

## اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش / تعهد بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۹/۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۲/۲۲

محمد نریمانی<sup>۲</sup>

سعید پورعبدل<sup>۳</sup>

سجاد بشرپور<sup>۴</sup>

### چکیده

مقدمه: هدف این مطالعه بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش / تعهد بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص بود.

روش: این پژوهش به شیوه‌ی آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان پسر دارای اختلال یادگیری خاص کلاس پنجم ابتدایی تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ در شهر اردبیل مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش شامل ۴۰ دانش‌آموز پسر دارای اختلال یادگیری خاص بود که به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ نفر برای هر گروه). برای جمع‌آوری داده‌ها از آزمون ریاضی کی‌مت، آزمون هوشی ریون، آزمون خواندن شفاهی و همکاران، آزمون بیان نوشتاری فلاح چای، پرسشنامه بهزیستی اجتماعی و مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM-5 استفاده شد. یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش / تعهد بر بهبود بهزیستی اجتماعی در تمامی مؤلفه‌ها (همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی) در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان گفت از آنجاکه آموزش مبتنی بر پذیرش / تعهد می‌تواند بر ایجاد اعمال و پذیرش هیجانات تأثیر مهمی داشته باشد. این درمان می‌تواند منجر به بهبود بهزیستی اجتماعی در این دانش‌آموزان شود.

کلید واژگان: اختلال یادگیری خاص، بهزیستی اجتماعی، پذیرش و تعهد

۱. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی است.

narimani@uma.ac.ir

۲. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسئول) saeed.pourabdol@yahoo.com

Basharpoor\_Sajjad@uma.ac.ir

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

## **Effectiveness of Acceptance/Commitment Training on improving social well-being in students with Specific Learning Disorder (SLD)**

**Narimani, M.**

**Pourabdol, S.**

**Basharpoor, S.**

### **Abstract**

**Introduction:** The purpose of this study was to investigate the Effectiveness of Acceptance/Commitment Training on improving social well-being in students with Specific Learning Disorder.

**Method:** The type of this research is was an experimental study with the pre- and post-test one with control group design. Statistical population of the study included all boys' students who were in Fifth grade with specific learning disorder (SLD) in Ardabil city in school year of 2014-2015. 40 male students with specific learning disorder (SLD) were selected through multi-stage cluster sampling and were randomly assigned into control and experimental groups (n = 20 for each group). The data were collected using Structured Clinical Interview based on DSM-V, Kay-Math Mathematic Test, Revan IQ test, The Diagnostic Test of Reading Disorders of Shafei et al, Fallah Chaei express written test and Social well-being scale.

**Results:** Results of multivariate of covariance (MANCOVA) showed that Acceptance/Commitment Training has positive effect on improving all components of social well-being such as Social integration, Social acceptance, Social contribution, Social Coherence, Social actualization, in students with specific learning disorder (SLD).

**Conclusion:** It can be concluded that Acceptance/Commitment Training is useful in improving social well-being of these students.

**Keywords:** Specific Learning Disorder, social well-being, Acceptance/Commitment

## مقدمه

اختلال یادگیری خاص<sup>۱</sup>، بر مبنای DSM-5<sup>۲</sup> اختلالی عصبی-رشدی با منشأ زیستی است که مبنایی برای نابهنجاری‌هایی در یک سطح شناختی است که با نشانه‌های رفتاری اختلال مرتبط است. منشأ زیستی شامل تعاملی از عوامل ژنتیکی، اپی‌ژنتیکی و محیطی است که توانایی‌های مغز را برای دریافت اطلاعات کلامی مؤثر و صحیح تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از ویژگی‌های اصلی اختلال یادگیری خاص، مشکلات مستمر در مهارت‌های تحصیلی در مفاهیم اصلی طی سال‌های تحصیلی رسمی است که این مهارت‌های اصلی تحصیلی شامل سیالی خواندن کلمات منفرد، درک خواندن، بیان نوشتاری و استدلال ریاضی است. میزان شیوع در کودکان مدرسه‌ای ۳ تا ۱۷/۵ درصد است (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). امروزه، بزرگترین گروه کودکان استثنایی را که در تمام مدارس استثنایی ثبت نام می‌شوند (حدود ۴۰ درصد از کل) کودکان دچار اختلال یادگیری خاص تشکیل می‌دهند (کرک و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از نریمانی، بگیان کوله مرز و عباسی، ۱۳۹۳). دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات یادگیری، در کلاس، پرخاشگری و بدرفتاری بیشتری نمایش می‌دهند که به طرد آنها منجر می‌شود (کرامول و بوئن، ۱۹۹۲؛ به نقل از نریمانی و رجبی، ۱۳۸۴)؛ و این عزت‌نفس و خودپنداره ضعیف بر پیشرفت تحصیلی و عملکرد آنها تأثیر منفی می‌گذارد (کلومک و کسدن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴). دانش‌آموزان مبتلا به این ناتوانی‌ها بسیار کمتر از آنچه از سن و سطح هوشی آنها انتظار می‌رود موفق می‌شوند. همچنین اختلالات یادگیری بر جنبه‌های هیجانی فرد نیز تأثیرات بسیاری می‌گذارد و منجر به روابط اجتماعی ضعیف و یا عملکرد هیجانی نامناسب می‌شود که در نهایت منجر به اشکال در تفکر، اختلالات رفتاری و درک نادرست از رفتار دیگران می‌گردد (رورک<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵؛ تاتسانیس، فرست و رورک<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷). در سبب‌شناسی اختلالات یادگیری عوامل متعددی ذکر شده‌اند. البته علل دقیق این اختلال به طور خاص مطرح نشده است. برخی آن را در نتیجه مشکلات سازگاری در محیط و عواقب هیجانات ناشی از این مشکلات و برخی نقص در قسمتی از نواحی درگیر مغز مرتبط با آن را مطرح کرده‌اند. همچنین، برخی از عوارض جانبی اختلالات، از جمله مشکلات هیجانی مربوط به اختلال یادگیری را می‌توان هم به صورت مستقل و هم از طریق درمان اختلال اصلی یعنی اختلال یادگیری کاهش داد و یا درمان کرد (صبحی قراملکی و باباپور خیرالدین، ۱۳۸۰). در DSM-5 اختلال یادگیری به اختلال یادگیری خاص تغییر نام داده است و اختلال خواندن، اختلال نوشتن و اختلال ریاضی که هر یک قبلاً اختلالی مستقل و

