مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
سال ۶۷، شماره۲
خرداد-تیر۱۴۰۳ صفحه ۷۲۷-۷۱۷

www.mums.ac.ir
Medical Journal of Mashhad
University of Medical Sciences
Vol. 67, No.2, P: 717-727
May-Jul2024

مقاله اصلی

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۱۶- تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۲۴

سارا ذوالفقاری[۱]
پروین احتشام زاده[۲*]
فرح نادری[۳]

[۱] *دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی کودکان استثنایی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.*
[۲] *دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.*
[۳] *استاد گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.*

Email: P-ehtesham85@iau.ac.ir

خلاصه

مقدمه: کودکان دارای ناتوانی یادگیری در درک هیجان‌ها ضعیف بوده و احساسات بسیار سطحی دارند. بر این اساس ناتوانی یادگیری، یکی از حوزه‌های بسیار مهمی است که علاوه بر تخریب روابط اجتماعی، در پردازش عاطفی و هیجانی مانند تنظیم هیجان نیز تأثیرگذار است. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل کودکان دختر و پسر دارای اختلال یادگیری (دامنه سنی ۸ تا ۱۲ سال) بودند که در مدارس ابتدیی منطقه ۳ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند. در این پژوهش تعداد ۲۸ کودک دارای اختلال یادگیری با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۴ کودک در گروه آزمایش و ۱۴ کودک در گروه گواه). کودکان حاضر در گروه آزمایش درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر را طی ده هفته در ده جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. در این پژوهش از پرسشنامه اختلال یادگیری (LDQ) و چک لیست تنظیم هیجان (ERC) استفاده شد. داده‌های با تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم‌افزار آماری $SPSS_{23}$ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر تنظیم هیجان (P<۰/۰۰۰۱؛ Eta=۰/69؛ F=59/86) کودکان دارای اختلال یادگیری تأثیر معنادار دارد.

نتیجه‌گیری: در نتیجه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با بهره‌گیری از فنونی همانند بازشناسی هیجان‌های اولیه و ثانویه، ردیابی تجارب هیجانی و پرهیز از اجتناب هیجانی و شناختی می‌تواند به عنوان یک روش کارآمد جهت بهبود تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: اختلال یادگیری، تنظیم هیجان، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

Doi: 0.22038/mjms.2024.79748.4592

مقدمه

اختلالات یادگیری[1] به‌عنوان اختلالی روان عصب شناختی محسوب می‌شود که مانع رشد و استفاده از مهارت‌های خاص تحصیلی مانند خواندن، نوشتن و حساب در کودکان شده (سزینزسی، کیس و جوزسا[2]، ۲۰۱۸) و در بین اختلالات رشدی دوران کودکی بیشترین فراوانی را شامل می‌شود (فلورس- گالگوس، رودیرگرس- لیس و فرناندز[3]، ۲۰۲۲). نشانگان آن ممکن است شامل نقص و کندی در خواندن، نوشتن، حساب کردن باشد که دراین بین مطالعات اپیدمیولوژیک میزان شیوع نقص در خواندن را ۴ تا ۹ درصد گزارش می‌کنند (کوکس و همکاران[4]، ۲۰۲۴). در ایران میزان شیوع آن را حدود ۵ درصد گزارش کرده‌اند (یوسفی، پورمحمدرضای تجریشی و بخشی، ۱۴۰۰). البته یافته‌ها نشان می‌دهد که کودکان مبتلابه اختلال یادگیری اغلب نقص در جنبه‌های دیگر را نیز نشان می‌دهد (سیولی و همکاران[5]، ۲۰۱۸). اختلال یادگیری گستره بسیار وسیع‌تری از مشکلات تحصیلی را دربرمی‌گیرد و فهم کامل آن نیازمند توجه به حوزه های اجتماعی ،عاطفی و رفتاری کودک است (وانگ و چانگ[6]، ۲۰۲۴). دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری در درک هیجان‌ها ضعیف هستند و احساسات بسیار سطحی دارند که از ناتوانی آنها در درک ارتباط‌های غیرکلامی-دیداری مایه می‌گیردو این افراد در مهارت‌های اجتماعی و ارتباطشان، پاسخ‌های ابتکاری غیرکلامی پایین‌تری دارند (پاور و همکاران[7]، ۲۰۲۳). بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی[8]، اختلالات یادگیری دارای چهار نوع اختلال خواندن[9]، اختلال ریاضیات[10]، اختلال بیان نوشتاری[11]، ناتوانی یادگیری نامشخص[12] می‌باشد (ریم، سون و کیم[13]، ۲۰۲۴). از آنجا که تشخیص بهنگام این مشکل، روند بهبودی را در یادگیرندگان دارای این اختلال سرعت خواهد بخشید؛ بنابراین توجه به این زمینه از اهمیت بسیاری برخوردار است (کوکالی و آنتونیو[14]، ۲۰۲۴).

کودکان دارای ناتوانی یادگیری در درک هیجان‌ها ضعیف بوده و احساسات بسیار سطحی دارند. بر این اساس ناتوانی یادگیری، یکی از حوزه‌های بسیار مهمی است که علاوه بر تخریب روابط اجتماعی، در پردازش عاطفی و هیجانی مانند تنظیم هیجان[15] نیز تأثیرگذار است (خلقی، آقایی و فرهادی، ۱۳۹۸). چنانکه نتایج پژوهش رخشنده و صبحی قراملکی (۱۴۰۱) حاکی از ان است که کودکان دارای اختلالات یادگیری در مقایسه با همسالان خود از بیانگری هیجانی و مهارت‌های اجتماعی پایین‌تری برخوردارند. تنظیم هیجان شامل طیف گسترده‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری است که برای کاهش، حفظ و یا افزایش یک هیجان انجام می‌شود. به بیانی دیگر تنظیم هیجان، مجموعه فرایندهایی را در برمی‌گیرد که فرد به وسیله آن، می‌تواند در اینکه چه هیجاناتی داشته باشد، چه وقت آن‌را داشته باشد و چگونه آن را تجربه کند یا به نمایش گذارد، مؤثر واقع شود (لی، لی، وا و وانگ[16]، ۲۰۱۹). تنظیم هیجان فرآیندی است که به تغییر احساسات افراد اشاره دارد. مهم‌ترین مسئله در تنظیم هیجان متعادل‌سازی احساسات منفی به‌وسیله افراد است که ممکن است به‌صورت هشیار و ناهشیار با راهبردهای شناختی و رفتاری انجام گیرد (بنفر، باردین و کلامس[17]، ۲۰۱۸). تنظیم هیجان به‌عنوان نقش واسطه در رابطه بین آسیب‌های گذشته و نشانگان بعدی است (بارانزوک[18]، ۲۰۱۹). مفهوم کلی تنظیم هیجان به شیوه شناختی دست‌کاری ورود اطلاعات فراخوانده هیجان اشاره دارد (مالسزا[19]، ۲۰۱۹). تنظیم هیجان به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا برای آن‌ها اشاره دارد. منشأ اختلال در تنظیم هیجان می‌تواند آسیب‌های استرس‌زای گذشته و یا اختلال‌هایی چون افسردگی و اضطراب باشد (کیروان، پیکت و جارت[20]، ۲۰۱۷). برخی از نظریه‌پردازان در این حوزه باور دارند که افراد از طریق مشاهده و تقلید توانایی‌های هیجانی و تنظیم هیجان والدین و اعضای خانواده، تنظیم هیجانی را می‌آموزند و از طریق برون‌سازی و درون‌سازی آن را در زندگی بعدی خود پیاده‌سازی می‌کنند (هریویک[21] و همکاران، ۲۰۱۸).

