



## فصلنامه علمی - پژوهشی

انجمن علمی روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

سال پنجم - شماره هفتم، بهار سال ۱۳۹۸

# تحول



پست الکترونیکی: [anjoman.ravanshenasi97@gmail.com](mailto:anjoman.ravanshenasi97@gmail.com)

نشانی: اردبیل - خیابان دانشگاه، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده

علوم تربیتی و روانشناسی، دفتر انجمن علمی روانشناسی

# روانشناسی

نام نشریه: تحول

صاحب امتیاز: انجمن علمی روانشناسی

مدیر مسئول: محمد صادق خاکپور

سر دبیر: علی جباری

طراح و صفحه ارا: بهارک مهدی پور (b.meh1988@gmail.com)

ویراستاران: علی جباری - محمد صادق خاکپور

همکاران ما در این نشریه

آقایان: پروفسور محمد نریمانی. حسین فلاحیان. متین یوسفی. سید

علی شریفی فرد. حمید رضا صمدی فرد.

خانم ها: شیرین احمدی. زهرا کریمی چشمه سهرابی. مینا سالم

نرگس ارغا. نرگس انسانی مهر. پریسا مهدوی سولا. فاطمه مهدوی

رقیه محبی. صفورا کیوانلو.

هیئت تحریریه:

پروفسور محمد نریمانی رئیس دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

دکتر اسماعیل صدری معاون آموزشی دانشکده علوم تربیتی و

روانشناسی. دکتر اکبر عطا دخت استاد مشاور انجمن علمی روانشناسی

آقای علی جباری دبیر انجمن علمی روانشناسی. آقای محمد صادق

خاکپور مدیر مسئول نشریه تحول

عزیزانی که تمایل به همکاری با انجمن روانشناسی را دارند، آثار خود را شامل

مطالب علمی با مقاله معتبر، گزارش، مصاحبه یا درخواست همکاری در حوضه

های دیگر چون، کاریکاتور، عکس، ترجمه و... را از طریق راه های ارتباطی زیر برای

چاپ در شماره بعدی نشریه برای ما ارسال کنند.

شماره تماس با مدیر مسئول نشریه: ۰۹۳۳۶۳۶۹۴۹۱

پست الکترونیکی: anjoman.ravanshenasi97@gmail.com

نشانی: اردبیل - خیابان دانشگاه، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی

و روانشناسی، دفتر انجمن علمی روانشناسی

## فهرست

- مروری بر پژوهش مربوط بر تاثیر فعاليت‌های حرکتی بر کودکان بیش فعال ..... ۳
- اوتیسم و درمان‌های زیستی آن ..... ۹
- قصه درمانی و مبانی آن ..... ۱۹
- تأثیر واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر کاهش استرس والدگری مادران کودکان مبتلا  
به اختلال طیف اُتیسیم ..... ۳۷
- بررسی آثار شناختی بازی‌های رایانه‌ای: یک مطالعه‌ی مروری ..... ۵۳
- شیوه‌های تامین سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی ..... ۷۳
- نقش انعطاف پذیری شناختی در پیش بینی گرایش به رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان. ۷۹
- بررسی همبستگی خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده و خودپنداره با انگیزه  
ورزشی در دانش‌آموزان پسر ..... ۹۱
- رابطه کارکردهای اجتماعی (تغییر جهت، بازداری پاسخ و کنترل هیجانی) با اختلال وسواسی  
- جبری در زنان خانه دار ..... ۱۰۳



## مروری بر پژوهش مربوط بر تاثیر فعاليت‌های حرکتی بر کودکان بیش فعال

زهرا کریمی چشمه سهرابی<sup>۱\*</sup>، مینا سالم  
۱- دانشجویان کارشناسی ارشد روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه محقق اردبیلی  
E-mail:saroniya69@gmil.com

### چکیده کوتاه

اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی نوعی اختلال رشدی- عصبی است که بر جنبه‌های مختلف زندگی تاثیر می‌گذارد. برخی از ویژگی‌های این اختلال با اختلال‌های دیگر از جمله مشکلات حرکتی هم بعدی دارد. اختلال نقص توجه - بیش فعالی از رایج ترین و عمومی ترین مشکلات روان شناختی در کودکان است. که توجه زیادی از طرف معلمان، والدین و متخصصین را به خود معطوف داشته است. خیلی از افرادی که با این دسته از کودکان سر و کار دارند شناخت دقیق از ویژگی‌های این اختلال در کودکان ندارند و غالباً چنین رفتارها را به عنوان عوامل دیگر نسبت می‌دهند اختلال بیش فعالی غالباً از ۷ سالگی شروع می‌شود رشد مهارت‌های حرکتی این کودکان و تاثیرپذیری آن بر فرآیندهای شناختی چون تمرکز، دقت و توجه از اهمیت خاصی برخوردار است. هدف پژوهش حاضر مروری بر پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه فعاليت حرکتی در افراد با اختلال بیش فعالی است.

**واژگان کلیدی:** اختلال بیش فعالی، فعاليت‌های حرکتی، کودکان.



## چکیده بلند

### مقدمه

اختلال بیش فعالی نخستین بار در قرن نوزدهم شناسایی شد و از متداول‌ترین اختلال‌های دوران کودکی است. امروزه این اختلال به دلایل مختلف مورد توجه پژوهشگران و مربیان قرار گرفته است. علت شناسی این اختلال هنوز به طور کامل مشخص نشده است. ممکن است شناخت این اختلال با همبودی اختلال‌های دیگری چون اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، کم‌توانی یادگیری در ارتباط باشد (رضابیگی، ۱۳۸۷). ویژگی‌های اصلی این اختلال، تکانش‌گری، بیش‌فعالی و کمبود در توجه است (گری دا نوس. و همکاران، ۲۰۰۷). این اختلال تعریف‌های مختلفی دارد که بدان اشاره می‌شود. اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شامل مجموعه‌ای از نشانه‌هایی است که با پر تحرکی و رفتارهای تکانه‌ای و محدودیت میزان توجه که منجر به اختلال تمرکز می‌شود قابل تشخیص است. این کودکان دارای ویژگی‌های رفتاری از قبیل نارسایی توجه، برانگیختگی و بی‌قراری حرکتی هستند (شرمن، راسموس و بایوالا، ۲۰۰۸؛ کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلال‌ها در کودکان و نوجوانان شناخته شده است (لویز، ۲۰۰۷) و دارای سه نوع بیش‌فعالی - تکانش‌گری، نارسایی توجه و نوع مختلط هستند. یکی از اهداف آموزش و پرورش در کشورهای در حال توسعه، توجه به نیازهای دانش آموزانی است که به لحاظ ویژگی‌های جسمی، روانی، ذهنی، اجتماعی و رفتاری دارای کم‌توانی بوده و این کم‌توانی آموزش ویژه را برای این گروه ضروری می‌کند. (افروز، ۱۳۸۱. ملک پور، ۱۳۷۸). یکی از این گروه‌ها دانش‌آموزان دارای رفتارهای سازش نایافته یا ناسازگار است که در یک یا چند ویژگی روانی - رفتار دچار مشکلات سازشی هستند (نقل از هاتفی، ۱۳۷۸). یکی از مشکلات این گروه از دانش‌آموزان که اغلب دارای هوش بهنجار هستند، اختلال بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه است. این اختلال از نظر رشدی با گستره‌ی کوتاه توجه، بیش‌فعالی و تمرکز ضعیف روی تکالیف درسی و فعالیت‌های روزانه مشخص شده است و دارای الگوهای رفتاری ناپایدار است (نقل از هاتفی، ۱۳۷۸). این اختلال در طبقه‌بندی انجمن آمریکایی بیماری‌های روانی جزء اختلالات کمبود توجه و رفتار ایدایی یا اختلال حرکتی اغتشاش‌گر محسوب می‌شود.



در این خصوص رشد مهارت‌های حرکتی این کودکان و تأثیرپذیری آن بر فرآیندهای شناختی چون تمرکز، دقت و توجه از اهمیت خاصی برخوردار است. بکارگیری این مهارت‌ها که یکی از شکل‌های حرکت در انسان هستند در کنار سایر روش‌های درمانی و اصلاحی این کودکان در تحول رشد عاطفی، شناختی و ذهنی آنها نقش بسزایی داشته و چه بسا کلید سلامت این افراد هستند (افروز، ۱۳۸۷). یکی از رویکردهای موجود که بیشتر در حیطه روانی - حرکتی و تربیت بدنی کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد رویکرد موسکا موستون (۱۹۶۶) است، که اساس آن بکارگیری مفاهیم نظام اسکینر، برونر و مزلوست که معلم یا درمانگر شیوهی دستور دادن را رها کرده و به عنوان شریک یا همبازی در کنار دانش‌آموز قرار می‌گیرد و تمرین‌ها را انجام می‌دهد (علیزاده، ۱۳۸۴). این مقاله کتابخانه‌ای در نظر دارد با استفاده از رویکرد حرکتی شرایط افزایش توجه و میزان تمرکز کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی را تسهیل کرده و زمینه‌ی سازگاری لازم در کلاس درس و منزل را برای آنها فراهم کند.

## روش تحقیق

در این پژوهش مروری سعی شد مطالعات پژوهشی در خصوص مهارت‌های حرکتی کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی مورد بررسی قرار گیرد. بدین منظور از موتور جستجوگر گوگل، سیویلیکا، ساینس دایرکت استفاده گردید و واژه‌های کلیدی در سایت‌های یاد شده شامل مشکلات حرکتی، ناهماهنگی حرکتی، مهارت حرکتی ظریف و درشت، مشکلات تعادل، الگوی حرکتی و وضعیت بدنی در کودکان با اختلال نارسایی، اختلال توجه، بیش‌فعالی بودند.



## نتایج

نویسنده	نمونه پژوهش	ابزار استفاده شده	نتیجه مطالعه
استری و همکاران ۲۰۱۳	۲۵ فرد دارای اختلال بیش فعالی و ۲۴ فرد بدون اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی	مقیاس ارزیابی عصب شناختی عملکرد حرکتی	کودکان با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی به طور معنا داری مشکلات حرکتی بیشتری نسبت به گروه کنترل داشتند. در زیر گروه تنظیم ماهیچه ایی ۳۶ تا ۹۶ درصد از کودکان با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی در مقایسه با گروه کنترل ۱۳ تا ۵۲ درصد درای مشکلات متوسط و شدیدی بودند و ۸۰ درصد از گروه اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی درد شدیدی را گزارش نمودند بین سطح درد و محل در گروه با اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی و گروه کنترل تفاوت معنا داری وجود داشت. کودکان و بزرگسالان با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی دارای مشکلات بازداری حرکتی و افزایش توده عضلانی هستند این مطالعه نشان داد که سطح درد در گروه ب با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی به طور معنا دار بیشتر از گروه کنترل است و درد تاثیر بلند مدتی برانبوه توده عضلانی و حرکات محدود می گذارد.
اتحل- یگروزبو- ان ۲۰۱۱	۲۹ پسر با اختلال نارسایی توجه بیش فعالی و ۱۸ همشیره بدون اختلال و ۵۰ کودک بدون اختلال	نیمرخ حسی	مشکلات پردازش حسی در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی شایع است . در فعالیت های فراغتی عملکرد این گروه در مهارت های حرکتی و حتی ترجیح های فراغتی ضعیف تر حاصل شد .
فلیرز و همکاران ۲۰۰۹	۳۲ کودک با اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی و ۱۸ همشیره بدون اختلال و ۵۰ کودک بدون اختلال	مقیاس ارزیابی حرکتی برای کودکان	کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی چالاکتی و عملکرد حرکتی ضعیف تری نسبت به همشیره و کودکان بدون اختلال دارند.
مک ایلون- براون و تاتوک ۲۰۱۰	۹۰ نوجوان دارای اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی	مقیاس ارزیابی مهارت های حرکتی	کودکان دارای اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی در مهارت های حرکتی ظریف مانند قرار دادن دانه های تسبیح در جعبه و کنترل وضعیت بدن همچون ایستاده برروی یک یا نمره پایین تر از حد متوسط دریافت کردند.



در مورد موضوع فعالیت‌های حرکتی در کودکان با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی مقاله پژوهشی متعددی در پایگاه اینترنتی وجود داشت که تعداد مقاله‌هایی که با موضوع مورد نظر ما ارتباط مستقیم داشت و قابل دریافت بود ۱۹ مورد بود. و این پژوهش‌ها بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵ انتشار یافته است.

## بحث و نتیجه گیری

براساس پژوهش انجام شده مشخص شد مشکلات حرکتی در کودکان با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی بیشتر در سه حیطة مهارت حرکتی درشت، مهارت حرکتی ظریف و مهارت‌های مربوط به تعادل و وضعیت بدن شیوه بالایی دارد. رشد مهارت حرکتی در کودکان با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی می‌تواند سازگاری فرد را در تمام حیطة‌های زندگی افزایش دهد. بنابراین پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزشی برای والدین و مربیان، احداث مراکز رشدی حرکتی برای کودکان بیش فعال فراهم شود و پیشنهاد انجام پژوهش در زمینه مهارت حرکتی کودکان بیش فعال به پژوهشگران علاقه‌مند، و برای آشنایی بیشتر افراد جامعه به احداث کتابخانه، چاپ بیشتر مقالات و کتاب‌ها در زمینه بیش فعالی فراهم شود.

## منابع

- ۱-افروز، غلامعلی ( ۱۳۸۱ ) روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی. تهران: انتشارات سمت
- ۲-افروز، غلامعلی ( ۱۳۸۷ ). جزوه درسی کودکان استثنایی. تهران: دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران
- ۳-علیزاده، حمید ( ۱۳۸۶ ). اختلال توجه و فزون کنشی. تهران: انتشارات رشد
- ۴-هاتفی، جمشید ( ۱۳۷۸ ). جزوه درسی کودکان ناسازگار. اصفهان: دانشکده علوم بهزیستی و توانبخشی

- 5) Lewis, A. (2007). Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. 3rd ed.
- 6) Kaplan, H, Sadocks, B. (2007). Synopsis of psychiatry. 9th Ed Lippincott Williams and Wilkins; 1675
- 7) Rasmussen, P. & Gillberg, C. (2000) Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at 2,3 age







## اوتیسم و درمان های زیستی آن

پدیدآورنده: نرگس ارغا  
nargha28@gmail.com  
شماره ۰۹۹۰۲۱۵۱۷۴۶  
زمستان ۹۷

### چکیده

برطبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم (DSM5)، اوتیسم، اختلالی است که بر روی طیف مشخص می‌شود و نقص عصبی رشدی است که در ارتباط اجتماعی و تعاملات اجتماعی دوجانبه و الگوها، نقص دارند وبا علایق، رفتارها و فعالیت‌های تکراری و محدود همراه است. به تعبیری دیگر، اختلال طیف اوتیسم یک شرایط مادام‌العمر است که با مشکلات فراگیر در روابط متقابل اجتماعی و ارتباطات، رفتارهای کلیشه‌ای و علایق محدود مشخص می‌شود. اگر این اختلال به موقع تشخیص داده شود می‌تواند سبب اجرای مداخله‌های زود هنگام و در نتیجه آن بهبود پیامدهای رشدی ایجاد می‌شود. هدف از ارائه این مقاله توصیف اختلال اوتیسم و شیوع و علل آن و همچنین درمان‌های زیستی این اختلال می‌باشد.

**کلمات کلیدی:** اوتیسم، درمان‌های زیستی



## مقدمه

واژه اوتیسم<sup>۱</sup> از لغت یونانی « اتو» به معنی « معطوف به خود»، گرفته شده است و به معنای در خودفرورفتن، درخودماندن و عدم توجه به جهان می‌باشد. اولین بار این لغت را یوگین بلولر ( ۱۹۳۹ - ۱۸۵۷) برای بیماران « روان گسیخته» در سال ۱۹۱۱ به کار برد. (بردیده، ۱۳۷۷). در متون و لغت نامه‌های روانشناختی و روانپزشکی فارسی برای واژه اوتیسم، معادل‌هایی نظیر « درخودماندگی» (منصور و همکاران، ۱۳۵۶)، « درخودکاوی» و «دل مشغولی» (بهرامی و معنوی، ۱۳۷۰) و « درخودماندگی» (براهنی و دیگران، ۱۳۶۸؛ دادستان، ۱۳۷۵) وضع شده است. با وجود اینکه اصطلاح اخیر در کشور مقبولیت بیشتری یافته، هنوز بسیاری از محققان و متخصصان بالینی واژه لاتین « اوتیسم» را به جای معادل فارسی آن ترجیح می‌دهند و آن را در گفتار و نوشتار خود به کار می‌بندند. (براهنی و دیگران، ۱۳۶۸، پورافکاری، ۱۳۷۳). کشف اختلال اوتیسم نسبتاً جدید است و نخستین کسی که آن را کشف کرد لئوکانر، در سال ۱۹۴۳ بود (گنجی، مهدی، ۱۳۸۸، ص ۱۷۰). در اواخر سال ۱۹۶۰، اوتیسم به عنوان یک سندرم مشخص پایه‌گذاری شد و از عقب‌ماندگی ذهنی، اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات رشد متمایز شد و همچنین بیان شد که الگوهای مداخله‌ای در برنامه‌های فعال در، درمان موثر است.

اختلال اوتیسم ناتوانی رشدی شدیدی است که در سه سال اول زندگی بروز می‌کند و نشانه‌های رفتاری آن، در هرده هزار تولد، در حدود ۲ تا ۴ مورد رخ می‌دهد و در پسران تقریباً ۴ برابر دختران می‌باشد. علت اصلی این اختلال ناشناخته است. وضعیت اقتصادی، اجتماعی، سبک زندگی و تحصیلات اجتماعی والدین در بروز اوتیسم نقش ندارد. این اختلال بر رشد طبیعی مغز، در حیطه تعاملات اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی تأثیر می‌گذارد. (قهرمانی، ۱۳۸۵).

انجمن ملی اوتیسم (۲۰۰۴) اوتیسم را به یک ناتوانی تحولی زیستی عصب شناختی - تعریف می‌کند که عموماً قبل از ۳ سالگی آشکار می‌شود. امروزه اوتیسم در زیر گروه اختلال‌های عصبی- رشدی و با نام اختلال طیف اوتیسم طبقه بندی شده است. اختلال طیف اوتیسم، نخستین بار در دوران کودکی ظاهر شده، نقص‌ها یا تاخیرات فراگیر را شامل شده و مشکلات ناشی از آن باعث ایجاد آسیب در عملکرد شخصی، اجتماعی و تحصیلی می‌گردند (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

---

۱. Autism(ASD)



در اوایل والدین کودک اوتیستیک متوجه می‌شوند که کودکشان صحبت کردن را شروع نکرده و مانند دیگر کودکان هم سنش رفتار نمی‌کند. اما اینگونه که کودک مانند سایر کودکان و در سن آن‌ها شروع به صحبت کند و بعد مهارت‌های کلامی خود را از دست دهد، نیز ممکن است ، اتفاق بیفتد. علایم اوتیسم شامل:

\* اصلا صحبت نمی‌کنند و در یادگیری آن تاخیر دارند .  
\* ممکن است به نظر برسد که کودک ناشنوا است حتی اگر آزمایش شنوایی سنجی را انجام داده و نتایج آزمایش نرمال باشد .

\* انواع رفتارها، علایق و بازی‌های تکراری .  
\* در گفتن اسم، برقراری ارتباط چشمی ناتوانی دارد، از نوازش شدن و بغل شدن، اجتناب می‌کند و یا کمک نخواستن از دیگران.

\* ناتوانی در شروع مکالمه و صحبت با دیگران و یا عدم توانایی در حفظ مکالمات.

\* به نور، صدا و یا لمس شدن حساس هستند و در عین حال به درد بی‌توجه هستند.

\* عادات عجیب غذایی

\* رفتار خودزنی مانند کوبیدن سر به زمین یا دیوار و یا با دست‌ها .

این کودکان در رفتار با دیگران مشکل دارند. هنگامی که این کودکان بزرگتر می‌شوند بعضی از آن‌ها ممکن است بیشتر علاقه ارتباط با دیگران داشته و کمتر دچار پریشانی شوند . بعضی دیگر تقریباً سبک زندگی نزدیک به سبک زندگی سالم و عادی دارند. با این وجود سایر این کودکان بازم در مهارت‌های زبانی و اجتماعی دچار مشکل بوده و دوران نوجوانی و بلوغشان بیماری آن‌ها را شدیدتر می‌کند . تعداد اندکی از کودکان مبتلا به اوتیسم به صورت بالقوه توانایی‌های بالایی داشته و مهارت‌های قابل توجهی در بعضی از مهارت‌های خاص مانند هنر، موسیقی و یا ریاضی از خود نشان می‌دهند.

طبق آمار جهانی، نرخ شیوع کودکان به اختلالات طیف اوتیسم حدود ۱ تا ۵ / ۲ درصد می‌باشد (اسلامی، بابکی، ایرانپور، ۲۰۱۵). تحقیقات اخیر، نرخ شیوع اختلال طیف اوتیسم را تقریباً ۱ در ۶۸ کودک ۸ ساله در آمریکا عنوان نموده است. شایع‌ترین سن شروع علایم ۱۲ تا ۱۸ ماهگی است. پژوهش‌ها نشان دهنده این هستند که شیوع این اختلال در پسران حدود چهار یا پنج برابر بیشتر از دختران است به این صورت که از هر ۴۲ کودک پسر یک نفر و از هر ۱۸۹ کودک دختر یک نفر مبتلا به اختلال طیف اوتیسم است.



این اختلال در تمام گروه‌های نژادی، قومی، اجتماعی و اقتصادی دیده شده است. طبق مطالعه‌ای که در کره جنوبی انجام شد، شیوع اختلال طیف اوتیسم حدود ۲/۶ درصد گزارش گردید. به طور میانگین شیوع اختلال طیف اوتیسم در آسیا، اروپا و آمریکای شمالی یک درصد برآورد می‌شود ( کیم، لونسال و کوه<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱، وینگیت، کربی و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴).

پیش آگهی دراز مدت اختلال طیف اوتیسم به طور معمول ضعیف است. تعداد کمی از کودکانی که به عنوان بیمار اوتیسمی تشخیص داده شده‌اند، در بزرگسالی می‌توانند به طور مستقل زندگی کنند و اغلب با والدین خود یا در جامعه‌های تحت سرپرستی به سر می‌برند. گردش‌های اجتماعی آن‌ها خود مختار نیست و به وسیله دیگران سازماندهی می‌شود. بیشتر بزرگسالان مبتلا به اوتیسم بیکار هستند و یا در مشاغلی که نیاز به مهارت ندارند. حتی بیشتر بزرگسالان اوتیستیک که دارای کارکرد خوب هستند، به طور معمول موقعیت‌های نیمه ماهرانه را می‌پذیرند. معمولاً دوستان کمی دارند و کمتر از ۵ درصد آن‌ها ازدواج می‌کنند ( نظیر، گزیدین<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲).

تا کنون هیچ علت مشخصی برای اوتیسم کشف نشده است. در اوایل قرن بیستم نخستین فرضیه‌ها درباره‌ی علل این اختلال، علت اصلی را رفتار خانواده‌ها عنوان می‌کردند. اینگونه بیان شده است که رفتار سرد و طردکننده‌ی والدین باعث نشان دادن رفتارهای اوتیسمی کودکان می‌شود. مادرانی که در اصطلاح به آن‌ها مادران یخچالی گفته می‌شد، شیوه تربیتی آن‌ها بی‌توجهی است که این باعث عقب نشینی کودکانشان به درون خود می‌شود. در آن دوره برای درمان این اختلال پیشنهاد شده بود که والدین مهربان‌تر باشند و کودکان خود را بیشتر بپذیرند. با آغاز دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، پژوهشگران به چالش نظریه‌های موجود در رابطه با علت ایجاد اوتیسم پرداختند. در سال ۱۹۶۴ برای اولین بار مطرح شد که اوتیسم احتمالاً باید علت عصبی داشته باشد. داده‌های تجربی نیز نشان دادند که اوتیسم معلول تربیت خشک یا طردکننده نیست و در واقع بسیاری از والدین کودکان اوتیستیک به رشد و مراقبت کودکان خود بسیار علاقه‌مند بوده‌اند.

---

۲. Kim, Leventhal& koh

۳. Kirby& Wingate at al

۴. Nazeer& Ghaziuddin



متأسفانه بسیاری از والدین پذیرفته‌اند که به گونه‌ای مسئول داشتن یک کودک دچار اوتیسم هستند. امروزه نظریه‌های جدید که پای ژنتیک و رشد عصبی را به میان کشیده‌اند به تدریج برخی از این برداشت‌ها را کاهش داده است ( آمیهیسی، استیفانچی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳، بلک، کروت ول<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳).

تحقیقات همواره نشان می‌دهند که اوتیسم یک بخش ارثی نیرومند دارد. اگر یکی از دو قلوهای یک تخمکی مبتلا به اوتیسم باشد، آن دیگری هم ۳۰ تا ۹۰ درصد احتمال ابتلا به این اختلال را دارد. پژوهشگران ژنتیک رفتاری تلاش می‌کنند ژن‌هایی که در ابتلا به اوتیسم نقش دارند را تعیین کنند. پژوهشگران کشف کردند که در این اختلال ناهنجاری کروموزوم شماره ۱۱ بیشتر دیده می‌شود. علاوه بر این، برخی افراد مبتلا به اوتیسم فاقد ژن خاص نوروکسین<sup>۷</sup> هستند. این ژن، تولیدکننده پروتئینی است که برای رشد اولیه مغز و ارتباطات عصبی اهمیت دارد. زیر بنای ایجاد این اختلال ممکن است ناهنجاری یا نبود ژن نوروکسین ۱ باشد (ویس<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). همچنین در دختران مبتلا به اوتیسم احتمال اختلال در ژن کدکننده پروتئین کاتنین (CTNND2)<sup>۹</sup> وجود دارد. (ترنر، شارما، اوه و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵) پژوهشگران ژن‌های شناخته شده در ارتباط با اوتیسم را در سه گروه؛ ژن‌هایی که در تشکیل و فعالیت سیناپسی سلول‌های عصبی دخیل هستند، ژن‌هایی که در فرآیند ترانس کریپتاسیون (رابیس، گلدبرگ<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۴)، نقش دارند و ژن‌های کروماتینی طبقه بندی می‌کنند (لوسیفو، ساندرز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۴).

تحقیقات نشان می‌دهند که عملکرد غیر عادی مغز باعث ایجاد حالات اوتیسم می‌شود. اسکن‌های مغزی در بعضی موارد نشان داده است که مغز کودکان اوتیستیک از نظر اندازه و ساختار با مغز کودکان سالم متفاوت است. کودکان مبتلا به اوتیسم بیشتر ماکروسفالی دارند.

۵. Amihaesei & Stefanachi

۶. Blake & Crotwell

۷. Neurexin1

۸. Wass

۹. Catenin (cadherin-associated protein), delta 2

۱۰. Turner, Sharma, oh

۱۱. Rubeis & Goldberg

۱۲. Lossifov & Sanders



در یک دوره‌ی زمانی تراکم سیناپسی بسیار کمتری را در برخی مناطق مغز و تراکم سیناپسی بسیار زیادی را در سایر مناطق مغز نشان می‌دهند. این توزیع غیرعادی در تراکم سیناپسی مغز ممکن است ناشی از عدم رشد تکاملی مغز افراد مبتلا به اوتیسم باشد. پیش از تولد و در طول کودکی مغز با تشکیل ارتباطات عصبی تازه و انباشت نورون‌ها به رشد قابل توجهی می‌رسد. در سال‌های پس از آن ارتباطات عصبی با فعالیت بالا، تقویت می‌شوند. درحالی‌که ارتباطات عصبی با فعالیت کمتر، غیر فعال شده یا از بین می‌روند. این فرآیند که کاهش عصبی نامیده می‌شود یک روند طبیعی است و به مغز امکان می‌دهد که کارآمدتر عمل نماید. کاهش سیناپسی ممکن است در میان افراد مبتلا به اوتیسم درست رخ ندهد.

مغز این کودکان ممکن است ارتباطات عصبی زیادی را در مناطقی حفظ کند که مورد نیاز نیست و ارتباطات عصبی کمتری را در مناطقی حفظ کند که زیاد به کار می‌روند (کانتی، کالدرونی<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۵، کنراد، ایخوف<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۰).

یکی از علت‌های دیگر ساختار و عملکرد مغزی است. تصویربرداری از مغز و تحقیقات عصب شناختی نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اوتیسم بیشتر ناهنجاری‌هایی را در ساختار و کارکرد برخی نواحی مغز نشان می‌دهند. سه منطقه مغزی مهم در این باره عبارت‌اند از: آمیگدال<sup>۱۵</sup>، شکنج فوزیفرم<sup>۱۶</sup> و بخش‌هایی از قشر پره فرونتال.

این مناطق در ادراک، پردازش و پاسخ‌دهی به اطلاعات اجتماعی نقش‌های مهمی بازی می‌کنند پژوهش‌های تصویربرداری عصبی نشان می‌دهند که وقتی افراد سالم اطلاعات اجتماعی را پردازش می‌کنند، این سه منطقه فعال می‌شود. این موضوع برخی پژوهشگران را وادار کرده است تا معتقد باشند که قشر پره فرونتال، آمیگدال، قسم نهایی از دستگاه لیمبیک و شکنج فوزیفرم، نوعی مغز اجتماعی را تشکیل می‌دهند که مسئول پردازش اطلاعات اجتماعی است. کارکرد ناهنجار شبکه عصبی مغز اجتماعی ممکن است اساس بسیاری از آسیب‌های روانی و رفتاری باشد که افراد مبتلا به، طیف اوتیسم از خود نشان می‌دهند (لیستون، مالتر، تسلوویچ و همکاران<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۱).

---

۱۳. Conti & Calderoni

۱۴. Konrad & Eickhoff

۱۵. Amygdala

۱۶. Fusiform sulcus

۱۷. Liston, Malter, Teslovich



تحقیقات نشان داده‌اند که تشخیص زودهنگام اوتیسم در درمان و بهبود وضعیت کودکان مبتلا بسیار مؤثر است. هر چقدر زودتر بتوان این اختلال را تشخیص داد، زودتر هم می‌شود از برنامه‌های درمانی برای کمک به این کودکان استفاده کرد. در حالی که هنوز درمان مشخصی برای اوتیسم پیدا نشده است ولی روش‌های درمانی مناسبی وجود دارند که به وسیله آن‌ها می‌توان به این کودکان کمک کرد تا از توانایی‌های بیشتری بهره‌مند شده و حتی نمونه‌هایی نیز از بهبود کامل دیده شده است. این روش‌های درمانی علاوه بر این که کمک می‌کنند تا رفتارهای اختلالی کودک کم شوند، همچنین کارهای مستقل را به کودک می‌آموزند تا کودک بتواند به تنهایی نیازهای خود را برآورده و به تدریج زندگی عادی داشته باشد. در درمان کودکان اوتیستیک باید حتماً این نکته را در نظر گرفت که روش درمان هر کودکی باید متناسب با توانایی‌ها و شدت اختلالات او برنامه ریزی شود. درمان‌هایی که حول محور کودک اوتیسم قرار دارد، شامل ۱- خود کودک ۲- والدین او و ۳- متخصصان درمانگراست ( بهبهانی، کریمی مریدانی، - ۱۳۹۴ ).

### انواع درمان‌های زیست - عصبی اوتیسم:

\* **دارو درمانی:** داروهای مورد استفاده در این اختلال آنتی سایکوتیک‌ها، داروهای آنتاگونیست گیرنده دوپامین بیشترین داروهایی هستند که در درمان کودکان اوتیستیک مورد مطالعه قرار گرفتند. این داروها با دوزهای پایین رفتارهای کلیشه‌ای و بی‌قراری کودکان اوتیسم را کاهش می‌دهد. برخی یافته‌ها نشانگر این است که ترکیب این داروها با رفتار درمانی موثرتر از به تنهایی استفاده کردن هر کدام از این داروها است. از دیگر داروهای مورد استفاده، نورولپتیک‌های قوی مثل متیل فنیدیت، لیتیم، کاربامازپین، کلوپرامین، هالوپریدول، کلونیدین و مهارکننده‌های اختصاصی گیرنده‌ای سروتونین است. (بهبهانی، کریمی مریدانی، ۱۳۹۴)

\* **رژیم غذایی:** استفاده از رژیم غذایی فاقد گلوتین و کازئین یکی از درمان‌هایی است که اکثر والدین به کار می‌برند. گلوتین بیشتر در دانه‌های غلات مثل گندم، ذرت و جو یافت می‌شوند. کازئین، پروتئین اصلی شیر است. از آن جهت که این مواد در بسیاری از غذاها وجود دارد رعایت این رژیم برای خانواده کار بسیار دشواری است.





برخی والدین فکر می کنند مکمل غذایی که برای کودکان مفید است ویتامین B6 است که همراه با منیزیم داده می شود.

می توان گفت یکی از بیشترین ویتامین های مورد استفاده برای کودکان مبتلا به اوتیسم، ویتامین B است. این ویتامین موثر در ساختن آنزیم هایی که مغز برای فعالیت خود به آن ها احتیاج دارد است. در ۱۸ تحقیقی که در مورد این ویتامین انجام شده است نشان داده شده است که حدود نیمی از کودکانی که این ویتامین در رژیم غذایی آن ها بیشتر شده بود، تأثیرات مثبتی در آن ها به وجود آمده بود که این تأثیرات شامل بهبود رفتار، بهبود تماس چشمی، توجه بیشتر و افزایش توانایی یادگیری در این کودکان بود.

**\* درمان با شلاتورها:** موادی هستند که با اتصال به فلزات سنگین و یون هایی که دارای خاصیت سمی هستند باعث کاهش اثرات خطرناک آن ها می شوند. یکی از این مواد به نام TTFD مشخص شده است که دارای اثرات بالینی سودبخشی در درمان بیماران اوتیسم است. ( بهبهانی، کریمی مریدانی، ۱۳۹۴ )

**\* درمان با اکسیژن فشار بالا:** در این درمان از اکسیژن فشار بالا استفاده می کنند که می توان بر جریان خون کاهش یافته در برخی اعضا با افزایش فشار اکسیژن کمک کرد. ثابت شده است که درمان می تواند سبب بهبود برخی علائم اوتیسم شود. ( بهبهانی، کریمی مریدانی، ۱۳۹۴ )

**\* درمان با سلول های بنیادی:** سلول های بنیادی مزانشیمی و سلول های خون ساز خون بندناف برای درمان کودکان اوتیسم در برخی مطالعات پیشنهاد شده اند. ( بهبهانی، کریمی مریدانی، ۱۳۹۴ )

## منابع

- ۱- بردیده، محمدرضا. اوتیسم و اختلالات شبه اوتیستیک. شیراز: نشر ساسان. ۱۳۷۷
- ۲- براهنی، محمدنقی، باطنی، محمدرضا، سیف، علی اکبر و دیگران. واژه نامه روانشناسی و زمینه های وابسته. تهران: فرهنگ معاصر. ۱۳۶۸
- ۳- بهبهانی، سرور، کریمی مریدانی، محمد. بیماری اوتیسم، از تشخیص تا درمان. مجله مهندسی پزشکی. شماره ۱۴. ۱۳۹۴



- ۴- بهرامی، غلامرضا، معنوی، عزالدین. فرهنگ لغات و اصطلاحات چهارزبانه روانپزشکی. انتشارات دانشگاه تهران. ۱۳۷۰
- ۵- پورافکاری، نصرت اله. فرهنگ جامع روانشناسی روانپزشکی. تهران: فرهنگ معاصر. ۱۳۷۳
- ۶- دادستان، پری رخ. روانشناسی مرضی تحولی. تهران: ژرف. ۱۳۷۵
- ۷- قهرمانی، مریم. اوتیسم یا درخودماندگی. نشریه: تعلیم و تربیت استثنایی، تهران، بهمن و اسفند، شماره های ۶۳ - ۶۲. ۱۳۸۵
- ۸- گنجی، مهدی. آموزش و پرورش کودکان استثنایی، تهران: نشر ساوالان. ۱۳۸۸

9-American Psychiatric Association. (2013). Highlights of Changes from DSM- to DSM-5. American Psychiatric Publishing. 1-19.