- 1 . Specific learning disorder
- 2 . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fifth edition)
- 3 . American Psychiatric Association (APA)
- 4 . Kloomok & Cosden
- 5 . Rourke
- 6 . Tsatsanis, Fuerst & Rourke

مجزا محسوب می‌شدند اکنون به‌عنوان یک مشخص‌کننده در اختلال یادگیری خاص گنجانده شده است؛ یعنی از این به بعد روان‌پزشکان یا روان‌شناسان بالینی نخواهند گفت که این کودک به اختلال خواندن مبتلاست در عوض خواهند گفت که به اختلال یادگیری خاص با مشخص‌کننده خواندن مبتلاست (گنجی، ۱۳۹۲).

یکی از متغیرهایی که احتمالاً به دلیل وجود مشکلات اختلال یادگیری خاص در دانش‌آموزان مختل می‌شود، بهزیستی اجتماعی<sup>۱</sup> این دانش‌آموزان می‌باشد. بهزیستی اجتماعی را به‌عنوان گزارش شخصی افراد از کیفیت ارتباطات آنها با دیگران تعریف کرده‌اند. کیزی<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) درک کیفیت، سازمان‌بندی و قابل فهم بودن دنیا را عنصر پیوستگی و کیفیت ارتباط با جامعه را عنصر یکپارچگی در نظر می‌گیرد. امروزه سلامت اجتماعی را هم محصول عوامل شناختی، روانی و اجتماعی و هم معلول عوامل زیستی می‌دانند و این نگرش با یک رویکرد کلی‌تر به مقوله سلامت و بیماری و معالجه مشکلات آسیب‌زننده همراه می‌شود. این رویکرد جدید به سلامت منجر به استفاده از دامنه‌ای از واژه‌ها شده که باهم ارتباط درونی دارند از جمله: کیفیت زندگی، سلامت اجتماعی ذهنی و سلامت روانی (ریف<sup>۳</sup> و کیزی، ۱۹۹۵) کارکرد مثبت فردی و سلامت عاطفی (واترمن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰) و سلامت اجتماعی (کیزی، ۱۹۹۸). این مفهوم‌سازی گسترده از سلامت و سلامت اجتماعی اجازه می‌دهد تا بررسی جامع‌تری از عوامل روانی و شناختی داشته باشیم که مرتبط با درک افراد از میزان کارایی مطلوب خود در محیط اطرافشان است. این تأکید بر عوامل روانی مثبت را که مرتبط با بهزیستی اجتماعی هستند می‌توان به حوزه روان‌شناسی هم تعمیم داد. کیزی (۱۹۸۸) معتقد است که مفهوم‌سازی بهزیستی ذهنی می‌بایست آن قدر گسترده شود که بهزیستی اجتماعی را هم در برگیرد. بهزیستی اجتماعی از دیرباز به‌عنوان فارغ بودن از حالت‌های اجتماعی منفی مثل از خودبیگانگی یا هرج‌ومرج تعریف شده است و نه الزاماً اینکه وجود شرایط روان‌شناختی اساس بهزیستی اجتماعی باشند. درحالی‌که به بهزیستی اجتماعی در جنبه فردی توجه زیادی شده است (ریف، ۱۹۸۹) این عقیده هم مطرح شده است که می‌بایست توجه همسانی به ماهیت اجتماعی مقوله بهزیستی اجتماعی شود. به عقیده کیزی بهزیستی اجتماعی و یا فقدان آن، دغدغه‌ای بارز در نظریه کلاسیک جامعه‌شناسی بوده است. مزایای زندگی اجتماعی می‌تواند اساس و بنیان ارائه تعریفی جهانی از سلامت اجتماعی باشد. بهزیستی اجتماعی عبارت است از تخمین شرایط و کارکرد یک فرد در جامعه. تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که کودکان دارای اختلال یادگیری در برقراری روابط اجتماعی و سلامت اجتماعی مشکل دارند. مطابق یافته‌های برونو<sup>۵</sup> (۱۹۸۱) کودکان دارای اختلال