روان‌شناسان حوزه کودک برای پیشگیری از مشکلات اجتماعی، رفتاری، روان‌شناختی و هیجانی کودکان روش‌های مختلفی را طراحی کرده‌اند. برخی از روش‌ها بر خود کودک، برخی بر والدین و برخی بر محیط آموزشی و خانواده متمرکز بوده است. یکی از روش‌های درمانی که متمرکز بر خود کودک بود و کارآیی مناسبی دارد، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر[22] است که نتایج پژوهش باقری‌فرد، کاظمیان مقدم، صفرزاده و بهاری (۱۴۰۲)؛ شهریاری و همکاران (۱۴۰۱)؛ گله گیریان و همکاران (۱۴۰۱)؛ هلاکویی، قاسم زاده و ارجمندنیا (۱۴۰۱)؛ لائو و همکاران[23] (۲۰۲۳)؛ پریس- باکئرو و همکاران[24] (۲۰۲۳) و کاسترو- کاماچو، دیاز و باربوسا[25] (۲۰۲۲)؛ نشان داده است که این در بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی افراد مختلف دارای کارآیی است. این در حالی است که نتایج پژوهش مهردادفر و

1. learning disabilities
2. Szenczi, Kis, Józsa
3. Flores-Gallegos, Rodríguez-Leis, Fernández
4. Cox et al
5. Siouli et al
6. Wang, Chung
7. Power et al
8. Diagnostic and statistical manual of mental disorders Fifth Edition
9. Reading Disorder
10. Mathematical Disorder
11. written expression Disorder
12. Unknown learning disability
13. Rim, Son, Kim
14. Kokkali, Antoniou
15. Emotion regulation
16. Li, Li, Wu, Wang
17. Benfer, Bardeen, Clauss
18. Barańczuk
19. Malesza
20. Kirwan, Pickett, Jarrett
21. Herwig
22. Unified Trans-Diagnostic Treatment
23. Lau et al
24. Peris-Baquero et al
25. Castro-Camacho, Díaz, Barbosa

همکاران (۲۰۲۳)، کندی و همکاران[1] (۲۰۲۳)، شاو، هالیدی و ارنریچ- مای[2] (۲۰۲۰)؛ ساندین و همکاران[3] (۲۰۲۰)؛ شرمان و انریچ- مای[4] (۲۰۲۰)؛ اخهارت[5] و همکاران (۲۰۱۹)؛ کندی، بیلک و ارنریچ- مای[6] (۲۰۱۹)؛ شرفی، جعفری و بهرامی (۱۴۰۲)؛ گوهری، حسینی المدنی و افکاری (۱۴۰۲)؛ قاسم‌زاده و همکاران (۱۴۰۰)؛ محمدی، نهنگ و حسینی (۱۳۹۸) و عثمانی و شکری (۱۳۹۸) بیانگر آن است که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر برای جامعه آماری کودکان و نوجوانان با مشکلات هیجانی و رفتاری نیز دارای اثربخشی موثر است.

درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان و تنظیم هیجان است و تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها، پایه‌های اصلی در این رویکرد درمانی است (پریس- باکثرو و همکاران، ۲۰۲۳). درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با ادغام مؤلفه‌های مشترک درمان شناختی - رفتاری برای اختلال‌های هیجانی و با استفاده از آخرین دستاوردها در حوزه علم هیجان تلاش می‌کند تا فرایندهای اصلی سبب‌ساز اختلال‌های هیجانی و روانی را مورد آماج قرار دهد (کاسترو- کاماچو، دیاز و باربوسا، ۲۰۲۲). با این که این درمان ریشه در درمان شناختی- رفتاری دارد، ولی بر هیجان‌ها و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ها تاکید می‌کند. تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در رویکرد فراتشخیصی است (کندی و همکاران، ۲۰۲۳). هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر این است که مراجعان مهارت‌هایی را کسب کنند که بتوانند به شیوه‌ای مؤثر هیجان‌ها و شناخت‌های منفی خود را مدیریت کنند. در این رویکرد درمانی افکار، رفتارها و احساسات با هم تعامل پویایی دارند و هر یک در تجربه هیجانی تأثیرگذار هستند (لائو و همکاران، ۲۰۲۳).

در باب ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد، وجود میزان بالای دانش‌آموز مبتلا به اختلال یادگیری، هشداری برای نظام آموزش محسوب می‌شود که نیازمند انجام اقدامات به موقع و در زمینه رفع چنین مشکلاتی است. بنابراین با توجه به آثار و پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی اختلال یادگیری، سرمایه‌گذاری برای پیشگیری از بروز، تشدید یا تداوم این اختلال از منظر تخصصی امری ضروری است و از آنجا که دولت سالانه هزینه زیادی برای هر دانش‌آموز سرمایه‌گذاری می‌کند باید سعی شود با اتخاذ تدابیر آموزشی و کاربرد روش‌های مناسب بتوان کاهش میزان شکست تحصیلی و گسترش سیاست‌های آموزش و پروش پرداخت. با توجه به اینکه اختلال یادگیری یکی از اختلالات رشدی است که شیوع نسبتاً بالایی در بین اختلالات کودکی دارد و بر اساس آمار در کشور ایران اختلال یادگیری در کودکان ۲۳ درصد شیوع دارد، بنابراین برای شناسایی و درمان عوارض آن نیاز به مداخلات جدیدی دارد. چنانکه بکارگیری روش‌های مداخله‌ای کارآمد، رویکردهای درمانی موفق و دارای اثرات پایدار برای مشکلات این کودکان اهمیت فراوانی برای پیشبرد علمی دارد. بر این اساس لازم است که به فراتر از مطالعات صرف نگاه کرده و به سمت مطالعات کاربردی حرکت کرد تا از عواض جانبی اختلال یادگیری کودکان کاست. علاوه بر این در حوزه موضوع پژوهش حاضر خلا پژوهشی نیز احساس می‌شود. چنانکه با جستجو در پایگاه داده‌های علمی داخلی و خارجی مشخص شد که تاکنون پژوهشی با عنوان پژوهش حاضر انجام نشده است. بنابراین با توجه به موضوعات و تحقیقات بیان شده در مورد اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در جهت کاستن مشکلات رفتاری، شناختی و روانی کودکان و از سوی دیگر با توجه به خلاء پژوهشی موجود به علت عدم وجود تحقیقات مشابه، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری بود.