10. Amihaesei IC, Stefanachi E. Autism, an overwhelming condition: history, etiopathogenesis, types, diagnosis, therapy and prognosis. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 2013; 117(3): 654-61.

11. Blake J, Hoyme HE, Crotwell PL. A brief history of autism, the autism/vaccine hypothesis and a review of the genetic basis of autism spectrum disorders. S D Med. 2013; Spec no: 58-65.

12. Cherkasova MV, Hechtman L. Neuroimaging in attention-deficit hyperactivity disorder: beyond the frontostriatal circuitry. Can J Psychiatry. 2009; 54(10): 651-64.

13. Conti E, Calderoni S, Marchi V, Muratori F, Cioni G, Guzzetta A. The first 1000 days of the autistic brain: a systematic review of diffusion imaging studies. Front Hum Neurosci. 2015; 9; 159: 1-8. doi: 10.3389/ fnhum.2015.00159.

14. De Rubeis S, He X, Goldberg AP, Poultney CS, Samocha K, Cicek AE, et al. Synaptic, transcriptional and chromatin genes disrupted in autism. Nature. 2014; 515(7526): 209-15.

15. Iossifov I, O'Roak BJ, Sanders SJ, Ronemus M, Krumm N, Levy D, et al. The contribution of de novo coding mutations to autism spectrum disorder. Nature. 2014; 515(7526): 216-21.



16. Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ, Fombonne E, Laska E, Lim EC, et al. Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *Am J Psychiatry*. 2011; 168(9): 904-12.
17. Konrad K, Eickhoff SB. Is the ADHD brain wired differently? A review on structural and functional connectivity in attention deficit hyperactivity disorder. *Hum Brain Mapp*. 2010; 31(6): 904-16.
18. Liston C, Malter Cohen M, Teslovich T, Levenson D, Casey BJ. Atypical prefrontal connectivity in attention deficit/hyperactivity disorder: pathway to disease or pathological end point? *Biol Psychiatry*. 2011; 69(12): 1168-77.
19. Muhle R, Trentacoste SV, Rapin I. The genetics of autism. *Pediatrics*. 2004; 113(5): e472-86.
20. Nazeer A, Ghaziuddin M. Autism spectrum disorders: clinical features and diagnosis. *Pediatr Clin North Am*. 2012; 59(1): 19-25.
21. Sandin S, Lichtenstein P, Kuja-Halkola R, Larsson H, Hultman CM, Reichenberg A. The familial risk of autism. *Jama*. 2014; 311(17): 1770-7.
22. Turner TN, Sharma K, Oh EC, Liu YP, Collins RL, Sosa MX, et al. Loss of delta-catenin function in severe autism. *Nature*. 2015; 520(7545): 51-6.
23. Weiss LA. Autism genetics: emerging data from genome-wide copy-number and single nucleotide polymorphism scans. *Expert Rev Mol Diagn*. 2009; 9(8): 795-803.
24. Wingate M, Kirby RS, Pettygrove S, Cunniff C, Schulz E, Ghosh T. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *MMWR Surveill Summ*. 2014; 63(SS02): 1-21.\_\_\_\_



## قصه درمانی و مبانی آن

نرگس انسانی مهر

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه تهران

Mehr.narges@ut.ac.ir

لاله انسانی مهر

دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه خوارزمی

Laleh75.ensani@gmail.com

### چکیده

در این پژوهش که به شیوه مروری انجام شد به بررسی قصه درمانی و مبانی مرتبط با آن پرداخته شد و برای انجام این پژوهش از تازه‌ترین و بهترین یافته‌های داخلی و خارجی از جمله کتاب‌ها و مقالات مختلف استفاده شد. قصه درمانی و مبانی آن در چند بخش مجزا توضیح داده شد از جمله پیشینه، اهمیت و فنون و کاربردهای درمانی بررسی شد. در پایان خلاصه‌ای از بحث و هم‌چنین پیشنهادها برای پژوهش‌های آتی داده شد.

**واژگان کلیدی:** قصه درمانی، فنون قصه درمانی، پیشینه قصه درمانی، قصه‌گویی



## مقدمه

زمانی که کودک قصه ای را می‌خواند خود را به جای قهرمان آن قصه می‌گذارد بنابراین یکی از ویژگی‌های قصه باید آن باشد که قهرمان قصه خواه انسان خواه پری یا حیوان به تنهایی از شایستگی‌های لازم برای عبور از موانعی که بر سر راه او قرار گرفته برخوردار باشد. حوادث قصه باید مرتبط با یکدیگر باشد و در مخاطب تصویرهای ذهنی قوی ایجاد کند. زبان داستان باید ساده باشد تا کودک را قادر به فهم و تقلید از آن گردد. از آنجا که کودکان بیشتر به محسوسات توجه دارند. تمام داستان می‌بایست درباره امور و مسایل محسوس باشد نه امور معقول و معنوی که از تصور آنان به دور است. داستان باید قادر باشد خاطره‌ها افکار اطلاعات و تجربه‌های مفید را به کودکان الهام کند و تجربه‌های تازه ای در اختیار آن‌ها قرار دهد و سرانجام اینکه داستان باید دارای رنگ عاطفی باشد و هیجان‌های متعددی را در شنونده برانگیزد. کودک قصه‌ای را می‌پسندد که در آن معمایی حل شدنی مطرح شده و نیازمند راه حل باشد. مشکلی رفع شدنی یا هدفی دست نیافتنی مطرح شده باشد. در ضمن عنوان نیز در قصه کودکان نقش مهمی را ایفا می‌کند (شعاری نژاد، ۱۳۸۷). در قصه، معمولاً، کودک با شخصیت داستان همزاد پنداری می‌کند و با فرضیه سازی و ارائه راه حل‌های مختلف برای حل چالش شخصیت داستان، مهارت حل مسأله خود را رشد می‌دهد (اصغری نکاح، ۱۳۸۲). سرانجام کودک با درک رابطه بین موضوع قصه و موضوع زندگی خود می‌تواند مستقیماً در مورد مسایل خود فکر کند و برای آن‌ها راه حلی بیابد (گلدارد و گلدارد، ارجمندی، ۱۳۸۹). اما در فرآیند قصه درمانی، به منظور این که تجربیات فرد به طور کامل تحت پوشش قرار گیرد، قصه باید بر سه فعالیت ارزشیابی مجدد، نسبت دادن معنا و وحدت دادن به تجربیات متمرکز شود. این که ورود جنبه‌های جدید داستان چگونه معنای نسبت داده شده به وقایع را تغییر می‌دهد و به تغییر تصور فرد از خود، اولویت‌ها و ارتباط‌ها منجر می‌شود نیز مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است (Peterson & etal, ۲۰۰۵). تأثیر داستان بر رشد کودکان به دلیل در برگرفتن استعاره‌ها و طرحواره‌ها و تمهید فرآیندهای رشد بسیار پیچیده است (Friedberg & Wilt, ۲۰۱۰) نتیجه کودکان می‌توانند به صورت فراکنانه بر پریشانی‌های هیجانی خود کار کنند (Van De Voorde, ۲۰۰۹).



## تعریف قصه گویی

قصه گویی، عبارت است از هنر یا حرفه نقل داستان به صورت شعر یا نثر که شخص قصه گو آن را در برابر شنونده‌ی زنده اجرا می‌کند. داستان‌هایی که نقل می‌شود، می‌تواند به صورت گفتگو، ترانه، آواز با موسیقی یا بدون آن، با تصویر و سایر ابزارهای همراهی باشد. ممکن است از منابع شفاهی، چاپی یا ضبط مکانیکی استفاده شود و یکی از اهداف آن بایستی سرگرمی باشد. در روزگاران کهن، تاریخ سنت‌ها، مذهب، آداب قهرمانی‌ها و غرور قومی به وسیله قصه‌گوها از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شد (حجازی، ۱۳۹۴). یکی از قدیمی‌ترین گفته‌ها درباره قصه کودکان، سخن افلاطون در کتاب جمهوری است که این چنین به بیان اهمیت قصه برای کودکان می‌پردازد: باید پرستاران و مادران را وادار کنیم که فقط حکایت‌هایی را که پذیرفته‌ایم، برای کودکان نقل کنند و متوجه باشند که پرورشی که روح اطفال به وسیله حکایات حاصل می‌کنند، به مراتب بیش از تربیتی است که جسم آنها به وسیله ورزش پیدا می‌کند (رحماندوست، ۱۳۸۹).

## کاربردها و تأثیرهای قصه

بیان قصه و نیز گوش فرادادن به آن کودکان را به بهره‌گیری از تخیلاتشان تشویق می‌کند. این تخیل قوی می‌تواند اعتماد به نفس و انگیزش شخصی را در کودکان افزایش دهد زیرا آنان خود را برای نیل به امیال و آرزوهایشان شایسته و توانا تصور می‌کنند. قصه‌ها می‌توانند از نظر تربیت اجتماعی، عاطفی و اخلاقی نیز موثر واقع شوند و بسیاری از مقررات و هنجارهای اجتماعی و دستورات عمل‌های زندگی را منتقل نمایند. چگونگی روبه‌رو شدن با مشکل‌ها حل آن‌ها و بسیاری از الگوهای رفتاری در گروه‌ها و طبقه‌های مختلف اجتماعی و سنی را در قصه‌ها بیان می‌کنند (Dwivedi, ۲۰۱۰). کسب دانش و اطلاعات گوناگون به شیوه‌ای گیرا و غیرمستقیم تأثیرپذیری از شخصیت‌های قصه تقویت قدرت فهم و بیان پرورش خلاقیت آموزش زبان و افزایش گنجینه واژگان کودکان نیز از دیگر تأثیرهای آموزشی و تربیتی قصه به شمار می‌روند (شعاری نژاد، ۱۳۸۷). قصه‌ها ابزار منحصر به فردی برای درمان هستند و برای افراد تمام گروه‌های سنی به کار می‌روند.



در واقع قصه، خلاقیت گسترده‌ای است که با آن هر فردی می‌تواند عقاید به ظاهر نامعقول را بازیابی، آن‌ها را جایگزین و استفاده سازنده از آن‌ها را مطرح کند. (Dwivedi, 2010)، نسبت به اهمیت تفسیر محتوای ناخودآگاه قصه‌ها در کار با کودکان هشدار می‌دهد. اگر والدین یا درمانگران قادر به فهم افکار سری کودک یا شناسایی احساس‌های پنهان او (البته قبل از اطلاع کودک از آن‌ها) باشند. هر اندازه تفسیرهای انجام شده نیز درست باشند باز این فرصت از کودک گرفته می‌شود که خود از طریق شنیدن پی در پی قصه و تفکر درباره آن به احساس رویارویی موفقیت‌آمیز با مشکل خود دست یابد (Dwivedi, 2010).

### پیشینه و جایگاه کاربرد قصه

از آنجا که قصه طبیعتی ادبی دارد و کاربردهای ثانویه، آموزشی، تربیتی و درمانی پیدا کرده است؛ لذا می‌توان سابقه موضوع را در فرهنگ‌های مختلف از جمله فرهنگ ایران جست و جو کرد و ریشه‌های آن را می‌توان در گذشته‌ها و از میان افسانه‌ها و قصه‌های کهن پیدا نمود.

در کشورهای اسلامی بیمارستان‌هایی در گذشته وجود داشته‌اند که از این شیوه بهره برده‌اند. برای مثال در بیمارستان منصوری که سلطان قلادون احداث کرد غیر از وسایل و امکاناتی که به منظور تفریح یا استفاده بیماران مختلف حاضر بود و به بیمارانی که مبتلا به بی‌خوابی بودند هم موسیقی ملایم عرضه می‌شد و هم قصه‌های قصه‌گویان (زرین کوب، ۱۳۹۳). در غرب مبتکر این شیوه درمانی را اریکسون (نابغه روان‌پزشکی و هیپنوتیزم درمانی) دانسته‌اند. به همین علت در مواردی به قصه درمانی، اریکسون درمانی هم گفته‌اند. روش اریکسون (۱۹۸۰) استفاده از قصه و قصه‌سازی در جلسات روان‌درمانی و تدریس است. وی به خاطر باور عمیق به ناخودآگاه انسان و گنجینه‌های سرشار در آن از قصه استفاده می‌کرد. شروودز (۱۹۴۹) در رساله‌اش متونی که برای کتاب درمانی مناسب است را به دو گروه تقسیم می‌کند: گروه اول متون آموزشی و تحلیلی است که آموزش مستقیم می‌دهد و موجب تغییر رفتار می‌شود و دوم ادبیات تخیلی (شعر - داستان - نمایشنامه) است.



به عقیده او این متون توانمندی بیشتری برای تغییر نگرش و اصلاح رفتار فرد دارد. روان‌شناسان به طریق گوناگون از داستان‌خوانی و قصه‌گویی برای کمک به کودکان بهره می‌گیرند. برخی از شناخت احساسات کودکان و با هدف درمان مشکلات رفتاری و روان‌شناختی آنان، برخی برای غنا بخشیدن به تدریس مواد آموزشی در مدارس و لذت‌بخش کردن آن و گروهی دیگر برای پرورش خلاقیت در کودکان استفاده می‌کنند. گروهی دیگر از روانشناسان که قصه‌گویی را در خدمت آموزش قرار می‌دهند اعتقاد دارند که تصور و تخیل کودکان، قوی‌ترین ابزار آموزشی هستند. اثرات تخیل در کارها و بازی‌ها و به ویژه در داستان‌ها خصوصاً داستان‌های خیالی کودکان به روشنی مشاهده می‌شود (شعبانی، ۱۳۹۰). داستان‌گویی یکی از مناسب‌ترین فنون برای درونی‌سازی تغییر است. بدون اینکه لازم باشد کودک بینش یا فهم خود را راجع به چگونگی وقوع تغییرات به زبان بیاورد (طهوریان، ۱۳۸۹).

### شیوه‌های قصه‌گویی

در کار با کودک می‌توان از قصه‌ها به روش‌های مختلف استفاده کرد. گاه می‌توان کودک را به ارایه یک قصه یا نوشتن قصه زندگی اش ترغیب کرده و گاه درمانگر می‌تواند خودش نقش قصه را ایفا کرده و داستانی را تعریف نماید (Dwivedi, ۲۰۱۰). به عنوان نمونه یکی از موارد کاربرد قصه موقعیت داغ دیدگی است و قصه‌گویی در چنین موقعیتی روش مفید و درستی برای تسکین درد و آسیب احتمالی ناشی از داغ‌دیدگی است. قصه‌ها برای انکار فرآیندهای سوگ در نظر گرفته بلکه برای یاری رساندن به کودکان برای گذر از فرآیندهای مذکور مدنظر قرار می‌گیرد (Dwivedi, ۲۰۱۰). یکی دیگر از روش‌های قصه‌گویی بیان گروهی قصه است. قصه‌گویی به مفهوم درمانی آن مستلزم چیزی بیش از بیان ساده قصه است، در این روش کودکان قصه‌ای تازه را خلق و برای گروه بیان می‌کنند. در این قصه‌ها باید بیشتر از عمل شخصیت‌ها بر روی عواطف شخصیت‌ها تاکید شود. نقش قصه‌گو مشاوره با افراد گروه است و در حالی که کودکان قصه را می‌گویند قصه‌گو باید کودکان را برای قرار گرفتن به جای شخصیت‌های قصه و درک چگونگی احساس آن‌ها در شرایط موجود ترغیب کند. رفتار قصه‌گو طی این دوره باید مثبت و حمایت‌کننده باشد.





## قصه‌گویی برای کودکان با نیازهای ویژه

قصه به روش‌های متفاوتی ارائه می‌گردد نحوه ارائه قصه‌ها در نتیجه آن تاثیر دارد یکی از این روش‌ها ترکیبی از ارائه شفاهی و تصویری است و این روش ترکیبی نتیجه بهتری نسبت به اجرای این دو روش به تنهایی دارد. (Schneider & Dubé, ۲۰۰۵) بسیاری از مباحث در رابطه با مرگ، اندوه، احساس گناه و فقدان، نقش قصه را در مقابله با این فرآیندهای بنیادی نشان می‌دهند وجود قصه‌های التیام بخش قومی در طول سالها ارزش قصه را برای مقابله و بهبودی تایید می‌کند (Thompson, ۲۰۰۵). برای بسیاری از کودکان با نیازهای ویژه، کودکان ناتوان از نظر ذهنی بینایی شنوایی معلول جسمی دارای بیماری‌های مزمن و اختلال عاطفی نیز می‌توان جلسه‌های قصه‌گویی تشکیل داد. فردی که برای این دسته از کودکان قصه می‌گوید باید ویژگی‌هایی برتر از یک قصه‌گوی خوب را داشته باشد. در قصه‌گویی برای کودکان با ناتوانی هوشی باید به این نکته توجه داشت که توانایی خیال‌پردازی آنان کمتر از سایر کودکان است. به طوری که در فهم مفاهیم مجرد با مشکل روبه‌رو هستند. آن‌ها از داستان‌هایی ساده درباره حیوانات و چیزهای شناخته شده لذت می‌برند. در گذشته در انتخاب قصه برای کودکان با ناتوانی‌های یادگیری بر ایجاز و عینیت تاکید می‌شد. قصه‌گویی برای کودکان نابینا و نیمه‌بینا تا حدود زیادی به داستان‌سرایی برای کودکان بینا شباهت دارد اما از آنجا که حالت‌های چهره و حرکات‌های بدنی به شنوندگان انتقال نمی‌یابد کیفیت صدای قصه‌گو و واژه‌هایی که برمی‌گزینند بسیار مهم است. قصه‌گویی برای کودکانی که نقص شنوایی دارند به فنون بسیار خاصی نیازمند است. نمایش‌ها و کتاب‌های تصویری درک مفهوم را برای کودک می‌سازد و همچنین در مورد این کودکان لازم است از حالت‌های چهره و حرکات‌های بدن استفاده بیشتری کرد و قصه را با آهنگی ملایم برای آنان بازگو نمود. به عنوان مثال برای کودکی با مشکل شنوایی می‌توان قصه‌ای تعریف کرد که یک شخصیت کم‌شنوای شرایط زندگی کم‌شنوایی خود را می‌پذیرد و از دیگر حواس بدن خود برای زندگی و کسب موفقیت استفاده می‌کند (Dwivedi, ۲۰۱۰).



## اهمیت قصه‌گویی

اهمیت قصه‌گویی و قصه موضوعی نیست که فقط در زمان ما مورد توجه قرار گرفته باشد در بسیاری از متون ادبی کهن مطالب و اشاره‌هایی هست که نشان می‌دهد قصه‌گویی به عنوان یک برنامه آرامش‌بخش و تأمین‌کننده، بهداشت روانی از قرن‌ها پیش مورد توجه قرار گرفته است. بی.اف. اسکینر<sup>۱</sup> که روانشناس رفتاری است می‌گوید قصه‌گویی می‌تواند احترام و اتکای نفس را برای افرادی که به سنین میانسالی می‌رسند به ارمغان آورد. بتلهایم در این باره می‌نویسد در طول بخش عمده‌ای از تاریخ بشر، زندگی مصنوعی کودک، پس از تجربه‌های نخستین در چارچوب خانواده، متکی بر اسطوره‌ها و قصه‌های دینی و افسانه‌های جن و پری بوده است. این ادبیات باعث تقویت قوه تخیل کودک و تحریک خیال پروری او می‌شده و بعلاوه، عامل مهمی در تربیت اجتماعی کودک به شمار می‌رفته است. اسطوره‌ها و افسانه‌های دینی نقش عمده‌ای در بالا بردن سطح اندیشه کودک و تعیین آرمان‌های اجتماعی که هر کودک ممکن است خود را با الگوی آن همانند سازد، به عهده داشته‌اند (نامداری، ۱۳۸۷). گلدارد و گلدارد (۲۰۰۷) در پژوهشی از قصه‌ها برای مشاهده کودکان بهره گرفته‌اند، آنها عنوان کرده‌اند که قصه‌ها با اهداف آموزشی، به کودکان کمک می‌کنند که آنها رفتارهای جدید و صمیمی را یاد بگیرند و به تغییر و اصلاح رفتارهای از پیش آموخته شده، پردازند. قصه‌گویی نسبت به آموزش مستقیم، جالب‌تر و لذت‌بخش‌تر است و در نتیجه توجه کودک را بیشتر و بهتر متمرکز می‌نماید، تنش فضای آموزشی و درمانی و نگرانی از نحوه عملکرد را به دنبال ندارد و از آن‌جا که کودک در جریان قصه، به کشف موقعیت مشکل و انتخاب راه‌حل می‌پردازد، تعمیم‌پذیری و سرایت به محیط طبیعی را به بهترین نحو فراهم می‌کند (افشاری، ۱۳۹۳). قصه‌گویی می‌تواند به عنوان محرکی قوی مورد استفاده قرار گیرد و سطح کتابخوانی کودکان و نوجوانان را بالا برده، حوزه مطالعه آنان را گسترش دهد و ذوق و علاقه کتاب خواندن را در آنان برانگیزد و فاصله میان قدرت درک کودک را از بین ببرد. از طریق قصه‌گویی کودکان با تعدادی از لغات آشنا می‌شوند که هم در کتابخوانی و در مکالمه از آن کمک می‌گیرند. یکی از مهمترین امتیازات قصه‌گویی، غیرمستقیم بودن آن است.

۱. Skinner



بنابراین باید در پایان قصه‌ها نتیجه‌گیری کرده و مثلاً بگوییم ادب و نظم و ترتیب خوب است و امثال آن. این نتیجه‌گیری سبب تبدیل آموزش غیرمستقیم به مستقیم و کاهش اثرات آن شود. باید نتیجه‌گیری را به کودک واگذار کرد. به عنوان مثال برای بیان نتایج مثبت نظم به ذکر نمونه‌هایی از به کارگیری نظم و ترتیب از قبیل جمع کردن وسایل خود پس از بازی، در جای خود نهادن لباس و وسایل مدرسه و امثال آن پردازیم (افشاری، ۱۳۹۳).

### اثر قصه‌گویی در درمان کودک

قصه‌گویی یکی از شیوه‌های مرتبط با کتاب‌درمانی است. قصه‌گویی به عنوان یک فن درمان رسمی با کودکان نخستین بار توسط Gardner (۱۹۷۱) معرفی و اجرا گردید. قصه مناسب یکی از ابزارهای سودمند در تربیت کودکان می‌باشد. قصه در شخصیت و جهان‌بینی کودک تأثیر زیادی دارد و در واقع سازنده آمال و آرمان‌های اوست. در اعماق شخصیت، باورها، اعتقادات و عادت‌هایی وجود دارد که در افسانه‌ها و قصه‌های دوران کودکی مان ریشه دارد. این قصه‌ها نه تنها از لحاظ مضمون بلکه از نظر ساختاری نیز به نوعی در بافت فکری ما جایگزین شده است. و از شخصیت افراد تفکیک ناپذیرند. هنگامی که برخی از این قصه‌ها را می‌شنویم جریانی در ناخودآگاه‌مان به حرکت در می‌آید که باعث می‌شود دلیل بسیاری از پیش‌داوری‌ها، باورها، خرافات و تعصبات خویش را احساس کنیم. کودک در حین خواندن یا شنیدن یک قصه خوب به طور ناخودآگاه عمل جذب و درون‌سازی، الگوسازی، برون‌فکنی، انتقال عواطف و آرزوها را نیز انجام می‌دهد. این قصه‌ها علاوه بر پاسخ‌گویی به نیازها و پرسش‌های کودک و بارور ساختن قوه تخیل، به طور غیر مستقیم الگویی تربیتی برای او فراهم می‌آورند. به همین دلیل امروزه استفاده از قصه به عنوان وسیله آموزش و درمان بسیار رایج است. کودک با فکر و ذهن گسترده‌ای که دارد مضامین مختلف اجتماعی و اخلاقی و هنری را از لایه‌های حوادث و الفبا می‌یابد و با بینش فیلسوفانه‌ی خود، کیفیت و مضامین را استدلال کرده و به تدریج وارد رفتار خود می‌کند (شعاری نژاد، ۱۳۸۷). به طور کلی قصه به شرط اینکه درست انتخاب شود بیش از سایر وسایل تربیتی در رفتار کودک مؤثر است (شعاری نژاد، ۱۳۸۷).



شاید مهم‌ترین نقش قصه در درمان، همگانی جلوه دادن مشکل باشد بنابراین فرد احساس تنهایی نمی‌کند و مشککش را غیر قابل حل نمی‌داند. (یالوم، ۱۹۷۵ به نقل از صاحبی). قصه‌درمانی یک روش مقابله با تجربه تروما است در این تکنیک فرد می‌تواند به طور خلاصه و سازمان‌یافته تجربه خود را به دور از موقعیت استرس‌زا بیان کند و این قضیه سبب می‌شود واقعه ناخوشایند را آسان ببیند و راحتی را احساس کند (Goodman & Newman, ۲۰۱۴). روشن (۱۳۸۵) در مراقبت از خردسالان دارای اختلال رفتاری و هیجانی، یوسفی لویه (۱۳۸۵) در درمان کودکان دشوار از فن قصه‌گویی استفاده کردند. سلطانی (۱۳۸۵) تأثیر قصه‌گویی بر کاهش میزان پرخاشگری کودکان دختر و پسر کلاس اول و دوم ابتدایی نشان داد. سیدی (۱۳۸۹) آموزش مهارت‌های اجتماعی با استفاده از قصه را در کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی مورد بررسی قرار داد و دریافت که این آموزش‌ها در کاهش اختلالات رفتاری موثر است. گلدارد (۲۰۰۳) از داستان برای مشاوره کودکان استفاده می‌کرد، به عقیده او قصه‌ها با هدف آموزشی به کودکان کمک می‌کنند رفتارهای جدیدی را یاد بگیرند و به اصلاح رفتارهای پیش آموخته بپردازند. اریکسون، میلتنون (۲۰۰۵) در رساله‌اش متونی که برای کتاب‌درمانی مناسب است را به دو گروه تقسیم می‌کند: گروه اول متون آموزشی و تحلیلی است که آموزش مستقیم می‌دهد و موجب تغییر رفتار می‌شود و دوم ادبیات تخیلی (شعر - قصه - نمایشنامه) است. به عقیده او این متون توانمندی بیشتری برای تغییر نگرش و اصلاح رفتار فرد دارد. روان‌شناسان به طریق گوناگون از داستان‌خوانی و قصه‌گویی برای کمک به کودکان بهره می‌گیرند. رفتار می‌شود و دوم ادبیات تخیلی (شعر - قصه - نمایشنامه) است. به عقیده او این متون توانمندی بیشتری برای تغییر نگرش و اصلاح رفتار فرد دارد. روان‌شناسان به طریق گوناگون از داستان‌خوانی و قصه‌گویی برای کمک به کودکان بهره می‌گیرند. گروهی دیگر از روان‌شناسان که قصه‌گویی را در خدمت آموزش قرار می‌دهند اعتقاد دارند که تصور و تخیل کودکان، قوی‌ترین ابزار آموزشی هستند. اثرات تخیل در کارها و بازی‌ها و به ویژه در قصه‌ها بخصوص قصه‌های خیالی کودکان به روشنی مشاهده می‌شود (شعبانی، ۱۳۹۰). قصه‌گویی یکی از مناسب‌ترین فنون برای درونی‌سازی تغییر است. بدون اینکه لازم باشد کودک بینش یا فهم خود را راجع به چگونگی وقوع تغییرات به زبان بیاورد (Thompson, ۲۰۰۵).



در گذشته قصه‌گویی به عنوان یکی از برنامه‌های مهم زندگی شناخته شده بود، برنامه‌ای که افراد خانواده به آن اهمیت می‌دادند و در آن شرکت می‌کردند. با این که امروزه وسایل سرگرمی مدرن و فریبنده‌ای در اختیار کودکان و نوجوانان قرار گرفته است، کودکان و حتی بزرگترها همچنان مایل به شنیدن قصه‌هایی هستند که مستقیماً از زبان قصه‌گو برای آن‌ها نقل می‌شود (رحماندوست، ۱۳۹۲).

## کاربرد قصه

هنگامی که برخی از این قصه‌ها را می‌شنویم جریانی در ناخودآگاه‌مان به حرکت در می‌آید که باعث می‌شود دلیل بسیاری از پیش‌داوری‌ها، باورها، خرافات و تعصبات خویش را احساس کنیم. کودک در حین خواندن یا شنیدن یک قصه خوب به طور ناخودآگاه عمل جذب و درون‌سازی، الگوسازی، برون‌فکنی، انتقال عواطف و آرزوها را نیز انجام می‌دهد. این قصه‌ها علاوه بر پاسخ‌گویی به نیازها و پرسش‌های کودک و بارور ساختن قوه تخیل، به طور غیر مستقیم الگویی تربیتی برای او فراهم می‌آورند. به همین دلیل امروزه استفاده از قصه به عنوان وسیله آموزش و درمان بسیار رایج است (رضانی، ۱۳۸۹). کودک با فکر و ذهن گسترده‌ای که دارد مضامین مختلف اجتماعی و اخلاقی و هنری را از لایه‌های حوادث و الفاظ می‌یابد و با بینش فیلسوفانه‌ی خود، کیفیت و مضامین را استدلال کرد و به تدریج وارد رفتار خود می‌کند (شعاری نژاد، ۱۳۸۷). استفاده از داستان علاوه بر افزایش اطلاعات، در تربیت عقلی، اخلاقی و عاطفی و اجتماعی موثر است. چرا که کودک در این رهگذر به سطحی از شناخت و آگاهی و درجه از تفکر و استدلال دست می‌یابد همچنین بر اثر دنبال نمودن حوادث و ماجراها و همانندسازی با شخصیت‌های قصه به تأثیرپذیری عاطفی و اخلاقی نائل می‌آید. این امر می‌تواند در جهت‌گیری‌های انسانی، تعهدات اخلاقی و اجتماعی او موثر واقع گردد (میرزابیگی، ۱۳۹۱). به وسیله قصه می‌توان اصول اخلاقی و انسانی را به کودکان تفهیم کرد و به آنان درس زندگی داد. در قصه می‌توان راه و رسم مواجهه درست با مسائل و دشواری‌های زندگی را به کودکان آموخت. آن‌ها با بهره‌گیری از قدرت تخیل خود به آن چه در دنیای قصه دیده اند بال و پر می‌دهند و نهایتاً خودشناسی و جهان‌شناسی خویش را وسعت می‌بخشند (رحمان دوست، ۱۳۸۹).



به طور کلی داستان به شرط اینکه درست انتخاب شود بیش از سایر وسایل تربیتی در رفتار کودک موثر است (شعاری نژاد، ۱۳۸۷). به وسیله قصه می‌توان اصول اخلاقی و انسانی را به کودکان تفهیم کرد و به آنان درس زندگی داد. در قصه می‌توان راه و رسم مواجهه درست با مسائل و دشواری‌های زندگی را به کودکان آموخت. آن‌ها با بهره‌گیری از قدرت تخیل خود به آن چه در دنیای قصه دیده‌اند بال و پر می‌دهند و نهایتاً خودشناسی و جهان‌شناسی خویش را وسعت می‌بخشند (رحمان دوست، ۱۳۸۹). به طور کلی داستان به شرط اینکه درست انتخاب شود بیش از سایر وسایل تربیتی در رفتار کودک موثر است (شعاری نژاد، ۱۳۸۷).

### **علاقه مند کردن کودکان به مطالعه**

در قصه‌گویی لازم است به سن کودک و نیازهای او توجه شود مثلاً در ۱۰ ماهگی می‌توانیم او را روی زانو بنشانیم و با استفاده از کتاب‌های تک تصویری که در برابر دیدگانش و روی دست‌هایش قرار داده‌ایم عادت بنشانیم و با استفاده از کتاب‌های تک تصویری که در برابر دیدگانش و روی دست‌هایش قرار داده‌ایم عادت کتاب خواندن را در او ایجاد کنیم. در سن ۳-۵ سالگی که کودک می‌تواند صدای حیوانات، علایم راهنمایی و رانندگی و گاه تبلیغات تلویزیونی را تشخیص دهد، امکان استفاده از کتاب‌هایی که نکات ملموس بیشتری در آن یافت می‌شود وجود دارد و سپس با افزایش سن کودک در کتاب‌ها از شخصیت دوم و سپس زنجیره متوالی (ترکیب عناصر مختلف) و در نهایت با به کار گیری رویدادها و بهره‌گیری از سرگذشت‌های متنوع به آموزش آنچه هدف ما از قصه‌گویی و کتاب‌خوانی برای او می‌باشد خواهیم رسید (دشتی، فخری، ۱۳۹۰).

### **نقش قصه در پیشرفت و گسترش خلاقیت**

امروزه آموزش خلاقیت، در اکثر مدارس بخصوص در سال‌های پیش از دبستان و دبستان به عنوان یکی از مواد آموزشی ضروری محسوب می‌شود. در این شیوه آموزش به یادگیرندگان آموخته می‌شود که از ساختارهای ذهنی کهن و قالب‌ها و محدوده‌های فکری شناخته و مأنوس پافراتر نهند و به افق‌ها و روش‌های نوینی در زندگی دست یابند.



برای تشویق خلاقیت در کودکان نباید عقاید و خواسته‌های خود را به آنان تحمیل کرد بلکه باید به آن‌ها فرصت داد تا آنچه می‌خواهند و به طریقی مطلوب عمل کنند، باید کارهای آن‌ها را درک کرد ولی مورد سرزنش و انتقاد قرار نداد. برخی برای شناخت احساسات کودکان و با هدف درمان مشکلات رفتاری و روانشناختی آنان، برخی برای غنا بخشیدن به تدریس مواد آموزشی در مدارس و لذت‌بخش کردن آن و گروهی دیگر برای پرورش خلاقیت در کودکان از قصه‌گویی بهره می‌گیرند (شعبانی، ۱۳۹۰).

### **نقش قصه در رشد عاطفی و اجتماعی کودک**

بسیاری از نیازهای عاطفی کودکان از طریق شنیدن قصه ارضا می‌شود. عواطف و احساسات آنان تعدیل شده و با شناخت، قالب‌های خود، شکل حقیقی به خود می‌گیرد. آن‌ها تحت تأثیر قصه‌ها یاد می‌گیرند که چگونه عواطف و احساسات خود را ابراز کنند و چگونه از عواطف دیگران بهره‌مند گردند. قصه یک نوع وسیله برای ارضای نیازهای روانی کودکان بوده است. البته این شرایط بستگی به عواملی چون قدرت تکنیکی، هنری و تناسب آن با ویژگی‌های کودک دارد. استفاده از قصه علاوه بر افزایش اطلاعات در تربیت عقلی، اخلاقی، عاطفی و اجتماعی او مؤثر است، چرا که کودک در این رهگذر به سطحی از شناخت و آگاهی و درجه‌ای از تفکر و استدلال دست می‌یابد (میرزابیگی، ۱۳۹۰).

