌تردید، اهمیت شایستگی اجتماعی در تحول کلی و سازش‌یافتگی کودکان با نیازهای ویژه می‌تواند از بروز مشکلات بعدی در زندگی (مانند شکست در مدرسه، نبود اشتغال یا از دست‌دادن شغل، گوشه‌گیری و انزوای اجتماعی) جلوگیری کند.

از آنجایی که آموزش مهارت‌های اجتماعی موجب کاهش فراوانی رفتارهای نامناسب در کلاس درس و بهبود روابط شخصی با همسالان و بزرگسالان و بهبود سلامت روان‌شناختی عمومی می‌شود. با توجه به نتایج پژوهش‌های پیشین مبنی بر تأثیر مثبت و معنی‌دار حمایت رفتاری بر افزایش و بهبود مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان با کم‌توانی جسمی حرکتی و نیز تأیید اثربخشی برنامه حمایت رفتاری بر توانایی برقراری روابط مناسب با همسال و نیز مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی دانش‌آموزان در محیط‌های طبیعی و همچنین تأکید برنامه بر مذاکره، ایفای نقش، خودکنترلی، مهارت‌های بین‌فردی، مسئولیت‌پذیری، حل مسئله و مدیریت هیجان به نظر می‌رسد برنامه حمایت رفتاری بتواند از طریق ارائه راهبردهایی برای افزایش مهارت اجتماعی، موجب شناسایی زودرس بسیاری از مشکلات موجود

7. Social Skills Rating System (SSRS)

6. Assertiveness

(۱۰) سؤال برای هر کدام از سه مؤلفه همکاری، جرئت‌ورزی، خودکنترلی) و فاقد مؤلفه مسئولیت‌پذیری است.

فرم دانش آموز مقیاسی خودگزارشی است که برای سنین پیش‌دبستانی اجراشدنی نیست. نمره‌گذاری هر سه فرم (والد، معلم و دانش‌آموز) پرسش‌نامه درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی به شکل لیکرت است و به هریک از گزینه‌های هرگز، گاهی اوقات و همیشه، به ترتیب، نمره ۰، ۱، ۲ تعلق می‌گیرد. در پژوهش حاضر، از فرم والد و معلم استفاده شد. همسانی درونی پرسش‌نامه درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی با استفاده از آلفای کرونباخ از ۰/۵۱ تا ۰/۹۱ و با میانگین ۰/۷۵ گزارش شده است [۳۶].

فلانگان^{۱۴} و همکاران در بررسی روایی همگرایی این مقیاس و سیستم ارزیابی برای کودکان (فرم والد)، همبستگی ۰/۸۵ را گزارش کردند. این مقیاس را در ایران شهیم روی ۳۰۴ دختر و پسر ۶ تا ۱۲ ساله در شهر شیراز هنجاریابی کرده است [۳۷]. پایایی آن در چند بررسی روی یک گروه از افراد کم‌توان هوشی ۰/۷۷ و ۰/۹۹ گزارش شده است و در یک گروه از کودکان عادی ضرایب ۰/۴۹ تا ۰/۹۶ برای فرم معلم و والد، متغیر بوده است [۳۸]. همچنین روایی پرسش‌نامه در ایران را خانزاده از طریق

14. Flanagan

اجتماعی برای اندازه‌گیری مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان استفاده شد. این مقیاس را گرشام^۸ و الیوت^۹ در سه فرم ارزیابی والدین، معلم، و دانش‌آموز ساخته‌اند. هریک از فرم‌ها را می‌توان به‌تنهایی، یا همزمان باهم استفاده کرد [۳۵]. کسب نمره‌های زیاد و کم در مهارت‌های اجتماعی به ترتیب بیانگر مهارت‌های اجتماعی قوی و ضعیف است.

در فرم والدین، حداقل نمره صفر و حداکثر نمره، ۷۸ است و در فرم معلم، دامنه نمرات بین صفر و ۶۰، تغییر می‌کند. محتوای این مقیاس دربرگیرنده دو بخش اصلی مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری است. در این پژوهش فقط، نمره بخش مهارت‌های اجتماعی (شامل خرده‌مقیاس‌های همکاری^{۱۰}، جرئت‌ورزی^{۱۱}، خودکنترلی^{۱۲} و مسئولیت‌پذیری^{۱۳}) در نظر گرفته شد. فرم والدین به طور کلی شامل ۳۹ سؤال (۱۰ سؤال برای هریک از مؤلفه‌های همکاری، جرئت‌ورزی، خودکنترلی و ۹ سؤال برای مؤلفه مسئولیت‌پذیری) و فرم معلم شامل ۳۰ سؤال