روش کار

پژوهش حاضر کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل کودکان دختر و پسر دارای اختلال یادگیری (دامنه سنی ۸ تا ۱۲ سال) بودند که در مدارس ابتدیی منطقه ۳ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند (با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش) استفاده شد. بدین صورت که با مراجعه به ۱۰ آموزشگاه ابتدایی دخترانه و پسرانه (۵ آموزشگاه ابتدایی پسرانه و ۵ آمورشگاه ابتدایی دخترانه) آموزش و پرورش منطقه ۳ شهر تهران، کودکان دبستانی که با علائم اختلال یادگیری در این مدارس مشغول به تحصیل بوده و در طول سال تحصیلی به مرکز اختلال یادگیری منطقه ارجاع داده شده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس پرسشنامه اختلال یادگیری به والدین این دانش‌آموزان ارائه شد تا با پاسخگویی به آن یقین حاصل شود که کودکان معرفی شده دارای اختلال یادگیری هستند. ملاک کسب نمرات بالاتر از ۶۰ در پرسشنامه اختلال یادگیری بود. پس از اجرای پرسشنامه اختلال یادگیری، از بین کودکان ۸ تا ۱۲ ساله‌ای که تشخیص اختلال یادگیری را دریافت نمودند (تعداد ۶۹ کودک)، تعداد ۳۰ دانش‌آموز به تصادف انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند (۱۵ کودک گروه آزمایش و ۱۵ کودک در گروه گواه). سپس کودکان حاضر در گروه آزمایش مداخلات مربوط به درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر را دریافت نمودند. این در حالی بود که کودکان حاضر در گروه گواه آموزشی دریافت نکردند. پس از شروع مداخله تعداد ۱ کودک در گروه آزمایش و ۱ کودک در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۲۸ کودک دارای اختلال یادگیری در پژوهش باقی ماندند (۱۴ کودک در گروه آزمایش و ۱۴ کودک در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمره بالاتر از ۶۰ و بالاتر در پرسشنامه اختلال یادگیری، داشتن سن ۱۲-۸ سال

1. Kennedy et al
2. Shaw, Halliday, Ehrenreich-May
3. Sandín et al
4. Sherman, Ehrenreich-May
5. Eckhardt
6. Kennedy, Bilek, Ehrenreich-May

(حضور در پایه دوم تا پنجم دبستان)، رضایت کودک و والدین جهت شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان) و عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش و عدم پاسخگویی به پرسشنامه های پژوهش در یکی از مراحل پس‌آزمون و یا پیگیری بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه اختلال یادگیری (LDQ)[1]: پرسشنامه اختلال یادگیری توسط ویلکات و همکاران (۲۰۱۱) تهیه شده و اختلال یادگیری را متشکل از پنج عامل اساسی خواندن، شناخت اجتماعی، اضطراب اجتماعی، عملکردهای فضایی و حساب کردن می‌داند که موجب اختلال یادگیری می‌شوند. این پرسشنامه که از ۲۰ آیتم تشکیل شده است، توسط والدین کودکان تکمیل می‌شود. پاسخ به هر عبارت در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً (۱) تا همیشه (۵) می‌باشد. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. کسب نمرات بالاتر از ۶۰ نشان دهنده وجود اختلال یادگیری در کودک است. روایی محتوایی این پرسشنامه و مولفه‌های آن، توسط سازندگان پرسشنامه با روش‌های همسانی درونی و بازآزمایی بررسی شده و مقادیر قابل قبولی را بدست داده است. روایی تفکیکی و روایی سازه پرسشنامه مذکور در حد مطلوب گزارش شده است. همچنین روایی همگرای مولفه‌های این پرسشنامه با پرسشنامه‌های پیشرفت تحصیلی استاندارد به این ترتیب گزارش شده است: خواندن ۰/۶۴؛ ریاضی ۰/۴۴؛ شناخت اجتماعی ۰/۶۴؛ اضطراب اجتماعی ۰/۴۶ و فضایی ۰/۳۰ (ویلکات و همکاران، ۲۰۱۱؛ به نقل از حاجلو و رضایی شریف، ۱۳۹۰). در پژوهش حاجلو و رضایی شریف (۱۳۹۰)، به منظور وارسی اعتبار پرسشنامه اختلال یادگیری از دو روش همسانی درونی و بازآزمایی استفاده شده است. همسانی درونی کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ مطلوب برآورد گردید. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاجلو و رضایی شریف (۱۳۹۰) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

چک لیست تنظیم هیجان[2]: چک لیست تنظیم هیجانی فرم کودک و نوجوان مقیاسی دارای ۲۴ آیتم است که توسط والدین پاسخ داده می‌شود و توسط شیلد و کیکتی[3] (۱۹۹۸) ساخته شده است. این آیتم‌ها، به بررسی هسته اصلی تنظیم هیجان و هیجان‌پذیری اختصاص دارند، از جمله شایستگی عاطفی، توان عاطفی، انعطاف‌پذیری، شدت و تناسب موقعیتی تظاهرات هیجانی. این پرسشنامه دارای دو زیرمقیاس تنظیم هیجان انطباقی و بی‌ثباتی هیجانی است. هر آیتم شامل یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت است. (۱= تقریباً همیشه تا ۴ هرگز). دامنه نمرات پرسشنامه ۲۴ تا ۹۶ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده تنظیم هیجانی بیشتر است (اسماعیلیان، دهقانی و فلاح؛ ۱۳۹۵). این چک لیست توسط اسماعیلیان و همکاران (۱۳۹۵) ترجمه و هنجاریابی شد. اعتبار محتوا با بررسی همبستگی این چک لیست با پرسشنامه‌های اضطراب، خشم و افسردگی کودکان تأیید شد. برای بررسی پایایی چک لیست تنظیم هیجان نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد. جهت بررسی اعتبار همگرا و واگرای پرسشنامه تنظیم هیجان کودکان و نوجوانان، همبستگی موجود بین خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه‌های اضطراب، افسردگی، و خشم بررسی و نتایج آن مطلوب گزارش شده است (شیلد و کیکتی، ۱۹۹۸). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد.