### **نقش درمانی قصه در روند رشد**

برخی از تجربه‌ها توسط کودک و نوجوان به دست می‌آید. برخی از آن‌ها که تجربه نامناسب هستند ساختارهای ذهنی منفی و یا عاطفی را در ذهن کودک و نوجوان شکل می‌دهد. بسیاری از رفتارهای ناهنجار و یا پرخاشگرانه به سبب این نوع باورهای غلط صورت می‌گیرد. برای مثال، اذیت و آزار دیگران ممکن است در ذهن یک نوجوان، راهی برای جلب توجه و یا قدرت‌نمایی جلوه کند. برخی از کودکان با تجربه تلخی روبرو می‌شوند برای مثال او با مشکل مصیبت طبیعی یا فقدان یکی از عزیزان مواجه می‌شود که مشکل روحی ناخواسته‌ای برای او پیش می‌آید.



عواقب آن ممکن است به صورت ناهنجاری، پرخاشگری یا انزوا بروز کند. برای اصلاح این مشکل نوجوان و کودک نیاز به راهکار و راهنمایی دارد. در این سن کودک یا نوجوان در مقابل نصیحت مستقیم مقاومت می‌کند تجربه اندوزی در شرایط غیررسمی و آزاد متناسب با نیاز و رغبت یکی از بهترین روش‌ها برای ارائه راهکار به آن‌ها و افزایش توان مقابله با باورهای غلط و مشکلات است (دادستان، ۱۳۹۷). مطالعه قصه‌ها یکی از این روش‌ها به شمار می‌رود. با مطالعه قصه‌خوب و متناسب با نیاز، کودک و نوجوان می‌تواند خود را جایگزین شخصیت یا شخصیت‌های اصلی داستان کند و از این طریق در انگیزه‌ها و تعارض‌ها و تجربه‌هایش سهیم شود. به این ترتیب قصه بخشی از تجربه شخصی او می‌شود به این روند همانندسازی می‌گویند. در فرآیند همانندسازی، در صورتی که رابطه ای بین مفاهیم کتاب و تجربه‌ها به دست آید و خواننده بتواند خود را جایگزین قهرمان داستان کند، در حقیقت کتاب را وارد زندگی خود کرده است کودک و نوجوان به کمک همانندسازی با شخصیت‌های داستان و برون‌ریزی هیجان‌ها، اندیشه‌ها و اعمال خود می‌تواند مشکلاتش را عمیق‌تر و درست‌تر تجزیه و تحلیل کند. چنین تحلیل‌هایی باعث افزایش خودآگاهی و درک عمیق‌تر از خود و ارتباط با دیگران می‌شود. این تحولات در صورتی در اثر خواندن اتفاق می‌افتد که داستان جاذبه لازم را برای کودک و نوجوان داشته باشد و او وارد داستان و داستان را وارد زندگی او بکند (فتاحی، ۱۳۹۰). همچنین بر اثر دنبال نمودن حوادث و ماجراها و همانندسازی با شخصیت‌های قصه به تأثیرپذیری عاطفی و اخلاقی نائل آید. این امر می‌تواند در جهت‌گیری انسانی، تعهدات اخلاقی و اجتماعی او مؤثر باشد (میرزابیگی، ۱۳۹۱).

## شیوه‌ها و فنون قصه درمانی

### قصه خوانی

قصه‌خوانی ساده‌ترین شیوه ارائه قصه از سوی قصه‌گو است. در این کار قصه‌گو متن قصه را به دست می‌گیرد و آن را از روی کتاب یا کاغذ برای مخاطبین می‌خواند. قصه‌خوانی در عین این که ساده است ولی تمام فواید قصه‌گویی را در بر ندارد.





قصه‌خوانی در خانه و هنگامی که مخاطب‌ها تعدادشان کمتر از ۱۰ نفر است گزینه مناسبی است. همچنین برای کودکانی که هنوز به مدرسه نرفته‌اند نیز مفید است زیرا اهمیت و راز خطوط سیاهی را که برای آن‌ها خوانده می‌شود و قصه را تشکیل می‌دهد، برای آن‌ها کشف می‌کند، اما این کار برای آن‌هایی که به خوبی خواندن و نوشتن را آموخته‌اند اصلاً مناسب نیست. سریع خواندن بعضی از قسمت‌ها و نرم گفتن قسمت‌های دیگری که چنین کندی و سرعتی را می‌طلبد شایسته است. ایراد عمده قصه‌خوانی این است که کودک و نوجوان به قصه‌گو به صورت یک (واسطه) نگاه می‌کنند که خودش چیزی ندارد و تنها وسیله انتقال مطالب کتاب است (رحماندوست، ۱۳۹۱).

## قصه‌گویی ساده

قصه‌گویی ساده، بیان قصه است، نه از روی متن، بلکه با تأکید بر حافظه در قصه‌گویی ساده خطوط چهره قصه‌گو و تغییراتی که هنگام بیان صحنه‌های قصه در خطوط چهره قصه‌گو ایجاد می‌شود، نقش عمده‌ای در انتقال بهتر قصه دارد همچنین بالا و بردن صدا و زیر و بمی کلام، تأثیر کار را بیشتر می‌کند. استفاده از تغییر لحن و خطوط چهره، در یک کلام به این معنی است که لحن و چهره قصه‌گو، به هنگام بیان صحنه‌های غمگین غم را نشان دهد و در زمان بیان صحنه‌های شاد گشاده و متبسم گردد (رحماندوست، ۱۳۹۱).

## قصه‌گویی همراه با پرده خوانی

پرده‌خوانی یکی از هنرهای سنتی ایرانی است که با باورها و اعتقادات مردم این مرز و بوم آمیخته است. از ذکر جنگ‌ها و دلاوری‌های حضرت علی (ع) گرفته تا مصیبت‌های اهل بیت در سرزمین خون، قشنگی کربلا و یا قصه‌هایی که ریشه در عمق باورهای مردم دارد همه و همه بر سینه‌ی پرده‌های رنگارنگ نقش بسته و از سینه پرده خوانان شیرین سخن تراویده است. عین همین کار به عنوان قصه‌گویی برای کودکان سال‌های دبستان ممکن و مؤثر است. در مجموع اگر قصه‌گو، هنگام گفتن قصه ماجراهایی از قصه را که به صورت نقاشی قبلاً تهیه شده و به بینندگان نشان دهد، قصه‌گویی همراه با پرده‌خوانی اجرا شده است (رحماندوست، ۱۳۹۱).



## قصه‌گویی همراه با تقلید صدا

در این روش قصه‌گو را به روش قصه‌گویی ساده پیش می‌برد، اما زمانی که به گفتگوی اشخاص قصه می‌رسد به تناسب شخصیت و طرز تفکر و نوع صدای آن‌ها لحن کلام خود را تغییر می‌دهد. مثلاً وقتی به حرف‌های پیرزنی که در قصه بر می‌خورد، صدایش را زیر و لرزان و ضعیف کند، وقتی متن قصه به حرف‌های یک آدم مستکبر می‌رسد قصه‌گو باید لحن کلامش را مستکبرانه کند، از سیری حرف بزند و بادی به غبغب اندازد (رحماندوست، ۱۳۹۱).

## قصه‌گویی همراه با تقلید حرکات

شیوه قصه‌گویی همراه با تقلید حرکت در حقیقت استفاده مناسب از اندام، برای بهتر رساندن پیام هنگام قصه‌گویی است. در مثال قبل در ارتباط با تقلید صدای پیرزن، قصه‌گو می‌تواند حتی لحن و صدای خویش را ضعیف و لرزان نکند، اما به آرامی از جای خویش برخیزد و کمی کمر خود را خم کند و دست به کمر بگذارد و لنگ لنگان راه برود و کلماتی را که پیرزن در قصه می‌وید را ادا کند. در این شیوه از وسایل محدودی همچون لباس مخصوص آن شخصیت و یا عینک و عصا و ... می‌توان استفاده کرد که حرکت را در قصه معنی‌دار کند، به شرطی که تقلید حرکات نباید آن قدر واقعی و زیاد باشد که قصه‌گویی به تئاتر تبدیل شود و این شیوه برای کودکان دبستان مناسب است (ناظمی، ۱۳۹۰).

در روش قصه‌درمانی از قصه‌هایی که بار مثبت هیجانی و القای احساساتی مبنی بر امید به زندگی و تلاش برای رسیدن به هدف و در نهایت موفقیت و آینده‌نگری، همکاری گروهی و از شکست درس گرفتن و ناامید نشدن استفاده می‌شود و همچنین از شیوه قصه‌گویی بازی با کلمات احساسی، کاربرد استعاره و داستان‌پردازی، استعاره هنری یا کلامی، کلمه قصه مرا حدس بزن و قصه‌گویی با اشیا نیز استفاده می‌گردد. (کداسن و شفر، ترجمه صابر و وکیلی، ۱۳۹۵).



## بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش سعی شده است که حول محور قصه، قصه‌درمانی به خلاصه‌ای از برترین مطالب و نوشته‌ها پرداخته شود و از مهم‌ترین یافته‌های خارجی و داخلی استفاده شد. گاردنر برای نخستین بار از قصه‌درمانی به عنوان تکنیکی برای درمان بهره برد. از آن پس از این تکنیک برای مشکلات مختلف کودکان و حتی بزرگسالان استفاده شد. در درمان اختلالاتی مانند اختلالات رفتاری، افسردگی، استرس پس از سانحه، بیش‌فعالی و کمبود توجه و ... می‌توان از قصه‌درمانی بهره جست. شیوه‌های متفاوتی برای قصه‌درمانی وجود دارد و کاربرد هر کدام از این شیوه‌ها به سبک‌درمانی، درمانگر بستگی دارد. قصه و قصه‌گویی به تاریخ تکامل انسان برمی‌گردد و انسان از دوران کودکی با قصه و تمثیل‌هایی رشد می‌یابد. اهمیت قصه به حدی بوده است که در رویکردی به نام روایت‌درمانی از قصه برای درمان بزرگسالان استفاده می‌کنند و اثربخشی آن در درمان اختلالات متفاوتی ثابت شده است. قصه به مثابه نقاشی عمل می‌کند هر دو این فعالیت‌ها امیال ناخودآگاه و درونی کودک را به صورت فرافکنانه آشکار می‌سازند و کودک بدون احساس فشار و درد می‌تواند از امیال و خواسته‌های درونی خود صحبت کند و همچنین با قصه می‌تواند درهای تازه‌ای را به سوی کودک گشود و راه‌های یادگیری را هموار کرد و سطح خلاقیت کودک را بالا برد. بهتر است در آینده از فونوی مانند قصه‌درمانی در درمان اختلالات بیشتر بهره جست زیرا این فنون علاوه بر اینکه ضرر و زیان‌های دارودرمانی را ندارند بلکه کودک یا بزرگسال با اشتیاق به این فنون علاقه دارند و خود به جستجوی درمان‌های این‌چنینی برمی‌آیند.

## منابع

اریکسون، میلتن (۱۳۹۴). قصه‌درمانی؛ ترجمه مهدی قراچه‌داغی. انتشارات دایره.  
پریخ، دادستان (۱۳۹۷). ارزشیابی شخصیت کودکان بر اساس آزمونهای ترسیمی. تهران: انتشارات رشد.



تامپسون، چارلز و رودلف، لیندا. (۱۳۸۸). مشاوره با کودکان، ترجمه جواد طهوریان (۱۳۸۸)، تهران: انتشارات رشد.

حجازی، بنفشه (۱۳۹۴). ادبیات کودکان و نوجوانان، تهران. روشنگران و مطالعات زنان، (۸): ۲۲.

رحمان دوست، مصطفی (۱۳۸۹). قصه گویی: اهمیت و راه رسم آن، تهران، رشد، (۳): ۱۰.

روشن، آرتور (۱۳۸۵). قصه گویی، چگونه از داستان برای کمک به کودکان در رفع مشکلات زندگی بهره ببریم. بهزاد یزدانی و مژگان امامی. تهران: جوانه رشد.

زرین کوب، عبدالحسین (۱۳۹۴). بحر در کوزه: نقد و تفسیر قصه ها و تمثیلات مثنوی. نشر علمی

کداسن، هایدی. شفر، چارلز (۱۳۹۵). برگزیده ای از روش های بازی درمانی. ترجمه: سوسن صابر، پرپوش و کیلی. انتشارات: ارجمند

شعاری نژاد، علی اکبر (۱۳۸۷). ادبیات کودکان. چاپ ۲۶. تهران: اطلاعات.

گلدارد، کاترین؛ گلدارد، دیوید (۱۳۸۹). راهنمای عملی مشاوره با کودکان با روش بازی درمانی؛ ترجمه زهرا ارجمندی. انتشارات اندیشه آور.

شعبانی، اسدالله (۱۳۹۰). قصه امشب، شب های اردیبهشت. انتشارات ویدا.

صاحبی، علی (۱۳۹۳). قصه درمانی: گستره تربیتی و درمانی تمثیل. انتشارات: ارجمند

فتاحی، حسین (۱۳۹۰). پنج قصه گزیده از شاهنامه فردوسی. تهران: انتشارات قدیانی

میرزابیگی، علی (۱۳۹۱). نقش هنر در آموزش و پرورش و بهداشت روان کودکان، ج ۶، تهران: مدرسه.

Dwivedi, K. (2010). *The Therapeutic Use of Stories*, London: Routledge.

Friedberg, R. D., & Wilt, L. H. (2010). Metaphors and stories in cognitive behavioral therapy with children. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 28(2), 100-113

Gardner, R. A. (1971). Mutual storytelling: a technique in child psychotherapy. *Acta paedopsychiatrica*, 38(9), 253.

Goodman, R., Newman, D. (2014) Testing a Digital Storytelling Intervention to Reduce Stress in Adolescent Females. *Storytelling, Self, Society*, Vol. 10, No. 2.



Peterson, S., Bull. C., Propst, O., & Dettinger, S. (2005). Narrative therapy to prevent illness related Stress disorder. Journal of Counseling and Development, )83(: 41-49.

Schneider,P. Vis Dubé,R.(2005). American Speech-language-hearing Association .Vol.14:52-60.

Thompson,L.T.(2005). Narratives And Story Telling In Coping With Grief And Bereavement. OMEGA, Vol. 51(1) 1-16.

Van De Voorde, S. (2009). Neuropsychological functioning of children with ADHD or a reading disorder (Doctoral dissertation, Ghent University).



## تأثیر واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر کاهش استرس والدگری مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسْم

- محمد نریمانی<sup>۱</sup>، حسین فلاحیان<sup>۲</sup>، متین یوسفی<sup>۳</sup>  
۱. استاد ممتاز گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی  
۲. نویسنده رابط: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی  
hossein.fallahian1364@gmail.com  
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

### چکیده

**مقدمه و هدف:** پژوهش حاضر با هدف سنجش استرس والدگری در مادران کودکان اُتیسْتیک انجام شده است. **روش پژوهش:** نمونه شامل ۳ نفر می‌شود که هر کدام از آنها پرسش‌نامه استرس والدگری آبیدين را قبل و بعد از مداخله تکمیل نمودند. مادران کودکان اُتیسْتیک بصورت توافقی انتخاب گردیدند. داده‌ها با استفاده از روش آماری t یک گروهی تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که استرس والدگری در مادران کودکان اُتیسْتیک بعد از مداخله درمانی بطور معناداری کاهش یافته است.

**بحث:** مادران کودکان اُتیسْتیک با استرس‌های بسیار مواجه‌اند که این استرس می‌تواند مربوط به کودک، والد یا جامعه باشد. از جمله ماهیت مبهم اختلال اُتیسْم، خصوصیات کودک، نگرانی راجع به تداوم شرایط، پذیرش کم جامعه و حتی سایر اعضای خانواده نسبت به رفتارهای کودک در خودمانده و نیز شکست در دریافت حمایت‌های اجتماعی می‌تواند در بروز این استرس موثر باشد.

**کلیدواژه‌ها:** استرس، والدگری، اُتیسْم، مادران کودکان اُتیسْتیک



## مقدمه

اُتیسْم<sup>۱</sup> نوعی اختلال نافذ رشدی است که با آسیب شدید در تعامل اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی و نیز وجود رفتارها، علایق و فعالیت‌های کلیشه‌ای مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). اصطلاح اُتیسْم یا درخودماندگی نخستین بار توسط روانپزشک مشهور سوئیسی، یوگن بلولر<sup>۲</sup> در سال ۱۹۱۱ بیان شد (زارعی زوارکی، مرادی، ۱۳۹۳). اختلال فراگیر رشد، عبارتی است که در حال حاضر برای اشاره به مشکلات روانشناختی شدید که در طفولیت ظاهر می‌شود به کار می‌رود. این اختلالات دربردارنده آشفتگی شدید در رشد شناختی، اجتماعی، رفتاری و هیجانی کودک است که عوارض گسترده‌ای بر روی فرآیند رشد دارد. اُتیسْم، کیفیات اصلی انسانی را متأثر می‌سازد. یعنی معاشرت بین فردی و رابطه پیچیده را مختل می‌نماید. این کودکان، نقایص شدید در روابط اجتماعی، بازی بین فردی و ارتباط نشان می‌دهند (جانسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷؛ مهدی زاده فانید، ۱۳۹۶).

بر اساس تعریف سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور، دانش‌آموز دارای اختلال رشدی فراگیر (طیف اُتیسْم)، دانش‌آموزی است که در سه حیطه ارتباط فردی و میان فردی، اجتماعی، تخیل و تفکر، دارای تفاوت معنی‌داری با گروه همسالان خود است، به میزانی که بر عملکرد آموزشی و اجتماعی وی اثر می‌گذارد (سازمان آموزش و پرورش استثنایی، ۱۳۹۲). یکی از رویکردهای مهم برای کودکان و دانش‌آموزان اُتیسْم، آموزش مهارت‌های اجتماعی<sup>۴</sup> است، چرا که جنبه اجتماعی رشد کودک، پایه و اساس زندگی اوست و لازمه زندگی اجتماعی، برخورداری از تعاملات اجتماعی، ارتباطی و رفتاری مناسب و قدرت سازگاری اجتماعی<sup>۵</sup> است.

شیوع این اختلال ۶ در ۱۰۰۰ می‌باشد و در پسرها ۴ برابر شایع‌تر است (وینگ و پاتر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰؛ مهدی‌زاده فانید، ۱۳۹۶).

- 
۱. autism
  ۲. Y.bloler
  ۳. johanson
  ۴. Social skills
  ۵. Social adaptation
  ۶. Wing&pathar



این اختلال قبل از سه سالگی شروع می‌شود و نقایص و نابهنجاری‌های آن در سراسر عمر ادامه می‌یابند (چکربرتی و فامبونی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱؛ مهدی زاده فانید، ۱۳۹۶). این اختلال اخیراً به عنوان یک اختلال بیولوژیک در رشد وابسته به عصب‌شناسی<sup>۸</sup> در نظر گرفته می‌شود و قراین زیادی نیز زمینه زیست‌شناختی آن را تقویت می‌کنند. در این زمینه می‌توان به ناهنجاری‌های عضوی-عصبی، عوامل نوروشیمیایی، کارکردهای اجرایی و... اشاره نمود (پرویزی و همکاران، ۱۳۹۰). رفتارهای مخرب و غیر عادی کودک بعنوان منبع اصلی تنیدگی<sup>۹</sup> برای والدین کودکان درخودمانده به خصوص مادر محسوب می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که مادران کودکان مبتلا به اُتیسْم تنیدگی و نگرانی بیشتری از سایر بیماری‌های مزمن تجربه می‌کنند (ربیعی‌کناری و جدیدیان، ۱۳۹۳). آبیدین<sup>۱۰</sup> معتقد است که ویژگی‌های والد و کودک، همراه با متغیرهای موقعیتی بیرونی و عوامل تنیدگی‌زای زندگی، دلیل افزایش احتمالی نارساکنش‌ورزی و استرس والدگری<sup>۱۱</sup> است. نتایج تحقیقات نشان داده است که استرس والدگری در مادران کودکان اُتیسْتیک در هر دو قلمرو والدگری و قلمرو کودک، هم‌چنین در استرس والدگری کل بطور معناداری بالاتر از مادران کودکان بهنجار است (ربیعی‌کناری و جدیدیان، ۱۳۹۳). کازدین و ویتلی<sup>۱۲</sup> دریافتند که استرس والدین، روش‌های تنبیهی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بطوریکه مستقیماً رفتار مقابله‌ای و پرخاشگرانه کودک را افزایش می‌دهد. با در نظر گرفتن این حقیقت که استرس بالای والدین تأثیر قابل توجهی بر روند رشد کودک می‌گذارد، پیش‌بینی می‌شود مداخله‌های زودهنگام برای حمایت موثر از کودکان و خانواده‌های آنان، از پیامدهای منفی این اختلالات جلوگیری و انرژی سرشار خانواده را پیش از سرکوب شدن در مسیری صحیح هدایت کند (ربیعی‌کناری و جدیدیان، ۱۳۹۳). از جمله مباحثی که می‌تواند استرس مادران را تعدیل کرده و به آنها در کنترل آن کمک کند، مداخله مبتنی بر آموزش تاب‌آوری<sup>۱۳</sup> است.

۷. Chakrbreti&famboni

۸. neurology

۹. Main source of stress

۱۰. abidin

۱۱. Parental stress

۱۲. Kazedin&wittly

۱۳. resiliency





از نظر ماستن<sup>۱۴</sup>، تاب‌آوری، صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست، بلکه فرد تاب‌آور، مشارکت کننده‌ای فعال و سازنده محیط پیرامونی خویش است. تاب‌آوری قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی، روانی و معنوی، در مقابل شرایط مخاطره‌آمیز و نوعی ترمیم خود است که با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی همراه است.

در این پژوهش، سعی بر آن است تا تنش والدگری مادران دارای کودکان مبتلا به اختلالات طیف اُتیسسم به وسیله آموزش نکات اساسی و کاربردی واقعیت درمانی (اصول واقعیت درمانی) بر پایه نظریه انتخاب<sup>۱۵</sup>، مورد سنجش و مداخله قرار گیرد.

ویلیام گلاسر، واقعیت درمانی<sup>۱۶</sup> اصلی خود را در سال ۱۹۶۵ به وجود آورد. از آن زمان تا به حال به طور مداوم، رویکرد درمانی خود را به روز کرده و گسترش داده است. گلاسر در کتابی که در سال ۲۰۰۱ نوشت واقعیت درمانی جدید را ارائه می‌کند. تلاش عمده گلاسر تدریس و شناساندن نظریه انتخاب به جهان است. یک رویکرد جدید در روانشناسی و روان‌درمانی با هدف جایگزین شدن به جای روانشناسی موجود که وی آن را روانشناسی کنترل بیرونی<sup>۱۷</sup> می‌نامد (گلاسر<sup>۱۸</sup> ۲۰۰۱؛ کاشانی، ۱۳۸۷).

نظریه انتخاب چیست؟ از هنگام تولد تا مرگ هر عملی که انجام می‌دهیم انتخاب کرده‌ایم. تمام رفتارها انتخاب شده هستند. همه افراد برای آنچه انجام می‌دهند مسؤل هستند، همه انسانهایی که واقعاً فقیر و یا در عراق منتظر پایان جنگ نیستند از یک مشکل عمده رنج می‌برند؛ غمگینی و عدم خوشبختی. اشخاصی که جهت درمان یا مشاوره اقدام می‌کنند غمگین هستند. راستی چرا افراد غمگین هستند؟ به علت عدم ارتباط مناسب با افراد مهم زندگیشان. چنانچه مشاور با نظریه انتخاب با اینگونه افراد مشاوره نماید می‌تواند مستقیماً روی این مطلب که چرا خوشبخت نیستند تمرکز کند. عدم خوشبختی همیشه در زمان حال است مانند گرسنگی، امکان دارد دو هفته قبل نیز گرسنه بوده باشید اما فقط اکنون و در حال حاضر اگر گرسنه باشید به آن اهمیت می‌دهید (گلاسر ۲۰۰۱؛ کاشانی، ۱۳۸۷).

۱۴. masten

۱۵. Choice theory

۱۶. Reality therapy

۱۷. External control psychology

۱۸. W.glaser



افراد عادی می‌گویند من افسرده<sup>۱۹</sup> هستم. اما انسانها افسردگی را انتخاب می‌کنند. در درمان با نظریه انتخاب، فردی که بیشترین شانس کمک به مراجعین را دارد درمانگر یا مشاور است. چنانچه در زندگی خود با اشخاصی که برایشان مهم است ارتباط مناسبی نداشته باشند با درمانگر ارتباط خوبی خواهند داشت. درمانگر این مهارت را دارد که با آنها درگیری عاطفی داشته آنها را بشناسد و از آنها حمایت کند (گلاسر ۲۰۰۱؛ کاشانی، ۱۳۸۷).

در فرآیند واقعیت‌درمانی، هدف اصلی آن است که به مراجع کمک کنیم تا خودش را ارزیابی کند و ببیند آیا آنچه که انجام می‌دهد (عمل و کنش و تصمیم و اقدام) باعث می‌شود چیزی را که می‌خواهد به دست آورد و گرنه به او کمک کنیم تا راه‌ها، شیوه‌ها و برخوردهای متفاوتی را که احتمال موفقیت‌شان بیشتر است جستجو و شناسایی کند. در این فرآیند مراجع مهارت‌های تفکر واگرا/ جانبی/ انتقادی را در خود توسعه می‌دهد (صاحبی، ۱۳۸۹).

هدف واقعیت‌درمانی بکارگیری یک ضابطه‌مندی یا فرمول یا مجموعه‌ای از پرسش‌های از پیش تعیین شده (به عنوان تکنیک) برای ایجاد تغییر در مراجع نیست، بلکه فرآیند اکتشافی مبتنی بر خود‌سنجی/ خودارزیابی به منظور دستیابی به یک طرح روشن کار برای ایجاد و نگهداری تغییر مورد نظر است. این فرآیند از ۴ مولفه<sup>۲۰</sup> کلیدی تشکیل شده: -خواسته‌ها، مطالبات - رفتار کلی - خودسنجی/ خودارزیابی - طرح تغییر. می‌توانیم به مراجع کمک کنیم تا به درستی بفهمد که چه می‌خواهد و مشکلات و دشواری‌های آنچه را می‌خواهد، مورد ارزیابی قرار دهد، ولی نمی‌توانیم او را وادار کنیم که تصویر مطلوبش را تغییر دهد یا از آن دست بردارد. در فرآیند واقعیت‌درمانی بیشتر وقت درمانگر صرف کمک به فرد برای تعریف و تمرکز بر تصاویر مطلوبش (آنچه واقعاً می‌خواهد) و سپس یافتن رفتارهای موثر برای دستیابی به تصاویر مورد نظر خواهد شد. این یک فرآیند<sup>۲۱</sup> است نه یک رویه و شیوه. در این فرآیند آهنگ حرکت یک گام به جلو، یک گام به عقب است؛ مثل جزر و مد و بالا و پایین رفتن موج دریا (صاحبی، ۱۳۸۹).

---

۱۹. depressed

۲۰. component

۲۱. process



## اصول واقعیت درمانی<sup>۲۲</sup> (پروتکل درمانی) :

اصل اول - درگیر شدن و ارتباط عاطفی: مهم‌ترین اصل واقعیت درمانی ایجاد رابطه حسنه و انسانی است.

اصل دوم- توجه به رفتار کنونی نه بر احساسات - الان چه کار میکنی؟

اصل سوم- تاکید بر زمان حال- گذشته ثابت و غیر قابل تغییر است.

اصل چهارم - قضاوت ارزشی: مراجع به رفتارش با دید انتقادی بنگرد و ببیند که آیا آن رفتار بهترین انتخاب بوده یا نه؟ آیا این رفتار شما از نظر اجتماع و خودت مورد قبول است؟

اصل پنجم- طرح ریزی: بعد از قضاوت ارزشی به مراجع کمک شود تا برای عملی کردن آن، نقشه‌های واقعی بریزد و آن را به مرحله عمل درآورد.

اصل ششم- تعهد نسبت به طرح تهیه شده: ممکن است نسبت به خود یا دیگران باشد شفاهی یا کتبی باشد ولی تعهد کتبی موثرتر است البته تعهد می‌بایست بعد از درگیری و ارتباط عاطفی، ارزشیابی و بررسی رفتار فعلی و طرح ریزی انجام شود.

اصل هفتم- نپذیرفتن هر گونه عذر و بهانه و امتناع از تنبیه: درمانگر همواره در برابر عذر و بهانه مقاومت نشان می‌دهد و مراجع را کلاً تشویق به ارزیابی، ارزشیابی، طرح‌ریزی و تعهد مجدد می‌کند. اگر تنبیه کنیم تعهد و مسئولیت را از فرد سلب کرده و هویت ناموفق تقویت می‌شود.

نونه و هستینگز<sup>۲۳</sup> به نقل از ربیعی و جدیدیان، در پژوهشی دریافتند که ایجاد تاب‌آوری از طریق ایجاد پذیرش روانشناختی، باعث کاهش استرس کاری و افزایش سلامت روانی کارکنان و معلمان که با افراد دارای کم‌توانی ذهنی در تعامل بودند، می‌شود.

مطالعه‌ای با عنوان (( افزایش تعاملات اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسزم با استفاده از واقعیت درمانی و داستان اجتماعی )) توسط اسکاتون<sup>۲۴</sup> و همکاران (۲۰۰۸) انجام گرفت. داده‌ها افزایش تعاملات اجتماعی مناسب را در گروه آزمایش نشان داد.

۲۲. Reality therapy principle

۲۳. Noneh&hestingez

۲۴. skatoon



روست و اسمیت<sup>۲۵</sup> (۲۰۱۰) طی مقاله‌ای عنوان کردند که آموزش مادران بطور گسترده برای مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسْم به کار می‌رود. ادبیات موجود در این مقاله حاکی از یافته‌های مثبت با توجه به اثر بخشی واقعیت درمانی و داستانهای اجتماعی بود.

دلانو و اسنل<sup>۲۶</sup> (۲۰۱۰)، مطالعه‌ای را با عنوان ((اثرات آموزش زبان نظریه انتخاب بر مشارکت اجتماعی در کودکان اُتیسْتیک)) انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که استفاده از این روش می‌تواند در افزایش طول مدت مشارکت اجتماعی و مهارتهای خاص اجتماعی موثر باشد.

شلتون، آناستاپولوس و لیندن<sup>۲۷</sup> (۱۹۸۵) دریافتند که این کودکان در تعاملات اجتماعی در اسناد به افراد، دچار مشکل هستند.

لم و یونگ<sup>۲۸</sup> (۲۰۱۲) به بررسی رفتار این کودکان و مادران آنها (۲۶ نفر) در برخورد با واقعیت پرداختند. یافته‌ها نشان داد مادران این کودکان در این زمینه مشکلات بیشتری داشتند.

صمدی و مک کانکی<sup>۲۹</sup> (۲۰۱۲) طی مطالعه‌ای در ایران هم مادران و هم پدران دارای کودک اُتیسْم را مورد بررسی قرار دادند. این مطالعه نشان داد که میزان استرس در بین مادران و پدران دارای کودک اُتیسْم متفاوت است و مادران استرس بالاتری را نسبت به پدران تجربه می‌کنند.

پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که والدین کودکان دارای اُتیسْم در قیاس با والدین کودکان دارای رشد معمول و والدین کودکانی که بیماری‌های مزمن<sup>۳۰</sup> دارند، استرس بالاتری را تجربه می‌کنند (اسبورن و رید، ۲۰۱۰؛ ایستس ۲۰۰۹؛ دابروسکا و پیسولا ۲۰۱۰؛ مارتینز پدرازا و کارتر<sup>۳۱</sup> ۲۰۰۹؛ خرم آبادی ۱۳۸۸؛ خوشابی، فرزادفر، کاکاسلطان، پوراعتماد و نیکخواه، ۱۳۸۹).

---

۲۵. Rost&smith

۲۶. Dellano&snell

۲۷. Shalton&anastapolos&lindon

۲۸. Lehm&young

۲۹. Samadi&maccanki

۳۰. Chronic disease

۳۱. Sborn&raid&istes&dabroska&pissola&martinz&Pedraza&carter



با توجه به این مقدمات و مفروضات و زمینه‌های تحقیقی در این پژوهش، محقق به دنبال بررسی اثر بخشی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر کاهش تنش والدگری مادران کودکان مبتلا به اختلال اُتیسْم می‌باشد.

## روش و ابزارهای پژوهش

جامعه پژوهش حاضر را ۳ نفر از مادرانی که دارای فرزند اُتیسْم بوده، که یک نفر از آنها در درمانگاه اُتیسْم مرکز آموزشی و درمانی رازی تبریز بستری و تحت نظارت بوده و ۲ نفر دیگر هفته‌ای ۲ جلسه به درمانگاه اُتیسْم این مرکز مراجعه می‌نمودند، در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند.

ماهیت پژوهش حاضر به روش مداخله‌ای شبه آزمایشی تک گروهی با الگوی A-B-A می‌باشد. منظور از مطالعه رفتار با این الگو این است که ببینیم آیا رفتار از A به B تغییر می‌کند و آیا با پس کشیدن تدبیر یا متغیر مستقل به خط پایه (A) برمی‌گردد. اگر رفتار در طول زنجیره تدبیر عملاً افزایش یابد و مجدداً کاهش پیدا کند، بر احتمال اینکه تغییر پاسخ تابعی از متغیر مستقل بوده باشد، افزوده می‌شود.

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه<sup>۳۲</sup> زیر استفاده شد:

\* مقیاس استرس والدین<sup>۳۳</sup>: این پرسش‌نامه که یک پرسش‌نامه خود گزارش‌دهی است را بری و جونز<sup>۳۴</sup> (۱۹۹۵) تنظیم کرده‌اند. این پرسش‌نامه شامل ۱۸ سوال است که بطور اختصاصی سطح استرس والدین را در ارتباط با فرزندانشان می‌سنجد و بر اساس مقیاس لیکرت به صورت ۵ گزینه‌ای در طیف کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم تنظیم و نمره‌گذاری شده است.

بری و جونز (۱۹۹۵) معتقدند این مقیاس از اعتبار بالای ۰/۷۵ برخوردار است و همینطور پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و بازآزمایی ۶ هفته بعد آن را ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند.

۳۲. questionnaire

۳۳. Parental stress measurement

۳۴. Berry&jounz



کولیکان، اسمیت و برایسون<sup>۳۵</sup> (۲۰۱۰) نیز طی پژوهشی از این مقیاس استفاده و گزارش کردند که این مقیاس از ثبات درونی بالایی برخوردار است. این پرسش‌نامه در مطالعه محتشمی و همکاران (۱۳۹۱) نیز مورد استفاده قرار گرفته است که در آن مطالعه به منظور محاسبه پایایی و روایی نسخه ایرانی، پرسش‌نامه مزبور بعد از ترجمه و تغییرات لازم در اختیار دوازده نفر از استادان روانشناسی قرار گرفت و روایی صوری و محتوایی این پرسش‌نامه از نظر آنان تأیید شد و ضریب روایی ۰/۸۴ برای این پرسش‌نامه گزارش گردید. همچنین ضریب پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و بازآزمایی ۴ هفته بعد ۰/۷۰ گزارش شده است.