8. Gresham
9. Elliot
10. Cooperation
11. Assertion
12. Self-control
13. Responsibility

جدول ۱. محتوای برنامه حمایت رفتاری به تفکیک جلسات آموزشی

جلسه	محتوا
۱	معارف، بیان اهداف آموزش مهارت اجتماعی، گسترش روابط مناسب با همتایان، دوستیابی، توافق با دیگران، پشتکار در انجام تکالیف، پیروی از دستورات، توانایی شناسایی، درک و انتقال احساسات و هیجان‌های خود، توانایی مدیریت سازنده هیجان‌ها و رشد همدلی با استفاده از ایفای نقش.
۲	آموزش مهارت دوستیابی، دعوت کردن افراد به بازی مشارکتی (عمو زنجیرباف)، به‌اشتراک گذاشتن اسباب‌بازی‌ها، رعایت نوبت، کمک به دیگران، تمجید از دیگران، عذرخواهی در زمان مناسب، همدلی با دیگران.
۳	آموزش مشارکت گروهی، تعریف مشارکت، ارائه پیشنهاد برای انجام بازی گروهی (ساختن پازل)، پاسخ به تقاضای دیگران.
۴	آموزش کمک‌کردن به دیگران و تقاضای کمک‌کردن، نمایش چگونگی انجام کار با بیان کردن مراحل آن فعالیت به دوست خود و عمل کردن به آن، کمک به دوست خود در مواقع پریشانی.
۵	آموزش قواعد مانند رعایت نوبت، نام‌گذاری قانون، نمایش عمل به قانون و کمک به کودک در تعمیم قانون نوبت‌گیری.
۶	آموزش مهارت‌های کلامی شامل تصدیق، تحسین و هرگونه استفاده از زبان کلامی مانند گفتن کلمه «متشکرم»، «هی‌فهمم»، «بله، درست است»، «خیلی عالی بود».
۷	آموزش مهارت غیرکلامی مانند دست‌دادن، درآغوش گرفتن، ضرب‌زدن به پشت فرد، پنجه‌به‌پنجه‌زدن.
۸	آموزش رفتار قاطعانه، کودک باید یاد بگیرد چه موقع عذرخواهی کند، چه موقع از حقوق خود دفاع کند (برای مثال، بتواند این جمله را بگوید: متأسفم که وقتی توپ مرا گرفتید به شما برخورد کردم، قصد نداشتم شما را هل بدهم).
۹	آموزش راهبردهایی برای توسعه مهارت دوستی، مانند: استفاده از واژه‌های دوستانه و سرمشق‌گیری از دیگران و فعالیت‌هایی (انتخاب کتاب، مجله، موسیقی و آهنگ) که برای ایجاد مهارت دوستی می‌توان استفاده کرد.
۱۰	آموزش کلماتی که بیانگر احساس‌ها و هیجان‌های مختلف است («عصبانی هستم»، «لان خوشحالم»، «امروز ناراحتم»).
۱۱	آموزش مهارت تشخیص احساس‌های خود و دیگران از قبیل نشانه‌های چهره، زبان بدن، تن صدا، لحن کلام و نشانه‌های وضعی بدن (پوسچر).
۱۲	آموزش مهارت کنترل خشم و تکانشی‌بودن، یادگیری چگونگی دستیابی به آرامش، توانایی تشخیص خشم خود و دیگران، درک روش‌های مناسب برای بیان خشم با استفاده از داستان و کتاب‌های مصور و رنگی.
۱۳	آموزش حل مسئله شامل مراحل حل مسئله، تفکر درباره راه‌حل‌های جایگزین، آگاهی از پیامدهای هر راه‌حل، ارزیابی راه‌حل‌ها (بی‌خطر یا عادلانه‌بودن راه‌حل، داشتن حس خوب از راه‌حل استفاده‌شده، گرفتن تصمیم در مواقعی که راه‌حل مؤثر نباشد).
۱۴	مروری بر تکالیف رفتاری انجام‌شده در جلسه‌های قبلی و پرسش و پاسخ.

توانبخشانی

کردند. به دلیل اینکه گروه آزمایش از دو مدرسه انتخاب شده بود و با توجه به اثرگذاری روش مداخله‌ای در گروه‌های کوچک، دو گروه آزمایش شکل گرفت (یک گروه ۶ نفر و گروه دیگر، ۸ نفر). هر دو گروه آزمایش (بدون ریزش نمونه) تا اتمام پژوهش، از جانب پژوهشگر و دستیار او، آموزش لازم را دریافت کردند، ولی به گروه کنترل فقط برنامه متداول مرکز ارائه شد.

برنامه حمایت رفتاری بر اساس الگوی مؤسسه یادگیری اجتماعی و هیجانی بهنگام و با کمک دانشگاه و اندرینیل برای کودکان پیش‌دبستانی طراحی شده است و از سوی خرازی و همکاران در سال ۱۳۸۸ در پژوهشکده علوم شناختی، به فارسی ترجمه و استفاده شد. در پژوهش حاضر، همان نسخه موجود در پژوهشکده علوم شناختی استفاده شد. این برنامه آموزشی به شکل ایفای نقش، استفاده از شکل‌ها و تصاویر، بازی و مشارکت فعال دانش‌آموزان ارائه شد. قبل از اجرای برنامه مداخله توجه به این نکات ضروری بود: محیط به گونه‌ای طراحی شود که مشارکت بین کودکان را افزایش دهد، به هر کودک به طور انفرادی توجه شود، نسبت به علائق کودک آگاهی حاصل شود، با کودک متناسب با سطح او، بازی شود. محتوای برنامه حمایت رفتاری در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، محتوای جلسات مداخله‌ای به مدت دو جلسه و به طور اجمالی و پس از اتمام فرایند پژوهش برای گروه کنترل نیز برگزار شد. دانش‌آموزان برای ادامه همکاری با پژوهشگر، مختار بودند. پژوهشگر به حفظ حریم خصوصی و اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان متعهد شد و شرکت در پژوهش فاقد هر گونه ضرر و زیان احتمالی بود. نتایج به‌دست‌آمده قبل

تحلیل عاملی با نمونه ۱۶۰ نفر از دانش‌آموزان انجام داد [۳۹]. تحلیل عاملی به روش تجزیه و تحلیل مؤلفه‌های اصلی و بر اساس سه عامل از طریق چرخش واریماکس انجام شد و ضریب ۰/۸۶ به دست آمد که معنادار و رضایت‌بخش بود [۴۰].