روند اجرا

پس از اخذ مجوزهای لازم از اداره کل آموزش و پرورش منطقه ۳ شهر تهران، در این پژوهش ابتدا با روش نمونه‌گیری هدفمند، نمونه پژوهش جمع‌آوری شد (۳۰ کودک دارای اختلال یادگیری). سپس طی جلسه آموزشی روند اجرای پژوهش و اهداف بسته درمانی برای کودکان و والدین آنان توسط پژوهشگر شرح داده شد تا این افراد آگاهی و رضایت لازم جهت شرکت فرزندشان در پژوهش را اعلام نمایند. در گام بعد همه کودکان دو گروه (گروه آزمایش و گروه گواه) به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند (مرحله پیش‌آزمون). سپس کودکان دارای اختلال یادگیری حاضر در گروه آزمایش، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر را در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای در طی ده هفته به صورت هفته‌ای یک جلسه دریافت کردند. لازم به ذکر است که کودکان مدارس نزدیک به هم، تشکیل گروه‌های پنج نفر دادند تا از جابه‌جایی کودکان جلوگیری شود. پس از شروع مداخله تعداد ۱ کودک در گروه آزمایش و ۱ کودک در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۲۸ کودک دارای اختلال یادگیری در پژوهش باقی ماندند (۱۴ کودک در گروه آزمایش و ۱۴ کودک در گروه گواه). به جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت کودکان و والدین آنان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به کودکان گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به کودکان حاضر در هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. جلسات مداخله‌ای درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر برگرفته از پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بارلو (۲۰۱۳) است. این در حالی بود که این پروتکل در ایران نیز توسط قاسم زاده و سالک ابراهیمی (۱۴۰۰) مورد ترجمه و کیفیت آن در پژوهش قاسم‌زاده و همکاران (۱۴۰۰) برای جامعه آماری کودکان تایید شده است.

[1]. Learning Disability Questionnaire
[2]. Emotion Regulation Checklist (ERC)
[3]. Shields, Cicchetti

جدول۱. خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو،۲۰۱۳؛ به نقل از قاسم‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰)

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
اول	افزایش انگیزه کودکان	مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و مشارکت کودکان در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمانی.	-
دوم	ارائه آموزش روانی و هیجانی	بازشناسی هیجان‌های اولیه و ثانویه و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه‌ای تجارب هیجان و مدل مربوط به درک هیجانات و رفتارهای برخواسته از آنها.	تمرین شناسایی هیجانات اولیه و ثانویه
سوم	آموزش آگاهی هیجانی	مشاهده تجارب هیجانی (هیجانات و واکنش به هیجانات) به ویژه با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و استفاده از استعاره‌های متناسب با سطح شناختی کودکان	انجام تمرین‌های ذهن‌آگاهی در منزل
چهارم	ارزیابی مجدد شناختی و هیجانی	ایجاد آگاهی از تأثیر و روابط متقابل افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک‌های و زمینه‌های مشترک تفکر و ارزیابی مجدد شناختی، و افزایش انعطاف‌پذیری تفکر با استفاده از تکنیک‌های بازی فکری و گروهی و استفاده از استعاره‌های خاص دوران کودکی.	یادداشت پنج رفتاری که متاثر از تاثیر متقابل افکار و هیجان‌ها هستند.
پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان	آشنایی با راهبردهای مختلف پرهیز از هیجان و تأثیر آنها بر تجربیات عاطفی و تأثیرات متناقض اجتناب از هیجان. آشنایی با تاثیر انکار هیجانی بر کاهش سلامت روانی، شناختی و هیجانی.	مشخص کردن ده مورد از انکار هیجانی و یادداشت آن در طول هفته
ششم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان	آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از عواطف در تعامل با همسالان و درک تأثیر آنها بر تجارب هیجانی، شناسایی هیجان‌های ناسازگارانه و ایجاد زمینه برای بروز هیجانات و رفتارهای مثبت در تعامل با همسالان.	یادداشت ده مورد از هیجانات ناسازگارانه که در طول هفته بر رفتار آنان تاثیر گذاشته است.
هفتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی	افزایش آگاهی از نقش احساسات بدنی در تجارب عاطفی و تمرینات مقابله‌ای عمیق برای آگاهی از احساسات بدنی و افزایش تحمل نسبت به این علایم.	تمرین احساس‌های بدنی با استفاده از تمرین‌های ذهن‌آگاهانه
هشتم	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت	آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب‌های مقابله‌ای هیجانی تکراری و موثر به صورت بصری و عینی و ممانعت از اجتناب. آموزش مقابله و پذیرش احساسات و عواطف مخرب.	تمرین پذیرش روانی و احساسی و یادداشت تاثیرات آن بر رفتار نوجوان.
نهم	آموزش راهبرد بازداری و ابرازگری هیجانی	آموزش جهت شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، مواجهه، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تقویت تقویت کننده‌های محیطی، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیگی و عمل معکوس.	انجام ۷ مورد ابرازگری هیجانی و یادداشت آنها جهت به اشتراک گذاشتن در جلسه بعد.
دهم	پیشگیری از عود	مروری بر مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی. پایان جلسات.	-

در این پژوهش از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. در سطح آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی، آزمون شاپیرو ویلک[1] برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها (حد مطلوب بیشتر از ۰/۰۵)، آزمون لوین[2] برای بررسی برابری واریانس‌ها (بهینه) برای بررسی فرضیه کروی بودن داده‌های تحقیق از تحلیل موچلی[3] (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵) و تحلیل واریانس آمیخته[4] و آزمون تعقیبی بونفرونی[5] برای آزمون فرضیه‌ها استفاده شد. نتایج آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که کودکان دارای اختلال یادگیری حاضر در پژوهش دارای دامنه سنی ۸ تا ۱۲ سال بودند که در گروه آزمایش میانگین و انحراف استاندارد سن کودکان ۱/۲۳ ± ۱۰/۷۵ و در گروه گواه ۶۲۶۱ ± ۱۱/۰۵ سال بود. همچنین در گروه آزمایش تعداد ۹ کودک پسر (معادل ۶۰ درصد) و ۶ کودک دختر (معادل ۴۰ درصد) بودند. در گروه گواه نیز تعداد ۸ کودک پسر (معادل ۵۳/۳۳ درصد) و ۷ دانش‌آموز دختر (معادل ۴۶/۶۷ درصد) بودند. میانگین و انحراف استاندارد تنظیم هیجان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد تنظیم هیجان در دو گروه آزمایش و گواه