## روش اجرا

روش اجرا به این صورت بود که بعد از انتخاب گروه نمونه، با هر کدام از والدین، جداگانه جلسه‌ای برای معارفه و توضیحات کلی در مورد ساختار جلسات و تعیین زمان جلسات تشکیل، و پیش‌آزمون به عنوان خط پایه (پرسش‌نامه PSI) اجرا شد. سپس جلسات در ۵ هفته متوالی به صورت هفته‌ای دو جلسه ۲ ساعته تشکیل شد. در طی جلسات بسته آموزشی تئوری انتخاب و واقعیت‌درمانی که توسط دکتر صاحبی (۱۳۸۹) بر اساس بسته دکتر گلستر ساخته شده است، آموزش داده شد و تکالیف خانگی بین جلسات به منظور پیاده‌سازی عملی آموزه‌ها در روابط والد و کودک ارائه گردید. طی آموزش، هر ۲ جلسه یک بار پرسش‌نامه PSI به عنوان پس‌آزمون توسط مادران تکمیل می‌شد. بعد از پایان جلسات، کتاب «واقعیت‌درمانی بر مبنای تئوری انتخاب» به عنوان تشکر از حضور مادران و همچنین تثبیت آموزش‌ها به ایشان تقدیم شد.



## یافته‌ها

داده‌های اصلی این تحقیق با توجه به جداول، ذیلاً تشریح می‌شود:

داده‌های آماری یک گروهی

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین
۳	۶۱	۳/۶۰	۲/۰۸
۳	۵۹	۳/۷۸	۲/۱۸

آزمون یک گروهی

t	درجات آزادی	sig	تفاوت میانگین	فاصله اطمینان از تفاوت ۹۵٪
۲۹/۳۰۳	۲	۰/۰۰۱	۶۱	کمترین ۵۲/۰۴ بیشترین ۶۹/۹۵
۲۷/۱۴۵	۲	۰/۰۰۱	۵۹/۳۳	۴۹/۹۲ ۶۸/۷۳

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش، بررسی تأثیر<sup>۳۶</sup> واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر کاهش تنش والدگری مادران کودکان مبتلا به اختلال اُتیسْم بود. نتایج نشان داد که واقعیت‌درمانی می‌تواند تنش والدگری را کاهش دهد.

۳۶. effect



این کاهش شامل تنش کلی و تنش در حوزه‌های والدینی و کودک بود. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش نونه و هستینگز، کاوه و همکاران و حسینی قمی و سلیمی، همسو است. تمامی این تحقیقات نشان دادند که واقعیت‌درمانی می‌تواند استرس را کاهش داده و سلامت روان<sup>۳۷</sup> را ارتقا دهد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که واقعیت‌درمانی با افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف و احساسات منفی مقابله با شرایط دشوار زندگی را سهل‌تر کرده و توانایی چیره‌شدن بر مشکلات را افزایش می‌دهد که این عامل می‌تواند استرس را کاهش دهد. پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که واقعیت‌درمانی می‌تواند به افراد کمک کند تا هیجانات مثبت بیشتری را تجربه کنند. تجربه هیجانات مثبت به مادران کمک می‌کند تا تعامل مثبت‌تری نیز با کودک خود داشته باشند. همچنین تجربه هیجان‌های مثبت به این مادران کمک می‌کند تا بتوانند با استرس والدگری بهتر مقابله کنند.

واقعیت‌درمانی که آموزش راه‌های جلب حمایت اجتماعی را نیز در بر دارد، توان کنترل محیط و ارتباط موثر با دیگران را مقدور می‌سازد که همین امر موجب می‌شود این افراد در شرایط دشوار زندگی حمایت اجتماعی بیشتری را دریافت کنند و در نتیجه بار استرس آنها کاهش یابد. دریافت کمک و حمایت از سوی سایر اعضای خانواده برای تعامل و نگهداری از کودکان مبتلا به اُتیسْم به مادران فرصت بیشتری برای پرداختن به مسائل خود و در نتیجه آرامش بیشتری می‌بخشد که همین امر به آنها در کاهش استرس والدگری کمک شایانی خواهد کرد.

از دلایل اثربخشی واقعیت‌درمانی بر کاهش استرس، ممکن است ایجاد راهبردهای کنارآمدن<sup>۳۸</sup> و ساز و کارهای دفاعی بهتر در افراد باشد. آنها در مقابل رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی، ابراز وجود و اعتماد به نفس برخورد می‌کنند. در نتیجه این رویدادها را قابل کنترل می‌بینند. نگرش‌های خوش‌بینانه، پردازش اطلاعات را موثرتر می‌سازد و فرد راهبردهای مقابله فعال بیشتری را به کار می‌گیرد و توان کنار آمدن با شرایط دشوار افزایش می‌یابد و تنش را کاهش می‌دهد.

---

۳۷. Psyche health

۳۸. Coping skills





بر طبق نظر دنت<sup>۳۹</sup>، توانایی حل کردن مشکلات و مهارت‌های حل تعارض به عنوان یکی از ویژگی‌های بارز در این افراد ذکر شده است. مک کراث<sup>۴۰</sup>، به این نتیجه رسید که این مداخله باعث می‌شود که افراد راهبردها و مهارت‌های رویارویی با رویدادهای ناخوشایند زندگی را فراگیرند. وقتی مادر دارای کودک مبتلا به اُتیسْم آموزش ببیند که چطور تکالیف والدینی خود را سازماندهی کند و با خوش‌بینی بیشتری به آینده فرزند خود بیاندیشد در نتیجه از بار استرس والدگری وی نیز کاسته می‌شود.

بطور کلی واقعیت‌درمانی به عنوان یک عامل مقاوم درونی عمل کرده، با افزایش توان حل مساله و افزایش انگیزه فرد برای مقابله با مشکلات، به افراد کمک می‌کند که بتوانند استرس را تعدیل نمایند. در واقع توانمندی ناشی از این اقدام به افراد امکان مدیریت شرایط دشوار و استرس‌زای زندگی را می‌دهد و امکان رشد و تعادل مثبت را برای فرد مهیا می‌کند. تمام این توانمندیها به افراد کمک می‌کنند تا با شرایط زندگی راحت‌تر برخورد کرده و در هنگام بروز مشکلات با حل مسئله و آرامش درونی بیشتر با مشکلات کنار آیند.

داشتن حل مسأله بالا، تجربه هیجان‌ات مثبت و داشتن روحیه مقابله با مشکلات به مادران دارای کودکان مبتلا به اُتیسْم کمک می‌کند که ارزیابی‌های مثبت‌تری در مورد زندگی و کودکان داشته باشند. همین عوامل باعث می‌شود تعامل سازنده‌تری بین مادر و کودک فراهم شود و مادر با آرامش بیشتری نقش والدگری خود را ایفا کند و راحت‌تر بتواند با استرس‌هایی که به واسطه نقش والدینی به وی تحمیل می‌شود کنار آید. بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش، واقعیت‌درمانی می‌تواند استرس والدگری را در مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اُتیسْم کاهش دهد که این امر می‌تواند نشان دهنده اهمیت پرورش صفات و توانمندی‌هایی در مقابله با استرس‌های زندگی از جمله استرس والدگری است.

---

۳۹. dennte

۴۰. Mc.crath



## محدودیت‌ها و پیشنهادات

از جمله محدودیت‌های<sup>۴۱</sup> پژوهش حاضر، تعداد محدود آزمودنی‌ها و نیز عدم پیگیری<sup>۴۲</sup> پایداری نتایج مداخله است، بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی تعداد نمونه<sup>۴۳</sup> بیشتری انتخاب شود و تا حد امکان مطالعات پیگیری نیز برای بررسی تداوم تأثیرات درمانی انجام پذیرد. همچنین جامعه آماری این پژوهش شامل مادرانی است که به درمانگاه اُتیسم بیمارستان مراجعه کردند و این امر می‌تواند تعمیم‌پذیری<sup>۴۴</sup> یافته‌ها را کاهش<sup>۴۵</sup> دهد؛ بنابراین پیشنهاد<sup>۴۶</sup> می‌شود که پژوهش دیگری در این زمینه در شهرها و جوامع دیگری نیز انجام گیرد. همچنین محققین این پژوهش به دلیل نداشتن گواهی صلاحیت به کارگیری تئوری انتخاب و واقعیت درمانی از موسسه گلسر، این تحقیق را زیر نظر آقای دکتر فرخ رنجگر روان‌درمانگر بخش اُتیسم بیمارستان رازی تبریز انجام دادند. بر خود لازم می‌دانیم از زحمات ایشان و سایر عزیزانی که در این پژوهش یاری‌رسان بودند تشکر و قدردانی نماییم.

در پایان می‌توان پیشنهاد کرد که سازمانها و متخصصانی که به نوعی با والدین و خانواده‌های کودکان مبتلا به اُتیسم در ارتباط<sup>۴۷</sup> هستند، واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب را برای آنها آموزش دهند تا این افراد بتوانند با استرس و تنش والدگری راحت‌تر کنار بیایند.

## منابع

۱. آقابابایی، س، عابدی، ا، یارمحمدیان، ا، زمانی فروشانی ن. فراتحلیل اثربخشی مداخله تحلیلی رفتار کاربردی بر مهارتهای زبانی کودکان مبتلا به اخلال اُتیسم. مجله روانشناسی بالینی- سال هفتم، ۲- ۲۶، تابستان، ۱۳۹۴

- 
- ۴۱. limits
  - ۴۲. pursuit
  - ۴۳. sample
  - ۴۴. generable
  - ۴۵. reduce
  - ۴۶. suggestion
  - ۴۷. communicate



۲. باقریان خسروشاهی، ص، پورا اعتماد، ح، فتح آبادی ج، فیاضی، ن، محمدی. تدوین برنامه درمانی یکپارچه با خانواده برای اُتیسْم و مقایسه اثربخشی آن با پرنده کوچولو بر کاهش استرس والدگری والدین کودکان مبتلا به اُتیسْم، پژوهش در علوم توانبخشی، ۱۳۹۵؛
۳. جلالی مقدم، ن، پورا اعتماد، ح، صالح صدقپور، ب، خوشابی، ک، و چیمه، ن (۱۳۸۶). راهبردهای مقابله‌ای والدین کودکان مبتلا به اختلالات
۴. چیمه، ن، پورا اعتماد، ح و خرم آبادی، ر. (۱۳۸۶). مشکلات و نیازهای مادران کودکان مبتلا به اختلالات اتیستیک: یک پژوهش کیفی. فصلنامه خانواده پژوهی، ۱۱، ۶۹۷-۷۰۷.
۵. حسین خانزاده، ع، باغبان وحیدی، م، ندایی، ن. تاثیر آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط موثر به مادران کودکان اُتیسْم بر جو عاطفی، سازش‌پذیری و انسجام خانواده. پژوهش در زمینه کودکان استثنایی، زمستان ۱۳۹۵، سال شانزدهم-۴.
۶. خلیلی، ش، برزگر کهنمویی، س، صاحبی، ع، فراهانی، حجت‌الله. اثربخشی مداخله مبتنی بر تئوری انتخاب و واقعیت درمانی بر رضایت زناشویی، فصل نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۲۳-۱، (۱) ۱۳۹۵، ۷.
۷. ربیعی کناری، ف، جدیدیان، ع، سلگی، م (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اُتیسْم، تهران، دانشگاه علم و فرهنگ تهران.
۸. گلابی، پ، علی پور، ا، زندی، ب. (۱۳۸۴). تاثیر مداخله درمانی به روش ABA بر درمان کودکان دچار اختلال اُتیسْم. پژوهش در حیطه
۹. گلسر، و (۱۳۹۰). تئوری انتخاب (روانشناسی نوین آزادی و اختیار). ترجمه علی صاحبی. تهران: نشر سایه سخن.
۱۰. گلسر، و گلسر، ک. (۱۳۸۸). زبان نظریه انتخاب. ترجمه علی صاحبی. تهران: انتشارات رشد فرهنگ.
۱۱. محتشمی، ط، ابراهیمی، ف، علی اکبری دهکردی، م، چیمه، ن (۱۳۹۵). مقایسه استرس والدگری، رضایت‌مندی و کارکرد خانواده مادران کودکان دارای اُتیسْم با مادران کودکان دارای رشد معمول. فصلنامه کودکان استثنایی، سال شانزدهم، ۶۲-۵۱، ۱۳۹۵، ۴.
۱۲. محسنی اژی، ع، عابدی، ا، بهنام نژاد، ن. فراتحلیل اثربخشی روش تحلیل رفتار کاربردی (ABA) بر مشکلات کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسْم در ایران، ۹۲-۱۳۸۴، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، بهار ۱۳۹۴، سال بیست و یکم-شماره ۱.



۱۳. مهدی زاده فانید، ل. (۱۳۹۶). نوروفیزیولوژی و سایکوپاتولوژی اختلال اُتیسْم. تبریز: انتشارات فروزش.

14. Abidin, R.R. & Burnner, J.F.(1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 31-40.

15. Abidin, R.R.(1995). *Parenting stress Index: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

16. Kazdin AE, Whitley MK. Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children Referred for aggressive and antisocial behavior. *J Consult Clin Psychol* 2003 504-41 : 3: 71 ؛

17. Masten A. Ordinary magic resilience processes in development. *Am Psychol* 2001-38 227 : 56 ؛

18. Maston ML, Mahan S, Maston JL . Parent training : A review of methods for children with autism Spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord* 2009 ؛ 868-75 : (4)3

19. Noone SJ, Hastings RP. Building Psychological resilience in support staff caring for people with Intellectual disabilities pilot evaluation of an acceptance based intervention . *J Intellect Disabil*





## بررسی آثار شناختی بازی‌های رایانه‌ای: یک مطالعه‌ی مروری

سید علی شریفی فرد / دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه محقق اردبیلی / اردبیل / ایران  
فرناز خدادادی جوکار / دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه رازی / کرمانشاه / ایران  
دکتر اکبر عطادخت<sup>۲</sup> / دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی / اردبیل / ایران

### چکیده

بازی‌های رایانه‌ای برنامه‌های نرم افزاری تعاملی هستند، که به طور عمده با هدف سرگرمی به وجود آمده‌اند. انجام این بازی‌ها مستلزم پردازش سریع اطلاعات و ارزیابی اطلاعات منطقی و فوق العاده سریع می‌باشد. شناخت نیز یکی از جنبه‌های بسیار مهم وجود آدمی است که با زمینه‌های مختلف اجتماعی، عاطفی و جسمانی در تعامل است و می‌تواند در زمینه‌ی پیشرفت علمی و اجتماعی، و بهداشت روانی افراد تاثیر قابل توجهی داشته باشد. جنبه‌های شناختی شامل پردازش اطلاعات، حافظه، یادگیری، ادراک، توانایی حل مسئله، و مهارت‌های فضایی - دیداری است. در این بررسی نیز آثار شناختی بازی‌های رایانه‌ای مرور می‌شود.

**واژگان کلیدی:** بازی‌های رایانه‌ای، آثار شناختی، بهداشت روانی.

۱. در این بررسی مروری منظور از بازی‌های رایانه‌ای، بازی‌هایی است که با رایانه‌ی شخصی، دستگاه بازی، گوشی هوشمند و تبلت انجام می‌گیرد

۲. نویسنده مسئول، آدرس پست الکترونیکی: ak\_atadokht@yahoo.com



## مقدمه

بازی‌های رایانه‌ای به طور باور نکردنی فرم جذاب و عمومی از سرگرمی شده‌اند. هم‌چنین استفاده از بازی‌های رایانه‌ای به طور مداوم رو به افزایش می‌باشد (ریدیوت، فوهر و رابرتس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). امروزه از هر ۱۰ کودک و نوجوان آمریکایی، ۹ نفر از بازی‌های رایانه‌ای استفاده می‌کنند (جنتایل و والش<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). هم‌چنین زمینه‌یابی در سال ۲۰۰۸ نشان می‌دهد که ۹۷٪ از نوجوانان آمریکایی ۱۲ تا ۱۷ ساله، به بازی‌های ویدیویی می‌پردازند (لنهارت<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). در ایران نیز از هر ۱۰ کودک و نوجوان زیر ۱۸ سال ۷ نفر و از هر ۱۰ جوان و میانسال بالای ۱۸ سال ۴ نفر به بازی‌های رایانه‌ای می‌پردازند (مرکز تحقیقات بازی‌های دیجیتال، ۱۳۹۶).

این واقعیت وجود دارد که وقتی تعداد زیادی از کودکان و نوجوانان، ساعت‌های قابل توجهی را صرف بازی‌های رایانه‌ای می‌کنند، پی بردن به آثار این بازی‌ها، تبدیل به یک هدف پژوهشی بسیار مهم می‌گردد (پرات، اندرسون، جنتایل، براون و سوینگ<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴). هم‌چنین محبوبیت رو به افزایش بازی‌های رایانه‌ای باعث ظهور ناگهانی پژوهش‌ها در زمینه‌ی آثار این بازی‌ها شده است (بارلت<sup>۷</sup>، اندرسون و سوینگ، ۲۰۰۹). پژوهش‌های انجام گرفته در این حوزه نیز نشان داده است که آثار بازی‌های رایانه‌ای ناچیز نیستند بلکه آثار قابل توجهی در بافت‌های زمانی کوتاه مدت و بلند مدت در زمینه‌های مختلف جسمانی، روانشناختی و اجتماعی دارند (اندرسون، جنتایل و دیل<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲).

## نگرش نسبت به بازی‌ها

بازخوردهای بزرگسالان مسنتر در مورد بازی‌های رایانه‌ای به طور معمول خنثی و بیشتر منفی بوده است.

---

۳. Rideout, Roberts & Foehr

۴. Gentile & Walsh

۵. Lenhart

۶. Prot, Brown & Swing

۷. Barlett

۸. Dill



این بازخوردها احتمالاً با نگرش عدم کارآمدی این بازی‌ها و حتی نگرش اثرات منفی این بازی‌ها مرتبط است (سوسا، ۲۰۱۲). بررسی‌ها نشان می‌دهد که والدین ایرانی نیز دیدگاهی منفی نسبت به بازی‌های رایانه‌ای دارند و بازی‌های رایانه‌ای را عامل افت تحصیلی و مشکلات رفتاری فرزندانشان می‌دانند (ذوقی پایدار و شریفی فرد، ۱۳۹۴؛ ربیعی و قربانی، ۱۳۹۴). در این راستا پژوهشی اشاره دارد به این مطلب که بین آموزش فن‌آوری رایانه‌ای (در حالت کلی) و بازخوردهای بزرگسالان مسنتر در مورد وسایل رایانه‌ای رابطه مثبت وجود دارد (مک نیلی<sup>۹</sup>، ۱۹۹۱). به این معنا که آموزش درباره آثار سیستم‌های رایانه‌ای (از جمله دستگاه‌ها و ابزار بازی) منجر به کاهش و یا حذف بازخوردهای منفی می‌گردد. هم‌چنین آموزش با قصد استفاده از وسایل رایانه‌ای در آینده ارتباط داشته است (ایلرز<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۹). و تجربه‌ی قبلی استفاده از وسایل رایانه‌ای، به طور معناداری، با بازخوردهای بهتر نسبت به رایانه‌ها، در جمعیت عمومی (اندرسون، ۱۹۹۶) و بزرگسالان مسنتر (کروس و هویر<sup>۱۱</sup>، ۱۹۸۴) مرتبط بوده است. این یافته‌ها و یافته‌های مشابه نشان می‌دهد که بیشتر بازخوردهای منفی بزرگسالان نسبت به فن‌آوری‌های جدید، از جمله دستگاه‌های بازی، به عدم آگاهی یا آگاهی ناقص آنها از آثار این فن‌آوری‌ها، و هم‌چنین نگرش و گاهی تبلیغات منفی در این زمینه برمی‌گردد. بنابراین با آموزش و آگاهی‌بخشی می‌توان این نگرش و بازخوردها را تغییر داد. چنانچه از یافته‌های پژوهشی (مکنیلی، ۱۹۹۱؛ ایلرز، ۱۹۸۹)، نیز چنین برمی‌آید.

اگر چه پژوهش‌ها حاکی از برخی تاثیرات منفی بازی‌های رایانه‌ای از جمله اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه (جنتایل، ۲۰۰۹؛ مهربان و همکاران، ۱۳۹۴)، اختلال افسردگی - اضطراب (جنتایل و همکاران، ۲۰۱۱)، نشانه‌های افسردگی پیش‌رونده، اضطراب شدید و ترس اجتماعی شدید (لام و پنگ، ۲۰۱۰؛ جنتایل و همکاران، ۲۰۱۱)، بی‌خوابی، اندیشه‌های خودکشی‌گرایانه و مشکلات مالی (جنتایل، کوین و بریکولو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۳)، عملکرد ضعیف مدرسه (لام و پنگ، ۲۰۱۰؛ جنتایل، کوین و بریکولو، ۲۰۱۳)، مشکلات خانوادگی بیشتر (جنتایل، کوین و بریکولو، ۲۰۱۳؛ ذوقی پایدار و شریفی فرد، ۱۳۹۴)، و احساس تنهایی و تحمل پریشانی (فولادی، شریفی فرد و نریمانی، ۱۳۹۸) است.

۹. McNeely

۱۰. Eilers

۱۱. Krauss & Hoyer

۱۲. Coyne & Bricolo





اما بررسی‌ها به این نکته تاکید می‌کنند که تاثیرات منفی بازی‌های رایانه‌ای در سایه‌ی استفاده زیاد یا اعتیادگونه از این بازی‌ها شکل می‌گیرند (لام و پنگ، ۲۰۱۰؛ جنتایل و همکاران، ۲۰۱۱؛ شریفی فرد و همکاران، ۱۳۹۸). اگر چه نوع بازی نیز در این زمینه از اهمیت قابل توجهی برخوردار است (اندرسون و همکاران، ۲۰۱۰؛ بوشمن و اندرسون، ۲۰۰۹؛ کارناگی<sup>۱۳</sup> و اندرسون، ۲۰۰۵).

هم‌چنین بررسی‌های بسیاری نشان می‌دهد که بازی‌های رایانه‌ای آثار مثبت زیادی در زمینه‌های آموزشی (مایر، دو و مایر<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۳؛ مورنو<sup>۱۵</sup> و مایر، ۲۰۰۵)، ورزشی (عبدل و فلیسیا<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۵؛ یین<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۹)، شناختی (گیرین و باولیر<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۶؛ کرنی<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۵؛ شریفی فرد و همکاران، ۱۳۹۸)، روان‌درمانی (فرناندز-آرانداز<sup>۲۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ مینئو و همکاران، ۲۰۰۹)، و توانبخشی (لورنز<sup>۲۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ نشاط رحیمی<sup>۲۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۵) دارند. ما نیز در این بررسی، به مرور مطالعات، در زمینه‌ی آثار شناختی بازی‌های رایانه‌ای می‌پردازیم.

## آثار شناختی

### پردازش اطلاعات

پردازش اطلاعات عبارت است از دریافت داده‌ها، ایجاد فرایند مقایسه، و در نهایت تغییر یا عدم تغییر اطلاعات موجود (ویکی پدیا<sup>۲۳</sup>).

- 
۱۳. Carnagey
  ۱۴. Mayer, Dow & Mayer
  ۱۵. Moreno
  ۱۶. Abdul & Felicia
  ۱۷. Yen
  ۱۸. Green & Bavelier
  ۱۹. Kearney
  ۲۰. Fernandez-Aranda
  ۲۱. Llorens
  ۲۲. Neshat Rahimi
  ۲۳. WIKIPEDIA



دو فراتحلیل بزرگ، که مبتنی بر طرح‌های پژوهشی مختلف، با هدف بررسی چگونگی اثربخشی بازی‌های ویدیویی روی مهارت‌های پردازش اطلاعات (پردازش شنیداری، عملکردهای اجرایی، مهارت‌های حرکتی، تصورات فضایی، و پردازش دیداری) انجام گرفت. در این دو فراتحلیل، مطالعات شبه آزمایشی (۷۲ مطالعه و ۳۱۸ مقایسه)، که بازیکنان دائمی را با گروه گواه (غیر بازیکنان یا بازیکنانی که پراکنده و بسیار کم بازی می‌کنند) سنجش کردند. و مطالعات آزمایشی واقعی (۴۶ مطالعه و ۲۵۱ مقایسه)، که کاربرد بازی‌های ویدیویی تجاری را در آموزش بررسی کردند. نشان دادند که، هم در مطالعات شبه آزمایشی و هم در مطالعات آزمایشی واقعی - با کاربرد الگوهای اثرات تصادفی - بازیهای ویدیویی، به بهتر شدن پردازش اطلاعات منجر می‌شوند. در حقیقت، مطالعات شبه آزمایشی اندازه‌های اثر کوچک تا بزرگ را در تمام حوزه‌های مهارت‌های پردازش اطلاعات به دست آورده است، و آزمایش‌های واقعی اثرهای قابل توجهی را در مورد عملکردهای اجرایی به دست آورده است، که با اندازه‌های اثر کوچک تا متوسط در حوزه‌های دیگر مهارت‌های پردازش اطلاعات (پردازش شنیداری، مهارت‌های حرکتی، تصورات فضایی، و پردازش دیداری) مغایرت دارد. قابل بیان است که در این دو فراتحلیل، مطالعات شبه آزمایشی زمینه‌ی بیشتری را برای سوگیری آشکار کردند. و در مقایسه آزمایش‌های واقعی، با اثرهای بزرگتر، در فصلنامه‌های علمی رده بالاتر نسبت به فصلنامه‌های علمی رده پایین‌تر، به چاپ رسیدند. و همچنین اثرهای بزرگتر، به وسیله‌ی فعال‌ترین گروه‌های پژوهشی نسبت به دیگر گروه‌های پژوهشی گزارش شدند (پائرز<sup>۲۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۳).

دکتر باولیر<sup>۲۵</sup> (۲۰۰۳) در دانشگاه روچستر پژوهش‌هایی انجام داد تا اثر بازی‌های رایانه‌ای را در افزایش توانایی مغز در پردازش اطلاعات تصویری بررسی کند. نتایج این مطالعات نشان داد افرادی که بازی‌های رایانه‌ای انجام می‌دهند نسبت به دیگران در آزمون‌های بینایی و تحلیل اطلاعات تصویری، به مراتب بهتر عمل می‌کنند. اما بررسی‌های بیشتر نشان می‌دهد فقط بازی‌های با سرعت بالا و جنگی باعث تقویت این توانایی‌ها در انسان می‌شود.

---

۲۴. Powers

۲۵. Bavlier



این بازی‌ها باعث می‌شود بازیکنان مجبور شوند به سرعت اطلاعات تصویری را تجزیه و تحلیل کنند و پاسخ مناسب را بسته به موقعیت بدهند (نقل از پاکتچی و همکاران، ۱۳۹۲). پژوهشی با هدف بررسی تأثیر بازی‌های رایانه‌ای بر بهره‌هوشی، زمان واکنش و زمان حرکت نوجوانان، نشان داد که بازی‌های رایانه‌ای منجر به بهبود بهره‌هوشی، زمان واکنش و زمان حرکت نوجوانان می‌شود (دلبری و همکاران، ۱۳۸۸). رضائیان و همکاران (۱۳۹۱) نیز از اثربخشی بازی‌های رایانه‌ای بر میزان توجه افراد مبتلا به کم‌توانی ذهنی خفیف خبر دادند. هم‌چنین برخی مطالعات نشان می‌دهد که بازی‌های رایانه‌ای می‌تواند منجر به پیشرفت در عملکردهای اجرایی (باساک و همکاران، ۲۰۰۸)، کنترل شناختی (آنگوئرا<sup>۲۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۳)، کنترل اجرایی (مایلوت<sup>۲۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۲؛ استرن<sup>۲۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۱)، و سرعت پردازش (مایلوت<sup>۲۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۲)، در بزرگسالان مسن شود. مطالعات متفاوتی نیز نشان می‌دهند که بازیکنان حرفه‌ای نسبت به غیربازیکنان، مزیت‌هایی را در پردازش‌های شناختی متنوع به دست می‌آورند (روتريگز جیمنز، پولینا و لانفرانچی<sup>۳۰</sup>، ۲۰۱۵).

## حافظه

حافظه، توانایی نگهداری (ذخیره‌سازی) و بازخوانی اطلاعات، تجارب شخصی، رویه‌ها (مهارت‌ها و عادت‌ها)، و یکپارچه‌سازی اطلاعات است (اسچاکتر و آدیس<sup>۳۱</sup>، ۲۰۰۷). حافظه انواع دارد. حافظه فعال<sup>۳۲</sup> یا حافظه کاری شامل توانایی‌های توجهی پیچیده است و اطلاعات را برای چند ثانیه نگهداری، دستکاری و از آن در تفکر استفاده می‌کند، اما حافظه کوتاه مدت<sup>۳۳</sup> از چند ثانیه تا چند دقیقه و حافظه بلند مدت<sup>۳۴</sup> از چند دقیقه تا پایان عمر این عمل را انجام می‌دهد.

۲۶. Anguera

۲۷. Maillot

۲۸. stern

۲۹. Maillot

۳۰. Rodriguez Jimenez, Pulina & Lanfranchi

۳۱. Schacter & Addis

۳۲. working memory

۳۳. short-term memory

۳۴. long-term memory



حافظه شنیداری در رمزگردانی کدهای کلامی (تداعی زوج‌های کلامی و حافظه منطقی) و حافظه دیداری در رمزگردانی کدهای تصویری (چهره‌ها و تصاویر آشناها) نقش دارند (اتکینسون<sup>۳۵</sup> و همکاران، ترجمه‌ی براهنی و همکاران، ۱۳۹۰).

به نقل از وبگاه London Kings پژوهشی جدید نشان می‌دهد که بازی‌های رایانه‌ای فکری سبب تقویت حافظه و قدرت استدلال افراد سالمند می‌شود و ممکن است در یافتن راهی برای جلوگیری از بروز زوال ذهنی مفید باشد. این بررسی‌ها همچنین نشان می‌دهد که فواید ناشی از این بازی‌ها زمانی بروز می‌کند که افراد دست کم پنج بار در هفته به انجام آنها بپردازند. جالب‌تر اینکه این بهبود ذهنی به ویژه در مورد افراد بالای ۶۰ سال چشمگیرتر بود. انجام بازی‌های رایانه‌ای بسته به نوع آن می‌تواند در افراد مسن موجب بهتر شدن حافظه کوتاه مدت و بلندمدت گردد و مهارت‌های کلامی یا محاسباتی آنان را بهبود بخشد (شریفی فرد و همکاران، ۱۳۹۸).

به گزارش روابط عمومی بنیاد ملی بازی‌های رایانه‌ای (۱۳۹۴)، اگر چه پژوهشگران به تاثیر انجام بازی‌های رایانه‌ای در تقویت حافظه و قدرت تحلیل مغز اذعان دارند، ولی تاکید می‌کنند که فعالیت‌های دیگری مانند انجام برنامه‌های موسیقی، ترتیب دادن برنامه سخنرانی‌های کوتاه مدت برای سالمندان یا انجام خدمات اجتماعی توسط آنها می‌تواند به همان اندازه کمک کننده باشد. زیرا بررسی‌ها حاکی از آن است هر چیزی که برای مغز تازه و جدید باشد می‌تواند آن را تقویت کرده و کارکرد آن را افزایش دهد. همچنین آموزش در زمینه‌ی بازی راهبردی زمان واقعی<sup>۳۶</sup> با نام طلوع ملت‌ها<sup>۳۷</sup> پیشرفت‌های بیشتری در مقایسه با بازی‌های روی مواد حافظه‌ی کاری، گزینش تکلیف، حافظه کوتاه مدت دیداری، و چرخش ذهنی، به دست آمد (باساک<sup>۳۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). بررسی‌های مقطعی همچنین پیشنهاد می‌کند که بازیکنان بازی‌های ویدیویی جنگی در زمینه‌ی وظایف حافظه کاری (سانگور و بادوروگلو<sup>۳۹</sup>، ۲۰۱۲)، و هوش سیال (آنزورث و همکاران، ۲۰۱۵) بهتر عمل می‌کنند.

---

۳۵. Atkinson

۳۶. real-time

۳۷. Rise of Nation

۳۸. Basak

۳۹. fluid intelligence



مطالعه‌ی دیگری درباره کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه (صلاح و همکاران، ۱۳۹۴) نشان داد که گروه آزمایش (که بازی رایانه‌ای انجام داده بودند) در خرده آزمون حافظه‌ی ارقام وکسلر، حافظه‌ی فعال غیرکلامی، حافظه‌ی فعال کلامی و حافظه‌ی فعال کلی، نمرات بیشتری از گروه کنترل (که بازی رایانه‌ای انجام نداده بودند) به دست آوردند. پژوهش عبدی و همکاران (۱۳۹۳) نیز نشان داد که بازی‌های رایانه‌ای شناختی باعث بهبود حافظه‌ی کاری، توجه و انعطاف‌پذیری شناختی در کودکان مبتلا به ADHD می‌شود. بازی‌های رایانه‌ای منجر به کوتاه شدن زمان واکنش کودکان، بهبود مهارت‌های تحلیل اطلاعات و افزایش فعالیت قشر پیش‌پیشانی کودکان دارای اختلال ADHD می‌شود. بررسی عیسی نژاد بوشهری و همکاران (۱۳۹۵)، نیز نشان داد که بازی‌های رایانه‌ای موجب بهبود توجه پایدار و حافظه‌ی فعال می‌گردد. قابل بیان است که به طور اختصاصی بازی‌های متنوعی برای افزایش مهارت حافظه در نظر گرفته شده است که از جمله آنها می‌توان به بازی Memory Matrix اشاره کرد.

## مهارت‌های فضایی – دیداری

در آغاز دهه ۱۹۸۰، درباره شکل جدیدی از سواد آموزی، بحث‌های بسیاری در گرفت که در پی عرضه‌ی انبوه فناوری‌های میکروالکترونیکی (مانند بازی‌های دیجیتالی) به بازار، امکان ظهور یافت. یکی از ویژگی‌های سواد آموزی دیجیتالی، رشد استدلال فضایی<sup>۴۰</sup> و توانایی تجسم فضایی بود. بنابراین، با گسترش محبوبیت بازی‌های رایانه‌ای بسیاری از پژوهشگران به بررسی تاثیر این بازی‌ها بر رشد و تحول توانایی‌های فضایی پرداختند (ریتز و بترانکورت، ۲۰۰۷).

بازی‌های رایانه‌ای با برتری عملکرد و بهبود برخی وظایف فضایی-دیداری ارتباط دارند. بازی‌های رایانه‌ای با واداشتن بازیکن در جهت به کارگیری اطلاعات فضایی از صفحه نمایش، مهارت‌های ویژه‌ی فضایی-دیداری و وظایف هماهنگ کننده این مهارت‌ها را بهبود می‌بخشند (پرات و همکاران، ۲۰۱۴).