روش اجرا

پس از هماهنگی با سازمان آموزش و پرورش استثنایی شهر تهران، مدارس ویژه کودکان پسر با کم‌توانی جسمی حرکتی انتخاب و هدف پژوهش به مسئولان مدارس توضیح داده شد و سپس دانش‌آموزان مبتلا به کم‌توانی جسمی حرکتی با توجه به معیارهای ورود (استفاده از سندلی چرخ‌دار، واکر، عصا، چوب زیربغل، تحصیل در پایه پیش‌دبستانی و اول ابتدایی مدارس ویژه، برخورداری از هوشبهر بهنجار با مراجعه به پرونده تحصیلی دانش‌آموز) و معیارهای خروج (سابقه شرکت در جلسات آموزشی مشابه برنامه مداخله‌ای در پژوهش حاضر، وجود کم‌توانی چندگانه مانند کم‌توانی ذهنی، اختلالات طیف اتیسم، مشکلات رفتاری از جمله نارسایی توجه / بیش‌فعالی، مصرف داروهایی که مانع از فعالیت طبیعی کودک می‌شود و بروز تشنج) انتخاب شدند و از مادران آن‌ها دعوت شد در جلسه توجیهی شرکت کنند.

پس از تشریح اهداف پژوهش برای مادران، از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش، گرفته شد. مادران و معلمان دانش‌آموزان شرکت‌کننده در هر دو گروه آزمایش و کنترل، پرسش‌نامه درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی فرم والدین و معلمان را تکمیل کردند. گروه آزمایش طی ۱۴ جلسه (سه جلسه در هفته و هر جلسه ۴۰ دقیقه) در برنامه حمایت رفتاری شرکت

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیر مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن بر اساس فرم والدین

گروه	متغیر	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		میانگین \pm انحراف استاندارد	
آزمایش	مهارت اجتماعی	۲۶/۲۱ \pm ۸/۹۳	۶۲/۰۷ \pm ۵/۳۴
	همکاری	۷/۰۰ \pm ۳/۱۴	۱۵/۲۹ \pm ۲/۲۷
	جرتورزی	۶/۷۹ \pm ۲/۸۳	۱۶/۰۰ \pm ۱/۵۱
	خودکنترلی	۷/۴۳ \pm ۲/۶۵	۱۶/۰۰ \pm ۱/۵۱
کنترل	مسئولیت‌پذیری	۵/۷۱ \pm ۲/۸۴	۱۶/۱۴ \pm ۲/۵۴
	مهارت اجتماعی	۳۲/۸۶ \pm ۸/۵۰	۳۳/۲۹ \pm ۸/۲۸
	همکاری	۸/۵۰ \pm ۲/۹۳	۸/۵۷ \pm ۲/۹۰
	جرتورزی	۸/۸۶ \pm ۲/۰۷	۸/۹۳ \pm ۲/۱۶
	خودکنترلی	۸/۴۳ \pm ۳/۶۳	۸/۴۳ \pm ۳/۶۷
	مسئولیت‌پذیری	۷/۹۳ \pm ۲/۱۷	۱۶/۲۹ \pm ۳/۱۵

توانبخشی

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن بر اساس فرم معلم

میانگین \pm انحراف استاندارد		متغیر
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
۴۷/۵۷ \pm ۷/۰۶	۱۹/۵۰ \pm ۷/۲۵	مهارت اجتماعی
۱۶/۰۷ \pm ۲/۲۷	۷/۳۶ \pm ۲/۰۵	همکاری
۱۵/۷۵ \pm ۲/۳۷	۶/۲۹ \pm ۳/۱۹	جرئت‌ورزی
۱۶/۲۱ \pm ۲/۳۶	۵/۸۶ \pm ۲/۶۶	خودکنترلی
۲۱/۴۳ \pm ۱۲/۲۷	۲۱/۶۴ \pm ۱۲/۴۲	مهارت اجتماعی
۷/۷۱ \pm ۴/۳۸	۷/۷۹ \pm ۴/۴۲	همکاری
۷/۰۰ \pm ۵/۱۹	۷/۰۷ \pm ۵/۲۱	جرئت‌ورزی
۶/۷۱ \pm ۳/۸۷	۶/۷۹ \pm ۳/۸۹	خودکنترلی

توانبخشی

جدول ۴. بررسی عادی بودن توزیع نمره‌ها با استفاده از آزمون شاپیروویلیک

شاپیروویلیک		گروه	فرم	متغیر
سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار		
۰/۱۱	۱۴	۰/۸۹۹	آزمایش	والد
۰/۸۳	۱۴	۰/۸۹۹	کنترل	مهارت اجتماعی
۰/۷۸	۱۴	۰/۸۹۹	آزمایش	معلم
۰/۵۵	۱۴	۰/۸۹۹	کنترل	

توانبخشی

در میانگین متغیرهای مذکور در گروه کنترل (به استثنای مؤلفه مسئولیت‌پذیری)، چندان محسوس نبود. شاخص‌های توصیفی متغیر مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن بر اساس ارزیابی معلم در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

نتایج ارائه شده در جدول شماره ۳، بیانگر آن است که بر اساس ارزیابی معلم، میانگین متغیر مهارت اجتماعی و مؤلفه‌های آن، در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، از موقعیت پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش یافته است. در حالی که متغیرهای مذکور در گروه کنترل از موقعیت پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش یافت.

به منظور بررسی این فرضیه که برنامه حمایت رفتاری موجب افزایش مهارت‌های اجتماعی در دانش‌آموزان پسر با کم‌توانی

بعد از برنامه حمایت رفتاری با استفاده از شاخص‌های توصیفی و تحلیل کوواریانس یک‌راهه تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن دانش‌آموزان گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با $۶/۲۱ \pm ۰/۷۰$ و $۶/۲۱ \pm ۰/۷۰$ بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیر مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن بر اساس ارزیابی والدین در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

نتایج ارائه شده در جدول شماره ۲، بیانگر آن است که بر اساس ارزیابی والدین، میانگین متغیر مهارت اجتماعی و مؤلفه‌های آن، در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل، از موقعیت پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش یافته است. در حالی که تغییر

جدول ۵. نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس نمرات درون گروهی

سطح معناداری	df2	df1	F	متغیر مهارت اجتماعی
۰/۱۶	۲۶	۱	۲/۰۸	فرم والد
۰/۳۲	۲۶	۱	۱/۴۳	فرم معلم