- 1 . social well-being
- 2 . Keyes
- 3 . Ryff
- 4 . Waterman
- 5 . Bruno

یادگیری خاص در پیش‌گویی توالی رفتارها و انتخاب سلسله رفتارهای مطلوب و مناسب در برخورد با موضوعات مختلف نسبت به همسالان فاقد اختلال یادگیری دچار مشکل هستند. لاووی<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) بیان می‌کند که احتمالاً ناتوانی در مهارت‌های اجتماعی و بهزیستی اجتماعی، مهم‌ترین مشکل این گروه از دانش‌آموزان است چون این ناتوانی بر عملکرد حوزه‌های مختلف زندگی آنها اثر می‌گذارد. راش‌کیند<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) نشان داد که این دانش‌آموزان در شروع و تداوم دوستی مشکل دارند و همین مشکلات ممکن است به احساس تنهایی، عزت‌نفس پایین، افسردگی و دیگر مشکلات روانی و اجتماعی منجر شود. کرانز<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) در مطالعه خود نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی افراد مبتلا به اختلال یادگیری با میزان انجام فعالیت‌های روزانه ارتباط مستقیمی دارد. نریمانی و رجبی (۱۳۸۴) در پژوهشی نشان دادند که رفتارهای ضداجتماعی و پرخاشگری در دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات یادگیری به‌طور معناداری بیشتر از دانش‌آموزان عادی می‌باشد. ابوالقاسمی، رضایی‌جمالویی، نریمانی و زاهد بابلان (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند که دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری و دانش‌آموزان دارای پیشرفت تحصیلی پایین نسبت به دانش‌آموزان دارای پیشرفت تحصیلی متوسط و بالا در شایستگی اجتماعی نمرات کمتری کسب می‌کنند. مطالعات زاهد، رجبی و امیدی (۱۳۹۱) نشان داد دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری در مقایسه با دانش‌آموزان عادی، سازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی کمتری دارند.

ازجمله درمان‌هایی که می‌تواند بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص تأثیر داشته باشد آموزش پذیرش / تعهد<sup>۴</sup> (ACT) است. آموزش پذیرش / تعهد یکی از روش‌های درمانی مبتنی بر کاهش استرس و روان‌درمانی است، در این درمان به‌جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. پذیرش / تعهد درمانی موج سوم درمان شناختی- رفتاری نامیده می‌شود. پذیرش و تعهد درمانی (ACT) اساساً فرآیند محور است و آشکارا بر ارتقاء پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف‌پذیر، سازگاران، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روان‌شناختی تأکید می‌کند. خصیصه‌ای که در رویکرد شناختی رفتاری حضور ندارد. ثانیاً هدف روش‌های درمانی به کار رفته در پذیرش و تعهد درمانی افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست بلکه اهداف این روش‌های درمانی بر کاهش اجتناب از این تجربیات روان‌شناختی و افزایش آگاهی از آنها به‌خصوص تمرکز بر لحظه حال بدون پیش‌گرفتن روشی بی‌کشمکش و غیر ارز‌یابانه استوار است. این روش درمانی شامل تجزیه و تحلیل رفتاری مشکلات بیماران است. در این درمان شش مفهوم مهم که در ذهن آگاهی تأیید شده‌اند، مورد توجه است که شامل پذیرش، مرتبط بودن

- 1 . Lavoie
- 2 . Raskind
- 3 . Kranz
- 4 . Acceptance and Commitment Training

به زمان حال، ارزش‌ها، گسلش شناختی، فعالیت متعهدانه و توجه به خود هستند (هایس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶).

اخیراً پژوهش‌های روان‌شناسی به مطالعه پذیرش / تعهد و کاربردهای مهم آن در سازگاری، استرس، اضطراب و بهزیستی روانی - اجتماعی پرداخته‌اند (براون و رایان<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی در مورد اختلالاتی مانند افسردگی (کانتر، باروچ و گاینور<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶)، پسیکوزها (باچ و هایس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲)، هراس اجتماعی (اوسمان، ویلسون، استوراسلی، و مک‌نیل<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶) و رفتارهای پرخطر مانند مصرف الکل و مواد (هایس، استروسال<sup>۶</sup> و ویلسون، ۱۹۹۹؛ گیفورد، کولنبرگ، هایس، آنتونوسیو، پیاسکی، و راسموسن - هال<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴) مشخص شده است. همچنین در مطالعه هایس (۲۰۱۰) با عنوان پذیرش و تعهد و نقش آن در سازگاری و بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری نشان داد که پذیرش و تعهد با بهزیستی روان‌شناختی و بهبود روابط اجتماعی و همچنین سازگاری بهتر این کودکان با جامعه مرتبط است و این امر با خودآگاهی بالا مرتبط است. همچنین یافته‌های هالی بارتون و کوپر<sup>۸</sup> (۲۰۱۵) حاکی از اثربخشی این شیوه روان‌درمانی در بهبود بهزیستی اجتماعی، کاهش رفتارهای پرخطرانه و اضطراب این نوجوانان حکایت دارد. حکیم‌پور (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی تحصیلی و اضطراب ریاضی دانش‌آموزان پایه ششم ابتدایی اثربخش بوده است. همچنین رحیمی (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان داد که آموزش پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دارای هراس اجتماعی مؤثر بوده است. در مجموع با توجه به نقش بهزیستی اجتماعی در پیشرفت تحصیلی و اجتماعی دانش‌آموزان و خلل آن در اثر تداوم اختلال یادگیری خاص و همچنین اندک پژوهش‌های صورت گرفته در خصوص این متغیر و درمان مورد نظر، پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این سوال است که آیا آموزش مبتنی بر پذیرش / تعهد بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص موثر است؟

## روش

روش پژوهش حاضر آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه دانش‌آموزان پسر دارای اختلال یادگیری خاص کلاس پنجم مقطع ابتدایی

1. Hayes
2. Brown & Ryan
3. Kanter, Baruch & Gaynor
4. Bach & Hayes
5. Ossman, Wilson, Storaasli & McNeill
6. Strosahl
7. Gifford, Kohlenberg, Hayes, Antonuccio, Piasecki & Rasmussen-Hall
8. Halliburton & Cooper