---

۴۰. Spatial reasoning



در بررسی‌های آزمایشگاهی و همبستگی، آثار مثبت بازی‌های رایانه‌ای روی مهارت‌های فضایی مورد تایید قرار گرفته است (گرین و باولیر<sup>۴۱</sup>، ۲۰۰۳)

مطالعات نشان می‌دهند که بازیکنان نسبت به غیر بازیکنان در تعدادی از مهارت‌های فضایی-دیداری عملکرد بهتری دارند. آنها زمان واکنش دیداری سریعتری دارند، همچنین در موضع‌یابی هدف و چرخش ذهنی پیشرفت قابل توجهی نشان می‌دهند (گرین و باولیر، ۲۰۰۳؛ اکتمن<sup>۴۲</sup>، گرین و باولیر، ۲۰۰۸؛ گرین و باولیر، ۲۰۰۷). مطالعات آزمایشگاهی نشان داده است که فقط ۱۰ ساعت انجام بازی‌های رایانه‌ای می‌تواند دقت فضایی و چرخش ذهنی را بهبود بخشد (فنگ، اسپنس و پرات<sup>۴۳</sup>، ۲۰۰۷؛ گرین و باولیر، ۲۰۰۳). همچنین پژوهشی نشان داد که بازی‌های رایانه‌ای (بازی‌های هماهنگی چشم و دست)، می‌تواند موجب بهبود مهارت‌های دیداری - حرکتی دانش‌آموزان ناشنوا گردد (نادرتبار<sup>۴۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۷).

جالب است که بیشتر بررسی‌هایی که در مورد آثار بازی‌های رایانه‌ای روی مهارت‌های فضایی-دیداری صورت گرفته است بازی‌های رایانه‌ای به سرعت پیشرونده<sup>۴۵</sup> (بازی‌هایی که تصویرشان به سرعت و به طور پیوسته تغییر می‌کند)، را - که به طور معمول بازی‌های جنگی<sup>۴۶</sup> که خشونت‌آمیز هستند - مورد استفاده قرار دادند. این موضوع به ما یادآوری می‌کند که بازی‌های رایانه‌ای به خوب یا بد تقسیم نمی‌شوند بلکه آنها آثاری تولید می‌کنند که می‌توانند هم خوب باشند هم بد (پرات و همکاران، ۲۰۱۴).

## یادگیری، حل مسئله و ادراک

انجام بازی ویدیویی جنگی می‌تواند مجموعه‌ی گوناگونی از عملکردهای شناختی سطح بالاتر را ارتقا دهد. چندین مطالعه نشان داده است که افراد پس از آموزش بازی ویدیویی جنگی می‌توانند به طور کارآمدتری بین وظایف رقابتی به گزینش بپردازند (کالزاتو<sup>۴۷</sup> و همکاران،

۴۱. Green & Bavelier

۴۲. Achtman

۴۳. Feng , Spence & Pratt

۴۴. Nadertabar

۴۵. fast - paced

۴۶. action

۴۷. Colzato



۲۰۱۰؛ گرین و همکاران، ۲۰۱۲، استروبیچ<sup>۴۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۲).

دیگر جنبه‌هایی که به وسیله‌ی بازی‌های ویدیویی جنگی بهبود می‌یابد، شامل توانایی در مورد تکالیف چندگانه<sup>۴۹</sup> (استروبیچ و همکاران، ۲۰۱۲) و توانایی در مورد چرخش ذهنی اشیاء (فنگ و همکاران، ۲۰۰۷) می‌باشد.

بیشتر پژوهش‌های شناختی درباره بازی‌های ویدیویی تجاری در زمینه‌ی بازی‌های ویدیویی جنگی انجام شده است. به هر حال، دیگر انواع بازی‌ها (مانند بازی‌های فکری، مسابقه‌ای و غیره)، ممکن است هم‌چنین جنبه‌های سودمندی از عملکرد شناختی را دارا باشند. برای مثال، آموزش درباره‌ی یک نسخه‌ی دشوار از بازی راهبردی هنر ستاره<sup>۵۰</sup> منجر به پیشرفت‌هایی در انعطاف‌پذیری شناختی گردید، اما درباره‌ی میزان توجه یا حافظه کوتاه مدت چیزی به دست نیامد (گلس، مدوکس و لاول<sup>۵۱</sup>، ۲۰۱۳).

بررسی تاثیر بازی‌های رایانه‌ای روی یادگیری و درک مفهوم چند رسانه‌ای یک از دامنه‌های پژوهشی فعال می‌باشد (مایر، ۲۰۰۵؛ تیورسکی، بائر-موریسن، و بترانکورت<sup>۵۲</sup>، ۲۰۰۰). در پژوهشی با عنوان مقایسه‌ی سبک‌های یادگیری در بازیکنان وابسته و ناوابسته به بازی‌های رایانه‌ای، نشان داده شد که وابستگی (اعتیاد) به بازی‌های رایانه‌ای در بهره‌گیری از سبک‌های مشاهده‌تأملی، مفهوم سازی انتزاعی و یادگیری جذب‌کننده تاثیر مثبت و در بهره‌گیری از سبک‌های یادگیری تجربه‌عینی، آزمایش‌گری فعال، یادگیری واگرا و انطباق دهنده تاثیر منفی دارد. اما وابستگی به بازی‌های رایانه‌ای بر بهره‌گیری از سبک یادگیری همگرا تاثیر ندارد (یونسی و همکاران، ۱۳۹۴). هم‌چنین برنامه‌های تربیتی رایانه‌ای با افراد دارای ناتوانی هوشی یا ID، سودمندی این برنامه‌ها را در بهبود توانایی‌های شناختی، مانند استدلال غیرکلامی (سودرکوئیست<sup>۵۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲)، حافظه‌ی کاری (پولینا و همکاران، ۲۰۱۰؛ ون در مولن<sup>۵۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۰)، حافظه‌ی کوتاه مدت دیداری فضایی (بنیت<sup>۵۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۳)، فراشناخت (مورنو و سالدانا<sup>۵۶</sup>، ۲۰۰۵)،

۴۸. Strobach

۴۹. multitask

۵۰. StarCraft

۵۱. Glass, Maddox & Love

۵۲. Tversky, Bauer-Morrison & Betrancourt

۵۳. Soderqvist

۵۴. Van der Molen

۵۵. Benett

۵۶. Moreno & Saldana



هم‌چنین در بهبود یادگیری مفاهیم اساسی ریاضی (جانسن<sup>۵۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۳)، علم (اسمیت، اسپونر و وودز<sup>۵۸</sup>، ۲۰۱۳)، مهارت‌های اساسی رایانه (دیویز و همکاران، ۲۰۰۴)، هجی کردن حروف<sup>۵۹</sup> (پورازلا و مچلینگ<sup>۶۰</sup>، ۲۰۱۳)، شماره‌های اضطراری (اوزکان، آنکول و کایا<sup>۶۱</sup>، ۲۰۱۳)، و مهارت‌های نوشتاری (پنینگتون<sup>۶۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱)، نشان می‌دهد.

بررسی در زمینه‌ی نوع بازی و عملکرد حل مسئله نشان می‌دهد کودکانی که بازی رایانه‌ای راهبردی انجام می‌دهند نسبت به دو گروه گواه - گروهی که هیچ نوع بازی انجام ندادند و گروهی که بازی رایانه‌ای جنگی انجام دادند - در زمینه‌ی حل مسئله عملکرد بهتری داشتند. و هم‌چنین بین دو گروه بازی‌های رایانه‌ای راهبردی و آموزشی تفاوت معناداری وجود نداشت (تقوی جلودار و حامی، ۱۳۹۷). هم‌چنین پژوهشی نشان داد که بازی‌های رایانه‌ای تاثیر مثبتی بر مهارت حل مسئله و هماهنگی دیداری حرکتی دارند، با این توضیح، کودکانی که بازی‌های رایانه‌ای انجام می‌دهند در آزمون حل مسئله و آزمون دیداری - حرکتی بندرگشتالت عملکرد بهتری داشتند (رئیزی و علیآبادی، ۱۳۹۳). بازی‌های رایانه‌ای به خوبی برای اهداف درمانی مورد استفاده قرار گرفته است. یک نمونه از طبقه‌ی قدیمی بازی‌ها، که تقریباً به دو دهه قبل برمی‌گردد، بازی برادران ماریو (که در ایران با نام قارچ‌خور معروف است)، با سبک سکوبازی و بازی افسانه‌ی زلدا، یک بازی خیال‌پردازی حماسی با سبک جنگی - ماجراجویی، می‌باشد. این بازی‌ها و هم‌چنین برنامه‌ی روان‌درمانی منظم، توانایی‌های گوناگون کودکان، مانند راهبردهای حل مسئله و شیوه‌های مواجهه با موفقیت و شکست را مورد ارزیابی قرار داده و بهبود می‌بخشند (گاردنر<sup>۶۳</sup>، ۱۹۹۱).

گرین و همکاران (۲۰۱۲) نیز، نشان دادند که افرادی که از بازی‌های ویدیویی جنگی استفاده می‌کنند، می‌توانند به سرعت تغییر وظیفه داده، به اینگونه که از یک وظیفه دست بکشند و به وظیفه دیگر بپردازند، یعنی می‌توانند به سرعت تغییر وظیفه دهند.

---

۵۷. Jansen

۵۸. Smith, Spooner & Woods

۵۹. words spelling

۶۰. Purrazzella & Mechling

۶۱. Ozkan, Oncul & Kaya

۶۲. Pennington

۶۳. Gardner





هم‌چنین بازی‌های شبیه‌سازی شده موجب بهبود توانایی حل مسئله می‌گردد (چن، یوآن و چیا<sup>۶۴</sup>، ۲۰۱۱).

در پژوهشی با عنوان «حل مسئله و مشارکت به دنبال استفاده از بازی‌های آموزشی با تلفن همراه»، نشان داده شد که مشارکت و توانایی حل مسئله به دنبال انجام بازی‌ها افزایش می‌یابد و این نمایانگر آن است که می‌توان از بازی‌های آموزشی در بهبود مهارت‌های ارتباطی نیز بهره‌مند شد (سانچس و اولیوارس<sup>۶۵</sup>، نقل از روشنیان رامین و همکاران، ۱۳۹۲). در زمینه‌ی ادراک، در پژوهشی طی دو آزمایش، از دانشجویان خواستند که تریس (یک بازی فکری) را برای ۱۲ روز، و هر روز به مدت ۳۰ دقیقه بازی کنند. طی بررسی نتایج نشان داد ادراک فضایی در هر دو جنس و به خصوص مردان و هم‌چنین ادراک فاصله در هر دو جنس پیشرفت کرده بود (اوکاگاکا و فرنچ<sup>۶۶</sup>، ۱۹۹۴). هم‌چنین بررسی دیگری نشان داد که استفاده از بازی کانجکچر<sup>۶۷</sup> (یک بازی جنگی) موجب رشد ادراک فاصله می‌گردد (سوبراهمانیام و گرینفیلد<sup>۶۸</sup>، ۱۹۹۴). در راستای همین یافته‌ها پژوهشی نشان داد که بازی تریس، موجب تقویت توانایی‌های ادراکی در بازیکنان می‌گردد (سیمز و مایر، ۲۰۰۲). هم‌چنین بررسی نشان می‌دهند که بازی‌های رایانه‌ای موجب افزایش خلاقیت، انعطاف‌پذیری شناختی و ادراک فضایی کودکان پیش دبستانی می‌گردد (حقیقت پناه و استکی، ۱۳۹۴).

اخیراً، بازی‌های ویدیویی تجاری که برای سرگرمی‌های خالص ساخته می‌شوند، به طور شبیه‌سازی شده و غیر گزینشی (خودکار)، بسیاری از پردازش‌های شناختی را به چالش می‌کشند. این بازی‌ها هم‌چنین تاثیر مثبت و مفیدی برای توانایی‌های شناختی عمومی دارند (باولیر و همکاران، ۲۰۱۲؛ کلیمسون و استارک<sup>۶۹</sup>، ۲۰۱۵). هم‌چنین بر اساس گزارش یونسکو<sup>۷۰</sup>، بسیاری از بازی‌های رایانه‌ای به رشد توانایی‌های ذهنی در سطوح بالا کمک می‌کنند.

۶۴. Chen, Yuan & Chia

۶۵. Sanchez & Olivares

۶۶. Okagaki & Frensch

۶۷. Conjecture

۶۸. Subrahmanyam & Greenfield

۶۹. Clemenson & Stark

۷۰. UNESCO



بازی‌هایی که هدف آموزشی ندارند، به صرف استفاده، خود نوعی یادگیری هستند (عطاران، ۱۳۸۳).

## بحث و نتیجه گیری

بازی‌های رایانه‌ای پیچیده که آموزش سرگرم‌کننده‌ی شناختی را با دریافت زیستی بیدرنگ و تحریک عصبی یکپارچه می‌کنند، ظرفیتی برای عملکرد شناختی بهینه در بهداشت و بیماری دارند. با توجه به این مطالعه، بازی‌های رایانه‌ای آثار مثبت قابل توجهی در زمینه‌های شناختی از جمله پردازش اطلاعات، حافظه، مهارت‌های فضایی - دیداری، انعطاف‌پذیری شناختی، یادگیری، حل مسئله و مهارت‌های ادراکی، برای جمعیت‌های بالینی و عادی دارند. در آخر نیز ما روی این مطلب پافشاری می‌کنیم که تحول فن‌آوری بایستی با اعتباریابی شدید علمی، بحث دانشگاهی و فرصت‌های صنعتی در این زمینه، هم‌تا شوند.

## پیشنهادات

پیشنهاد می‌شود که مطالعه‌های مروری در زمینه‌ی آثار آموزشی، تربیتی، درمانی، و توانبخشی بازی‌های رایانه‌ای انجام شود. همچنین با توجه به کمبود پژوهش‌ها در زمینه‌ی رابطه بازی‌های رایانه‌ای و مسائل شخصیتی و عاطفی نیز، نیاز به پژوهش در این زمینه احساس می‌شود.

## منابع

اتکینسون، ریتال ال؛ اتکینسون، ریچاردسی؛ اسمیت، ادوارد ای؛ بم، داریل ج و سوزان نولن - هوکسما (۱۳۹۰). زمینه‌ی روانشناسی هیلگارد، ترجمه: محمد نقی براهنی و همکاران. تهران: انتشارات رشد.

پاکت چی، ریحانه؛ یاریاری، فریدون و مرادی، علیرضا (۱۳۹۲). تأثیر آموزش بازی‌های رایانه‌ای بر عملکرد حافظه بینایی دانش‌آموزان نارساخوان، تعلیم و تربیت استثنایی، دوره ششم، شماره‌ی صد و نوزدهم، ۳۰-۳۸.



تقوی جلودار، مریم و حامی، مهیار (۱۳۹۷). اثر بخشی بازی‌های رایانه‌ای بر توانایی حل مسئله کودکان، نشریه علمی- پژوهشی آموزش و ارزشیابی، دوره یازدهم، شماره‌ی چهارم و دوم، ۷۰-۵۵.

حقیقت پناه، آزاده و استکی، مهناز (۱۳۹۴). اثربخشی کاربرد بازی‌های رایانه‌ای بر خلاقیت و ادراک فضایی کودکان پیش دبستانی. دومین کنگره سراسری رانشناسی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی.

دلبری، مسعود؛ محمدزاده، حسن و دلبری، محمود (۱۳۸۸). تاثیر بازی رایانه‌ای بر بهره‌ی هوشی، زمان واکنش و زمان حرکت نوجوانان. فصلنامه‌ی رشد و یادگیری حرکتی- ورزشی، دوره یکم، شماره یکم، ۱۳۵-۱۴۵.

ذوقی پایدار، محمد رضا و شریفی فرد، سید علی (۱۳۹۴). بررسی تاثیر بازی‌های رایانه‌ای بر روابط والدین - فرزندان، اولین کنفرانس ملی بازی‌های رایانه‌ای فرصتها - چالشها، دانشگاه اصفهان.

ربیعی، محمد و قربانی، مریم (۱۳۹۴). بررسی تاثیر بازی‌های رایانه‌ای بر روابط خانوادگی، اولین کنفرانس ملی بازی‌های رایانه‌ای فرصتها - چالشها، دانشگاه اصفهان.

رضاییان، اکرم؛ محمدی، عیسی؛ آزادفلاح، پرویز و شریعتی‌نژاد، کیوان (۱۳۹۱). ارزیابی اثربخشی بازی‌های رایانه‌ای بر میزان توجه مبتلایان به عقب‌ماندگی ذهنی. فصلنامه‌ی اصول بهداشت روانی، دوره چهاردهم، شماره پنجاه و چهارم، ۹۸-۱۰۹.

روشنیان رامین، محسن؛ فاضلیان، پورانداخت و رستگارپور، حسن. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط بین توانایی حل مسئله و میزان استفاده از بازی‌های رایانه‌ای در دانش‌آموزان مقطع پیش‌دانشگاهی. مجله‌ی علوم تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره ششم، شماره دوم، ۱۳۰-۱۱۷.

رئیزی، حمیده و خدیجه، علی‌آبادی (۱۳۹۳). بررسی تاثیر بازی‌های رایانه‌ای بر مهارت حل مسئله و هماهنگی دیداری - حرکتی پسران، اولین همایش ملی علوم تربیتی و روانشناسی، مرودشت، شرکت اندیشه‌سازان مبتکر جوان.

شریفی فرد، سید علی؛ شصت فولادی، مهتاب؛ ذوقی پایدار، محمد رضا و بروجرودی، مینا (۱۳۹۸). بازی‌های رایانه‌ای، فرصتها آسیبها. (در دست چاپ).

صلاح، وحیده؛ شیخ محسنی، اسماعیل؛ پور مودت، خاتون؛ نصر، تورج؛ کریمی جهرمی، لیلالسادات و امیدی، مجید (۱۳۹۴). بررسی تأثیر بازی‌های رایانه‌ای بر افزایش حافظه‌ی فعال کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش فعالی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز.

عبدی، اکبر؛ عربانی دانا، علی؛ حاتمی، جواد و پرنده، اکرم (۱۳۹۳). اثر بخشی بازی‌های رایانه‌ای شناختی بر بهبود حافظه‌ی کاری، توجه و انعطاف‌پذیری شناختی در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / نقص توجه. فصلنامه‌ی کودکان استثنایی، دوره چهاردهم، شماره‌ی یکم، ۳۳-۱۹.



عطاران، محمد (۱۳۸۳). تجربه‌های گذشته سیاست‌های آینده. مجله رشد مدرسه فردا، دوره بیست و یکم، شماره یکم.

عیسی نژاد بوشهری، سولماز؛ داداش‌پور آهنگر، مه‌ری؛ سلم آبادی، حسین؛ عاشوری، جمال و دشت‌بزرگی، زهرا (۱۳۹۵). تاثیر بازی‌های رایانه‌ای بر توجه پایدار و حافظه فعال دانش‌آموزان پسر ابتدایی مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد دوره پنجم، شماره‌ی پنجاه و نهم، ۳۰۹ - ۳۱۹.

فولادی، مهتاب؛ شریفی فرد، سید علی و قمرانی، امیر (۱۳۹۴). بررسی مقایسه‌ی نستانلژی، تحمل پریشانی و احساس تنهایی در کاربران و غیرکاربران بازی‌های رایانه‌ای، (مقاله منتشر نشده).

مهربان، سید امیر حسین؛ یارمحمدی، مسیب؛ نادری پور، حسین و نجفی، مریم (۱۳۹۴). بررسی رابطه بازی‌های رایانه‌ای بر اختلالات رفتاری دانش‌آموزان از دیدگاه والدین، اولین کنفرانس ملی بازی‌های رایانه‌ای فرصت‌ها - چالش‌ها، دانشگاه اصفهان.

یونسی، راضیه؛ جباری فر، تقی و تجاء، سمانه (۱۳۹۴). بررسی اثر وابستگی به بازی‌های رایانه‌ای بر هوش هیجانی، مجموعه مقالات، اولین کنفرانس ملی بازی‌های رایانه‌ای فرصت‌ها - چالش‌ها، دانشگاه اصفهان.

Abdul, A. I., & Felicia, P. (2015). Gameplay Engagement and Learning in Game-Based Learning: A Systematic Review. Review of Educational Research. In Press.

Achtman, R. L., Green, C. S., & Bavelier, D. (2008). Video games as a tool to train visual skills Restorative Neurology and Neuroscience, 26,435- 446.

Anderson, A. A. (1996). Predictors of computer anxiety and performance in information systems. Computers in Human Behavior 12(1): 61-77.

Anderson, C. A., Gentile, D. A., & Dill, K. E. (2012). Prosocial, antisocial, and other effects of recreational video games. In D. G. Singer & J. L. Singer (Eds.), Handbook of children and the media (2nd ed.) (pp. 249-272). Thousand Oaks, CA: Sage.

Anderson, C. A., Shibuya, A., Ihori, N., Swing, E. L., Bushman, B. J., Sakamoto, A., & Saleem, M. (2010). Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in Eastern and Western countries. Psychological Bulletin, 136,151-173.

Anguera, J. A., Boccanfuso, J., Rintoul, J. L., Al-Hashimi, O., Faraji, F., Janowich, J., & Gazzaley, A. (2013). Video game training enhances cognitive control in older adults. Nature, 501, 97-101.



Barlett, C. P., Anderson, C. A., & Swing, E. L. (2009). Video game effects -confirmed, suspected and speculative: A review of the evidence. *Simulation Gaming*, 40, 377-403.

Basak, C., Boot, W. R., Voss, M. W., & Kramer, A. F. (2008). Can training in a real-time strategy video game attenuate cognitive decline in older adults. *Psychology and Aging*, 23, 765-777.

Bavelier, D., Green, C.S., Pouget, A., and Schrater, P. (2012). *Annu. Rev. Neurosci.* 35, 391-416.

Bennett, S. J., Holmes, J., & Buckley, S. (2013). Computerized memory training leads to sustained improvement in visuospatial short-term memory skills in children with Down syndrome. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 118 (3), 179-192.

Bushman, B. J & Anderson, C. A. (2009). Comfortably numb: Desensitizing effects of violent media on helping others. *Psychological Science*, 20, 273-277.

Carnagey, N. L., & Anderson, C.A. (2005). The effects of reward and punishment in violent video games on aggressive affect, cognition, and behavior. *Psychological Science*, 16, 882-889.

Chen-Chung, L., Yuan-Bang, C., & Chia-Wen, H. (2011). The effect of simulation games on the learning of computational problem solving, Graduate Institute of Network Learning Technology, National Central University. *Computers & Education*, 57 (3), 1907-1918.

Clemenson, G.D., and Stark, C.E.L. (2015). *Journal of Neuroscience*. 35, 16116-16125.

Colzato, L. S., van Leeuwen, P. J., van den Wildenberg, W. P. M., & Hommel, B. (2010). DOOM'd to switch: Superior cognitive flexibility in players of first person shooter games. *Frontiers in Psychology*, 1, 8.

Davies, D. K., Stock, S. E., & Wehmeyer, M. L. (2004). Computer-mediated, self-directed computer training and skill assessment for individuals with mental retardation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 16 (1), 95-105.

Eilers, M. L. (1989). Older adults and computer education: Not to have the world a closed door. *International Journal of Technology and Aging*, 2, 56-76.

Feng, J., Spence, I., & Pratt, J. (2007). Playing an action video game reduces gender differences in spatial cognition. *Psychological Science*, 18, 850-855.

Feng, J., Spence, I., & Pratt, J. (2007). Playing an action video game reduces gender differences in spatial cognition. *Psychological Science*, 18, 850-855.

Fernandez-Aranda, F., Jimenez-Murcia, S., Santamaría, J.J., Giner-Bartolomé, C., Mestre-Bach, G., Granero, R., et al (2015). The use of videogames as complementary therapeutic tool for cognitive behavioral therapy in bulimia nervosa patients. *Cyber psychol. Behav. Soc. Netw.* 18,744-751.



Gardner, J.E. (1991). Can the Mario Bros. help? Nintendo games as an adjunct in psychotherapy with children. *Psychotherapy* 28, 667-670.

Gentile, D. A. (2009). Pathological video game use among youth 8 to 18: A national study *Psychological Science*, 20, 594-602.

Gentile, D. A., Choo, H., Liau, A. K., Sim, T., Li, D., Ring, D., & Khoo, A. (2011). Pathological video game use among youths: A two-year longitudinal study. *Pediatrics*, 127, 319-329.

Gentile, D. A., Coyne, S. M., & Bricolo, F. (2013). Pathological technology addictions: What is scientifically known and what remains to be learned. In K. E. Dill (Ed.), *Oxford Handbook of Media Psychology*. New York, NY: Oxford University Press.

Gentile, D.A., & Walsh, D. A. (2002). A normative study of family media habits. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 23, 157-178.

Glass, B. D., Maddox, W. T., & Love, B. C. (2013). Real-time strategy game training: Emergence of a cognitive flexibility trait. *PLoS ONE*, 8(8), e70350.

Green, C. S & Bavelier, D. (2007). Action video game experience alters the spatial resolution of attention. *Psychological Science*, 18(1), 88-94.

Green, C. S., Sugarman, M. A., Medford, K., Klobusicky, E., & Bavelier, D. (2012). The effect of action video games on task switching. *Computers in Human Behavior*, 12, 984-994.

Green, S. C., & Bavelier, D. (2006). Enumeration versus multiple object.

Jansen, B. R., De Lange, E., & Van der Molen, M. J. (2013). Math practice and its influence on math skills and executive functions in adolescents with mild to borderline intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 34 (5), 1815-1824.

Kearney, P. R. (2005). Cognitive Call is thenics: do FPS computer games enhance the player's cognitive abilities. Paper presented at the DiGRA 2005 Conference: changing views - worlds in play.

Krauss, I. K., & Hoyer, W. J. (1984). Technology and the older person: Age, sex and experience as moderators of attitudes towards computers. In P. K.

Lam, L. T. & Peng, Z. W. (2010). Effect of pathological use of the internet on adolescent mental health: A prospective study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164, 901-906.

Lenhart, A., Kahne, J., Middaugh, E., Macgill, A. R., Evans, C., & Vitak, J. (2008). Teens, video games, and civics. Pew Internet & American Life Project. Retrieved from <http://www.pewinternet.org/Reports/2008/Teens-Video-Games-and-Civics.aspx>

Llorens, R., Noé, E., Ferri, J., and Alcañiz, M. (2015). Videogame- based group therapy to improve self-awareness and social skills after traumatic brain injury. *J. Neuro engineering Rehabil.* 12, 1–8.



Maillot, P., Perrot, A., & Hartley, A. (2012). Effects of interactive physical-activity video-game training on physical and cognitive function in older adults. *Psychology and Aging*, 27 (3), 589-600.

Mayer, R. E. (Ed.). (2005). *The cambridge handbook of multimedia learning*. New York: Cambridge University Press.

Mayer, R. E., Dow, G., T., & Mayer, S. (2003). Multimedia learning in an interactive self-explaining environment: what works in the desing of agent-based microworlds? *Journal of educational psychology*, 95(4), 806 – 816.

McNeely, E. (1991). Computer-assisted instruction and the older-adult learner. *Educational Gerontology*, 17, 229-237.

Mineo, B. A., Ziegler, W., Gill, S., & Salkin, D. (2009). Engagement with electronic screen media among students with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 172–187.

Moreno, J., & Saldaña, D. (2005). Use of a computer-assisted program to improve metacognition in persons with severe intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 26 (4), 341-357.

Moreno, R., & Mayer, R. E. (2005). Role of guidance, reflection, and interactivity in an agent-based multimedia game. *Journal of educational psychology*, 97(1), 117-128.

Nadertabar, M., Sharifidaramadi, P., Pezeshk, S., & Farrokhi, N. (2017). The Influence of Computer Games on Visual-Motor Skills in Deaf Students, 7, 101-108.

Neshat Rahimi, S. M., Hassani Mehraban, A., & Boroumand, S. (2015). Effectiveness of Videogames on Balance and Fear of Falling in Chronic Stroke Patient. *Iranian Rehabilitation Journal*, Vol. 13, Issue 1. 68-74.

Ozkan, S. Y., Oncul, N., & Kaya, O. (2013). Effects of Computer-Based Instruction on Teaching Emergency Telephone Numbers to Students with Intellectual Disability. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 48 (2), 200-217.

Pennington, R. C., Ault, M. J., Schuster, J. W., & Sanders, A. (2011). Using Simultaneous Prompting and Computer-Assisted Instruction to Teach Story Writing to Students with Autism. *Assistive Technology Outcomes and Benefits*, 7 (1), 24-38.

Powers K. L., Brooks P. J., Aldrich N. J., Palladino M. A., & Alfieri L. (2013). Effects of video-game play on information processing: A meta-analytic investigation, *Psychon Bull Rev* 20:1055–1079.

Prot, S., Anderson, C. A., Gentile, D. A., Brown, S. C., & Swing, E. L. (2014). The positive and negative effects of video game play. In A. Jordan & D. Romer (Eds.). *Media and the Well-Being of Children and Adolescents* (109 -128). New York : Oxford University Press.





Pulina, F., Carretti, B., Lanfranchi, S., & Mammarella, I. C. (In press.). Improving spatial-simultaneous working memory in Down syndrome: effect of a training program led by parents instead of an expert. *Frontiers in Developmental Psychology*.

Purrazzella, K., & Mechling, L. C. (2013). Evaluation of Manual Spelling, Observational and Incidental Learning Using Computer-Based Instruction with a Tablet PC, Large Screen Projection, and a Forward Chaining Procedure. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 48 (2), 218-235.

Rebetez, C., & Betrancourt, M. (2007). Video game research in Cognitive and Educational Sciences. *Cognitive, Brain & Behavior*.

Rideout, V. J., Foehr, U. G & Roberts, D. F. (2010). Generation M2: Media in the lives of 8- to 18 year olds. Retrieved from [http:// www.kfrorg/entmedia /entmedia 012010nr .cfm](http://www.kfrorg/entmedia/entmedia012010nr.cfm)

Rodríguez Jiménez, M., Pulina, F & Lanfranchi, S. (2015). Video games and Intellectual Disabilities: a literature review. *Life Span and Disability XVIII*, 2, 147-165.

Schacter, D.L., & Addis, D.R. (2007). The cognitive neuroscience of constructive memory: remembering the past and imagining the future. *Philos. Trans. R. Soc. B: Biol . Sci.*

Sims, V. K., & Mayer, R. E. (2002). Domain specificity of spatial expertise the case of video game players. *Applied cognitive psychology*, 16, 97 – 115.

Smith, B. R., Spooner, F., & Wood, C. L. (2013). Using embedded computer-assisted explicit instruction to teach science to students with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7 (3), 433-443.

Söderqvist, S., Nutley, S. B., Ottersen, J., Grill, K. M., & Klingberg, T. (2012). Computerized training of non-verbal reasoning and working memory in children with intellectual disability. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6: 271. doi: 10.3389/fnhum.2012.00271

Sosa, Giovanni W. (2012). The Impact of a Video Game Intervention on the Cognitive Functioning, Self-Efficacy, Self-Esteem, and Video Game Attitudes of Older Adults. *CGU Theses & Dissertations*. Paper 19. DOI: 10.5642/cguetd/19

Stern, Y., Blumen, H. M., Rich, L. W., Richards, A., Herzberg, G., & Gopher, D. (2011). Space Fortress game training and executive control in older adults: a pilot intervention. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 18 (6), 653-677.

Strobach, T., Frensch, P. A., & Schubert, T. (2012). Video game practice optimizes executive control skills in dual-task and task switching situations. *Acta Psychologica*, 140, 13-24.

Subrahmanyam, K., & Greenfield, P. M. (1994). Effects of video game practice on sparial skills in girls and boys. *Journal of applied developmental psychology*, 15, 13-32.





Sungur, H., & Boduroglu, A. (2012). Action video game players form more detailed representation of objects. *Acta Psychologica*, 139, 327-334.

Tversky, B., Bauer-Morrison, J., & Bétrancourt, M. (2000). Animation: can it facilitate? *International journal of human-computer studies*, 57, 247 – 262.

Unsworth, N., Redick, T. S., McMillan, B. D., Hambrick, D. Z., Kane, M. J., & Engle, R. W. (2015). Is playing video games related to cognitive abilities. *Psychological Science*, 26, 759-774.

Van der Molen, M. J., Van Luit, J. E. H., Van der Molen, M. W., Klugkist, I., & Jongmans, M. J. (2010). Effectiveness of a computerized working memory training in adolescents with mild to borderline intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54 (5), 433-447.

Yen, C. F., Hsiao, R. C., Ko, C. H., Yen, J. J., Huang, C. F., Liu, S. C., & Wang, S. Y. (2009). The relationships between body mass index and television viewing, internet use and cellular phone use: The moderating effects of socio-demographic characteristics and exercise. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6), 565–571.



## شیوه‌های تامین سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی

پریسا مهدوی سولا<sup>۱</sup>، فاطمه مهدوی<sup>۲</sup>، رقیه محبی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش و پرورش کودکان استثنایی، دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسئول)

(parisamahdavi6592@gmail.com)

۲. کارشناس علوم تربیتی، دانشگاه پردیس بنت الهدی صدر، اردبیل

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش و پرورش کودکان استثنایی، دانشگاه محقق اردبیلی

### چکیده

کودکان کم توان ذهنی به عنوان منبع فشار روانی، سلامت روان خانواده را به خطر می اندازد و در جنبه های مختلف زندگی تاثیر خود را بروز می دهد. سلامت روانی خانواده به عنوان کوچکترین واحد اجتماعی وابسته به تک تک اعضای خانواده می باشد. تولد کودک استثنایی، نه تنها والدین بلکه سایر اعضای خانواده را نیز تحت تاثیر قرار می دهد در چنین شرایطی آرامش خانواده از بین رفته، نگاه سایر اعضای خانواده به سوی کودک کم توان ذهنی معطوف می گردد.

**کلمات کلیدی:** کودکان کم توان ذهنی، سلامت روانی، خانواده

**نوع مقاله:** مروری



## مقدمه

در دنیای امروز علی‌رغم تمام پیشرفت‌ها، کم‌توانی ذهنی یک ناراحتی و وضعیت مادام‌العمر است. حدود ۳ درصد از جمعیت جهان دارای ضریب هوشی کمتر از ۶۸ می‌باشند و عملکرد ۸۰ تا ۹۰ درصد از آنها در دامنه کندذهنی خفیف یا آموزش‌پذیر قرار دارند و مشکلات همراه با این کودکان یکی از عوامل بحران‌ساز برای آن‌ها و خانواده‌هایشان می‌باشد. در تعریف ارائه شده از ناتوانی ذهنی توسط <sup>۱</sup> DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، ضوابط زیر در نظر گرفته شده است:

۱. عملکرد هوشی بسیار کمتر از حد متوسط (کمتر از ۷۰)
۲. اختلال و نقص در مهارت‌های سازشی، حداقل در دو زمینه
۳. شروع قبل از سن ۱۸ سالگی

ناتوانی ذهنی سبب شکل‌گیری مسائل گسترده‌ای از جمله مشکلات هیجانی و رفتاری برای خانواده‌های آنها می‌گردد (فرامرزی، کرمی منش، محمودی؛ ۱۳۹۱). نخستین تجلی فشارهای روانی حاصل از وجود فرزند معلول بر بخش‌های ضعیف جسمانی و روانی والدین است. برای مثال، لکنت زبان‌های خفیف دوران کودکی والدین ممکن است مجدداً بارز شود. سردردها، اضطراب، بی‌حسی دست و پا، احساس فشار و سنگینی در قفسه سینه و مانند آن که با بررسی تاریخچه زندگی آنان، ریشه‌داربودنشان مشخص می‌شود، بروز می‌یابد (کميجانی؛ ۱۳۹۱). مادران کودکان استثنایی نسبت به مادران کودکان عادی دارای سلامت روانی پایین‌تری بوده و همچنین موجب کاهش مقاومت او در مقابل ابتلا به بیماری‌ها می‌گردد و اغلب والدینی که کودک کم‌توان ذهنی دارند از یک عکس‌العمل روانی به نام اندوه مزمن رنج می‌برند. (مهرابی زاده، نجاریان و مسعودی؛ ۱۳۸۰) به‌خصوص اگر کودک دارای کم‌توانی عمیق باشد. در صورت وجود کودک معلول در خانواده و عدم توجه به مدیریت و کنترل پیامدهای حضور او، خسارات و آسیب‌های مادی و روانی بر خانواده تحمیل می‌گردد. در چنین شرایطی والدین ممکن است از داشتن چنین فرزندانی شوکه شده و پی‌آمدهایی هم‌چون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و... برای آنها در پی داشته باشد (ملکشاهی، فلاحی؛ ۱۳۹۲).