توانبخشی

جدول ۶. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای مقایسه میانگین مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن در دو گروه

متغیر	فرم	منبع تغییر	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
مهارت اجتماعی	والد	پیش‌آزمون	۶۳۶۵۰/۸۹	۱۲۹۷/۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۹۸	۱
		گروه	۵۸۰۰/۳۲	۱۱۸/۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
	معلم	پیش‌آزمون	۳۳۳۲۷/۰۰	۳۳۲/۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱
		گروه	۴۷۸۴/۱۴۳	۴۷/۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
همکاری	والد	پیش‌آزمون	۳۹۸۴/۱۴	۵۶۸/۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱
		گروه	۳۱۵/۵۷	۴۵/۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱
	معلم	پیش‌آزمون	۳۹۶۰/۳۲	۳۲۶/۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱
		گروه	۴۸۸/۸۹	۴۰/۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
جرئت‌ورزی	والد	پیش‌آزمون	۴۵۲۶/۲۹	۱۳۰۱/۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۹۸	۱
		گروه	۴۰۱/۲۹	۱۱۵/۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
	معلم	پیش‌آزمون	۳۵۶۶/۲۹	۱۸۶/۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱
		گروه	۵۱۴/۲۹	۲۶/۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۹
خودکنترلی	والد	پیش‌آزمون	۴۱۷۷/۲۹	۵۱۸/۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱
		گروه	۴۰۱/۲۹	۴۹/۴۹۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱
	معلم	پیش‌آزمون	۳۶۹۰/۰۴	۳۵۸/۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱
		گروه	۶۳۱/۷۵	۶۱/۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱
مسئولیت‌پذیری	والد	پیش‌آزمون	۴۱۷۷/۲۹	۵۱۰/۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱
	گروه	۳۳۲/۱۴	۵۲/۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱	

توانبخشانی

یک‌راهه (دو تحلیل برای هر یک از دو فرم والد و معلم به تفکیک) استفاده شد (جدول شماره ۶).

بر اساس نتایج مندرج در جدول شماره ۵ می‌توان نتیجه گرفت شرکت دانش‌آموزان پسر با کم‌توانی جسمی حرکتی در برنامه حمایت رفتاری، موجب افزایش مهارت‌های اجتماعی (همکاری، جرئت‌ورزی، خودکنترلی و مسئولیت‌پذیری) آن‌ها در مقایسه با گروه کنترل، شده است و بر اساس ضرایب اتای به‌دست‌آمده از ارزیابی والدین و معلم می‌توان نتیجه گرفت به ترتیب، ۸۲ و ۶۵ درصد تغییر در مهارت‌های اجتماعی به دلیل برنامه مداخله حمایت رفتاری بوده است. به همین ترتیب، ضرایب اتا بر مبنای ارزیابی والدین و معلم برای مؤلفه‌های همکاری (۶۳ و ۶۱ درصد)، جرئت‌ورزی (۸۲ و ۵۱ درصد)، خودکنترلی (۶۶ و ۷۰ درصد)، و ارزیابی والدین از مسئولیت‌پذیری (۶۷ درصد)، مبین آن است که این مقدار از تغییرات مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی ناشی از تأثیر

جسمی حرکتی می‌شود، از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. ابتدا، به منظور بررسی عادی‌بودن توزیع نمره‌ها، از آزمون شاپیروویک استفاده شد (جدول شماره ۴). چون مقادیر به‌دست‌آمده برای این آزمون در یک گروه در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، شرط عادی‌بودن توزیع نمره‌ها برقرار است. بنابراین بین گروه‌های بررسی‌شده در متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون، تفاوت وجود ندارد و این امر به معنی همگنی دو گروه در مرحله پیش‌آزمون است.

به منظور بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد (جدول شماره ۵). با توجه به اینکه مقدار F معنادار نیست ($P > 0/05$) مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است.

به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اینکه برنامه حمایت رفتاری، مهارت اجتماعی (همکاری، جرئت‌ورزی، خودکنترلی، و مسئولیت‌پذیری) پسران با کم‌توانی جسمی حرکتی را افزایش می‌دهد، از تحلیل کوواریانس

رفتارهای کارآمدتری را نشان دهند. در نهایت، این توانایی را به دست آوردند که محدودیت‌ها و توانمندی‌های خود را مشاهده کنند و به فهم و پذیرش درست از آن‌ها نائل شوند.

بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت برنامه حمایت رفتاری با تأکید بر برقراری تماس اجتماعی، رعایت نوبت، استفاده از آداب و قواعد اجتماعی، پیوستن و مشارکت در فعالیت‌های گروهی، آموزش انواع بازی‌ها و قواعد آن، توانسته است بر فعالیت‌های عادی، انتخاب و تصمیم‌گیری دانش‌آموزان مبتلا به کم‌توانی جسمی حرکتی، تأثیر بگذارد و میزان مهارت اجتماعی آن‌ها را افزایش دهد.

یافته دیگر پژوهش، حاکی از تأثیر برنامه حمایت رفتاری بر مؤلفه همکاری پسران با کم‌توانی جسمی حرکتی بود. یافته اخیر با نتایج برخی از پژوهش‌ها، همخوانی دارد [۲۴، ۲۸-۲۳]. در تبیین این یافته، می‌توان اظهار کرد که شرکت در برنامه مداخله، احساس دانش‌آموزان را درباره خود و دیگران تحت تأثیر قرار داد و موجب رشد احساس انسان‌دوستی و همکاری در آن‌ها شد. در واقع، دانش‌آموزان یاد گرفتند برای تعامل با همسالان، مهارت‌های بین‌فردی (از جمله، همکاری) را در خود پرورش دهند [۲۸].