مدارس شهر اردبیل در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ بود. برای انتخاب نمونه، در مرحله اول ۳۵۰ دانش‌آموز به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین دانش‌آموزان ۵ مدرسه (از هر مدرسه ۲ کلاس) انتخاب و تمام اعضای آن کلاس با استفاده از آزمون‌های استاندارد شده حساب یا آزمون پیشرفت تحصیلی، آزمون ریاضی کی‌مت و آزمون تشخیص اختلالات خواندن (DTRD) و آزمون اختلال نوشتن، مورد ارزیابی و سپس موارد مشکوک به اختلال یادگیری خاص مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند و در نهایت به منظور آنکه دانش‌آموزان انتخاب شده دارای ناتوانی‌های ذهنی نباشند، از نمره هوشی آزمون ریون استفاده شد و دانش‌آموزانی که بهره هوشی پایین‌تر از ۹۰ داشتند از نمونه پژوهش حذف شدند. در نهایت ۴۹ نفر به عنوان افراد دارای اختلال یادگیری خاص با استفاده از ابزارهای مذکور شناسایی شدند. سپس از میان این دانش‌آموزان، ۴۰ نفر به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب گردید. با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی دست کم نمونه بایستی ۱۵ نفر باشد (دلور، ۱۳۸۰)، اما در این تحقیق به خاطر افزایش اعتبار بیرونی ۴۰ نفر دارای اختلال یادگیری خاص (برای هر زیرگروه ۲۰ نفر) به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شد.

### ابزار پژوهش

- مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس علائم مندرج در DSM-5: در این پژوهش برای تشخیص علائم اختلالات یادگیری خاص و مشخص‌کننده‌های آن، از مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس علائم توصیف شده برای این اختلال طبق DSM-5 استفاده شد.

- آزمون اختلال در خواندن: این آزمون توسط شفیی و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای با عنوان طراحی و ساخت آزمون غربالگری تشخیص اختلال در خواندن در پایه‌های اول تا پنجم دانش‌آموزان مقطع ابتدایی در شهر اصفهان ساخته شده است. بدنه اصلی آزمون در هر پایه مرکب از یک متن صد کلمه‌ای و چهار سؤال درک مطلب است که توسط کارشناس ارشد و کارشناسان آسیب‌شناسی گفتار و زبان به دقت کنترل شده است. این آزمون بر روی ۲۰۰ دانش‌آموز دختر و پسر در تمام پایه‌های اول تا پنجم مقطع ابتدایی و در مجموع ۱۰۰۰ دانش‌آموز که به صورت تصادفی از کلیه نواحی پنجگانه شهر اصفهان انتخاب شده بودند، معیار شده است. به علاوه آزمون روی دو گروه نارساخوان و عادی اجرا گردیده است. یافته‌های این مطالعه نشان داد که همبستگی نمرات دقت و سرعت خواندن با نمره کل آزمون بالا بوده است. اعتبار آزمون با معیار آلفای کرونباخ  $0/77$  گزارش شده است و تفاوت میانگین دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال خواندن معنی‌دار بود ( $p < 0/01$ ). با توجه به نتایج فوق، این آزمون می‌تواند به عنوان یکی از ابزارهای مفید در تشخیص غربالی و سریع نارساخوانی دانش‌آموزان پایه‌های اول تا پنجم کاربرد داشته باشد.

– **آزمون ریاضی کی‌مت<sup>۱</sup>**: آزمون ریاضی کی‌مت توسط کنولی هنجاریابی شده است. این آزمون به منظور تعیین نقاط قوت و ضعف دانش‌آموزان در حوزه‌های مختلف ریاضی به کار می‌رود. ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با  $0/80$  به دست آمده است (اسماعیلی و هومن، ۱۳۸۱). از این آزمون به منظور شناسایی دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی استفاده شده است.

– **آزمون بیان نوشتاری**: در این پژوهش از آزمون‌های املاء که توسط فلاح چای تهیه و اعتباریابی شده، استفاده شده است. روایی این آزمون‌ها را متقاضیان و معلمان مجرب تأیید کرده‌اند و پایایی آن با روش پایایی مصححان  $0/91$  الی  $0/95$  برآورد شده است.

– **آزمون هوشی ریون**: این آزمون توسط ریون (۱۹۶۲)؛ به نقل از سیدعباس‌زاده، گنجی و شیرزاد، (۱۳۸۲) در انگلستان برای اندازه‌گیری هوش در گروه سنی ۹ تا ۱۸ سال ساخته شده است و دارای ۶۰ گویه (۵ سری ۱۲ تایی) می‌باشد. ضریب همسانی درونی این آزمون با میانگین  $0/90$  و ضریب پایایی بازآزمایی با میانگین  $0/82$  گزارش شده است. همبستگی این آزمون با آزمون‌های هوشی و کسلر، استنفورد-بینه، مازهای پروتوس و آدمک گودیناف در دامنه‌ای از  $0/40$  تا  $0/75$  به دست آمده است. میزان همبستگی آن با آزمون‌های غیرکلامی بیشتر گزارش شده است. در این پژوهش ملاک انتخاب افراد نمره هوشیهر  $90$  و به بالا بوده است.

– **پرسشنامه بهزیستی اجتماعی<sup>۲</sup>**: این پرسشنامه توسط کبیز (۱۹۹۸) بر اساس مدل نظری او از سازه بهزیستی اجتماعی، تهیه شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۳۳ گویه و ۵ خرده مقیاس «همبستگی اجتماعی<sup>۳</sup>»، «انسجام اجتماعی<sup>۴</sup>»، «مشارکت اجتماعی<sup>۵</sup>»، «شکوفایی اجتماعی<sup>۶</sup>» و «پذیرش اجتماعی<sup>۷</sup>» می‌باشد. کبیز طی دو مطالعه بر روی دو نمونه‌ی ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در آمریکا، با استفاده از تحلیل عوامل، مدل ۵ بعدی به کار رفته در پرسشنامه خود را از نظر تجربی مورد تأیید قرار داده است. در این مقیاس، ۶ گویه مربوط به عامل مشارکت اجتماعی، ۷ گویه مربوط به همبستگی اجتماعی، ۷ گویه عامل پذیرش اجتماعی، ۷ گویه مربوط به عامل شکوفایی اجتماعی و ۶ گویه مربوط به انسجام اجتماعی است. نمره‌گذاری گویه‌ها روی مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (کاملاً موافق=۵)، (موافق=۴)، (نظری ندارم=۳)، (مخالف=۲) و (کاملاً مخالف=۱) انجام می‌شود؛ بنابراین کمینه و بیشینه نمره‌ای که به دست می‌آید به ترتیب برابر با ۳۳ و ۱۶۵ خواهد بود. لازم به ذکر است که بعضی از گویه‌های خرده مقیاس‌ها به صورت