گروه ها		مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		مرحله پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تنظیم	گروه آزمایش	۳۷/۷۸	۴/۳۵	۴۷/۰۷	۶/۵۹	۴۴/۴۲	۵/۴۵
هیجان	گروه گواه	۳۴/۰۷	۳/۷۳	۳۲/۱۴	۳/۷۹	۳۲/۵۰	۳/۷۹

[1]. Shapiro-Wilk test
[2]. Levine test
[3]. Mauchly's Test
[4]. Mixed variance analysis
[5]. Bonferroni follow-up test

نتایج جدول توصیفی در جدول شماره ۲ حاکی از آن است که میزان تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری که در گروه آزمایش حضور داشته و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر را دریافت نموده‌اند، نسبت به گروه گواه افزایش یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر تنظیم هیجان (P=۰/۲۰؛ F=۰/۱۲) برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیر تنظیم هیجان (P=۰/۴۲؛ F=۰/۱۹) رعایت شده است. این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیر تنظیم هیجان (P=۰/۳۱؛ Mauchlys W=۰/۹۰) رعایت شده است.

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای تنظیم هیجان

متغیر		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
تنظیم هیجان	زمان	۱۹۸/۵۰	۲	۹۹/۲۵	۲۵/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱
	عضویت گروهی	۲۱۸۰/۷۶	۱	۲۱۸۰/۷۶	۳۶/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱
	تعامل زمان و گروه	۴۷۱/۸۸	۲	۲۳۵/۹۴	۵۹/۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱
	خطا	۲۰۴/۹۵	۵۲	۳/۹۴				

نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته که در جدول شماره ۳ ارائه شده است، بیانگر آن بود که بر اساس ضرایب F به دست آمده، عامل مداخله‌گر زمان یا مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری) توانسته اثر معناداری بر نمرات تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری داشته و ۴۹ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری را تبیین می‌کند. علاوه بر این، عامل عضویت گروهی (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) یا نوع مداخله دریافتی هم بر تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری تاثیر معنادار داشته و ۵۸ درصد از تفاوت در نمرات تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری را تبیین می‌کند. از طرفی نتایج نشان داد که نوع مداخله دریافتی (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری تاثیر معنادار داشته و ۶۹ درصد از تفاوت در نمرات تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری را تبیین می‌کند. جهت بررسی کفایت حجم نمونه نیز توان آماری ۱۰۰ درصدی نشانگر آن بود که دقت آماری و کافی بودن حجم نمونه در این پژوهش و نتایج وجود دارد. در ادامه تحلیل استنباطی، جدول ۴ نشان دهنده تفاوت زوجی نمرات متغیر وابسته بر اساس مرحله ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با بهره‌گیری از آزمون تعقیبی بونفرونی است.

جدول ٤. تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مرحله ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با بهره گیری از آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۶۸	۰/۶۷	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۲/۵۳	۰/۵۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۳/۶۸	۰/۶۷	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۱/۱۴	۰/۳۵	۰/۰۸

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ حاکی از آن است که نمرات متغیر وابسته پژوهش (تنظیم هیجان) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با ابتدای پژوهش (مرحله پیش‌آزمون) تفاوت دارد. بدان معنا که مداخله به کار گرفته شده در این پژوهش (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) میانگین نمرات متغیر وابسته پژوهش (تنظیم هیجان) را در دو مرحله پس از مداخله (پس‌آزمون و پیگیری) نسبت به مرحله پیش‌آزمون ارتقا معنادار داده است. اما این تغییرات در مقایسه مراحل پس‌آزمون با پیگیری وجود ندارد. چرا که اثر مداخله توانسته ماندگار باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری انجام شد. نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری تأثیر معنادار داشته و توانسته تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری را افزایش دهد. این یافته مبنی

بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر همدلی کودکان دارای اختلال یادگیری با نتایج پژوهش‌های پیشین همسویی داشت. چنانکه شرفی، جعفری و بهرامی (۱۴۰۲) نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر علائم افسردگی و اضطراب نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر موثر است. همچنین عثمانی و شکری (۱۳۹۸) گزارش کردند که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی‌سازی شده اثر دارد. گله گیریان و همکاران (۱۴۰۰) نیز نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اجتناب تجربه‌ای و اندیشه‌پردازی خودکشی در دختران قربانی خشونت خانگی اثربخش است. علاوه بر این، مهردادفر و همکاران (۲۰۲۳) گزارش کردند که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر مهارت‌های عاطفی-اجتماعی و تعامل والد- کودک دانش‌آموزان اثر دارد. در نهایت کندی و همکاران (۲۰۲۳) دریافتند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر سلامت روانی و همدلی کودکان و نوجوانان موثر است. از طرفی دیگر گوهری، حسینی المدنی و افکاری (۱۴۰۲) نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور بر همدلی کودکان طلاق با دشواری در خودنظم‌دهی هیجانی اثربخش است. علاوه بر این شهریاری و همکاران (۱۴۰۱) دریافتند که برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر استرس والدینی و افسردگی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک موثر است. همچنین هلاکویی، قاسم‌زاده و ارجمندنیا (۱۴۰۱) گزارش کردند که برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر اضطراب نوجوانان و فرزندپروری مادران آنها اثر دارد. محمدی، نهنگ و حسینی (۱۳۹۸) نیز دریافتند که درمان فراتشخیص یکپارچه بر خودپنداشت و آشفتگی روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی اثربخش است. شاو، هالیدی و ارنریچ- مای (۲۰۲۰) نشان دادند درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجانی و علائم وسواس نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی اثر دارد. در نهایت کاسترو- کاماچو، دیاز و باربوسا (۲۰۲۲) در نتایج تحقیقات خود گزارش دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه می‌تواند علائم اضطراب و افسردگی را کاهش و رفتار اجتماعی افراد را ارتقا بخشد.