۱. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-Text Revised



## مشکلات والدین دارای کودکان کم توان ذهنی

- \* احساس گناه و تقصیر
- \* احساس ناکامی و محرومیت
- \* انکار واقعیت یا کتمان حقیقت
- \* اضطراب و نگرانی
- \* مکانیسم برون فکنی یا فرافکنی

این مشکلات با میزان عقب‌ماندگی کودک، معلولیت جسمی و هیجان همراه با آن، ارزش‌ها، علایق و شرایط خارجی دیگر اعضای خانواده، فرق می‌کنند (فداکار، عباسی، خالق دوست محمدی، عطرکار روشن؛ ۱۳۹۳).

ایجاد و تشدید اختلافات زناشویی، جدایی، تحمل بار سنگین اقتصادی، تحمل صحبت‌های دیگران در رابطه با کودک عقب‌مانده و بسیار از مسائل دیگر می‌تواند از تظاهرات داشتن کودک عقب‌مانده ذهنی در یک خانواده باشد. (گوپتا و سیگهال، ۲۰۰۴) عدم توجه به این نشانه‌ها و تداوم آنها سبب تحلیل قوای جسمی و روانی و نیز موجب بروز احساساتی مانند: خستگی افسردگی یا احساس تنش مداوم می‌شود. این حالات نگرش منفی سوءظن و بدبینی نسبت به دیگران را در فرد به وجود می‌آورد. واکنش خانواده‌ها بسیار اهمیت دارد زیرا در میزان موفقیت برنامه‌های مداخله‌ای تاثیر می‌گذارد. اگر خانواده دقیق و خوش‌بین و دلسوز باشد ممکن است کودک به آموزش و پرورش ویژه خوب جواب دهد. اگر خانواده دچار انکار واقعیت کم‌توانی ذهنی کودک، شود و باور نداشته باشد که کودک می‌تواند دروس خود را یاد بگیرد یا مشکلات رشدی را پشت سر بگذارد، ممکن است کودک از مداخلات زود هنگامی که می‌توانند برای موفقیت آینده‌ی او حیاتی باشد محروم شود. بنابراین پرداختن به شیوه‌های تامین سلامت والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی حائز اهمیت است.

با اتخاذ تدابیر و سیاست‌گذاری در سطح خرد و کلان باید به گونه‌ای عمل کرد که از شدت این تنش‌ها کاسته شود در زیر به برخی از این راهکارها اشاره می‌شود:

- \* تغییر و اصلاح نگرش عموم جامعه نسبت به ویژگی‌های افراد استثنایی



- \* برگزاری همایش هایی در زمینه شناخت کودکان استثنایی و معرفی افراد استثنایی موفق به جامعه.
- \* توجه دقیق به صحبت های والدین توام با همدلی، پذیرش و ایجاد فضای مناسب که سبب بروز احساسات و افکار واقعی آنان در مورد فرزندشان می شود.
- \* ارائه ی اطلاعاتی درباره ی سازمان ها، موسسات و یا انجمن هایی که خدمات مختلف آموزشی و توان بخشی و رفاهی در اختیار والدین قرار می دهند.
- \* کمک به والدین برای درک این واقعیت که کودک در مرحله ی اول یک کودک است و بعد یک فرد ناتوان.
- \* راهنمایی والدین و کمک به آنها برای شناخت احساسات متعارض و ضد و نقیض درباره ی فرزند استثنایی شان.
- \* برگزاری جلسات گروهی والدین.
- \* آموزش مدیریت خشم
- \* آموزش شیوه های مقابله کارآمد
- \* تقویت جهت گیری مذهبی

## نتیجه گیری

کودک کم توان ذهنی خانواده را در معرض مشکلات زیادی قرار داده که بیشتر بر روی والدین احساس می گردد لذا درک و شناسایی صحیح از مشکلات و عوامل مرتبط با آن جهت یاری و حمایت آنان ضروری است.

نتایج به دست آمده از تحقیقات مختلف نشان حاکی از این است که بین انواع دلبستگی، دلبستگی ایمن به خدا میزان تاب آوری را در مادران دانش آموزان کم توان ذهنی را افزایش می دهد و بین درک معنوی و سلامت روان والدین کودکان کم توان ذهنی رابطه ی معنادار وجود دارد. و همچنین با آموزش تکنیک های دلگرم سازی می توان در حفظ سلامت والدین موثر بود. آموزش شیوه های مقابله ای کارآمد، استفاده از سبک های مقابله مسئله محور، استفاده از مراقبت های فرجه ای و تقویت جهت گیری مذهبی از دیگر راهکارهای موثر است.



تأثیر معلولیت بر والدین بستگی به توان و ظرفیت آنها دارد به نظر می‌رسد جهت کاهش مشکلات والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی نیاز به حمایت همه جانبه هست.

## منابع

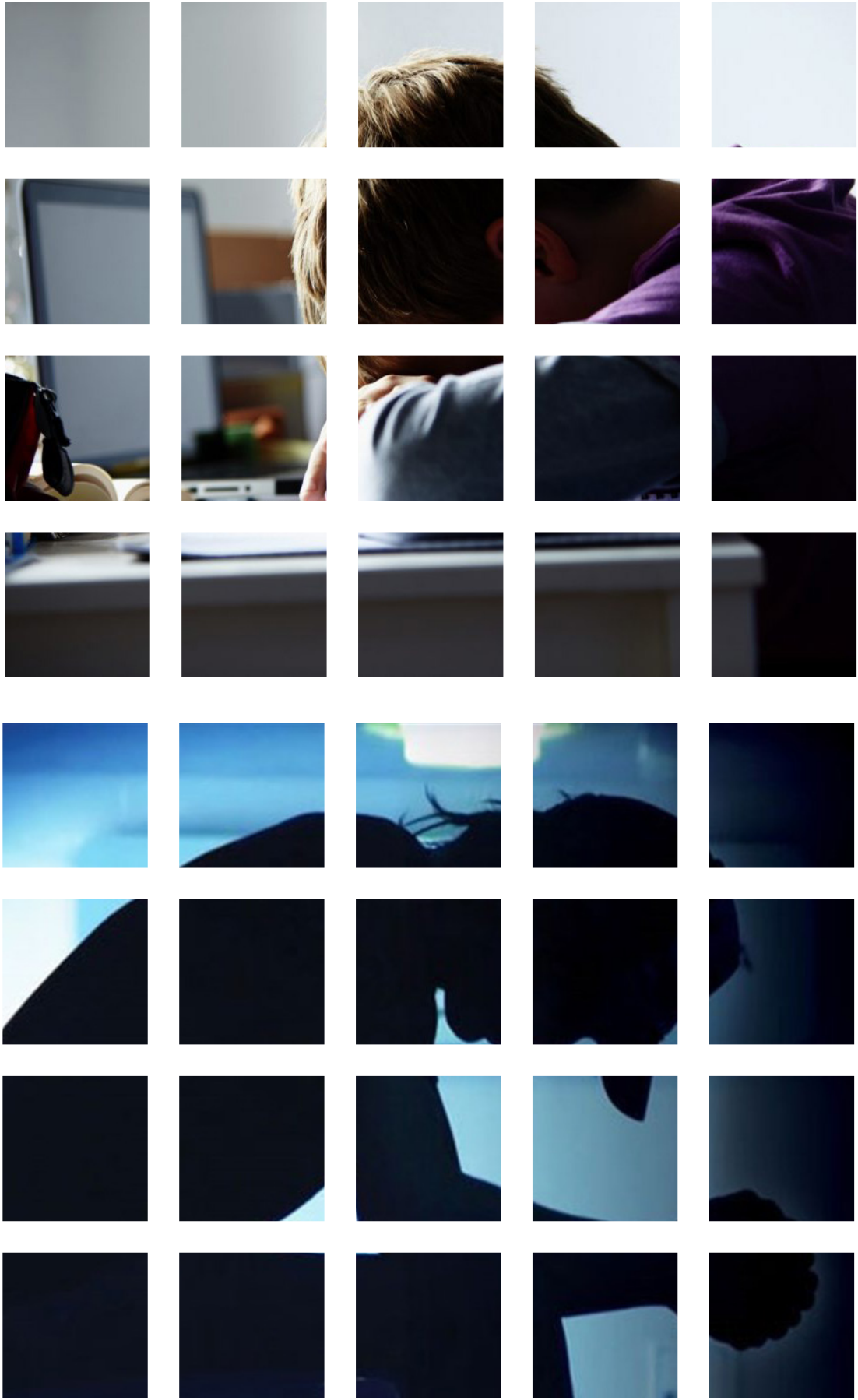
ریحانه فداکار سوقه، سهیلا عباسی، طاهره خالق دوست محمدی، زهرا عطرکار روشن مشکلات خانواده های دارای کودک عقب مانده ذهنی تحت پوشش مراکز بهزیستی (۱۳۹۲).

نشریه ی پرستاری و مامایی جامع نگر، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دوره ۲۴. شماره ۷۳ صفحه ۳۸-۴۷.

سالار فرامرزی، ولی الله کرم منش، مرتضی محمودی. فراتحلیل اثربخشی مداخلات روان شناختی بر سلامت روان خانواده ی کودکان با نقص ذهنی (۱۳۹۰-۱۳۹۱). فصلنامه روان شناسی بالینی-شماره ۱۳، سال چهارم، زمستان ۹۲.

فریده ملکشاهی، شیرزاد فلاحی. مشکلات روانی اجتماعی والدین کودکان معلول ذهنی تحت پوشش مرکز بهزیستی خرم آباد (۱۳۹۲). فصلنامه ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان. دوره ۱۸- شماره ۳. پاییز ۹۵. مسلسل ۶۹.

مهرناز کمیجانی، کودکان استثنایی و چالشهای مادران (۱۳۹۱). مجله ی تعلیم و تربیت استثنایی، شماره ۱۱۰.





## نقش انعطاف پذیری شناختی در پیش بینی گرایش به رفتارهای پرخطر در دانش آموزان

شیرین احمدی

دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

Email: ahmadishirin89@gmail.com

### چکیده

**سابقه و هدف:** یکی از انواع مشکلات رفتاری که نوجوانان را تهدید می کند، گرایش به رفتارهای پرخطر است. پژوهش حاضر با هدف نقش انعطاف پذیری شناختی در پیش بینی گرایش به رفتارهای پرخطر در دانش آموزان انجام گرفت. **روش:** پژوهش حاضر به روش توصیفی- همبستگی انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش آموزان پسر دوره ی دوم متوسطه مدارس دولتی شهرستان اردبیل که در سال تحصیلی ۱۳۹۷ مشغول به تحصیل بودند تشکیل می دادند. تعداد ۲۵۰ نفر از این افراد به شیوه نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب و به صورت انفرادی به پرسش نامه های رفتارهای پرخطر و انعطاف پذیری شناختی پاسخ دادند. داده ها نیز توسط آزمون های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم افزار SPSS-25 تحلیل شدند. **یافته ها:** نتایج ضریب همبستگی نشان داد رفتارهای پرخطر با نمره کل انعطاف پذیری شناختی رابطه معنادار دارد. هم چنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که ۵۵ درصد از کل واریانس رفتارهای پرخطر به وسیله انعطاف پذیری شناختی تبیین می شود. **نتیجه گیری:** نتایج نشان داد که انعطاف پذیری شناختی توانایی پیش بینی گرایش نوجوانان به رفتارهای پرخطر را به صورت معنی داری دارد.

**کلمات کلیدی:** انعطاف پذیری شناختی، رفتارهای پرخطر، دانش آموزان





## The role of cognitive flexibility in predicting the attitude toward high-risk behaviors in students

Shirin Ahmadi<sup>1</sup>

**Background&Aim:** A type of behavioral problem that threatens adolescents is a tendency toward risky behaviors. The purpose of this study was to determine the role of cognitive flexibility in predicting the attitude toward high-risk behaviors in students. **Methods:** This study was correlational. The statistical population of this study consisted of all male students who studied in the second grade secondary school of public schools in Ardebil province who were studying in the school year of 2018. A total of 250 individuals were selected randomly by cluster random sampling and responded to high-risk behaviors and cognitive flexibility questionnaires individually. Data were analyzed by descriptive statistics, Pearson correlation coefficient and multiple regression SPSS-25. **Results:** The results of correlation coefficient showed that high risk behaviors have a significant relationship with the total score of cognitive flexibility. Also, the results of regression analysis showed that 55% of the total variance of risky behaviors is explained by cognitive flexibility. **Conclusion:** The results showed that cognitive flexibility can significantly predict the tendency of adolescents to high risk behaviors.

**Keywords:** Cognitive Flexibility, Risky Behaviors, Students

---

1. PhD student of psychology, Faculty of Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. Email: ahmadishirin89@gmail.com





## مقدمه

دوران نوجوانی<sup>۱</sup> بهترین دوران زندگی جهت کسب تجربه‌های مختلف است. در این دوران نوجوان سعی می‌کند با تأسی از رفتار بزرگسالان به کسب تجربه پرداخته و رفتار جدیدی را از خود بروز دهد. اما باید توجه داشت که گرایش به تغییر نیز جنبه جدایی‌ناپذیر زندگی اجتماعی و اصلی بنیادی در فرهنگ است. عناصر فرهنگی در هر جامعه‌ای آن‌چنان به هم پیوند خورده‌اند که تغییر هر عنصر، موجب تغییر در عناصر دیگر می‌گردد. بنابراین همیشه نوجوانان و جوانان به عنوان نیروهای نوآور با کنار زدن تدریجی یا سریع نسل گذشته به عنوان نیروهایی که حافظ وضع موجود هستند، جایی را برای خود باز می‌کنند و موجب تغییر می‌شوند. ولی بیشتر افراد جامعه، دگرگونی را به خصوص اگر از پیامدها و هزینه‌های آن آگاه باشند، به طور سراسری نمی‌پذیرند (ستوده، ۱۳۸۴). به عبارت دیگر نوجوانان به عنوان گروه اصلی در بروز مشکلات رفتاری تلقی می‌شوند (شفر و کیپ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). گرایش به رفتارهای پرخطر<sup>۳</sup> شامل رفتارهایی است که فرد را در معرض آسیب به خود قرار می‌دهد و البته بیشتر صاحب‌نظران بر این باورند که آسیب تنها مربوط به خود فرد نیست؛ بلکه شعاع آسیب، دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهد (اندوگوا، کابیرو، کللند، بگای، ایگوندی و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). دیکلمنت، هانسن و پونتون<sup>۵</sup> (۲۰۱۳) نیز رفتارهای پرخطر را به خشونت و پرخوری توسعه دادند و گرایش به این رفتارها را در بین نوجوانان مطرح ساختند. مفهوم گسترده رفتارهای پرخطر سلسله‌ای از رفتارها را در بر می‌گیرد که نه تنها برای فرد درگیر در این رفتار و افراد مهم زندگی‌اش زیان‌های جدی به بار می‌آورد، بلکه باعث صدمه غیرعمدی به افراد بیگانه دیگر نیز می‌شود، در نوجوانان نسبت به گروه‌های سنی بالا، گرایش بیشتری به این نوع رفتارها دیده می‌شود. رایج‌ترین رفتارهای پرخطر شامل: مصرف زیاد مشروبات، سوءمصرف مواد، سیگار کشیدن، نزاع و درگیری، ورزش‌های خطرناک، قماربازی، پرخاشگری، گریز از مدرسه، اعمال

۱. adolescents

۲. Shaffer & Kipp

۳. high-risk behaviors

۴. Ndugwa, Kabiru, Cleland, Beguy & Egondi

۵. DiClemente, Hansen & Ponton



بینند و باری و رفتارهای غیرقانونی می‌باشد (بویر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶).

سن شروع اولین مصرف مواد مخدر در نوجوانان (۱۵-۱۲ ساله) ۳۶ درصد، گروه سنی (۱۷-۱۶ ساله) ۱۹ درصد و گروه سنی (۲۰-۱۸ ساله) ۲۲ درصد گزارش شده است (آرات و وانگ، ۲۰۱۹).

بنظر می‌رسد انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۷</sup> یکی از سازه‌های مرتبط با رفتارهای پرخطر می‌باشد. انعطاف‌پذیری شناختی یکی دیگر از مؤلفه‌های مهم کارکرد اجرایی است. کارکردهای اجرایی کارکردهای عالی شناختی و فراشناختی هستند که مجموعه‌ای از توانایی‌های عالی شامل خودگردانی، بازداری، خودآغازگری، برنامه‌ریزی، انعطاف‌پذیری شناختی و کنترل تکانه را در برمی‌گیرد (دنکلا<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳). انعطاف‌پذیری شناختی یک عملکرد منحصر به فرد، صفت بارز یا توانایی شناخت کلی است که به فرد اجازه می‌دهد ایده‌های چندگانه را بپذیرد، به طور انعطاف‌پذیر شناخت خود را تغییر دهد و هنگام تغییرات محیطی الگوهای پاسخ عادی بدهد (جانکو، ووتریش و رپ<sup>۹</sup>، ۲۰۱۴). به طور کلی، توانایی تغییر آمیبه‌های شناختی به منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعاریف انعطاف‌پذیری شناختی است (دنیس و واندروال<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰). کارکردهای اجرایی، برون‌دادهای رفتار را تنظیم می‌کنند که معمولاً شامل بازداری و کنترل محرکها، حافظه‌ی کاری، انعطاف‌پذیری شناختی، برنامه‌ریزی و سازماندهی است (دنکلا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۳). افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند از نظر روانشناختی تاب‌آوری بیشتری دارند (بورتن، پاکنهام و براون<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۰؛ فیلیپس<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۱). مطالعات نشان دادند که افرادی که انعطاف‌پذیری بالایی دارند گرایش کمتری به رفتارهای پرخطر دارند

۶. Boyer

۷. cognitive flexibility

۸. Denckla

۹. Johnco, Wuthrich&Rapper

۱۰. Dennis & Vander Wal

۱۱. Denckla

۱۲. Burton, Pakenham & Brown

۱۳. Phillips



(کومو، ساچیاپون، گیاناتونیو، مانسینی و روی<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۸).

باچی و لیکینیو<sup>۱۵</sup> (۲۰۱۷) گزارش دادند دانشجویانی که انعطاف‌پذیری بالایی دارند سطوح استرس و اضطراب در آنها کمتر است. آرات و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعات خود با عنوان «بررسی رابطه بین انعطاف‌پذیری و رفتارهای پرخطر در دانشجویان» گزارش دادند انعطاف‌پذیری بالا با کاهش مصرف مواد مخدر (رفتارهای پرخطر) مرتبط بود. بنابراین با توجه به سوابق بالا پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌بینی گرایش به رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان انجام گرفت.

## روش

روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه مدارس دولتی شهرستان اردبیل در سال تحصیلی ۱۳۹۷ می‌باشد. تعداد ۲۵۰ نفر از این افراد به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از بین جامعه آماری فوق انتخاب و در پژوهش شرکت کردند. روش جمع‌آوری اطلاعات به این صورت بود که ابتدا از بین مدارس متوسطه دولتی چهار مدرسه از بین آنها با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب و از هر مدرسه یک یا دو کلاس وارد پژوهش شدند. سپس پژوهشگر با حضور در مدارس و ضمن هماهنگی با مدیر و دبیران مدارس مربوطه، پرسشنامه‌ها را توزیع نمود.

داده‌های جمع‌آوری شده در این پژوهش با استفاده از ابزارهای آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و از آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم‌افزار SPSS-25 تحلیل شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

**پرسش‌نامه رفتارهای خطرپذیری:** پرسش‌نامه رفتارهای خطرپذیری توسط محمدی زاده و احمدآبادی (۱۳۸۷) با بررسی ابزارهای معتبر در حوزه خطرپذیری هم‌چون پرسش‌نامه خطرپذیری نوجوانان<sup>۱۶</sup> (گالونه، مور، موس و بوید<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۰) و پرسش‌نامه سیستم کنترل رفتار

۱۴. Cuomo, Sarchiapone, Giannantonio, Mancini & Roy

۱۵. Bacchi & Licinio

۱۶. Adolescents Risk-taking Questionnaire

۱۷. Gullone, Moore, Moss & Boyd



پرخطر جوانان (برنر و همکاران<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۴) و با در نظر گرفتن شرایط فرهنگی و محدودیت‌های اجتماعی جامعه ایران ساخته شده است.

این مقیاس شامل ۲۸ گویه برای سنجش آسیب‌پذیری نوجوانان در مقابل ۶ دسته رفتارهای پرخطر از قبیل گرایش به رانندگی پرخطر (سوالات ۱ تا ۶)، خشونت (سوالات ۷ تا ۱۱)، سیگار کشیدن (سوالات ۱۲ تا ۱۶)، مصرف مواد مخدر (سوالات ۱۷ تا ۲۱)، مصرف الکل (سوالات ۲۲ تا ۲۴)، رابطه و رفتار جنسی و گرایش به جنس مخالف (سوالات ۲۵ تا ۲۸) است که پاسخ‌گویان موافقت یا مخالفت خود را با این گویه‌ها در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای از کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱) بیان می‌کنند، نمره بالا در هر یک از عامل‌ها نشان دهنده خطرپذیری بالای نوجوان در آن عامل است.

پایایی مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی به روش هم‌سانی درونی و با ضریب آلفای کرونباخ و روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی مورد بررسی قرار گرفت. میزان پایایی این پرسش‌نامه و خرده مقیاس‌های آن در سطح مناسب و مطلوبی برخوردار بود، به‌طوری که میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس کل ۰/۹۴، گرایش به رانندگی پرخطر ۰/۹۳، سیگار کشیدن ۰/۹۴، مصرف مواد مخدر ۰/۹۰، مصرف الکل ۰/۹۰، رابطه و رفتار جنسی ۰/۸۶، و گرایش به جنس مخالف ۰/۸۱، به دست آورده‌اند (محمدی زاده و احمدآبادی، ۱۳۸۷).

**پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی:** پرسش‌نامه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی که توسط دنیس و همکاران (۲۰۱۰) ساخته شده است، یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سوالی است و برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موقعیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمد لازم است، به کار می‌رود. شیوه‌ی نمره‌گذاری آن بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی می‌باشد که به گویه‌ی بسیار مخالفم عدد ۱ و به گویه‌ی بسیار موافقم عدد ۷ تعلق می‌گیرد که این نمره‌گذاری در سوالات (۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۷) به صورت معکوس می‌باشد. در این پرسش‌نامه حداکثر نمره ۱۴۰ و حداقل نمره ۲۰ می‌باشد. مؤلفه‌های این پرسش‌نامه شامل: عامل ادراک گزینه‌های مختلف (گویه‌های شماره‌ی ۳، ۵، ۶، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰)، عامل ادراک کنترل‌پذیری (گویه‌های شماره‌ی ۱، ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۵ و ۱۷) و عامل ادراک توجیه رفتار (گویه‌های شماره‌ی ۸ و ۱۰) می‌باشد. دنیس و

۱۸. Brenner, Kann, Kinchen, Grunbaum, Whalen, Eaton & Ross



وندروال (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که این پرسش‌نامه از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان مناسبی برخوردار است و دو عامل ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار یک معنی دارند و عامل کنترل به عنوان خرده مقیاس دوم در نظر گرفته شد. روایی همگرای این پرسش‌نامه با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود. این پژوهشگران پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ به دست آوردند. در ایران، ضریب پایایی بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۲ و ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند (سلطانی، شاره، بحرینیان و فرمانی، ۱۳۹۲). این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده مقیاسها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش نموده‌اند.

## یافته‌ها

تعداد ۲۵۰ دانش آموز پسر با میانگین سنی ۱۵/۸۰ و انحراف معیار ۱/۳۵ در این پژوهش شرکت داشتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. قبل استفاده از این آزمون‌ها، مفروضه‌هایی که استفاده از آنها را مجاز می‌شمارند، مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه‌ی وجود رابطه‌ی خطی بین متغیرهای پیشین و ملاک با توجه به نمودار پراکنش متغیرها (نشانگر وجود رابطه‌ی خطی بین متغیرهای پیشین و ملاک)، مفروضه‌ی نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف ( $P > 0/05$ )، مفروضه‌ی استقلال باقیمانده‌ها با استفاده از آماره‌ی دوربین-واتسون (قرارگیری در بازه‌ی ۱/۵ تا ۲/۵) و مفروضه‌ی نبود هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای مستقل با استفاده از شاخص تولرانس (بزرگتر از ۰/۱)، مورد تأیید قرار گرفت. در جداول زیر به آماره‌های توصیفی و استنباطی پرداخته می‌شود.



جدول ۱: میانگین و انحراف معیار و ضریب همبستگی متغیرهای انعطاف پذیری شناختی و رفتارهای پرخطر

متغیرها	mean	Standard deviation	R
انعطاف پذیری شناختی	۷۴/۷۶	۹/۹۶	-۰/۵۷**
ادراک گزینه‌های مختلف	۳۱/۴۲	۹/۰۵	-۰/۴۵**
ادراک کنترل پذیری	۳۲/۷۹	۵/۳۳	-۰/۳۲**
ادراک توجیه رفتار	۷/۱۵	۲/۴۶	۰/۱۹
رانندگی پرخطر	۱۲/۸۳	۲/۸۴	-
خشونت	۱۱/۰۰	۲/۵۳	-
سیگار کشیدن	۱۰/۷۰	۲/۶۵	-
مصرف مواد مخدر	۱۱/۰۳	۲/۵۱	-
مصرف الکل	۶/۱۳	۱/۷۵	-
گرایش به جنس مخالف	۸/۶۳	۲/۲۴	-
رفتارهای پرخطر	۶۰/۴۳	۱۲/۱۳	-

نتایج جدول ۱ نشان داد گرایش به رفتارهای پرخطر با نمره کل انعطاف‌پذیری شناختی ( $r = -0.57$ ;  $p > 0.001$ )، مؤلفه‌های ادراک گزینه‌های مختلف ( $r = -0.45$ ;  $p > 0.001$ ) و ادراک کنترل پذیری ( $r = -0.32$ ;  $p > 0.001$ ) ارتباط منفی و معنادار دارد.

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان جهت پیش‌بینی گرایش به رفتارهای پرخطر

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	R	R2	F	Sig of F	B	SE B	$\beta$	t	Sig
		۰/۷۴۲	۰/۵۵	۸۰/۱۳	۰/۰۰۱					
رفتارهای پرخطر	مقدار ثابت					۳/۴۳۷	۰/۶۴۹		۵/۲۳	۰/۰۰۱
	ادراک گزینه‌های مختلف					۱/۷۳	-۰/۲۷۲	-۰/۳۸۸	-۶/۵۲	۰/۰۰۱
	ادراک کنترل‌پذیری					۱/۲۴۱	-۰/۳۵	-۰/۲۲	-۳/۵۴۶	۰/۰۰۱
	ادراک توجیه رفتار					-۰/۰۴۹	۰/۱۵۶	-۰/۰۳۱	-۰/۳۱۶	۰/۷۵



۵۵ درصد از کل واریانس رفتارهای پرخطر به وسیله انعطاف‌پذیری شناختی تبیین می‌شود. نتایج آزمون آنوا نشانگر معنی‌داری مدل رگرسیون می‌باشد ( $F = ۸۰/۱۳$  ;  $P < ۰/۰۰۱$ ). نتایج ضریب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که از بین مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری شناختی ادراک گزینه‌های مختلف ( $T = -۶/۵۲$  ;  $P < ۰/۰۰۱$ ) و ادراک کنترل‌پذیری ( $T = -۳/۵۴۶$  ;  $P < ۰/۰۰۱$ ) رفتارهای پرخطر را پیش‌بینی می‌کنند.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف نقش انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌بینی گرایش به رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان نوجوان انجام گرفت. نتایج ضریب همبستگی نشان داد رفتارهای پرخطر با نمره کل انعطاف‌پذیری شناختی رابطه معنادار دارد. هم‌چنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که ۵۵ درصد از کل واریانس رفتارهای پرخطر به وسیله انعطاف‌پذیری شناختی تبیین می‌شود. این نتایج با یافته‌های کومو و همکاران (۲۰۰۸)، باچی و همکاران (۲۰۱۷) و آرات و همکاران (۲۰۱۹) هم‌خوان می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که انعطاف‌پذیری شناختی یکی از مؤلفه‌های مهم کارکرد اجرایی (کارکردهای عالی شناختی و فراشناختی) می‌باشد. کارکردهای اجرایی مسئول تنظیم و کنترل رفتارها، هیجانات و افکار ما هنگام مواجهه با محیط می‌باشند،

بنابراین می‌توان گرایش نوجوانان به مصرف و سوءمصرف مواد مخدر (رفتارهای پرخطر) را مرتبط با ضعف یا نارسایی رشدی کارکردهای اجرایی مغز نوجوانان دانست (کریوس و هادگ، ۲۰۰۶؛ به نقل از ابراهیمی قوام، ۱۳۹۲). این نتایج بیانگر این است که هر چه انعطاف‌پذیری افراد بیشتر باشد و بتوانند موقعیت‌های سخت را به عنوان موقعیات قابل کنترل در نظر بگیرند و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی چندین توجیه جایگزین را داشته باشند و در موقعیت‌های سخت بتوانند به راه‌حل‌های جایگزین فکر کنند، ظرفیت آنها در مقابله، سازگاری و بهبود استرس و دشواری‌های زندگی بالاتر و گرایش به مصرف مواد در آنها کمتر می‌باشد. افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند، چارچوب فکری خود را به صورت مثبتی بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند، از نظر روانشناختی تاب‌آوری بیشتری دارند (احمدی، ۱۳۹۵).





بر این اساس نوجوانانی که از انعطاف‌پذیری شناختی پایین‌تری برخوردارند بیشتر به سمت رفتارهای پرخطر گرایش دارند.

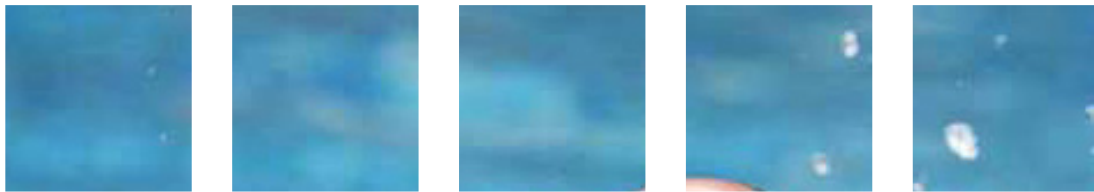
محدود بودن پژوهش حاضر به یک منطقه جغرافیایی و اجرای آن بر روی یک مقطع تحصیلی، از جمله محدودیت‌های مهم این پژوهش به شمار می‌رود. بنابراین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در دیگر مناطق جغرافیایی و در دیگر مقاطع تحصیلی اجرا شود. از لحاظ کاربردی با توجه به نقش معنادار بودن انعطاف‌پذیری شناختی در گرایش به رفتارهای پرخطر، برگزاری کارگاه‌های آموزشی مهارت راهبردهای حل مسأله ضروری به نظر می‌رسد.

## منابع

1. ابراهیمی قوام، صغری، ۱۳۹۲، مقایسه کارکردهای اجرایی (الگوی میاک) دانش‌آموزان پسر مقطع پیش‌دانشگاهی و جوانان معتاد زیر ۲۱ سال مراجعه‌کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد شهرستان بابلسر. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
2. زاده، علی و احمدآبادی، زهره (۱۳۸۷). هم‌وقوعی رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان دبیرستان‌های تهران. خانواده پژوهی، ۴(۱)، ۱۸۷-۱۰۰.
3. ستوده، هدایت‌الله، ۱۳۸۴، آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات)، تهران: آوای نور.
4. شیلان، احمدی. (۱۳۹۵). پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس سیستم‌های فعال‌سازی و بازداری رفتاری، انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی در دانش‌آموزان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. اردبیل.
5. Arat, G., Wong, P.W. C. (2019). Examining the Association between Resilience and Risk Behaviors among South Asian Minority Students in Hong Kong: A Quantitative Study. *Journal of social service research*. 45 (3). 1-13.
6. Bacchi S, Licinio J. (2017). Resilience and Psychological Distress in Psychology and Medical Students. *Acad Psychiatry*. 41(2):185-188.
7. Boyer, T.Y.W. (2006). The development of risk-taking: A multi-perspective review. *Journal of Developmental Review*, 26(3), 291-345.
8. Brener, Nancy D, Kann, Laura, Kinchen, Steven A, Grunbaum, Jo Anne, Whalen, Laura, Eaton, Danice, Ross, James G. (2004). Methodology of the youth risk behaviors surveillance system. *MMWR. Recommendations and*



- reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports/ Centers for Disease Control, 53(RR-12), 1-13.
9. Cuomo, C. Sarchiapone, M. Di Giannantonio, M. Mancini, M. & Roy, A. (2008). Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 34(3), 339-345.
  10. Denckla, M. B. 2003. ADHD: Topic update. *Brain and Development children Assessment*, 5: 215-226.
  11. Denckla, M.B. (2003). ADHD: Topic update. *Brain and Development children Assessment*, 5, 215-26.
  12. Dennis, JP. Vander Wal, JS. (2010). the cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimate of reliability and validity. *Cognitive Res.* 34(3), 241-253.
  13. DiClemente, R.J., Hansen, W.B., & Ponton, L.E. (2013). *Handbook of adolescent health risk behavior*: Springer Science & Business Media.
  14. Gullone, Eleonora, & Moore, Susan. (2000). Adolescent risk-taking and the five-factor model of personality. *Journal of adolescence*, 23(4), 393-407.
  15. Johnco C, Wuthrich VM, Rappee RM. The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive behavioural treatment for anxiety and depression in older adults: results of a pilot study. *Behavioural Research and Therapy*. 2014; 10; 1-33.
  16. Ndugwa, R.P., Kabiru, C.W., Cleland, J., Beguy, D., Egondi, T., Zulu, E.M., & Jessor, R. (2011). Adolescent problem behavior in Nairobi's informal settlements: applying problem behavior theory in Sub-Saharan Africa. *Journal of Urban Health*, 88(2), 298-317.
  17. Phillips, E.L. 2011. Resilience, mental flexibility and cortisol response to the Montreal Imaging Stress Task in unemployed men. Michigan: The University of Michigan.
  18. Shaffer, D., & Kipp, K. (2013). *Developmental psychology: Childhood and adolescence*: Cengage Learning.