- 1 . Kay-Math Mathematic Test
- 2 . social Well-being Inventory
- 3 . social integration
- 4 . social Coherence
- 5 . social contribution
- 6 . social actualization
- 7 . social acceptance



معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهش صفاری‌نیا و تبریزی (۱۳۹۱) پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۵ به دست آمد که میزان رضایت‌بخشی است. همچنین در پژوهش حیدری و غنایی (۱۳۸۷؛ به نقل از صفاری‌نیا، ۱۳۹۱)، همسانی درونی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ، ۰/۷۲ و ضریب همبستگی به‌دست‌آمده از طریق بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۶ و برای خرد مقیاس‌های بین ۰/۵۷ تا ۰/۷۳ بوده که همگی در سطح  $P < 0.01$  معنی‌دار است.

## روش اجرا

بعد از هماهنگی و کسب مجوز و مراجعه به مدارس و انتخاب نمونه آماری در نهایت از تعداد کل دانش‌آموزان شناسایی‌شده به‌عنوان اختلال یادگیری خاص، تعداد ۲۰ نفر در گروه آزمایش و تعداد ۲۰ نفر در گروه گواه به‌تصادف گمارش شدند. ضمن توجیه این دانش‌آموزان و بیان اهداف پژوهش، از آنها درخواست شد تا در دوره درمان این اختلال شرکت نمایند.

قبل از شروع روش‌های آموزشی، هر دو گروه مورد مطالعه را تحت پیش‌آزمون قرار داده و آزمون‌های مذکور بر روی آنها اجرا شد و از آنها درخواست شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل نمایند. مدت جلسات درمانی ۸ جلسه یک‌ونیم ساعته بود و به‌صورت گروهی و در هفته یک‌بار، در محلی که توسط اداره آموزش و پرورش شهر اردبیل تعیین شد، اجرا گردید. پس از اتمام دوره آموزش، از دو گروه تحت درمان و گروه کنترل پس‌آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغییری (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### خلاصه جلسات آموزش مبتنی بر پذیرش / تعهد

جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، ارزیابی دانش‌آموزان، مصاحبه تشخیصی و ضابطه‌بندی درمان.
جلسه دوم	آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش / تعهد، ایجاد بینش در دانش‌آموزان نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل.
جلسه سوم	آموزش نومییدی خلاقانه و آشنایی با فهرست ناراحتی‌ها و مشکلاتی که مراجع برای آنها تلاش نموده است.
جلسه چهارم	ایجاد پذیرش و ذهن‌آگاهی به‌واسطه رهاکردن تلاش برای کنترل و ایجاد گلسل شناختی و مرور جلسه پیشین و تکالیف.
جلسه پنجم	هدف: آموزش زندگی ارزش‌مدار و انتخاب و مرور جلسات پیشین و تکالیف.
جلسه ششم	ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزش‌ها، اهداف و اعمال و موانع آنها.
جلسه هفتم	بررسی مجدد ارزش‌ها، اهداف و اعمال و آشنایی و درگیری با اشتیاق و تعهد.
جلسه هشتم	شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش به ترتیب ۱۰/۴۰ و ۰/۵۰ و گروه کنترل ۱۰/۵۰ و ۰/۵۱ با دامنه سنی ۱۰ تا ۱۱ سال بود.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه‌های بهزیستی اجتماعی در پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

متغیر وابسته	مؤلفه	آزمایش				کنترل			
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
بهزیستی اجتماعی	همبستگی اجتماعی	۲/۵۰	۲۵/۹۰	۲/۷۱	۱۷/۲۵	۲/۵۹	۱۸/۱۰	۲/۸۸	۱۸/۱۰
	پذیرش اجتماعی	۲/۵۲	۲۵/۶۰	۲/۹۰	۱۷/۳۰	۲/۳۴	۱۷/۲۵	۱/۷۷	۱۷/۲۵
	مشارکت اجتماعی	۳/۰۱	۲۲/۹۰	۲/۸۶	۱۴/۸۵	۲/۵۸	۱۴/۲۵	۲/۴۸	۱۴/۲۵
	انسجام اجتماعی	۲/۳۶	۲۲/۴۵	۲/۲۳	۱۵/۵۵	۳/۳۶	۱۵/۸۰	۳	۱۵/۸۰
	شکوفایی اجتماعی	۲/۹۶	۲۶/۳۵	۱/۶۳	۱۸/۵۵	۳/۵۷	۱۶	۲/۲۲	۱۶
	کل	۷/۹۱	۱۳۳/۲۰	۷/۶۸	۸۳/۵۰	۹/۴۶	۸۱/۴۰	۸/۱۱	۸۱/۴۰

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان گروه آزمایش ۸۰/۷۵ (و ۷/۹۱) می‌باشد و نمره کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه آزمایش در بهزیستی اجتماعی ۱۲۳/۲۰ (و ۷/۶۸) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در بهزیستی اجتماعی ۸۳/۵۰ (و ۹/۴۶) می‌باشد و نمره کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در بهزیستی اجتماعی ۸۱/۴۰ (و ۸/۱۱) می‌باشد.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لون استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس / کوواریانس به‌درستی رعایت شده است ( $F=۱/۱۵۲$  و  $BOX=۲۰/۱۶۳$ ) بر اساس آزمون لون و عدم معنی‌داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است.