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش، بیانگر آن است که برنامه حمایت رفتاری، جرئت‌ورزی پسران با کم‌توانی جسمی حرکتی را افزایش داده است که با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده، همخوانی دارد. در واقع، برنامه حمایت رفتاری، با اثربخشی بر احساس یادگیرنده درباره خویشتن و دیگران، بر توانایی رهبری و مدیریت و جرئت‌ورزی کودکان، تأثیر گذاشته است [۲۹]. همچنین، به دلیل تأکید برنامه مداخله حمایت رفتاری بر مذاکره، ایفای نقش، مهارت‌های محاوره‌ای لازم برای شروع و تداوم تعامل با همسالان و رفتار مهربانی همراه با آموزش مدیریت هیجان (از جمله، برقراری روابط مثبت، ایجاد یکپارچگی با همسالان، روابط حمایتی دوجانبه و پاسخ به علائم هیجانی و مدیریت استرس)، دانش‌آموزان یاد گرفتند به مهارت حل مسئله که یکی از ویژگی‌های جرئت‌ورزی است دست یابند [۴۳، ۳۳].

در واقع، دانش‌آموزان پس از دریافت مداخله حمایت رفتاری توانسته‌اند با کسب مهارت‌هایی نظیر درنگ کردن و اندیشیدن، توجه به نظر و دیدگاه دیگران، تعیین راه‌حل‌های جایگزین، انتخاب شیوه مناسب برای حل مسائل و ارزیابی اثربخشی راه‌حل‌های انتخابی، مهارت جرئت‌ورزی را در خود افزایش دهند [۳۴]. یافته دیگر پژوهش بیانگر آن بود که شرکت در برنامه حمایت رفتاری، خودکنترلی پسران با کم‌توانی جسمی حرکتی را افزایش می‌دهد. یافته اخیر با برخی از پژوهش‌ها [۳۱-۳۰]، همخوان است. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که آموزش حمایت رفتاری بر نوع شیوه مقابله تأثیر

مداخله برنامه حمایت رفتاری بر پسران مبتلا به کم‌توانی جسمی حرکتی، بوده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر برنامه حمایت رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر با کم‌توانی جسمی حرکتی ۵ تا ۷ ساله در شهر تهران بود. یافته‌های پژوهش نشان داد برنامه حمایت رفتاری بر بهبود مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به کم‌توانی جسمی حرکتی، تأثیر مثبت و معنی‌داری دارد. برخی از پژوهش‌های انجام‌شده درباره تأثیر برنامه حمایت رفتاری بر متغیرهای مختلف در افراد با نیازهای ویژه، تأثیر مثبت آموزش برنامه حمایت رفتاری را تأیید کرده‌اند و با نتایج پژوهش اخیر، همخوان است [۲۴-۲۱].

نخستین یافته پژوهش حاضر نشان داد استفاده از برنامه حمایت رفتاری به افزایش مهارت اجتماعی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل منجر شده است و با نتایج برخی از پژوهش‌های پیشین همخوانی دارد [۲۳، ۲۱].

یافته یکی از پژوهش‌ها نشان داد با آموزش برنامه حمایت رفتاری و تأکید بر مؤلفه‌هایی از قبیل برقراری ارتباط مثبت، ایجاد محیط حمایت‌کننده و آموزش راهبردهای اجتماعی‌هیجانی در دوره کارورزی به معلمان، ایجاد منابع آموزشی و نظارت موردنیاز، همزمان با آموزش مهارت‌های اجتماعی‌هیجانی اصلی موردنیاز کودکان هنگام ورود به مدرسه، می‌توان اعتماد، توانایی برقراری روابط مناسب با همسالان، تمرکز و پشتکار در انجام تکالیف چالش‌برانگیز، مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی دانش‌آموزان را در محیط‌های طبیعی، افزایش داد [۲۸]. همچنین، می‌توان با استفاده از برنامه حمایت رفتاری، شرکت در فعالیت‌های گروهی، و رعایت نوبت را در دانش‌آموزان ترغیب کرد و موجب کاهش رفتار قلدری، پرخاشگری کلامی، شکایت و مبارزه‌طلبی جلب توجه منفی، کج‌خلقی، ترک کلاس، برخورد فیزیکی با همکلاس‌ها، رعایت نکردن موارد انضباطی، مشکلات رفتاری و پرخاشگری در دانش‌آموزان شد [۴۲، ۴۱، ۲۳، ۲۱].

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان اظهار کرد که ارتباط‌های بین‌فردی بر مبنای اکتساب و به‌کارگیری مهارت‌های اجتماعی، شکل می‌گیرد. از آنجایی که کودکان در روند مداخله حمایت رفتاری، فرصت داشتند مهارت‌های اجتماعی را به طور واقعی تمرین و به نحو شایسته از آن استفاده کنند، در ورود به گروه همسالان و دوستیابی، به موفقیت نائل شدند و توانستند در بازی با همسالان، تعامل مثبت و متقابل نشان دهند و رفتارهای اجتماع‌پسندانه آن‌ها افزایش یافت. همچنین با توجه به این نکته که دانش‌آموزان در جلسات مداخله یاد گرفتند چگونه می‌توانند هنگام پریشانی به همسالان کمک کنند، احتمالاً توانستند به مفهوم مثبت از خویشتن دست یابند و در ارتباط با اجتماع،

کم‌توانی جسمی حرکتی پیشگیری کند و نقش مؤثری در کاهش مشکلات ارتباطی و افزایش سازگاری این گروه از کودکان ایفا کند. با توجه به اثربخش بودن این برنامه بر افزایش مهارت اجتماعی پسران مبتلا به کم‌توانی جسمی حرکتی، گنجانیدن این برنامه در برنامه‌های آموزش خانواده و برنامه بازآموزی و کارآموزی معلمان و متخصصانی که با این گروه از کودکان سروکار دارند، می‌تواند به اثرات مثبت قابل ملاحظه منجر شود. همچنین، روان‌شناسانی که به ارائه خدمات تخصصی روان‌شناختی در حیطه سازگاری اجتماعی کودکان می‌پردازند می‌توانند با استفاده از این برنامه آموزشی، در کاهش مشکلات سازگاری کودکان و جلوگیری از بروز مشکلات آتی که احتمالاً روابط اجتماعی این گروه از کودکان را به مخاطره می‌اندازد، نقش مؤثر ایفا کنند.