در تبیین یافته پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری، می‌توان بیان کرد مدل درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر مهارت‌های تنظیم هیجان تکیه دارد و برای طیف وسیعی از اختلالات عاطفی استفاده می‌شود (مهردادفر و همکاران، ۲۰۲۳). راهبردهای آموزشی روانی، خودکنترلی افکار، قرار گرفتن در معرض، و مدیریت پیشگیری و پاسخ، که همگی نتایج خوبی در مطالعات قبلی نشان داده‌اند، بخشی از تکنیک‌های مورد استفاده در پروتکل گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بود (شاو، هالیدی و ارنریچ- مای، ۲۰۲۰). این تکنیک‌ها به کودکان کمک می‌کند تا بتوانند احساسات و افکاری را که با تولید رفتارهای مخرب روابط اجتماعی آنان را مختل می‌سازد را شناسایی کرده و از درآمیختگی با آن پیشگیری نمایند که این روند با افزایش مهارت‌های برقراری ارتباط اجتماعی، بهبود در تنظیم هیجان را نیز در پی دارد. علاوه بر این جلسات درمانی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به کودکان می‌آموزد که همه احساسات اعم از مثبت و منفی مهم و ضروری هستند و هدف از بین بردن هیجانات منفی و تاب‌آوری روانی، تحمل و مقابله با آنها نیست. مواجهه هیجانی به عنوان یک راهبرد مداخله‌ای با هدف بهبود انعطاف‌پذیری هیجانی در این مداخله مورد استفاده قرار گرفت و این فرایند باعث شد بهبود معناداری در میانگین نمرات تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری به دست آید. در تبیینی دیگر باید گفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر معتقد است که تلاش برای کنترل هیجانات باعث افزایش و تداوم احساساتی می‌شود که فرد سعی در کاهش آن دارد (کاسترو- کاماچو، دیاز و باربوسا، ۲۰۲۲). درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به کودکان می‌آموزد که چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مقابله کنند و به روشی متعادل‌تر به آنها پاسخ دهند. در تبیینی دیگر از اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در بهبود تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری، می‌توان گفت که یکی از تکنیک‌های موجود در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، ارزیابی مجدد شناختی و هیجانی است که از طریق آن، کودک از پردازش‌های شناختی و هیجانی، تأثیر ارتباطات متقابل افکار، احساسات و ارزیابی‌ها آگاه می‌شود (شاو، هالیدی و ارنریچ- مای، ۲۰۲۰). بنابراین می‌توان گفت که این تکنیک در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر می‌تواند کودکان دارای اختلال یادگیری را از فرآیندهای شناختی و هیجانی ناکارآمدی که منجر به شکل‌گیری و تداوم آسیب‌های ارتباطی شده آگاه نموده و با مرور فرآیندهای هیجانی و کنار گذاشتن افکار و هیجانات نشخوارگونه سبب بهبود تنظیم هیجان آنان شود. در دیگر تبیین می‌توان گفت، یکی از تکنیک‌های درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، ارزیابی مجدد شناختی است که از طریق آن فرد از تأثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها سبب افزایش آگاهی هیجانی و شناختی در افراد شده و باعث می‌شود آنان بتوانند ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک را شناسایی نمایند (ساندین و همکاران،۲۰۲۰). بر این اساس می‌توان گفت که این تکنیک در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر می‌تواند کودکان دارای اختلال یادگیری را از فرآیندهای شناختی و هیجانی ناکارآمد که منجر به بدتنظیمی هیجانی می‌شود، آگاه کند و در نتیجه در فرآیندهای شناختی و هیجانی تجدیدنظر کرده و افکار نشخوارگونه خود مربوط به رفتارها، شناخت‌ها و پردازش‌های هیجانی را کنار گذاشته و تلاش نمایند پردازش‌های شناختی و روان‌شناختی سازگارانه‌تری را از خود به نمایش گذارند. بهبود این فرایند در نزد کودکان دارای اختلال یادگیری نیز باعث می‌شود تا آنان تنظیم هیجان بالاتری را ادراک نمایند.

دامنه محدود پژوهش به کودکان دبستانی ۸ تا ۱۲ سال دارای اختلال یادگیری محصل در منطقه ۳ آموزش و پرورش شهر تهران، عدم کنترل متغیرهای محیطی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر خودآگاهی

شناختی و همدلی کودکان دارای اختلال یادگیری و عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در شهرها و مناطق و جوامع با فرهنگ‌های مختلف، دانش‌آموزان مقاطع دیگر، دیگر گروه‌های سنی، سایر اختلالات روان‌شناختی مانند دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بدتنظیمی هیجانی، ضرب آهنگ شناختی کند، اختلال رفتار درونی و برونی‌سازی شده و مهار عوامل ذکر شده اجرا گردد. با توجه به اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری، پیشنهاد می‌شود در سطح عملی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با تهیه برشور و کتابچه‌های علمی به مشاوران، کارشناسان مراکز مشاوره ارائه شود تا با استفاده از محتوای این مداخله در جهت ارتقای تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری گام‌های عملی بردارند. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود با توجه به ضعف تنظیم هیجان در کودکان دارای اختلال یادگیری، کارشناس مشاوره آموزش و پرورش نسبت به شناسایی این کودکان اقدام نموده و آنان را در معرض آموزش‌های مناسب قرار دهد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خوزستان بود. بدین وسیله از تمام کودکان حاضر در پژوهش، والدین آنان و مسئولین آموزش و پرورش منطقه سه شهر تهران که در پژوهش حاضر همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

حمایت مالی و تعارض منافع

هیچ سازمان دولتی و خصوصی از این پژوهش حمایت مالی نکرده است. در این پژوهش هیچ تعارض منافعی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

اسماعیلیان، نسرین.، دهقانی، محسن و فلاح، صادق. (۱۳۹۵). بررسی ویژگی‌های روانسنجی چک لیست تنظیم هیجانی کودکان و نوجوانان، *مجله دستاوردهای روان شناسی بالینی*، ۲(۱)، ۳۴-۱۵.

بارلو، د.ه. (۲۰۱۳). پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی کودکان (راهنمای درمانگر). ترجمه سوکند قاسم زاده و سالک ابراهیمی (۱۳۹۸). تهران: انتشارات ابن سینا، ۲۵۵ ص.

حاجلو، ن.، رضایی‌شریف، ع. (۱۳۹۰)، بررسی ویژگی های روان‌سنجی پرسشنامه مشکلات یادگیری کلورادو، مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۱(۱)، ۲۴-۴۳.

خالق خواه، ع.، علیپور، ش.، و حیدری، ح. (۱۳۹۷). مقایسه تئوری ذهن، خودآگاهی شناختی و خود نظم دهی در دانش آموزان با و بدون اختلالات یادگیری. ناتوانی‌های یادگیری، ۷(۴)، ۲۱-۴۱.

خدابخش، م.، هاشمی زرینی، ه.، و نوری قاسم آبادی، ر. (۱۴۰۰). الگوی ساختاری مهارت اجتماعی کودکان با ناتوانی های یادگیری بر اساس سبک های دلبستگی با نقش واسطه ای خودکارآمدی تحصیلی. سلامت روان کودک، ۸(۱)، ۱-۱۳.