جدول ۲: اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA)

متغیر	آزمون	ارزش	df فرضیه	df خطا	F	P	Eta
گروه	پیلائی - بارتلت	۰/۸۹۹	۵	۲۹	۵۱/۶۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۹۹
	لامبدای ویلکز	۰/۱۰۱	۵	۲۹	۵۱/۶۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۹۹
	هتلینگ لالی	۸/۹۰	۵	۲۹	۵۱/۶۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۹۹
	بزرگترین ریشه روی	۸/۹۰	۵	۲۹	۵۱/۶۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۹۹

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های بهزیستی اجتماعی معنی‌دار می‌باشد [  $P \leq 0/001$ ،  $F(5 و 29) = 51/63$ ،  $F(5 و 29) = 0/101$  ] لامبدای ویلکز]. آزمون فوق‌قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که دست کم بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد.

**جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی نمرات مؤلفه‌های بهزیستی اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل**

متغیر وابسته	مؤلفه	منابع تغییرات	Ss	df	MS	F	P
همبستگی اجتماعی		پیش‌آزمون	۰/۵۲۲	۱	۰/۵۲۲	۰/۰۵۹	۰/۸۱۰
		گروه	۵۰۵/۸۰۲	۱	۵۰۵/۸۰۲	۵۶/۷۷	۰/۰۰۱
پذیرش اجتماعی		پیش‌آزمون	۵/۸۳۵	۱	۵/۸۳۵	۱/۰۱۲	۰/۳۲۲
		گروه	۶۲۳/۷۶	۱	۶۲۳/۷۶	۱۰۸/۲۲	۰/۰۰۱
بهزیستی اجتماعی	مشارکت اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۲/۲۸۸	۱	۱۲/۲۸۸	۱/۶۲۳	۰/۲۱۲
		گروه	۷۰۶/۲۴	۱	۷۰۶/۲۴	۹۳/۲۶	۰/۰۰۱
انسجام اجتماعی		پیش‌آزمون	۳/۶۸۹	۱	۳/۶۸۹	۰/۵۴۱	۰/۴۶۷
		گروه	۳۷۵/۱۶	۱	۳۷۵/۱۶	۵۵/۰۵	۰/۰۰۱
شکوفایی اجتماعی		پیش‌آزمون	۲/۷۸۰	۱	۲/۷۸۰	۰/۶۵۲	۰/۴۲۵
		گروه	۹۲۰/۱۶	۱	۹۲۰/۱۶	۲۱۵/۷۸	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج حاصل از جدول ۳، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، آموزش مبتنی بر پذیرش/تعهد در مرحله پس‌آزمون بر مؤلفه‌های همبستگی اجتماعی ( $F = 56/77$ ،  $P < 0/001$ )، پذیرش اجتماعی ( $F = 108/22$ ،  $P < 0/001$ )، مشارکت اجتماعی ( $F = 93/26$ ،  $P < 0/001$ )، انسجام اجتماعی ( $F = 55/05$ ،  $P < 0/001$ ) و شکوفایی اجتماعی ( $F = 215/78$ ،  $P < 0/001$ ) اثر معنی‌داری دارد؛ بنابراین می‌توان در کل چنین نتیجه گرفت که آموزش مبتنی بر پذیرش/تعهد در مرحله پس‌آزمون باعث ارتقای بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص (گروه آزمایش) نسبت به گروه کنترل شده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش / تعهد بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص بود. نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر پذیرش / تعهد بر بهبود بهزیستی اجتماعی در تمامی مؤلفه‌ها (همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و مشارکت اجتماعی) در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص مؤثر بوده است. این نتیجه با یافته‌های (باچ و هایس، ۲۰۰۲؛ براون و رایان، ۲۰۰۳؛ کانتر، باروچ و گاینور، ۲۰۰۶؛ فرمن و هربرت، ۲۰۰۸؛ و رحیمی، ۱۳۹۳) همخوانی دارد که نشان دادند آموزش پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روانی و اجتماعی و سازگاری مؤثر بوده است. در توجیه این یافته می‌توان گفت چون پذیرش و تعهد، احساس بدون قضاوت و متعادل‌تری از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند (براون و رایان، ۲۰۰۳)، بنابراین آموزش آن به کودکان دارای اختلال یادگیری خاص که از مشکلات روانی جسمانی ناشی از آن در رنج هستند، باعث می‌شود که آنان احساسات و نشانه‌های فیزیکی و روانی خود را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش‌ازحد نسبت به گزارش این نشانه‌ها در آنان می‌شود و در نتیجه سازگاری و بهزیستی آنها بهبود می‌یابد. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر ضمن تأیید تحقیقات دیگر مثل (هایس، استروسال و ویلسون، ۱۹۹۹؛ گیفورد و همکاران، ۲۰۰۴؛ کانتر، باروچ و گاینور، ۲۰۰۶؛ اوسمان و همکاران، ۲۰۰۶؛ کابات زین، ۲۰۰۷؛ هالی بارتون و همکاران، ۲۰۱۵؛ و حکیم‌پور، ۱۳۹۳) حاکی از آن است که آموزش پذیرش / تعهد باعث ارتقای بهزیستی اجتماعی می‌شود. در توجیه این یافته می‌توان گفت که پذیرش یک حالت طراحی‌شده و جرأت‌آمیز از طرف مراجع است. به او کمک می‌کند تا به‌طور کامل و بدون دفاع، جنبه‌هایی از تجربه روان‌شناختی خود (بد، خوب و زشت) را همان‌گونه که هست، تجربه نماید و آن را در جامعه بدون اینکه خوب یا بد تصور کند نشان دهد. پذیرش یعنی تجربه حس‌ها، عواطف و افکار، بدون هیچ‌گونه تلاشی برای تغییر آنها. پذیرش خصوصاً هنگامی ضرورت می‌یابد که تجربه قابل تغییر نیست و نباید تغییر کند. این حالت متناقض به مراجع اجازه می‌دهد چیزی باشد که هست و آنجایی باشد که حضور دارد و تمایل به تغییر افکار و احساسات خود را کاهش دهد (هایس، ۲۰۱۰). در دیگر توجیه یافته‌های این پژوهش می‌توان چنین گفت که در ACT، دانش‌آموز از تمامی حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد و در عرصه اجتماع بروز می‌دهد. ACT باعث می‌شود که دانش‌آموز از تجارب ذهنی جدا شود، به‌نحوی که بتواند مستقل از این تجارب در ارتباط با دیگران عمل کند. همچنین پذیرش و تعهد با بهزیستی روان‌شناختی و بهبود روابط اجتماعی و همچنین سازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی بهتر دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص با جامعه مرتبط است و این امر با خودآگاهی بالا مرتبط است. همچنین دیده شد که مهارت‌های ذهن آگاهی که یکی از مؤلفه‌های آموزش پذیرش و تعهد می‌باشد