## بررسی همبستگی خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده و خودپنداره با انگیزه ورزشی در دانش آموزان پسر

حمیدرضا صمدی فرد

دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

( hrsamadifard@uma.ac.ir ) ۰۹۱۴۲۸۶۹۲۲۱

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی همبستگی خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده و خودپنداره با انگیزه ورزشی در دانش آموزان پسر صورت پذیرفت. روش اجرای پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری مطالعه کلیه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهر اردبیل در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای ۱۱۰ نفر از آنان به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده، خودپنداره و پرسش‌نامه انگیزه ورزش استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که بین خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده و خودپنداره با انگیزه ورزش دانش‌آموزان رابطه معناداری وجود داشت. همچنین نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده و خودپنداره در مجموع ۰/۵۴ از واریانس انگیزه ورزشی را در دانش آموزان پیش‌بینی می‌کنند ( $p < 0/05$ ). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده و خودپنداره در زمره متغیرهای مرتبط با انگیزه ورزشی دانش‌آموزان بوده و توانایی پیش‌بینی آن را دارند.

**کلمات کلیدی:** خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده، خودپنداره، انگیزه ورزش، دانش‌آموزان.



## مقدمه

اگر روانشناسی را علم رفتار و حالت‌های روانی انسان و سایر موجودات زنده بدانیم و بپذیریم که ورزش یک رفتار است و طبیعتاً دارای ابعاد روانشناختی می‌باشد، بنابراین می‌توانیم روانشناسی ورزش را دانش مطالعه، شناخت و توسعه رفتارها و حالت‌های روانی ورزشکاران و سایر افرادی قلمداد کنیم که به نوعی در محیط ورزش درگیر می‌باشند (شعبانی بهار، عرفانی و حکمتی، ۱۳۹۲). دوره نوجوانی که با تغییرات جسمانی، روانشناختی و اجتماعی گسترده همراه است، به دلیل خودمحوری و عدم درک صحیح نوجوانان از رفتارهای خود، مرحله مهمی برای شروع رفتارهای پرخطر محسوب می‌شود (اتیم و ایگودی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳؛ صمدی فرد و نریمانی، ۱۳۹۷).

افراد با انگیزه‌ها و اهداف متفاوتی به فعالیت ورزشی می‌پردازند و انگیزش در فعالیت‌های ورزشی، به تمایلات، متغیرهای اجتماعی یا شناختی اشاره دارد که در بازی و رقابت با دیگران به وجود می‌آیند و بی‌انگیزگی، زمانی که افراد فاقد قصد و تمایل به مشارکت در فعالیتی خاص هستند، مشهود است (خدادادی، نجدرحمتی، فرید فتحی، ۱۳۹۶). در دوران نوجوانی نگرانی‌های اساسی درباره ظرفیت‌های خودتنظیمی و توانایی برای کنترل آنچه در خانه، مدرسه و در میان همسالان اتفاق می‌افتد برای نوجوانان به وجود می‌آید. این امر سبب می‌شود که آنان در باورهای خودکارآمدی خود تجدید نظر کنند. بنابراین اگر محیط شرایطی را فراهم کند که از باورهای خودکارآمدی مثبت نوجوانان حمایت شود، عملکرد آنان در حوزه‌های مختلف بهینه و سازش یافته می‌شود (وینو، سانتینلو، پاستور و پرکینز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). خودکارآمدی با باورهای شخص در مورد توانایی‌هاش در انجام مؤثر امور ارتباط دارد و از منابع مختلفی از جمله پیروزی‌ها و شکست‌های فرد، مشاهده موفقیت یا شکست افرادی که شبیه به او هستند و ترغیب کلامی تأثیر می‌پذیرد (ونگ و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). خودکارآمدی بالا برای رشد اجتماعی ضروری است و این امر زندگی فرد را لذت بخش نموده و فرد را قادر می‌سازد تا با فشارهای طولانی مدت مقابله نماید (ماریا<sup>۴</sup>،

۱. Etim & Egodi.

۲. Vieno, Santinello, Pastore & Perkins.

۳. Wang & et al.

۴. Maria.



۲۰۰۸؛ ایساک، پیت و مکلاکلن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸؛ صمدی فرد و نریمانی، (۱۳۹۷).

نتایج مطالعات نشان داده‌اند که خودکارآمدی در عزت نفس (ماریا، ۲۰۰۸)، سازگاری تحصیلی (یوسلیزا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲؛ هوشمندجا، جوانمرد و مرعشی، ۱۳۹۳)، پرخاشگری (سیارپور، هزاوه‌ای، احمدپناه و معینی، ۱۳۹۰) و مشکلات رفتاری دانش آموزان (رنج دوست و یزدانی، ۲۰۱۵) نقش دارد.

حمایت اجتماعی ادراک شده به معنای ادراک شخصی از در دسترس بودن حمایت، ارزیابی کافی از حمایت و کیفیت حمایت در زمان ضرورت است (تمنایی فر، لیث و منصوری نیک، ۱۳۹۲). حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان شبکه حمایتی به سیستمی با دامنه‌ی بزرگ تا کوچک از افراد اشاره دارد که زمان نیاز به کمک، قابل دسترس باشند. حمایت اجتماعی به صورت حمایت دریافتی و ادراک شده مفهوم سازی می شود. حمایت اجتماعی دریافتی، اعمالی را شامل می شود که به وسیله‌ی اعضای شبکه‌ی اجتماعی انجام می شود تا به فردی که نیاز دارد، کمک شود (صمدی فرد و نریمانی، ۱۳۹۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی مطلوب موجب افزایش سلامت روان می شود (وارن، استاین و گرلا<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷)، احساس تنهایی را کاهش داده (پاموکیو و میدن<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰)، موجب رضایت از زندگی شده و افزایش خودکارآمدی دانش آموزان می شود (تمنایی فر و همکاران، ۱۳۹۲). از طرفی خودپنداره برای روانشناسان و متخصصان سلامت اهمیت خاصی دارد، زیرا پندار فرد از شخصیت خود تا اندازه‌ای زیاد تصور او را راجع به محیطش تعیین می کند. اگر تصور از خود مثبت و نسبتاً متعادل باشد، شخص دارای سلامت روانی است و اگر برعکس، خودپنداره شخص منفی و نامتعادل باشد، او از لحاظ روانی ناسالم شناخته می شود (وو، جیانگ، هو، دون و ژنگ<sup>۹</sup>، ۲۰۱۴؛ چوی و فرو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۸). بر اساس نتایج مطالعات خودپنداره در بروز رفتارهای پرخطر (محمدی، ۱۳۹۵)، سلامت روان (توتونچی، سامانی و زندیقشقای، ۱۳۹۱؛ نصیری، بخش‌پیور رودسری و نصیری، ۱۳۹۳) دانش‌آموزان نقش دارد.

در مجموع دانش‌آموزان به عنوان رکن اساسی نظام آموزشی کشور در دستیابی به اهداف

۵. Isaac, Pit & McLachlan

۶. Yusliza

۷. Warren, J.I., Stein, J.A. & Grella, Ch.E.

۸. Pamukçu, B. & Meydan, B.

۹. Wu, Jiang, Ho, Duan & Zhang.

۱۰. Choi & Ferro.



نظام آموزشی، نقش و جایگاه ویژه‌ای در یک جامع دارند. توجه به این قشر از جامعه از لحاظ آموزشی و سلامت جسمانی - روانی موجب باروری و شکوفایی هرچه بیشتر نظام آموزشی جامعه می‌شود. به عبارتی، دانش‌آموزان قشر عظیمی از این جامعه را تشکیل می‌دهند و پویایی، نشاط و سلامتی آنان تضمین‌کننده سلامت اقتصادی - اجتماعی جامعه است (خدادادی و همکاران، ۱۳۹۶). بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده و خودپنداره با انگیزه ورزشی در دانش‌آموزان پسر انجام شد.

## روش

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری مطالعه کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه ناحیه یک شهر اردبیل در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۷ بودند. با توجه به اینکه حداقل تعداد نمونه در پژوهش‌های توصیفی و همبستگی ۱۰۰ نفر می‌باشد (دلاور، ۱۳۸۰)، در این پژوهش ۱۱۰ نفر از دانش‌آموزان به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای به عنوان نمونه انتخاب شدند.

## ابزار

مقیاس خودکارآمدی (GSEQ<sup>11</sup>): پرسش‌نامه توسط شوآرزو و جروسالم<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۰) ساخته شده است. این ابزار دارای ۱۰ گویه است. در این ابزار برای نمره‌گذاری هر عبارت، نمره‌ای بین (۱ کاملاً مخالف من) تا ۴ (کاملاً شبیه من) به هر پاسخگو تعلق می‌گیرد. حداقل نمره این ابزار برای هر فرد ۱۰ و حداکثر ۴۰ است. ضریب پایایی مقیاس توسط سازندگان پرسش‌نامه بالای ۰/۷۰ گزارش شده است. در ایران رجبی (۱۳۸۵) ضریب پایایی مقیاس را ۰/۸۴ گزارش کرده است. همچنین در مطالعه رجبی (۱۳۸۵) ضریب روایی همگرا میان مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی و مقیاس عزت نفس روزنبرگ برای دو نمونه مجزای ۳۱۸ نفری و ۲۶۷ نفری به ترتیب ۰/۳۰ و ۰/۲۰ گزارش شده است.

۱۱. General Self-Efficacy Questionnaire.

۱۲. Schwarzer & Jerusalem.



**مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده:** مقیاس توسط زیمت، دالم، زیمت و فارلی<sup>۱۳</sup> در سال ۱۹۸۸ به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی فرد تهیه شده است. این مقیاس ۱۲ گویه دارد و پاسخگو نظر خود را در یک مقیاس ۵ گزینه ای از نمره یک برای کاملاً مخالفم تا پنج برای کاملاً موافقم مشخص می‌کند. سوال های (۳-۴-۸-۱۱) برای سنجش حمایت اجتماعی خانواده، سوال های (۶-۷-۹-۱۲) حمایت دوستان و سوال های (۱-۲-۵-۱۰) حمایت اجتماعی دیگر افراد می‌باشد. روایی مقیاس در پژوهش های مختلفی تایید شده و پایایی درونی آن را در یک نمونه ۷۸۸ نفری با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ برای خرده مقیاسها و ۰/۸۶ برای کل مقیاس گزارش نموده‌اند (برور، امسلی، کید، لاکنر و سیدات<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۸). در ایران ضریب آلفای کرونباخ سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ ذکر نموده‌اند (سلیمی، جوکار و نیک پور، ۱۳۸۸).

**مقیاس خودپنداره<sup>۱۵</sup>:** این مقیاس توسط منداگلیو و پی‌ریست<sup>۱۶</sup> (۱۹۹۵) برای سنجش خودپنداره افراد تهیه شده است. این ابزار شامل ۲۳ سوال چهار گزینه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) می‌باشد که نمره‌ای از یک تا چهار به آن تعلق می‌گیرد. بیشترین نمره‌ای که فرد می‌تواند دریافت کند ۹۲ و کمترین نمره ۲۳ می‌باشد. هرچه نمره فرد به ۹۲ نزدیکتر باشد، نشان‌دهنده خودپنداره مناسب او است. اعتبار مقیاس توسط سازندگان آن بالای ۰/۷۰ گزارش شده است (منداگلیو و پی‌ریست، ۱۹۹۵). در ایران همسانی درونی این ابزار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده ۰/۸۷ گزارش شد. همچنین به منظور بررسی ثبات آن نیز از روش دوباره‌سنجی استفاده شد که ضریب پایایی ۰/۸۷ به دست آمد (شیخالاسلامی و لطیفیان، ۱۳۸۱).

**مقیاس انگیزه ورزش (SMS):** این ابزار در سال ۱۹۹۵ توسط پلتیر و همکاران<sup>۱۷</sup> برای سنجش انگیزه ورزش تهیه شده و دارای ۲۸ سوال است.

۱۳. Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S. & Farley G.

۱۴. Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C. & Seedat, S.

۱۵. Self-concept Scale.

۱۶. Mandaglio & Pyryt.

۱۷. Pelletier & et al.





پاسخ دهندگان باید با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای (اصلاً مطابقت نمی کند= ۱ تا کاملاً مطابقت می کند= ۷) مشخص کند. پلتیر و همکاران به منظور هنجاریابی مقیاس انگیزش ورزشی آن را بر روی ۵۹۳ دانشجوی ورزشکار کانادایی اجرا کردند. آنها ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ زیر مقیاس پرسشنامه را مطلوب و بالای ۰/۷۰ گزارش کردند. پایایی این مقیاس در ایران نیز توسط وحدانی و همکاران (۱۳۹۵) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ گزارش شده است.

برای انجام پژوهش ابتدا از میان کلیه مدارس، سه مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شده و از هر مدرسه یک یا دو کلاس وارد پژوهش شدند. بعد از انتخاب نمونه، ابتدا هدف پژوهش برای آنها بیان شد و سپس آزمون‌های پژوهش در اختیار آنها قرار داده شد و از آنها خواسته شد نظر خود را با دقت بیان کنند. اطلاعات به صورت گروهی و در محل تحصیل دانش‌آموزان جمع‌آوری شد. همچنین برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تحلیلی ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS وارد شدند. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

۱۱۰ دانش‌آموز پسر در مطالعه حاضر شرکت کردند که تعداد آنها در پایه اول ۳۹ نفر (۳۵/۵ درصد)، در پایه دوم ۳۶ نفر (۳۲/۷ درصد) و در پایه سوم ۳۵ نفر (۳۱/۸ درصد) بود. شغل پدر ۷۱/۸ درصد آزمودنی‌ها آزاد و ۲۸/۲ درصد شغلی دولتی بودند. شغل مادر ۷۹/۴ درصد آزمودنی‌ها خانه‌دار و ۲۰/۶ درصد شغل دولتی داشتند. میانگین نمرات متغیرهای پژوهش عبارت بود از: خودکارآمدی  $22/3 \pm 5/1$ ، حمایت اجتماعی ادراک شده  $29/3 \pm 5/8$ ، خودپنداره  $46/8 \pm 11/1$  و انگیزه ورزش  $105/3 \pm 23/9$ .

پس از تأیید مفروضه نرمال بودن داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف اسمیرنف، برای بررسی رابطه متغیرهای از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۱).



جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در دانش آموزان

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱ خودکارآمدی	-			
۲ حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۴۱	-		
۳ خودپنداره	۰/۴۵	۰/۴۰	-	
۴ انگیزه ورزش	۰/۵۱	۰/۵۹	۰/۴۲	-

با توجه به نتایج جدول ۱ بین خودکارآمدی ( $r=0/51$ )، حمایت اجتماعی ادراک شده ( $r=0/59$ ) و خودپنداره ( $r=0/42$ ) با انگیزه ورزش در بین دانش آموزان رابطه آماری معناداری وجود داشت ( $p < 0/05$ ).

همچنین برای پیش‌بینی انگیزه ورزش دانش‌آموزان براساس متغیرهای پژوهش از آزمون رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد (جدول ۲).

جدول ۲. پیش‌بینی انگیزه ورزش در دانش‌آموزان پسر شهر اردبیل بر اساس متغیرهای پژوهش

متغیرها	R	R2	B	STE	$\beta$	T	P-Value
ملاک							
انگیزه ورزش	۰/۶۲	۰/۵۴	-	-	-	-	۰/۰۰۱
پیش‌بین							
خودکارآمدی	-	-	۱/۱۹	۰/۳۰	۰/۳۵	۳/۹۵	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی ادراک شده	-	-	۲/۵۱	۰/۴۳	۰/۳۹	۵/۸۱	۰/۰۰۱
خودپنداره	-	-	۰/۸۲	۰/۳۶	۰/۲۶	۲/۲۸	۰/۰۰۲



همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد با استفاده از رگرسیون چندگانه ۰/۵۴ انگیزه ورزش دانش‌آموزان پسر توسط متغیرهای خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده و خودپنداره تبیین گردید. با توجه به ضرایب بتا، خودکارآمدی ۰/۳۵، حمایت اجتماعی ادراک شده ۰/۳۹ و خودپنداره ۰/۲۶ توانستند انگیزه ورزش را در دانش‌آموزان پیش‌بینی کنند ( $p < 0/05$ ).

## بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین نقش خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده و خودپنداره در پیش‌بینی انگیزه ورزش دانش‌آموزان پسر انجام شد. نتایج نشان داد که بین خودکارآمدی و انگیزه ورزش در بین دانش‌آموزان پسر رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. این نتیجه با یافته‌های مطالعات دیگر (ماریا، ۲۰۰۸؛ یوسلیزا، ۲۰۱۲؛ رنج دوست و یزدانی، ۲۰۱۵؛ هوشمندجا و همکاران، ۱۳۹۳) همسو بود. در تبیین این یافته خودکارآمدی به چگونگی فکر کردن، احساس کردن، انگیزه دادن و عمل کردن افراد کمک می‌کند. افراد خودکارآمد موفق‌ترند و از تصورات و افکار خود در راستای هدایت کردن، انگیزه داشتن و عمل در جهت رسیدن به اهداف خود استفاده می‌کنند. در مقابل افرادی که از خودکارآمدی کمتری برخوردارند، درباره توانایی‌های خود شک و تردید دارند و قابلیت برنامه‌ریزی ضعیف‌تری خواهند داشت. افراد دارای خودکارآمدی بالا از شخصیت خود، دیگران و خطرات روابط نامناسب مطلع هستند، این افراد به دلیل توانمندی شناختی بالا، دوستان مناسبی را انتخاب می‌نمایند و توانایی شناخت خود و افراد دیگر را همراه با نقاط قوت و ضعف را دارند (ونگ و همکاران، ۲۰۱۸).

نتایج نشان داد بین حمایت اجتماعی ادراک شده و انگیزه ورزش رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. این نتیجه با یافته‌های مطالعات دیگر (وارن، استاین و گرلا، ۲۰۰۷؛ تمنایی فر و همکاران، ۱۳۹۲) هم‌خوانی داشت. در تبیین این یافته حمایت اجتماعی ادراک شده از عوامل تاثیرگذار در انگیزه دانش‌آموزان می‌باشد. دانش‌آموزانی که از انواع حمایت خانواده و دیگران برخوردار باشند، انگیزه بیشتری برای انواع فعالیت‌ها بخصوص ورزش خواهند داشت.



به عبارتی حمایت اجتماعی احساس تنهایی دانش‌آموزان را کاهش داده و باعث افزایش فعالیت دانش‌آموزان می‌شود (پاموکیو و میدن، ۲۰۱۰). از طرفی حمایت اجتماعی ادراک شده از عوامل موثر در رضایت از زندگی و بهبود کیفیت زندگی افراد می‌باشد. هم‌چنین نتایج نشان داد بین خودپنداره و انگیزه ورزش رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. این یافته با نتایج مطالعات دیگر (توتونچی، سامانی و زندیقشقای، ۱۳۹۱؛ محمدی، ۱۳۹۵ و نصیری و همکاران، ۱۳۹۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که خودپنداره هر فرد اقدامی است به منظور ساخت یک طرح‌واره برای سازماندهی ادراکات، احساسات و نگرش‌هایی که آن فرد در مورد خود دارد. افرادی که خودپنداره مثبت دارند، احساس کفایت کرده و در انطباق و سازگاری با دنیای پیرامون خویش تواناتر بوده‌اند. هم‌چنین پندار فرد از شخصیت خود تا اندازه‌ای زیاد تصور او را راجع به محیطش تعیین می‌کند. اگر تصور از خود مثبت و نسبتاً متعادل باشد، شخص دارای بهزیستی روانی بوده و انگیزه بالایی برای فعالیت خواهد داشت.

این مطالعه مانند دیگر پژوهش‌های حوزه علوم انسانی با محدودیت‌هایی مواجه بود. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به نوع پژوهش (همبستگی) اشاره کرد. محدود بودن به دانش‌آموزان پسر از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر است که امکان تعمیم نتایج به دانش‌آموزان دختر را محدود می‌سازد. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه این مطالعه روی دانش‌آموزان دختر در شهرهای دیگر انجام گیرد و نتایج آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود.

در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که انگیزه ورزش دانش‌آموزان پسر توسط متغیرهای خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده و خودپنداره قابل پیش‌بینی بود، بنابراین پیشنهاد می‌شود که روانشناسان و مشاوران جهت افزایش انگیزه ورزش دانش‌آموزان، نقش خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده و خودپنداره را مورد توجه قرار دهند.

## منابع

تمنایی فر، محمدرضا؛ لیث، حکیمه؛ منصوری نیک، اعظم. (۱۳۹۲). رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با خودکارآمدی در دانش‌آموزان. روانشناسی اجتماعی، ۸(۲۸): ۳۱-۳۹.



توتونچی، مریم؛ سامانی، سیامک؛ زندیقشقای، کرامت. (۱۳۹۱). نقش واسطه‌گری خودپنداره برای کمال‌گرایی و سلامت روان در نوجوانان شهر شیراز در سال ۱۳۹۱. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، ۲(۳)، ۲۱۰-۲۱۷.

خدادادی، محمد رسول؛ نجدرحمتی، بهروز؛ فرید فتحی، مریم. (۱۳۹۶). ارتباط انگیزه مشارکت ورزشی، نشاط و شادابی با پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه اول شهرستان بناب. پژوهش در ورزش تربیتی، ۱۳، ۱۵۵-۱۷۴.

دلاور، علی (۱۳۸۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، تهران، انتشارات رشد.

رجبی، غلامرضا. (۱۳۸۵). بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی GSE-۱۰ در دانشجویان رشته‌های روان‌شناسی دانشگاه‌های شهید چمران اهواز و آزاد مرودشت. اندیشه‌های نوین تربیتی، ۲(۱)، ۱۱۱-۱۲۲.

سلیمی، ع؛ جوکار، ب؛ نیک پور، ر. (۱۳۸۸). ارتباطات اینترنتی در زندگی: بررسی نقش ادراک حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در استفاده از اینترنت. مطالعات روانشناختی، ۵(۳): ۸۸-۱۰۲.

سیارپور، سید مصطفی؛ هزاوه‌ای، سید محمد مهدی؛ احمدپناه، محمد؛ معینی؛ بابک. (۱۳۹۰). بررسی رابطه پرخاشگری و خودکارآمدی ادراک شده در دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر همدان. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، ۱۹(۲)، ۱۶-۲۶.

شیخالاسلامی، راضیه؛ لطفیان، مرتضی. (۱۳۸۱). بررسی رابطه ابعاد خودپنداره با سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن در دانشجویان دانشگاه شیراز. تازه‌های علوم شناختی، ۴(۱)، ۶-۱۶.

شعبانی بهار، غلام رضا؛ غرفانی، نصراله؛ حمکتی، زهرا. (۱۳۹۲). رابطه بین انگیزه ورزش و میزان موفقیت شغلی کارکنان اداره کل آموزش و پرورش استان کرمانشاه. پژوهش‌های کاربردی در مدیریت ورزشی، ۲(۳)، ۱۱-۲۲.

صمدی فرد، حمیدرضا؛ نریمانی، محمد. (۱۳۹۶). رابطه بین درک تعامل، حمایت و پذیرش اجتماعی با قلدری در مدارس متوسطه پسرانه. روان‌شناسی اجتماعی، ۲(۴۵)، ۸۳-۹۴.

صمدی فرد، حمیدرضا؛ نریمانی، محمد. (۱۳۹۷). نقش باورهای غیرمنطقی، خودکارآمدی و ذهن آگاهی در پیش‌بینی قلدری دانش‌آموزان. روانشناسی مدرسه، ۷(۳)، ۱۳۸-۱۵۸.

محمدی، لعیبا. (۱۳۹۳). رابطه ویژگی‌های شخصیتی و خودپنداره با رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دبیرستانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

نصیری، فرزاد؛ بخش‌پور رودسری، عباس؛ نصیری، سامان. (۱۳۹۳). پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس عزت‌نفس و مؤلفه‌های هوش هیجانی. اعتیاد پژوهی، ۸(۳۱)، ۱۳۵-۱۴۶.



وحدانی، محسن؛ پایمزد، مرتضی؛ رضا سلطانی، نجمه. (۱۳۹۵). رابطه بین انگیزش ورزشی و تحلیل رفتگی ورزشی در بازیکنان فوتبال حاضر در دوازدهمین المپیاد ورزشی دانشجویان پسر کشور. مجله مدیریت ورزشی، ۸(۲)، ۲۵۱-۲۶۴.

هوشمندجا، منیجه؛ جوانمرد، علی؛ مرعشی، سید منصور. (۱۳۹۳). بررسی رابطه خودکارآمدی و راهبردهای شناختی-فراشناختی با پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان پسر مقطع متوسطه عشایر. مجله فناوری آموزش، ۸(۳)، ۱۷۱-۱۸۱.

Brener, N.D., Collins, J.L., Kann, L. Warren, C.W. & Williams, B.I. (1995). Reliability of the youth risk behavior survey questionnaire. *Am J Epidemiol*, 141(6): 575-580.

Choi, C. & Ferro, M.A. (2018). Comparing Self-Concept Among Youth Currently Receiving Inpatient Versus Outpatient Mental Health Services. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent*, 27(1), 69-74.

Etim, E. & Egodi, A. (2013), Family socio- economic status and delinquency among senior secondary school students in calabar south, cross river state, Nigeria, *American Journal of Contemporary Research*, 3, 83-88.

Isaac, V., Pit, S.W. & McLachlan, C.S. (2018). Self-efficacy reduces the impact of social isolation on medical student's rural career intent. *BioMed Central medical education*, 18, 42.

Maria, L. S. (2008). The effect of esters management training on collegiate football athletes' anxiety, self-esteem, self-efficacy, Motivation academic performance and coping skills. Wayne State University, in partial fulfillment of the requirement for degree of doctor of philosophy.

Mandaglio, S., & Pyryt, M.C. (1995). Self-concept of gifted students: Assessment-Based Intervention. *Teaching Exceptional Children*, 27(3), 40-45.

Pamukçu, B. & Meydan, B. (2010). The role of empathic tendency and perceived social support in predicting loneliness levels of college students. *Social and Behavioral Sciences*, 5: 905-909.

Pelletier, L. G., Fortier, M. S., Vallerand, R. J., Tuson, K. M., Brière, N. M., & Blais, M. R. (1995). Toward a new measure of sport motivation, extrinsic motivation, and amotivation in sports: The Sport Motivation Scale (SMS). *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 17, 35-53.



Ranjdoust, SH. & Iazdani, SH. (2015). On the behavioral problems of mentally retarded children Using fuzzy regression approach. *Psychology of Exceptional Individuals*, 5(18), 157-175.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale in J. Weiman., S. Wright. and Johnston M., (Ed). *Measures in health psychology, A user's portfolio, causal and control beliefs*, Winderser, UK/NFERNELSON, 35-37. <https://userpage.fu-berlin.de/health/engscal.htm>

Vieno, A., Santinello, M., Pastore, M. & Perkins, D.D. (2007). Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence, an integrative model. *American Journal of Community Psychology*, 39, 177-190.

Wu, D., Jiang, X., Ho, K.W., Duan, L. & Zhang W. (2014). Factors associated with self-concept in adolescent survivors of an 8.0-magnitude earthquake in China. *Nursing Research*, 63(4), 278-288.

Warren, J.I., Stein, J.A. & Grella, Ch.E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2-3): 267-274.

Wang, X., Zhang, Y., Hui, Z., Bai, W., Terry, P.D.. & et al. (2018). The Mediating Effect of Regulatory Emotional Self-Efficacy on the Association between Self-Esteem and School Bullying in Middle School Students: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), E991.

Yusliza, M.Y. (2012). Self-efficacy, perceived social support, and psychological adjustment in international undergraduate students in a public higher education institution in Malaysia. *Journal of Studies in International Education*, 16(4), 353-371.

Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S. & Farley G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *J Person Asses*, 52(1): 30-41.



## رابطه کارکردهای اجرایی (تغییر جهت، بازداری پاسخ و کنترل هیجانی) با اختلال وسواسی-جبری در زنان خانه‌دار

محمد نریمانی<sup>۱</sup> و صفورا کیوانلو<sup>۲\*</sup>

۱- استاد تمام گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

m\_narimani@uma.ac.ir

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

skeyvanlo1@gmail.com

\* نویسنده مسئول: skeyvanlo1@gmail.com

### چکیده

هدف اصلی تحقیق حاضر، بررسی رابطه مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی (تغییر جهت، بازداری پاسخ و کنترل هیجانی) با اختلال وسواسی-جبری در زنان خانه‌دار است. روش تحقیق این مقاله از نوع همبستگی است که در زمره طرح‌های توصیفی قرار دارد. برای تعیین نمونه مورد پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. ۳۶۵ نفر از زنان خانه‌دار شهرستان سبزوار فرم بلند پرسشنامه فوا (Foa) را برای اختلال وسواسی-جبری و پرسشنامه بریف - بزرگسالان (Brief-A) را برای مقیاس کارکردهای اجرایی تکمیل کردند. برای بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش و تعیین معناداری این ارتباط از آزمون همبستگی پیرسون و برای پیش‌بینی اختلال وسواسی - جبری از روی مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که بین کارکردهای اجرایی با اختلال وسواسی - جبری رابطه مثبت معنادار وجود دارد. به این معنی که هرچه نمره آزمودنی در مؤلفه تغییر جهت بیشتر باشد (نمره بالا نشان‌دهنده وجود نقص در مؤلفه است)، میزان و شدت اختلال وسواسی - جبری نیز بیشتر خواهد بود.





برای دو مؤلفه بازداری و کنترل هیجانی نیز همین نتیجه به دست آمد. علاوه بر این، نتایج نشان داد که مؤلفه بازداری پاسخ بیشترین سهم را در پیش‌بینی اختلال وسواسی-جبری در بردارد و مؤلفه‌های تغییرجهت و کنترل هیجانی با اثری کمتر قادر به پیش‌بینی اختلال وسواسی - جبری هستند. به طور کلی، نقص در مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی می‌تواند پیش‌بین قوی‌تری در میزان و شدت اختلال وسواسی - جبری باشد.

**واژه‌های کلیدی:** کارکردهای اجرایی، تغییرجهت، بازداری پاسخ، کنترل هیجانی، اختلال وسواسی - جبری

## مقدمه

اختلال وسواسی - اجباری شامل حضور وسواس‌ها، اجبارها و یا هر دو است. وسواس‌ها افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم و عودکننده‌ای هستند که به طور دائمی تکرار می‌شوند و ناخواسته و غیرارادی ایجاد می‌شوند و در بیشتر موارد افراد تلاش می‌کنند تا استرس ناشی از افکار مزاحم را به وسیله یک‌سری اعمال (اجبارها) که شامل رفتارهای تکراری (مثل شستن، واریسی کردن) یا اعمال ذهنی تکراری (مثل شمردن، دعاکردن، تکرارکردن بی‌صدای کلمات) خنثی سازند که این افکار و اعمال وسواسی ارتباط واقع‌بینانه‌ای با هم ندارند و یا اعمال به شدت افراطی هستند (American psychiatric association, 2013). با وجود اینکه این بیماری در جمعیت عمومی نسبتاً غیررایج است ولی تخمین زده می‌شود که میزان شیوع آن بین ۱/۲% تا ۲/۳% است. (Adama et al, 2018) برخی از پژوهشگران تخمین می‌زنند که بین بیماران سرپایی کلینیک‌های روان‌پزشکی، میزان شیوع این اختلال تا ۱۰ درصد نیز می‌رسد. (حکمتی و همکاران، ۱۳۹۱). سازمان جهانی بهداشت این اختلال را به‌عنوان دهمین علت برجسته ناتوانی معرفی کرده است که به صورت ناتوانی در عملکرد اجتماعی و کیفیت پایین زندگی نمایان می‌شود (عبدالله زاده و همکاران، ۱۳۹۰). سن شروع بیماری وسواس از نوجوانی تا ۳۵ سالگی است و بیشتر مبتلایان را زنان تشکیل می‌دهند.



نکته حائز اهمیت این است که این سنین درست در محدوده سن ازدواج و باروری زنان قرار دارد (واقعی و همکاران، ۱۳۹۳). بررسی مطالعات نشان داد که میزان وسواس در زنان خانه‌دار بیشتر از سایر مشاغل بود (خسروی و ناصری، ۱۳۹۶).

رویکردهای اخیر به اختلال وسواسی - جبری، برخی نابهنجاری‌های نوروبیولوژیکال را در گرایش به وسواس معرفی کرده‌اند (Sharma, 2012)؛ که از جمله آن می‌توان به نقص در کارکردهای اجرایی اشاره کرد (Snyder, 2015). شواهد مختلف حاکی از آن است که اختلال وسواسی - جبری دارای مبنای عصبی - زیستی است و نتیجه بد کارکردی مدارهای خاصی در کرتکس پیشانی و نواحی مختلف مغز است. مطالعات نشان می‌دهند که مدارهای مربوطه نقش اساسی در کارکردهای اجرایی دارند (کاظم‌پور جهرمی و همکاران، ۱۳۹۴).

کارکردهای اجرایی فرآیندهای هدف مدار عصب-شناختی هستند که مسئول کنترل و هماهنگی رفتار بوده و با فرآیندهای روانشناختی مسئول کنترل هوشیاری، تفکر و عمل ارتباط دارند. در الگوی بارکلی، کارکردهای اجرایی بدین‌گونه تعریف شده‌اند: اعمال خودفرمان که برای خودگردانی به کار گرفته می‌شوند. در این راستا می‌توان گفت اصطلاح کارکردهای اجرایی یک عبارت کلی است که دربرگیرنده وسیعی از فرآیندهای شناختی و توانایی‌های رفتاری، نظیر توانایی حل مسئله، توجه، استدلال، سازماندهی، برنامه‌ریزی، حافظه فعال، کنترل بازداننده، کنترل تکانه، تغییر جهت (آمیاه)، حفظ آمیاه و بازداری پاسخ است. از نگاهی دیگر نیز کارکردهای اجرایی را می‌توان به عنوان شاخصی برای «چگونه» و «چه وقت» انجام دادن عملکردهای رفتاری عادی توصیف کرد که به افراد برای برنامه‌ریزی اهداف، بازداری پاسخ نامناسب و انعطاف‌پذیری کمک می‌کنند (Firouzi, 2010). بازداری پاسخ که مهم‌ترین مولفه کارکردهای اجرایی است به توانایی متوقف کردن افکار، اعمال و احساسات اطلاق می‌شود. زمانی که یک تکلیف پایان یافته یا زمانی که دیگر، یک هدف مناسب نیست، زمانی که نیاز است تا خطایی اصلاح شود و نیز زمانی که لازم است محرک‌های مناسب انتخاب شوند و محرک‌های نامناسب رد شوند، بازداری اهمیت می‌یابد (قمری و شایقی، ۱۳۹۳). فرآیند بازداری پاسخ یکی از عملکردهای شناختی اختصاصی قطعه پیشانی مغز است. مطالعات تصویربرداری نشان داد که این فرآیند به طور اختصاصی توسط نواحی پیش‌حلقه‌ای، پیش‌پیشانی میانی و همچنین اتصال قطعه پیشانی با جسم مخطط هدایت می‌گردد (نجاتی و همکاران، ۱۳۹۱).