خلقی، ز.، آقایی، ا.، و فرهادی، ه. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلر-درایکورس بر تنظیم هیجان و تعامل والد-فرزندی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی. توانمندسازی کودکان استثنایی، ۱۰(۴)، ۳۷-۴۹.

رخشنده، ل.، صبحی قراملکی، ن. (۱۴۰۱). مقایسه بیانگری هیجانی، اجتناب شناختی و مهارت های اجتماعی در دانش آموزان با و بدون مشکلات یادگیری خاص. ناتوانی‌های یادگیری، ۱۱(۳)، ۷۵-۶۲.

شرفی، م.ر.، جعفری، د.، و بهرامی، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی رفتاری بر علائم افسردگی و اضطراب نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر. تحقیقات علوم رفتاری، ۲۱(۱)، ۱۳۸-۱۵۰.

شهریاری، ی.، قاسم زاده، س.، کاشانی وحید، ل.، و وکیل ها، س. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر استرس والدینی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک. دانشور پزشکی، ۳۰(۱۵۸)، ۷۲-۸۳.

عثمانی، ه.، شکری، ل. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی‌سازی شده. توانمندسازی کودکان استثنایی، ۱۰(۱)، ۱۲۵-۱۳۶.

قاسم‌زاده، س.، نقش، ز.، غلامی فشارکی، م.، شفیعی، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی برنامه درمان فراتشخیصی بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک: یک مطالعه تجربی. مجله علوم اعصاب شفای خاتم، ۹(۴)، ۷۱-۸۰.

گله گیریان، ص.، دیره، ع.، قمرانی، ا.، و پولادی ریشهری، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اجتناب تجربه ای و اندیشه پردازی خودکشی در دختران قربانی خشونت خانگی. روشها و مدلهای روان شناختی، ۱۲(۴۶)، ۶۹-۸۴.

گوهری، ش.، حسینی المدنی، س.ع.، افکاری، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور بر ناگویی هیجانی کودکان طلاق با دشواری در خودنظم‌دهی هیجانی. پژوهش های کاربردی روان شناختی، ۱۴(۲)، ۱۹۴-۱۷۹.

محمدی، ر.، نهنگ، ع.ا.، حسینی، م.ا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیص یکپارچه بر خودپنداشت و آشفتگی روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی. فصلنامه سلامت روان کودک، ۶(۴)، ۱۰۸-۱۱۸.

هلاکویی، آ.، قاسم زاده، س.، و ارجمندنیا، ع. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر اضطراب نوجوانان و فرزندپروری مادران آنها. علوم پزشکی رازی، ۲۹(۴)، ۱۵۰-۱۵۹.

یوسفی، م.، پورمحمدرضای تجریشی، م.، و بخشی، ع. (۱۴۰۰). شیوع اختلال یادگیری غیرکلامی در دانش آموزان دختر. روانشناسی تحولی، ۱۸(۶۹)، ۲۳-۳۶.

Barańczuk, U. (2019). The five factor model of personality and emotion regulation: A meta-analysis. Personality and Individual Differences, 139, 217–227.
Benfer, N., Bardeen, J.R., Clauss, K.(2018). Experimental manipulation of emotion regulation self-efficacy, Effects on emotion regulation ability, perceived effort in the service of regulation, and affective reactivity. Journal of Contextual Behavioral Science, 10, 108-114.
Castro-Camacho, L., Díaz, M.M., Barbosa, S. (2022). Effect of a group prevention program based on the unified protocol for college students in Colombia: A quasi-experimental study. Journal of Behavioral and Cognitive Therapy, 52, 628-633.
Cox, A., Ip, A., Watkin, S., Matuska, G., Bunford, S., Gallagher, A., Taylor, C. (2024). Implementing and evaluating resources to support good maternity care for parents with learning disabilities: A qualitative feasibility study in England. Midwifery, 133, 104-109.
Demetriou, A., Kazi, S., Makris, N., Spanoudis, G. (2020). Cognitive ability, cognitive self-awareness, and school performance: From childhood to adolescence. Intelligence, 79, 1014-1018.
Eckhardt, S., Martell, C., Lowe, K.D., Grange, D., Ehrenreich-May , J. (2019). An ARFID case report combining family-based treatment with the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders in children,. Journal of Eating Disorder, 34, 154-165.
Eckhardt, S., Martell, C., Lowe, K.D., Grange, D., Ehrenreich-May , J. (2019). An ARFID case report combining family-based treatment with the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders in children,. Journal of Eating Disorder, 34, 154-165.
Flores-Gallegos, R., Rodríguez-Leis, P., Fernández, T. (2022). Effects of a virtual reality training program on visual attention and motor performance in children with reading learning disability. International Journal of Child-Computer Interaction, 32, 1003-1006.
Herwig, U., Opialla, S., Cattapan, K., Wetter, T.C., Jäncke, L., Brühl, A.B. (2018). Emotion introspection and regulation in depression. Psychiatry Research, Neuroimaging, 277, 7-13.
Hu, H., Junegst, S., Terhorst, L. (2022). Effects of Self-awareness and Cognitive Impairment on Depression Status in Adults with Traumatic Brain Injury. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 103(12), 107-111.
Kennedy, S.M., Bilek, E.L., Ehrenreich-May, J. (2019). A Randomized Controlled Pilot Trial of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children. Behavior Modification, 43(3), 330-360.
Kennedy, S.M., Wilkie, D.P., Henry, L., Moe-Hartman, J., President, K., Townson, K., Anthony, L.G., Hawks, J.L., (2023). The Unified Protocols for Children and Adolescents in Partial Hospitalization: Using Implementation Science Frameworks to Guide Adaptation. Cognitive and Behavioral Practice, 30(3), 367-383.
Kennedy, S.M., Wilkie, D.P., Henry, L., Moe-Hartman, J., President, K., Townson, K., Anthony, L.G., Hawks, J.L., (2023). The Unified Protocols for Children and Adolescents in Partial Hospitalization: Using Implementation Science Frameworks to Guide Adaptation. Cognitive and Behavioral Practice, 30(3), 367-383.
Kirwan, M., Pickett, S. M., Jarrett, N.L. (2017). Emotion regulation as a moderator between anxiety symptoms and insomnia symptom severity. Psychiatry Research, 254, 40-47.
Kokkali, V., Antoniou, F. (2024). A meta-analysis of almost 40 Years of research: Unreleasing the power of written expression in students with learning disabilities. Educational Research Review, 42, 1005-1009.
Lau, W., Chisholm, K., Gallagher, M.W., Felmingham, K., Murray, K., Pearce, A., Doyle, N., Alexander, S., O'Brien, H., Putica, A., Khatri, J., Bockelmann, P., Hosseiny, F., Librado, A., Notarianni, M., O'Donnell, M.L. (2023). Comparing the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders to prolonged exposure for the treatment of PTSD: Design of a non-inferiority randomized controlled trial. Contemporary Clinical Trials Communications, 33, 1011-1015.
Li, D., Li, D., Wu, N., Wang, Z.(2019). Intergenerational transmission of emotion regulation through parents' reactions to children's negative emotions, Tests of unique, actor, partner, and mediating effects. Children and Youth Services Review, 101, 113-122.
Malesza, M. (2019). Stress and delay discounting, The mediating role of difficulties in emotion regulation. Personality and Individual Differences, 144, 56-60.
Mehrdadfar, M., Ghasemzadeh, S., Ghobari-Bonab, B., Hasanzadeh, S., Vakili, S. (2023). Effectiveness of unified protocols for online transdiagnostic treatment on social-emotional skills and parent-child interaction in school-aged children with cochlear implants. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 167, 1114-1118.
Peris-Baquero, O., Moreno-Pérez, J.D., Navarro-Haro, M.V., Díaz-García, A., Osma, J. (2023). Emotion dysregulation and neuroticism as moderators of group Unified Protocol effectiveness outcomes for treating emotional disorders. Journal of Affective Disorders, 331, 313-321.
Power, N., Harrison, T.L., Hackett, S., Carr, C. (2023). Art therapy as a treatment for adults with learning disabilities who are experiencing mental distress: A configurative systematic review with narrative synthesis. The Arts in Psychotherapy, 86, 1020-1025.
Rim, H., Son, H., Kim, J. (2024). From classroom to life: Gender differences in the persistent effect of learning disabilities on adult depressive symptoms. Social Science & Medicine, 349, 1168-1172.
Sandín, B., Julia, G., Valiente, M., Espinosa, V. (2020). Clinical Utility of an Internet-Delivered Version of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (iUP-A): A Pilot Open Trial. International Journal Environment Research Public Health, 10(6), 1-17.
Shaw, A.M., Halliday, E.R., Ehrenreich-May, J. (2020). The effect of transdiagnostic emotion-focused treatment on obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 26, 1005-1009.
Sherman, J.A., Ehrenreich-May, J. (2020). Changes in Risk Factors During the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents. Behavior Therapy, 51(6), 869-881.
Shields, A., & Cicchetti, D. (1997). Emotion regulation in school-age children: The development of a new criterion Q-sort scale. Developmental Psychology, 33, 906-916.
Shields, A., & Cicchetti, D. (1998). Reactive aggression among maltreated children: The role of attention and emotion dysregulation. Journal of Clinical Child Psychology, 27, 381-395.
Siouli, S., Makris, S., Romanopoulou, E., & Bamidis, P.D. (2018). Cognitive computer training in children with cognitive and learning disabilities: Two interesting case studies. In 2018 2nd International Conference on Technology and Innovation in Sports, Health and Wellbeing (TISHW) (pp. 1-6). IEEE.