پیش‌بینی‌کننده رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت است (هایس، ۲۰۰۴). آموزش پذیرش و تعهد با تلفیقی از تن‌آرامی و مراقبه ذهن‌آگاهی، یکی از روش‌های درمانی مبتنی بر کاهش استرس و روان‌درمانی است که در آن بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی که از کنترل بلافاصله انسان خارج است، از طریق تنفس و فکر کردن آموزش داده می‌شود و بدین ترتیب باعث بهبود بهزیستی روانی، اجتماعی و سازگاری فرد می‌گردد. همچنین دیده شده که آموزش پذیرش و تعهد کاهش درد، اضطراب و پریشانی روان‌شناختی را به دنبال دارد (کابات زین<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). آموزش پذیرش و تعهد، نشانه‌های اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد و در بهبود بهزیستی جسمانی، روانی، اجتماعی، هیجانی و معنوی، بهبود کیفیت خواب و کیفیت زندگی بالا، لذت بردن از زندگی و نشانه‌های فیزیکی پایین مؤثر بوده است (زتزل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸).

در کل می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری خاص به دلیل اینکه به هیجان‌ات و شناخت‌های خود، آگاهی ندارند و نمی‌توانند از کارکردهای اجرایی درست استفاده کنند، به احتمال زیاد، بیشتر دچار استرس، افسردگی، اضطراب و کاهش بهزیستی اجتماعی و ذهنی می‌شوند. استرس و عواطف منفی به علت اینکه توانایی‌هایی شناختی را تحلیل می‌برند، مانع از پردازش درست اطلاعات شده و منجر به حواس‌پرتی، اختلال در حافظه و خطای شناختی می‌شوند (آلدول و همکاران، ۲۰۱۰). آموزش پذیرش/تعهد به افراد کمک می‌کند تا نسبت به هیجان‌ات و شناخت‌های خود آگاهی یابند و راهبردهای ناسازگار پیشین خود را به منظور دستیابی به اهداف بهتر و سازگارانه‌تر کنار بگذارند. به همین دلیل مراجع را از چنگ کشمکش خود-تخریبی که گرفتار آن شده است و ممکن است او را به سمت آزار رساندن به خود و دیگری و پناه بردن به راه‌حل‌های هیجان‌مدار مانند رفتارهای پرخطر سوق دهد رها می‌کند و باعث بهبود سازگاری روان‌شناختی و ارتقای بهزیستی روانی و اجتماعی فرد می‌شود (هایس، ۲۰۱۰).

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، مختص بودن نمونه به شهرستان اردبیل می‌باشد که تعمیم‌پذیری نتایج به شهرهای دیگر را محدود می‌کند. نمونه مورد مطالعه فقط شامل دانش‌آموزان پسر پایه پنجم مقطع ابتدایی بود که این امر میزان تعمیم‌پذیری نتایج را به دانش‌آموزان دختر با مشکل مواجهه می‌کند. همچنین ناتوانی در عدم کنترل متغیرهای مزاحم همچون وضعیت تحصیلی والدین از محدودیت‌های دیگر پژوهش بود که تعمیم‌یافته‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد. با توجه به فراوانی این اختلال در دوران کودکی و نوجوانی که میزان مراجعه به مراکزهای درمانی به علت اختلال، بالا می‌رود، انجام پژوهش‌های روان‌شناختی مرتبط با این آسیب اجتماعی می‌تواند کمک‌های قابل توجهی به شناسایی و درمان مشکلات روانی در این افراد صورت دهد. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد و همچنین سایر آموزش‌های متناسب در جهت

1 . Kabat-Zinn

2 . Zettle

بهبود بهزیستی اجتماعی این دانش‌آموزان و بهبود و افزایش روابط با دیگران در مدارس و خانواده توسط روان‌شناسان و مشاورین، برنامه‌ریزی و مورد توجه قرار گیرد.

## تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله از همراهی و همکاری اداره کل آموزش و پرورش استان اردبیل و شرکت کنندگان محترم در میسر نمودن اجرای این مطالعه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

## منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ رضایی جمالویی، حسن؛ نریمانی، محمد؛ و زاهد بابلان، عادل. (۱۳۹۰). مقایسه شایستگی اجتماعی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری و دانش‌آموزان دارای پیشرفت تحصیلی پایین، متوسط و بالا. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۱، ۲۳-۳۰
- اسماعیلی، محمد؛ و هومن، حیدرعلی. (۱۳۸۱). انطباق و هنجاریابی آزمون ریاضیات ایران کی‌مت. *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۴، ۳۳۲-۳۳۳.
- حکیم‌پور، صبا. (۱۳۹۳). *اثربخشی آموزش پذیرش/ تعهد بر فرسودگی تحصیلی و اضطراب ریاضی دانش‌آموزان پایه ششم ابتدایی شهر اردبیل*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل.
- رحیمی، ندا. (۱۳۹۳). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان میان‌فردی در کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دارای فوبی اجتماعی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی.
- زاهد، عادل؛ رجبی، سعید؛ و امیدی، مسعود. (۱۳۹۱). مقایسه سازگاری اجتماعی، هیجانی، تحصیلی و یادگیری خودتنظیمی در دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۱، ۶۲-۴۳.
- سیدعباس‌زاده، میرمحمد؛ گنجی، مسعود؛ و شیرزاد، علی. (۱۳۸۲). *بررسی رابطه هوش، پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان پایه سوم راهنمایی تحصیلی مدارس استعداد درخشان شهرستان اردبیل*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان اردبیل.
- شفیعی، بیژن؛ توکل، سمیرا؛ علینیا، لیلا؛ مراثی، محمدرضا؛ صدقاتی، لیلا؛ و فروغی، رقیه. (۱۳۸۷). طراحی و ساخت آزمون غربالگری تشخیص اختلال در خواندن در پایه‌های اول تا پنجم دانش‌آموزان مقطع ابتدایی در شهر اصفهان. *مجله علوم پزشکی دانشگاه تهران*، ۱۷(۲)، ۵۳-۶۰.

- صبحی قراملکی، ناصر؛ و باباپور، جلیل. (۱۳۸۰). *اختلالات یادگیری؛ رویکرد تشخیصی و درمانی*. تهران: سروش.
- صفاری‌نیا، مجید. (۱۳۹۱). *آزمون‌های روان‌شناسی اجتماعی و شخصیت*. تهران: ارجمند.
- فلاح‌چای، حمیدرضا. (۱۳۷۳). *بررسی اختلال خواندن و نوشتن در بین دانش‌آموزان ابتدایی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تربیت مدرس.
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۲). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5*. تهران: ساوالان.
- نریمانی، محمد؛ بگیان کوله مرز، محمدجواد؛ و عباسی، مسلم. (۱۳۹۳). *اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر بهبود روابط بین‌فردی دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری خاص*. *مجله پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۴، ۱۵۱-۷۷.
- نریمانی، محمد؛ و رجبی، سوران. (۱۳۸۴). *بررسی شیوع و علل اختلالات یادگیری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی استان اردبیل*. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۵، ۲۵۲-۲۳۱.
- Aldaol, A., Nolen Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotional regulation strategies across Psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., Text Rev.)*. Washington, DC: Author.
- Bach, P., & Hayes, S.C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the re-hospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1129-1139.
- Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Acceptance and Commitment Training and Its role in psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84: 822-848.
- Bruno, R.M. (1981). Interpretation of pectoral presented social situations by learning disabled and normal children. *Journal of Learning Disabilities*, 14(2), 350-352.
- Halliburton, A. E., & Cooper, L. D. (2015). Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 1-11
- Hayes, S.C. (2010). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. 3rd ed. New York, NY: Guilford; p.165-171.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., Lenderking, W.R., & Santorelli, S.F. (2007). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 149(7), 936-43.
- Kanter, J.W., Baruch, D.E., & Gaynor, S.T. (2006). Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation for the Treatment of

- Depression: Description and Comparison. *The Behavior Analyst*, 29, 161–185.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 2, 121-140.
  - Kloomok, S. & Cosden, M. (1994). Self-concept in children with learning disabilities: the relationship between global self-concept, academic discounting, nonacademic self-concept and perceived social support. *Learning Disability Quarterly*, 17, 140-153.
  - Lavoie, R.D. (2005). *It's so much work to be your friend: Helping the child with learning disabilities find social success*. New York: Simon & Schuster.
  - Ossman, W.A., Wilson, K.G., Storaasli, R.D., & McNeill, J.W. (2006). A Preliminary Investigation of the Use of Acceptance and Commitment Therapy in Group Treatment for Social Phobia [Investigación Preliminar del Uso de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el Tratamiento Grupal de la Fobia Social]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(3), 397-416.
  - Raskind, M. (2007). Research trends: Social information processing and emotional understanding in children with LD. Available from: [http://Schwablearning.org/articles.aspx?974\(10/25/2007\)](http://Schwablearning.org/articles.aspx?974(10/25/2007)).
  - Rourke, B.P. (1995). *Syndrome of nonverbal learning disabilities: Neurodevelopmental manifestations*. New York: The Guilford Press.
  - Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
  - Tsatsanis, K.D., Fuerst, D.R., & Rourke, B.P. (1997). Psychosocial dimensions of learning disabilities: External validation and relationship with age and academic functioning. *Journal of Learning Disabilities*, 30, 490–502
  - Waterman, A.S. (2001). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudemonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.
  - Waterman, A.S., Schwartz, S.J., Zamboanga, B.L., Ravert, R.D., Williams, M.K. & Bede Agocha, V. (2010). The questionnaire for eudemonic well-being: psychometric properties, demographic comparisons, and evidence of validity. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 41-61.
  - Zettle, R.D. (2008). *ACT with affective disorders*. In Hayes, S.C., and Strosahl, K.D., (Eds.), a practical guide to acceptance and commitment therapy. New York, NY: Springer.