در بیماران با اختلال وسواسی - جبری کاهش فعالیت در مناطق جسم مخطط در ارتباط با تالاموس و قشر پیش‌پیشانی در مطالعات مختلف نشان داد که عدم تعادل در مدار فرونتو استریاتال با کمبود بازداری پاسخ در اختلال وسواسی - جبری ارتباط دارد (Heinzel et al, 2018). مفهوم تغییر جهت توجه (تغییر آمایه) توانایی تغییر سریع از یک حالت ذهنی، اعمال و فعالیت‌ها به دیگری و توانایی منطبق شدن سریع با شرایط موجود است (بشارتی‌پور، ۱۳۹۶). ویژگی‌های کلیدی تغییر جهت عبارتند از: توانایی انتقال دادن، حل انعطاف‌پذیرانه مشکلات، تغییر توجه و تغییر تمرکز از یک آمایه ذهنی یا موضوع به دیگری است. تغییر جهت شامل توانایی تغییر رفتار به توانایی انطباق با تغییرات رفتاری یا در پاسخ به تغییرات موقعیتی یا محیطی تعریف می‌شود، در حالیکه تغییر شناختی توانایی حل مشکلات به صورت انعطاف‌پذیرانه است. نقص در توانایی تغییر شناختی می‌تواند کارایی حل مسئله را به خطر بیندازد (Gioia et al, 2015). مطالعات حاکی از آن است که رفتارهای اجباری به وسیله ناتوانی در تغییر دادن تمرکز توجه توجیه می‌شود. جایی که در آن این ناتوانی مهمترین آسیب‌شناختی و اجرایی در اختلال وسواسی - جبری است و فعالیت غیرعادی مدار فرونتو استریاتال را به دنبال دارد (Abramovich et al, 2013; Huller et al, 2015; Toobaei et al, 2015; cardinal et al, 2018). کنترل هیجانی شامل ایجاد افکار و رفتارهایی است که به افراد آگاهی می‌دهد چه نوع هیجانی دارند، چه هنگام این هیجان در آن‌ها پدید می‌آید و چگونه باید آن را ابراز نمایند و چگونه آن را مدیریت کنند. کنترل هیجان بیشتر در دو چهارچوب مهم بررسی می‌شود: (۱) راهبردهای کنترل هیجان پیش از رخداد حادثه (پیش از ایجاد هیجان و یا در آغاز بروز آن فعال می‌شوند و از بروز هیجان‌های شدید پیشگیری می‌کنند و (۲) راهبردهایی که پس از بروز حادثه و یا پس از بیداری هیجان فعال می‌شوند، باعث تعبیر و تفسیر موقعیت به نحوی می‌گردند که پاسخ هیجانی مرتبط با آن موقعیت را کاهش می‌دهند (Remijnse et al, 2013). مطالعات مختلف نشان دادند که جنبه‌های از دشواری‌های تنظیم هیجان‌ات (از جمله درک پایین‌تر و ترس بزرگتر از هیجان‌ات) با سطوح بالاتر علائم وسواسی - جبری مرتبط است (Keong et al, 2017). به طور کلی به نظر می‌رسد که شدت و علائم اختلال وسواسی - جبری به طور مستقیم و غیرمستقیم با نقص در کارکردهای اجرایی ارتباط دارد (Rosenthal et al, 2015; Carlisi et al, 2017; Norman et al, 2018). لذا هدف این پژوهش بررسی رابطه کارکردهای اجرایی و مولفه‌های آن با اختلال وسواسی - جبری در زنان خانه‌دار است و پژوهشگر به دنبال بررسی و تبیین فرضیات زیر است:

۱- بین کارکردهای اجرایی و مولفه‌های آن با اختلال وسواسی - جبری رابطه وجود دارد.



- ۲- کارکرد اجرایی اختلال وسواسی - جبری را پیش‌بینی می‌کند.
- ۳- مولفه‌های کارکرد اجرایی اختلال وسواسی - جبری را پیش‌بینی می‌کند.

## مواد و روش‌ها

جامعه آماری این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع هم‌بستگی شامل کلیه زنان خانه‌دار شهرستان سبزوار بود ولی با توجه به عدم امکان دستیابی به فهرست کامل افراد از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. ۳۶۵ نفر از آزمودنی‌های داوطلبی که در درب منازل آنها مراجعه شد، ابتدا پرسشنامه وسواسی - جبری فوا (Foa) و سپس پرسشنامه کارکردهای اجرایی بریف-بزرگسالان (Brief-A) را تکمیل کردند. ملاک‌های ورودی به آزمون عبارتند از: داشتن مدرک تحصیلی حداقل سیکل، سن کمتر از ۶۰ سال و متاهل بودن. برای جمع‌آوری داده از ابزار زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه وسواسی - جبری فوا (Foa): این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی برای ارزیابی شدت و علائم OCD در جمعیت بالینی و غیربالینی است. پرسشنامه فوا (Foa) با اجازه پل سالکووسکیس توسط فوا و همکارانش بازسازی شد و برای اولین بار در سال ۱۹۹۸ ساخته شد و منتشر گردید. این پرسشنامه دارای دو فرم بلند و کوتاه (بازنگری شده) است. فرم بلند آن دارای ۴۲ ماده است که در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار دارای ۷ مقیاس زیر شستن، کنترل کردن، شک و تردید، نظم و ترتیب، وسواس فکری، احتکار و خنثی‌سازی است که هر کدام از این عوامل به ترتیب ۸، ۹، ۳، ۵، ۸، ۳، ۶ سوال را در پرسشنامه فوا به خود اختصاص داده‌اند. در این پرسشنامه کمترین نمره کل کسب‌شده صفر و بیشترین نمره کل کسب‌شده ۱۶۸ می‌تواند باشد. در مطالعه‌ای روایی مقیاس مذکور با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی در ۷ خرده مقیاس مذکور احراز گردید و اعتبار بازآزمایی این ابزار با محاسبه ضریب هم‌بستگی اسپیرس برای گروه اختلال وسواسی - جبری بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ و برای گروه کنترل بین ۰/۵۷ تا ۰/۶۷ محاسبه شده است. در مجموع همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای زیر مقیاس‌های کنترل کردن، وسواس فکری، احتکار، نظم و ترتیب، شستن، خنثی‌سازی و شک و تردید نیز به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۲، ۰/۷۹، ۰/۸۲، ۰/۶۳، ۰/۷۱ و ۰/۸۳ حاصل گردید (عزیزی و شهبازیان، ۱۳۹۶).



در پژوهش حاضر نیز اعتبار این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس اختلال وسواسی - جبری ۰/۹۳ به دست آمد.

۲- پرسشنامه بریف - بزرگسالان (Brief-A): پرسشنامه سنجش رفتاری کارکردهای اجرایی ابزاری است که برای اندازه‌گیری کارکردهای اجرایی بزرگسالان، از طریق بررسی گزارش‌های خود افراد درباره عملکرد روزانه‌شان در محیط زندگی‌شان طراحی شد (Gioia et al, 2015). ۴ نسخه مختلف از پرسشنامه سنجش رفتاری کارکردهای اجرایی در دسترس است: ۱- پرسشنامه سنجش رفتاری کارکرد اجرایی - نسخه پیش‌دبستانی برای کودکان ۲-۵ سال با یک فرم گزارش برای والدین و معلم‌ها. ۲- پرسشنامه سنجش رفتاری کارکرد اجرایی - نسخه اولیه برای سنین ۶-۱۱ سال با فرم‌های جدا برای والدین و معلم‌ها. ۳- پرسشنامه سنجش رفتاری کارکرد اجرایی خودگزارش‌دهی برای نوجوانان سن ۱۱-۱۸ سال. ۴- پرسشنامه سنجش رفتاری کارکرد اجرایی - نسخه بالغین برای سنین ۹۰-۱۸ سال با فرم‌های مجزای خودگزارش‌دهی و دگرگزارش‌دهی (عبداله‌پی‌پور و همکاران، ۱۳۹۵). نسخه بالغین پرسشنامه سنجش رفتاری کارکرد اجرایی در ایران مورد بررسی قرار نگرفته است. با وجود این نسخه اصلی پرسشنامه ارزیابی رفتار کارکرد اجرایی بزرگسالان با یک مقیاس خودگزارشی استاندارد شده است که دیدگاه بزرگسالان را درباره کارکردهای اجرایشان بررسی می‌کند و یا خودتنظیمیشان در محیط اطرافشان را به وسیله یک گزارش‌دهنده آگاه از اعمال آزمودنی مورد نظر مثل همسر، فرزند بزرگ خود، پرستار یا افرادی که مواجهه بسیار زیادی با آزمودنی دارند و او را می‌شناسند بررسی کرد و پرسشنامه را به صورت دگرگزارشی تهیه کرد. این نسخه از پرسشنامه برای مردان و زنان ۱۸ تا ۹۰ ساله با داشتن حداقل ۵ کلاس سطح سواد تعبیه شده است. پرسشنامه Brief-A برای افراد سالم و آنهایی که انواع اختلالات رشدی گسترده، عصب شناختی و بیماری‌های روان‌پزشکی همچون اختلالات توجه، ناتوانی‌های یادگیری، اختلالات طیف اتیسم، آسیب مغزی، MS، افسردگی و اسکیزوفرنی دارند می‌توان استفاده کرد. پرسشنامه Brief-A از ۷۵ سوال تشکیل شده است که در ۹ عامل شامل بازداری پاسخ - تغییر جهت (تغییر آمایه) - کنترل هیجانی - خودنظارتی - آغازگری - حافظه کاری - برنامه‌ریزی/سازماندهی - نظارت بر تکلیف و سازماندهی مواد است. این پرسشنامه علاوه بر مقیاس‌های بالینی سه مقیاس پایانی نیز دارد که شامل منفی‌گرایی، ناهمسانی و کمیابی است.



مقیاس‌های بالینی دو مقیاس بزرگتر را نشان می‌دهند: مقیاس تنظیم رفتاری (BRI) و شاخص فراشناخت (MI). شاخص دیگری نیز در قالب نمره کلی مولفه‌های کارکردهای اجرایی به نام (GEC) وجود دارد. سه نوع پایایی برای نسخه اصلی پرسشنامه سنجش رفتاری کارکرد اجرایی بررسی شده است که نتایج آن به این ترتیب است: ۱- مقدار آلفای کروناخ ثبات درونی برای مقیاس‌های بالینی ۰/۷۳ تا ۰/۹۸ به دست آمد و برای شاخص (GEC) بین ۰/۹۳ تا ۰/۹۶ به دست آمد. ۲- مقدار آلفای کروناخ پایانی آزمون-پس آزمون برای مقیاس‌های بالینی ۰/۸۲ تا ۰/۹۳ در طول ۴ هفته بود و برای شاخص کلی (GEC) ۰/۹۴ برآورد شده است.

۳- مقدار آلفای کروناخ پایایی ارزشیابان برای مقیاس‌های بالینی ۰/۴۴ تا ۰/۶۸ است و برای شاخص کلی (GEC) ۰/۶۳ است. مقدار روایی اصلی پرسشنامه (Breif-A) ۰/۳۵ تا ۰/۹۸ به دست آمده است که نشان‌دهنده روایی بالایی برای پرسشنامه است. اجرا و نمره‌گذاری پرسشنامه (Brief-A) می‌تواند به وسیله هر کسی انجام گیرد و لازم به داشتن آموزش در زمینه‌های مختلف روانشناسی و یا رشته‌های مرتبط نیست اما تفسیر نمرات به دست آمده از پرسشنامه Brief-A و ترسیم نیمرخ آن نیاز به دریافت درجه آموزشی در زمینه‌های مختلف روانشناسی یا یک رشته مرتبط با آن را دارد (Roth et al, 2015).

## یافته‌ها

بررسی جمعیت شناختی نشان می‌دهد که در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها از پنج مقطع تحصیلی حضور داشته که شامل ۵ نفر (۱/۴٪) سیکل، ۹۰ نفر (۲۴/۷٪) دیپلم، ۶۷ نفر (۱۸/۴٪) فوق دیپلم، ۱۸۸ نفر (۵۱/۵٪) لیسانس و ۱۵ نفر (۴/۱٪) فوق لیسانس بودند. علاوه بر مقطع تحصیلی، وضعیت تاهل آزمودنی‌ها نیز بررسی شد که از مجموع ۳۶۵ نفر، ۸ نفر (۲/۲٪) از خانم‌های خانه‌دار مجرد بودند و ۳۵۷ نفر (۹۷/۸٪) متاهل بودند.



جدول ۱: توزیع فراوانی وضعیت تاهل و میزان تحصیلات در گروه مورد پژوهش

متغیر	گروه‌ها	فراوانی	درصد فراوانی
وضعیت تاهل	مجرد	۸	۲/۲٪
	متاهل	۳۵۷	۹۷/۸٪
	سیکل	۵	۱/۴٪
میزان تحصیلات	دیپلم	۹۰	۲۴/۷٪
	فوق دیپلم	۶۷	۱۸/۴٪
	لیسانس	۱۸۸	۵۱/۵٪
	فوق لیسانس	۱۵	۴/۱٪

در این قسمت از آمار توصیفی برای بررسی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش استفاده شد. همچنین همزمان با آن پایایی متغیرها و میزان نرمال بودن توزیع متغیرها بررسی شد.

میانگین متغیر وسواس در افراد نمونه ۸۱/۷۰ و انحراف معیار آن ۲۴/۸۵ شد. میانگین متغیر کارکرد اجرایی در این افراد ۱۰۵/۸۰ است که انحراف معیار آن نیز ۱۶/۵۸ است. میانگین متغیرهای کنترل هیجانی، بازداری پاسخ و تغییر جهت که از مولفه‌های کارکردهای اجرایی هستند به ترتیب ۱۸/۳۸، ۱۳/۰۷، ۱۰/۶۳ است و انحراف معیار آنها به ترتیب ۳/۵۹، ۲/۸۲، ۱/۹۹ است. مقدار پایایی (آلفای کرونباخ) برای متغیر وسواس ۰/۹۳ به دست آمد همچنین مقدار پایایی کلی برای متغیر کارکردهای اجرایی ۰/۹۳ به دست آمد و برای هریک از مولفه‌های متغیر کارکردهای اجرایی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۸، ۰/۸۷ محاسبه شده است. مقادیر به دست آمده نشان‌دهنده پایایی بالا و مناسب برای پرسشنامه‌های وسواس و کارکرد اجرایی است. همچنین مقادیر احتمال آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای متغیر وسواس (P=۱۹۸) است و برای متغیر کارکردهای اجرایی (P=۰/۹۶۰) محاسبه شده است چون مقدار این احتمال از ۰/۰۵ بزرگتر است، متغیرها دارای توزیع نرمال می‌باشد.



جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد، پایایی پرسشنامه‌ها و بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	پایایی (آلفای کرونباخ)	کلموگروف- اسمیرنوف	مقدار احتمال (P)
وسواس	۸۱/۷۰	۲۴/۸۵	۰/۹۳	۰/۰۴۱	۰/۱۹۸
کارکردهای اجرایی	۱۰۵/۸۰	۱۶/۵۸	۰/۹۳	۰/۰۴۳	۰/۰۹۶
کنترل هیجانی	۱۸/۳۸	۳/۵۹	۰/۸۶	۰/۰۹۹	۰/۰۰۱
بازداری پاسخ	۱۳/۰۷	۲/۸۲	۰/۸۸	۰/۱۱۲	۰/۰۰۱
تغییر جهت	۱۰/۶۳	۱/۹۹	۰/۸۷	۰/۱۴۵	۰/۰۰۱

بر مبنای ضرایب همبستگی به دست آمده بین متغیر کارکردهای اجرایی و مولفه‌های آن (کنترل هیجانی، بازداری پاسخ و تغییر جهت) با اختلال وسواسی-جبری رابطه وجود دارد. این همبستگی با توجه به مقدار احتمال آزمون پیرسون مثبت و معنادار می‌باشد. ( $P < 0.01$ )

جدول ۳: ضریب همبستگی کارکردهای اجرایی و مولفه‌های آن با اختلال وسواسی-جبری

اختلال وسواسی - جبری	
کارکردهای اجرایی	** ۰/۵۰۴
کنترل هیجانی	** ۰/۴۳۲
بازداری پاسخ	** ۰/۴۳۵
تغییر جهت	** ۰/۴۲۴
** سطح معناداری ۰/۰۱	* سطح معناداری ۰/۰۵





برای بررسی استنباط آماری از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج نشان داد که مدل رگرسیون پیشنهادی با توجه به مقدار sig که  $P=0/001$  است و کمتر از  $0/05$  است به طور معناداری می‌تواند تغییرات متغیر وابسته را پیش‌بینی کند و ما نمی‌توانیم فرض برابری میانگین‌ها را بپذیریم و فرض پژوهشگر تایید می‌شود. مقدار R در خلاصه مدل به همبستگی ساده بین دو متغیر اشاره دارد و مقدار آن برابر با  $0/532$  است. مقدار  $R^2$  برابر با  $28/3\%$  است که نشان می‌دهد که  $28/3\%$  از تغییرات متغیر وسواس را کارکرد اجرایی تبیین می‌کند.

جدول ۴: خلاصه تحلیل رگرسیون برای متغیرهای پژوهش

منابع تغییرات	درجات آزادی df	مجموع مجذورات S.S	میانگین مجذورات m.S	سطح معناداری F
رگرسیون	۹	۶۳۵۲۲/۵۴۱	۷۰۵۸/۰۴	۱۵/۵۳۲
باقیمانده	۳۵۵	۱۶۱۳۲۱/۹۰۹	۴۵۴/۴۲۸	
کل	۳۶۴	۲۲۴۸۴۴/۴۴		

جدول ۵: خلاصه مدل

مدل	ضریب همبستگی (R)	ضریب همبستگی ( $R^2$ )	مجذور ضریب همبستگی تعدیل شده ( $R^2$ )	خطای معیار
۱	۰/۵۳۲	۰/۲۸۳	۰/۲۶۴	۲۱/۳۱

نتایج ضرایب رگرسیون گام به گام اختلال وسواسی - جبری بر اساس مولفه‌های کارکرد اجرایی به این صورت به دست آمد که  $13/5\%$  از واریانس اختلال وسواسی-جبری توسط عامل کنترل هیجانی تبیین می‌شود که این مقدار با توجه به سطح معناداری ( $P < 0/05$ ) معنادار است و وسواس را پیش‌بینی می‌کند.



تفکیک نتایج نشان داد که ۱۷/۳٪ از واریانس اختلال وسواسی-جبری توسط عامل بازداری پاسخ کارکردهای اجرایی پیش‌بینی می‌کند و با توجه به سطح معناداری  $P < 0/05$  که برای این متغیر سطح معناداری ۰/۰۰۹ درآمده، معنادار است و در جهت مثبت اختلال وسواسی-جبری را پیش‌بینی می‌کند. بررسی نتیجه عامل تغییر جهت نیز نشان داد که این متغیر ۱۳/۹٪ از واریانس وسواس را پیش‌بینی می‌کند و با توجه به سطح معناداری  $(P < 0/05)$  و مقدار T در جهت مثبت معنادار است.

در بین این سه متغیر عامل بازداری پاسخ با ۱۷/۳٪ بیشترین سهم را در پیش‌بینی اختلال وسواسی - جبری دارد.

جدول ۶: ضرایب رگرسیون گام به گام اختلال وسواسی-جبری بر اساس مولفه‌های کارکردهای اجرایی

سطح معناداری Sig	T	ضرایب استاندارد			متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک
		Beta	Std.Error	B		
۰/۶۴۰	۰/۴۵۹		۷/۳۹۵	۳/۴۶۶	مقدار ثابت	
۰/۰۵۰	۱/۹۷۱	۰/۱۳۵	۰/۴۷۵	۰/۹۳۶	کنترل هیجانی	وسواس
۰/۰۰۹	۲/۶۳۶	۰/۱۷۳	۰/۵۷۸	۱/۵۲۴	بازداری پاسخ	
۰/۰۲۹	۲/۱۹۱	۰/۱۳۹	۰/۷۹۱	۱/۷۳۳	تغییر جهت	

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین کارکردهای اجرایی و اختلال وسواسی-جبری رابطه مثبت معناداری وجود دارد. به این عبارت که هرچقدر نقص در کارکردهای اجرایی افزایش پیدا کند، افزایش میزان و شدت اختلال وسواسی-جبری را در پی دارد و می‌توان کارکردهای اجرایی را به عنوان یک عامل موثر در پیش‌بینی اختلال وسواسی-جبری در نظر گرفت.



همچنین نتیجه بررسی رابطه مولفه‌های کارکردهای اجرایی با اختلال وسواسی - جبری نشان داد که بین مولفه‌های کارکردهای اجرایی و اختلال وسواسی - جبری رابطه مثبت معنادار وجود دارد. نتایج رگرسیون گام به گام نشان داد که در بین مولفه‌های کارکردهای اجرایی، کنترل هیجانی، بازداری پاسخ و تغییر جهت (آمایه) قادر به پیش‌بینی واریانس‌های متغیر اختلال وسواسی-جبری است، به این صورت که هرچقدر نقص و کمبود در کنترل هیجانی، بازداری پاسخ و تغییر جهت (آمایه) در زنان خانه‌دار افزایش یابد، میزان شدت و علائم اختلال وسواسی-جبری نیز افزایش می‌یابد.

همان‌گونه که با این پژوهش، مطالعات نریمانی و همکاران، حسنی و آریانا کیا، پدرون و همکاران نشان دادند که بین کارکردهای اجرایی و مولفه‌های آن با اختلال وسواسی-جبری همبستگی وجود دارد.

به عنوان مثال آمیکو و استیویل در پژوهش خود بیان کردند که نقص در توانایی بازداری پاسخ در افراد وسواسی را می‌توان توانایی کمتر افراد وسواسی در میزان تغییر توجه و کنترل کردن پاسخ‌ها عنوان کرد که این می‌تواند ناشی از افکار وسواس ناخودآگاهی باشد که این افراد را درگیر پاسخ‌ها و اطلاعات قبلی و تکراری غالب نموده و این مقاومت ایجاد شده در حافظه آنها، موجب ناتوانی در بازپس‌گیری توجه خود از منبع قبلی و در نتیجه تغییر توجه به سمت منبع اصلی، ایجاد پاسخ صحیح می‌شود. علاوه بر این در مطالعه شهابی و همکاران به این نکته نیز اشاره شد که احتمالاً افراد وسواسی به طور آگاهانه توجه خود را بر پاسخ قبلی حفظ می‌کنند که این امر می‌تواند ناشی از تفکر افراطی آنها در توجه به محرک‌ها و خطر باشد. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان به این نکات اشاره کرد که افرادی که نمی‌توانند به طور موثر پاسخ‌های هیجانی را در حوادث روزانه خود کنترل، مدیریت و تنظیم کنند، دوره‌های پریشانی طولانی و شدیدتری را تجربه می‌کنند که ممکن است تبدیل به اضطراب و وسواس شود. زیرا افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری به دلیل درک ضعیف هیجانات خود و عدم توانایی در کنترل این هیجانات دچار نوعی اضطراب درونی ناشناخته می‌شوند که این اضطراب به دلیل ناشناخته ماندن به صورت رفتارهای خنثی‌کننده یا همان اجبارها نمود پیدا می‌کند و در نهایت استفاده از اجبارها به صورت روشی برای کاهش اضطراب به کار می‌رود (داوودی و همکاران، ۱۳۹۵).



اختلال وسواسی- جبری دارای سه مشخصه اشتغال ذهنی مداوم، تکانشگری و حرکات تکراری است. هر سه این مفاهیم نقص احتمالی کنش بازداری را مطرح می‌سازد. نشانه‌های کلاسیک وسواس شامل افکار وسواسی پایدار با ناتوانی در بازداری رفتارهای اجباری-تکراری مشخص می‌شود. بر این اساس، افراد دچار وسواس کمتر احتمال دارد پاسخ‌های رفتاری خود را بازداری کنند و زمان واکنش کندتری در بازداری محرک‌ها نشان دهند (شهامت و همکاران، ۱۳۹۵).

## محدودیت‌های مطالعه

این پژوهش نیز مانند اغلب پژوهش‌های دیگر محدودیت‌های داشت که تعمیم‌یافته‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد. با توجه به اینکه این تحقیق از نوع توصیفی و همبستگی است و مطالعه به صورت عرضی صورت گرفته است لذا رابطه بین متغیرها مانند کارکردهای اجرایی و اختلال وسواسی-جبری را نمی‌توان به صورت علت و معلول تفسیر کرد و تنها می‌توانیم بگوییم که بین متغیرهای پژوهش حاضر همبستگی وجود دارد و احتمال اینکه متغیری خارج از متغیرهای پژوهش، روابط بین متغیرها را تبیین کند وجود دارد. در بررسی متغیرهای تحقیق از روش پرسشنامه استفاده گردید، به دلیل عدم دسترسی و کمبود زمان و هزینه از روش‌های دیگر مانند مصاحبه استفاده نشده است. عدم علاقه و تمایل به همکاری برخی افراد نمونه و عدم دقت لازم در پاسخگویی و بازپس‌دهی پرسشنامه نیز می‌تواند یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش باشد.

## پیشنهاد پژوهش:

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده بر روی نمونه مردان نیز اجرا گردد و همچنین جهت تعمیم نتایج، پژوهش‌های مشابهی با جامعه آماری وسیع‌تر انجام گیرد.



## منابع

- ۱- هاشمی، تورج؛ حکمتی، عیسی؛ پیرزاده، احمد. (۱۳۹۱). مقایسه عملکرد نورد پسیکولوژیک افراد افسرده، وسواسی-اجباری غیربالینی با افراد سالم: الگوی سه مولفه‌ای کارکردهای اجرایی میاک، فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، ۱۸، ۵.
- ۲- عبدالله‌زاده، فریبا؛ جوانبخت، مریم؛ عبدالله‌زاده، حسن. (۱۳۹۰). مقایسه تاثیر درمان فراشناختی و درمان دارویی در اختلال وسواس فکری-عملی، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۱۸، ۲، ۱۱۸-۱۱۰.
- ۳- واقعی، سعید؛ رجب دیزاوندی، فاطمه؛ کردی، معصومه؛ ابراهیم‌زاده، سعید. (۱۳۹۳). فراوانی اختلال وسواسی-جبری در دوره‌های قبل از ازدواج، بارداری و پس از زایمان، مجله اصول بهداشت روانی، ۱۵، ۴، ۲۹۴-۲۸۴.
- ۴- خسروی، صدرالله؛ ناصری، علی. (۱۳۹۶). شیوع وسواس فکری-عملی در افراد ۱۲/۴۶ ساله شهر جهرم، مجله علوم پزشکی پارس، ۱۵، ۳.
- ۵- کاظم‌پور جهرمی، علی؛ بیگدلی، ایمان‌الله؛ رفیعی‌نیا، پروین. (۱۳۹۴). مقایسه کارکردهای اجرایی و حافظه کاری افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و افراد بهنجار، مجله روانشناسی بالینی، ۲، ۷.
- ۶- قمری، حسین؛ شایقی، حسین؛ قاسم‌نژاد، سمیه. (۱۳۹۴). بررسی بازداری شناختی و حرکتی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و اسکیزوفرنی. فصلنامه روانشناسی معاصر، ۲، ۵۸-۴۵.
- ۷- نجاتی، وحید؛ ملکی، قیصر؛ ذبیح‌زاده، عباس؛ صفرزاده، مریم. (۱۳۹۱). نقص توجه در اختلال وسواسی-جبری، مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰، ۱، ۱۹-۱۰.
- ۸- بشارتی‌پور، معصومه. (۱۳۹۶). مقایسه کارکردهای اجرایی در زنان سالمند چاق و عادی، مجله روانشناسی پیری، ۲، ۴، ۲۵۹-۲۴۹.
- ۹- عزیززی، معصومه؛ شهبازیان، آرش. (۱۳۹۶). بررسی اختلال وسواسی-جبری در مبتلایان میگرنی و مقایسه آن با افراد عادی، ۲۴، ۱۶۱، ۱۱۳-۱۰۷.
- ۱۰- عبداللهی‌پور، فروزان؛ علیزاده زارعی، مهدی؛ اکبر فهیمی، ملاحظت؛ کرمعلی اسماعیلی، سمانه. (۱۳۹۵). تهیه نسخه فارسی «پرسشنامه سنجش رفتاری کارکرد اجرایی- نسخه پیش‌دبستانی» و بررسی روایی ظاهری و محتوایی آن. مجله توانبخشی، ۱۷، ۱، ۱۹-۳.
- ۱۱- نریمانی، محمد؛ میکائیلی، نیلوفر؛ بشرپور، سجاد. (۱۳۹۶). مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی و تنظیم



هیجان در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و عادی، مطالعات روانشناختی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء. ۱۳، ۹۸، ۲-۷۷.

۱۲- حسنی، جعفر؛ آریاناکیا، المیرا. (۱۳۹۵). راهبردهای تنظیم هیجانی، اضطراب و تکانشگری در اختلال دوقطبی با و بدون همبودی با اختلال وسواسی-جبری. مجله روانشناسی بالینی و روانپزشکی ایران، ۱، ۲۲.

۱۳- شهابی، روح الله؛ اکبری، سعید؛ کاووسیان، جواد؛ انصاری، زهره. (۱۳۹۶). پیش‌بینی گرایش به وسواس فکری بر اساس نیمرخ شناختی (حافظه کاری و کوتاه مدت، کارکرد اجرایی)، مقاله علمی و پژوهشی، دوره ۵، ۱.

۱۴- شهامت، فاطمه؛ صالحی فدوی، جواد؛ امین یزدی، سید امیر؛ طلایی، علی. (۱۳۹۵). بررسی بازدارنده رفتاری در مبتلایان به وسواس شستشو، مجله اصول بهداشت روانی، ۱۸، (۲)، ۸۱-۷۶.

۱۵- داوودی، اعظم؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ عابدی، محمدرضا؛ طالبی، هوشنگ. (۱۳۹۴). مقایسه کارکردهای اجرایی و حافظه کاری افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و افراد بهنجار، مجله روانشناسی بالینی، ۷، ۲.

1. American psychiatric Association, (2013). Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders, Fifth Edition DSM-5, 5th ed. APA, Washington DC.

2. Adams, Thomas G; Kelmendi, Benjamin; Brake, Alex; Gruner, Patricia; Bador, Christal L. The role of stress in the pathogenesis and maintenance of obsessive-compulsive disorder. Science direct. (2018).

3. Sharma, S; Kumar, V; Trivedi, J; Dadal, P.K.; Sudarshanan, S; (2012). Working memory deficits in obsessive compulsive disorder. Delhi psychiatry journal. 15(2). 338-341.

4. Snyder, H; Ksiser, R.H.; Wawen, S & Heller, W. (2015). obsessive compulsive disorder is associated with broad impairments in executive functions: a meta analysis. Clin psychol Sci, 3(2): 301-330.

5. Firouzi S. comparison of executive functions on the basis of test anxiety in fifth grade elementary syudents. Knowl and Res in Appl psychol. (2010).



6. Heinzl, Stephan; Kanfmann, Christian; Grutzmann, Rosal; Hummel, Robert; Riesel, Arja; Bey, Katharina. Neural correlates of working memory deficits and association to response inhibition in obsessive compulsive disorder. *Neuroimage: clinical* 17 (2018) 426-434.
7. Gioia, GA; Isquith, pk; Roth, RM. BRIEF-A (Behavior Rating Inventory of Executive Function – Adult version. Professional manual. (2015)
8. Norman, Lukej; Simmons, Andrew; Murphy, Clodagh M. (2018). Frontostriatal Dysfunction During Decision Making in obsessive compulsive disorder. *Biological psychiatry: CNNI*.
9. Remijnse, Reterl; Vanden Hevel, Odile A; Wiend, Chris. Cognitive Inflexibility in obsessive compulsive disorder and major depression is associated with distinct neural correlates. (2013). *Plos one*.
10. Abramovitch, Amitai; Abramowitz, Jonathan; Mittelman, Andrew. The neuropsychology of adult obsessive compulsive disorder. *Clinical psychology review*. 33(2013) 1163-1171.
11. Berlin, A Heather; Schulz, kurt P; Zhang, Sam. Neural correlates of emotional response inhibition in obsessive compulsive disorder: A preliminary study. *Psychiatry research: Neuroimaging*. (2015).
12. Cardinal, Rudolf N; Jala, Baland; Bruhl, Annette. Novel smart phone interventions improve cognitive flexibility and obsessive compulsive disorder symptoms in individuals with contamination fears. *Scientific reports*. (2018) 8: 14923
13. Toobaei, Mostafa; Shairi, Mohamad Reza; Shams, Giti. Comparison of executive function in obsessive compulsive disorder patients with good insight, poor Insight and healthy people. *Zahedan Res Med Sci*. (2015); 17(11)
14. Yap, Keong; Mogan, Christopher; Moriarity, Anna. Emotional regulation difficulties in obsessive compulsive disorder. *Journal of clinical psychology*. (2017)
15. Muller, Juliana delima; Torquato, kamilla Irigaray; Manfro, Gus. Executive



functions as a potential neurocognitive Endophenotype in anxiety disorders. *Dement neuropsychol.* (2015); 9(3): 285-294.

16. Pedron, Cristina; Ferrao, Ygor. Relation between executive functions and different symptomatic dimensions in obsessive compulsive in obsessive compulsive disorder. (2015).

17. Amico, Davide; Estivill, Xavier. Switching to zebrafish neurobehavioral model: The obsessive compulsive paradigm. *European journal of pharmacology*, (2015).





## Relation Between Executive Functions (shift, response inhibition and control) and obsessive compulsive disorder in housewives

Mohammad Narimani<sup>1</sup> and Safura keyvanlo<sup>2,\*</sup>

1. Professor of psychology at Mohaghegh  
Ardabili university, Ardabil, Iran.  
m\_narimani@gmail.com

2. Senior undergraduate at Mohaghegh  
Ardabili university, Ardabil, Iran.  
Skeyranlo1@gmail.com

Responsible author: skeyranlo1@gmail.com

### Abatract

This main purpose of this study is to investigate the relationship between Executive Functions (shift, response inhibition and emotional control) with obsessive-compulsive disorder in house wives. The research method of this paper is correlation type which is among descriptive designs to determine the sample. Available sampling method was used. 365 numbers of house wives of Sabzevar city completed. The long form of Foa questionnaire for obsessive-compulsive disorder and Adult-Brief (Brief-A) questionnaire for the scale executive functions to examine the relationship between variable and determine the significance of this relationship, Pearson correlation test and to predict the obsessive-compulsive disorder on the components of executive functions were used step by step regression. The results showed that there is a significant positive relationship between executive functions and obsessive compulsive disorder. This means that higher the score of subjects in the cognitive component (the higher rate show higher defiction component) severity of obsessive compulsive disorder became higher. The same result was obtained for two components of inhibition and emotional control. In addition, the results showed that the inhibition component had the highest share in the prediction of OCD and shift and emotional control were able to predict OCD generally deficiency in executive functions can be a stronger predictor of OCD.

**Key words:** executive functions, shift, response, inhibition, emotional control, OCD.