با توجه به تعداد اندک دختران مبتلا به کم‌توانی جسمی حرکتی در مدارس ویژه و نبود امکان مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ جنسیت، نمونه پژوهش حاضر محدود به پسران با کم‌توانی جسمی حرکتی بود. تعداد محدود دانش‌آموزان پسر با کم‌توانی جسمی حرکتی شاغل به تحصیل در مراکز مرتبط با جامعه آماری پژوهش حاضر، اجرانشدن آزمون پیگیری به دلیل شروع فصل تعطیلات تابستانی مدارس، از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر به شمار می‌رود که تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند.

پیشنهاد می‌شود با افزایش حجم نمونه و انتخاب دانش‌آموزان مبتلا به کم‌توانی جسمی حرکتی از مدارس فراگیر و مقایسه دو گروه دختران و پسران، غنای یافته‌ها افزایش یابد. اجرای آزمون پیگیری نیز می‌تواند نسبت به پایداری اثربخشی برنامه حمایت رفتاری، اطمینان بیشتری ایجاد کند. با توجه به تأثیر مثبت برنامه حمایت رفتاری می‌توان انتظار داشت لحاظ کردن این برنامه در سیاست‌گذاری برنامه‌های خانواده‌محور، از تشدید مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی یا بروز مشکلات آتی دانش‌آموزان با کم‌توانی جسمی حرکتی جلوگیری می‌کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی به مسئولین مراکز مربوطه و والدین در مورد اهداف پژوهش اطلاع‌رسانی کامل انجام شد و ضمن اخذ رضایت‌نامه کتبی از والدین کودکان شرکت‌کننده در پژوهش به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد ماند. همچنین به آنها اطمینان داده شد که شرکت فرزندان در پژوهش متضمن هیچگونه ضرر و زیان نیست و افرادی که تمایل به ادامه همکاری نداشتند مختار بودند از پژوهش خارج شوند. ضمن توجه به حالات روانی و خستگی کودکان تلاش شد تا شأن و حقوق انسانی ایشان در

دارد و موجب افزایش کنترل خشم، کاهش مصرف مواد مخدر و خودکنترلی و افزایش مهارت خودشناسی، روابط بین‌فردی و مدیریت خشم در کودکان می‌شود.

آخرین یافته از اثربخشی برنامه حمایت رفتاری، بر افزایش مسئولیت‌پذیری پسران با کم‌توانی جسمی حرکتی، با نتایج برخی از پژوهش‌ها [۳۳-۳۴]، هماهنگ و همخوان است. نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های زندگی و برنامه حمایت رفتاری موجب افزایش سازگاری اجتماعی و مسئولیت‌پذیری می‌شود، زیرا فرد قادر است توانایی‌های رهبری و خودرهنمون‌سازی را در خود افزایش دهد و مسئولیت انجام بسیاری از امور روزمره خود را به عهده گیرد. نکته مهم در تغییرات فاحش در مؤلفه مسئولیت‌پذیری در گروه کنترل نیز احتمال دارد ناشی از آموزش‌های متداولی باشد که در مدارس ویژه کودکان با کم‌توانی جسمی حرکتی، ارائه می‌شود و دانش‌آموزان را به انجام امور مستقلانه در فعالیت‌های خودیاری تشویق و ترغیب می‌کند.

بررسی دقیق‌تر ارزیابی مهارت اجتماعی و مؤلفه‌های آن از سوی معلمان در گروه کنترل، نشان می‌دهد میانگین تمامی مؤلفه‌ها از سوی معلم، از موقعیت پیش‌آزمون به پس‌آزمون، اندکی افزایش داشته است؛ این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نیست، ولی می‌توان یکی از دلایل احتمالی چنین افزایشی را ناشی از این دانست که ممکن است معلمان در جریان تکمیل پرسش‌نامه درجه‌بندی مهارت اجتماعی گرشام و الیوت، نسبت به این موضوع که در حال ارزیابی وضعیت گروه کنترل هستند، آگاه بوده‌اند و به همین دلیل، پاسخ‌های آن‌ها با سوگیری همراه بوده است.

با بررسی یافته‌های پژوهش می‌توان اظهار کرد که اغلب فعالیت‌های برنامه حمایت رفتاری با تأکید بر آموزش مفاهیمی از قبیل همکاری، جرئت‌ورزی، خودکنترلی و مسئولیت‌پذیری، برقراری ارتباط مؤثر، آشنایی با شیوه‌های کلامی و غیرکلامی ارتباط و افزایش رفتار قاطعانه، به افزایش کارآمدی فرد در روابط اجتماعی منجر شده است. یکی دیگر از دلایل احتمالی اثربخشی برنامه حمایت رفتاری بر مهارت اجتماعی، این است که کودکان توانسته‌اند دامنه گسترده‌ای از رفتارهای اجتماع‌پسندانه را از خود نشان دهند؛ زیرا آن‌ها می‌توانند پس از اتمام جلسات آموزشی مداخله حمایت رفتاری، قواعد اجتماعی گروه همسالان را به‌خوبی یاد بگیرند و روابط قوی و مستحکم با اجتماع برقرار کنند و در نتیجه به سطح بالایی از مهارت‌های اجتماعی نائل شوند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر تأثیرگذاری برنامه حمایت رفتاری در افزایش مهارت اجتماعی کودکان با کم‌توانی جسمی حرکتی می‌توان به این نتیجه رسید که به‌کارگیری چنین مداخلات روان‌شناختی‌ای می‌تواند از بروز مشکلات در کودکان

خلال پژوهش رعایت شود و پس از اتمام مداخله یک جلسه توجیهی برای گروه کنترل برگزار و روش حمایت رفتاری به طور اجمالی برای ایشان توضیح داده شد.