Szenczi, B., Kis, N., Józsa, K. (2018). Academic self-concept and mastery motivation in students with learning disabilities. Journal of Psychological & Educational Research, 26(2), 213-217.
Treur, J., Glas, G. (2021). A multi-level cognitive architecture for self-referencing, self-awareness and self-interpretation. Cognitive Systems Research, 68, 125-142.
Wang, M., Wang, J., Deng, X., Chen , W. (2019). Why are empathic children more liked by peers? The mediating roles of prosocial and aggressive behaviors. Personality and Individual Differences, 144, 19-23.
Wen, X., Zhang, Q., Liu, X., Du, J., Xu, W. (2021). Momentary and longitudinal relationships of mindfulness to stress and anxiety among Chinese elementary school students: mediations of cognitive flexibility, self-awareness, and social environment. Journal of Affective Disorders, 293, 197-204.
Willcutt, E.G., Boada, R., Riddle, M.W., Chhabildas, N., DeFries, J.C., & Pennington, B.F. (2011). Colorado Learning Difficulties Questionnaire: Validation of a Parent-Report Screening Measure. Psychological Assessment, 3, 778-791.
Zimmermann, N., Castro-Pontes, M., Barqueta, R., Goes, P., Mufarrej, G., Meira, A.D., Fonseca, R.P., Prigatano, G.P. (2020). Self-awareness and underestimation of cognitive abilities in patients with adult temporal lobe epilepsy after surgical treatment. Epilepsy & Behavior, 112, 1074-1078.

Original Article

The Effectiveness of Unified Trans-Diagnostic Treatment on Emotion Regulation of Children with Learning Disabilities

Received: 05/05/2024 - Accepted:14/07/2024

sara zolfaghari [1]
parvin ehtesham zadeh [2*]
farah naderi [3]

[1] PhD student, Department of Psychology of Exceptional Children, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
[2] Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
[3] Professor of Counseling Department, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Email: P-ehtesham85@iau.ac.ir

Abstract

Introduction: Children with learning disabilities are weak in understanding emotions and have very superficial feelings. Based on this, learning disability is one of the most important areas that, in addition to destroying social relationships, also affects emotional and emotional processing such as emotion regulation. According to this the present study was conducted to investigate the effectiveness of unified trans-diagnostic treatment on emotion regulation of children with learning disabilities.

Methods: The current study was a semi-experimental application with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population included boys and girls with learning disabilities (age range 8 to 12 years) who were studying in elementary schools in district 3 of Tehran in the academic year of 2021-2022. In this research, 28 children with learning disabilities were selected by purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups (14 children in the experimental group and 14 children in the control group). Children in the experimental group received the unified trans-diagnostic treatment during ten weeks in ten 75-minute sessions. Learning Disability Questionnaire (LDQ) and Emotion Regulation Cheklist (ERC) were used in the present study. The data were analyzed through mixed ANOVA via SPSS23 software.

Result: The results showed that unified trans-diagnostic treatment has significant effect on the emotion regulation ($p<0001$, Eta=0.69, F=59.86) in the children with learning disabilities.

Conclusion: As a result, Unified Trans-Diagnostic Treatment using techniques such as recognizing primary and secondary emotions and tracking emotional experiences, becoming aware of the logic of emotional confrontations and avoiding emotional and cognitive avoidance can be an efficient method to improve emotion regulation of children with Learning disability is used.

Key words: Emotion Regulation, Learning Disabilities, Unified Trans-Diagnostic Treatment

Acknowledgement: There is no conflict of interest