حامی مالی

این مقاله از پایان نامه کارشناسی ارشد رقیه طراح حامدنظام در گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، اقتباس شده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، ویراستاری و نهایی‌سازی مقاله: معصومه پورمحمدرضا تجریشی؛ تحقیق و جمع‌آوری داده‌ها: رقیه طراح حامدنظام؛ گیتا موللی: مشاوره تنظیم مقاله.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، به دلیل حمایت مالی از پژوهش و تمامی افراد به‌ویژه، مسئولان آموزش و پرورش، معلمان و مشاوران آموزشگاه توان‌خواهان جسمی حرکتی حاجی‌بابایی، دبستان پسرانه استثنایی امام علی و مجتمع آموزشی سروش در شهر تهران و مادران کودکان شاغل به تحصیل در پایه‌های پیش‌دبستانی و اول و دوم ابتدایی در مراکز ویژه افراد با کم‌توانی جسمی حرکتی شهر تهران که در این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر می‌کنیم.

References

- [1] Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen PC. Exceptional learners: Introduction to special education. London: Pearson; 2014.
- [2] King G, Specht J, Shultz I, Warr-Leeper G, Redekop W, Risebrough N. Social skills training for withdrawn unpopular children with physical disabilities: A preliminary evaluation. *Rehabilitation Psychology*. 1997; 42(1):47-60. [DOI:10.1037//0090-5550.42.1.47]
- [3] Della Fina V, Cera R, Palmisano G. The United Nations convention on the rights of persons with disabilities: A commentary. New York: Springer International Publishing; 2017.
- [4] Lucas-Carrasco R, Eser E, Hao Y, McPherson KM, Green A, Kullmann L, et al. The Quality of Care and Support (QOCS) for people with disability scale: Development and psychometric properties. *Research in Developmental Disabilities*. 2011; 32(3):1212-25. [DOI:10.1016/j.ridd.2010.12.030] [PMID]
- [5] Parkes J, White-Koning M, Dickinson HO, Thyen U, Arnaud C, Beckung E, et al. Psychological problems in children with cerebral palsy: a cross-sectional European study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008; 49(4):405-13. [DOI:10.1111/j.1469-7610.2007.01845.x] [PMID]
- [6] Jalili N, Akbar Fahimi N, Hosseini SA, Farzi M, Falsafian R. [Behavioral problems in children with cerebral palsy (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2012; 12(4):30-7.
- [7] Appleton PL, Minchom PE, Ellis NC, Elliott CE, Böll V, Jones P. The self-concept of young people 'with spina bifida: A population-based study'. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 1994; 36(3):198-215. [DOI:10.1111/j.1469-8749.1994.tb11833.x] [PMID]
- [8] Mirkhani S, Hemmati F. [The principles of rehabilitation (Persian)]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Publication; 2006.
- [9] Moradi A, Kalantari M, Moatamedi MS. [The role of demographic variables in predicting mental health among the physically disabled in Isfahan City (Persian)]. *Quarterly of Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2006; 9(31):83-100.
- [10] Cottrell RP. COTA to OTR: Factors influencing professional development. *American Journal of Occupational Therapy*. 2000; 54(4):413-20. [DOI:10.5014/ajot.54.4.413] [PMID]
- [11] Christophersen ER, Van Scoyoc SM. Treatment that work with children: Empirically supported strategies for managing childhood problems. Washington: American Psychological Association; 2013. [DOI:10.1037/14137-000]
- [12] Gresham FM, Watson TS, Skinner CH. Functional behavior assessment: Principles, procedures and future directions. *School Psychology Review*. 2001; 30(2):156-72.
- [13] Asher SR, Taylor AR. Social outcomes of mainstreaming: Sociometric assessment and beyond. *Exceptional Education Quarterly*. 1981; 1(4):13-30. [DOI:10.1177/074193258100100407]
- [14] Shalchi B, Vahidnia B, Dadkhah M, Alipour Niaz M, Moghimi-fam P. [Comparison of affective-behavioral disorders and social skills among normal adolescents and institutional children of Social Welfare Bureau (Persian)]. *Social Welfare*. 2017; 17(67):173-201.
- [15] Karami B, Gashool M, Tayarani Rad A, Qasemi S. The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters-III (MESSY-III) and its adaptation for Iranian children and adolescents with intellectual disability. *Practice in Clinical Psychology*. 2013; 1(4):239-45.
- [16] Maziak W, Asfar T, Mzayek F, Fouad FM, Kizieh N. Socio-demographic correlates of psychiatric morbidity among low-income women in Aleppo, Syria. *Social Science & Medicine*. 2002; 54(9):1419-27. [DOI:10.1016/S0277-9536(01)00123-X]
- [17] MacInnes DL. Self-esteem and self-acceptance: An examination into their relationship and their effect on psychological health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2006; 13(5):483-9. [DOI:10.1111/j.1365-2850.2006.00959.x] [PMID]
- [18] Spencer T. The role of research in the lives of people with disabilities: Too little too late? *American Academy of Developmental Medicine and Dentistry*. Boston: Exceptional Parent Magazine; 2007.
- [19] Maltby J, Day L, McCutcheon LE, Gillett R, Houran J, Ashe DD. Personality and coping: A context for examining celebrity worship and mental health. *British Journal of Psychology*. 2004; 95(4):411-28. [DOI:10.1348/0007126042369794] [PMID]
- [20] Akhavan Tafti M, Mofradnezhad N. [The relationship of emotional intelligence and social skills with psychological well-being in the elderly (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2018; 13(3):334-45. [DOI:10.32598/sija.13.3.334]
- [21] Gardner RM, Bird FL, Maquir H, Carreiro R, Abenaim N. Intensive positive behavior supports for adolescents with acquired brain injury: Long-term outcomes in community settings. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2003; 18(1):52-74. [DOI:10.1097/00001199-200301000-00007]
- [22] McGee GG, Morrier MJ, Daly T. An incidental teaching approach to early intervention for toddlers with autism. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*. 1999; 24(3):133-46. [DOI:10.2511/rpsd.24.3.133]
- [23] Gettinger M, Stoiber KC. Functional assessment, collaboration, and evidence-based treatment: Analysis of a team approach for addressing challenging behaviors in young children. *Journal of School Psychology*. 2006; 44(3):231-52. [DOI:10.1016/j.jsp.2006.03.001]
- [24] Campbell SB. Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1995; 36(1):113-49. [DOI:10.1111/j.1469-7610.1995.tb01657.x] [PMID]
- [25] Sugai G, Horner RH. Responsiveness-to-intervention and school-wide positive behavior supports: Integration of multi-tiered system approaches. *Exceptionality*. 2009; 17(4):223-37. [DOI:10.1080/09362830903235375]
- [26] Sadri Damirchi E, Esmaelie Ghazi Velouee F. [Effectiveness of social-emotional skills training on cognitive emotion regulation and social skills in children with learning disabilities (Persian)]. *Journal of Learning Disabilities*. 2016; 5(4):59-86.

- [27] Fox L. Technical Assistance Center on Social-Emotional Interventions for young children (TACSEI). California: California MAP to Inclusion & Belonging; 2016.
- [28] McIntosh K, Ty SV, Miller LD. Effects of school-wide positive behavioral interventions and supports on internalizing problems. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 2014; 16(4):209-18. [DOI:10.1177/1098300715599737]
- [29] Jalil-Abkenar SS, Ashouri M, Pourmohammadreza-Tajrishi M. [Investigation of the effectiveness of social competence instruction on the adaptation behavior in boy students with intellectual disability (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2013; 13(Special Issue):104-13.
- [30] Botvin GJ, Griffin KW, Diaz T, Miller N, Ifill-Williams M. Smoking imitation and escalation in early adolescent girls: one-year follow-up of a school-based prevention intervention for minority youth. *Journal of American Medical Women's Association*. 1999; 54:139-43.
- [31] Hajizadehanari K, Haji Seyed Hossini Fard SM, Hajizadehanari H, Yaghoobzadeh A, Farhadian A, Askari M. The effectiveness of life skills education with religious approach to safety, mental health and self-esteem in elementary school students. *The European Journal of Social and Behavioral Sciences*. 2013; e-ISSN(2301-2218):928-37. [DOI:10.15405/ejbs.67]
- [32] Sheikhmohammadi A, Arjmandnia AA, Hasanzadeh S, Mirhesari AR. [The effectiveness of social competence-based program in enhancement social skills of student with learning disabilities (Persian)]. *Journal of Exceptional Children*. 2014; 14(3):19-30.
- [33] Mahvashe Wernofaderani A, Adibsereshki N, Movallali G. [The effectiveness of life skills training on the social skills of hearing impaired secondary school students in inclusive schools (Persian)]. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*. 2012; 8(3):477-88.
- [34] Hyatt KH, Filler YW. A comparison of the effects of two social skill training approaches on teacher and child behavior. *Journal of Research in Childhood Education*. 2007; 22(1):85-96. [DOI:10.1080/02568540709594614]
- [35] Bakhshi-Barzili M, Pourmohammadreza-Tajrishi M, Adib-Sereshki N, Mikaeili E. [The effect of theory of mind training on social skills improvement in intellectually disabled students (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2013; 14(2):61-9.
- [36] Eslami AA, Amidi Mazaheri M, Mostafavi F, Abbasi MH, Moroozi E. Farsi version of social skills rating system-secondary student form: Cultural adaptation, reliability and construct validity. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2014; 8(2):97-104. [PMID] [PMCID]
- [37] Flanagan DP, Alfonso VC, Primavera LH, Povall L, Higgins D. Convergent validity of the BASC and SSRS: Implications for social skills assessment. *Psychology in the Schools*. 1996; 33(1):13-23. [DOI:10.1002/(SICI)1520-6807(199601)33:1.0.CO;2-X]
- [38] Shahim S. [Standardization of social skills rating system for preschool children (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2005; 11(2):176-86.
- [39] Behpazhouh A, Hejazi E, Hossein Khanzadeh AA, Ghobari Bonab B. [A comparison of social skills of partially hearing impaired students in integrated versus nonintegrated schools (Persian)]. *Quarterly Journal of Psychology and Education*. 2006; 35(2):63-83.
- [40] Jafarinejad Fard Kohan M, Ghobary Bonab B. [Social skills and academic achievement in exceptional students in integrated and regular schools (Persian)]. *Journal of Exceptional Children*. 2009; 9(1):63-73.
- [41] Gage NA, Sugai G, Lewis TJ, Brzozowy S. Academic achievement and school-wide positive behavior supports. *Journal of Disability Policy Studies*. 2015; 25(4):199-209. [DOI:10.1177/1044207313505647]
- [42] Aazami Y, Sohrabi F, Borjali A, Farrokhi N, Farokh Forghani S. [The effectiveness of psychosocial model-based therapy on social skills in people with PTSD after burn (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2018; 19(3):206-19. [DOI:10.32598/rj.19.3.206]
- [43] Roshan Chesli R. [Effect of social competence training-based storytelling on social skills and behavioral problems of 8-10 year-old children with Oppositional Defiant Disorder (ODD) (Persian)]. *Quarterly of Clinical Psychology Studies*. 2013; 3(10):73-94.

This Page Intentionally Left Blank