

اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کفایت اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۱۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۰۱

سعید پورعبدل^{*۱}

ناصر صبحی قراملکی^۲

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کفایت اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص بود.

روش: این پژوهش به شیوه‌ی آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر دارای اختلال یادگیری خاص کلاس پنجم ابتدایی تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ در شهر اردبیل مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش شامل ۴۰ دانش‌آموز پسر دارای اختلال یادگیری خاص بودند که به‌صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ نفر برای هر گروه). برای جمع‌آوری داده‌ها از آزمون ریاضی کی‌مت، آزمون هوشی ریون، آزمون خواندن شفاهی و همکاران، آزمون بیان نوشتاری فلاح‌چای، پرسشنامه‌ی کفایت اجتماعی و مصاحبه‌ی تشخیصی بر اساس DSM-5 استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) توسط نرم‌افزار SPSS-22 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کفایت اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص مؤثر بوده است ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان گفت پذیرش هیجانانگیز و مشکلات ارتباطی به‌جای اجتناب از آنها به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا راه‌های مواجهه با هیجانانگیز منفی را یاد گرفته و از پیامدهای ناشی از این اختلالات که یکی از آن نقص کفایت اجتماعی است، پیشگیری کنند.

کلیدواژه‌ها: اختلال یادگیری خاص، کفایت اجتماعی، پذیرش و تعهد

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد تهران

* نویسنده مسئول: saeed.pourabdol@yahoo.com

۲. دانشیار گروه رفتار حرکتی و روان‌شناسی ورزشی دانشگاه علامه طباطبایی تهران

The effectiveness of acceptance and commitment training on improving social competence in students with specific learning disorder

S. Pourabdol

N. Sobhi Gharamaleki

Abstract

Introduction: The purpose of this research was to study the effectiveness of acceptance and commitment training on improving social competence in students with specific learning disorders.

Method: This was an experimental study with pretest-posttest and a control group. Research population included all 5th grade male students suffering from specific learning disorder and studying in academic year 1393-94 in Ardabil. Research sample included 40 male students suffering from specific learning disorder who were selected through multistage cluster sampling and assigned to two experimental group (n= 20) and control group (n= 20). For data collection was used of Kay Math mathematic Test, Raven Intelligence Test, Reading Test of Shafiei et al., Falahchay Writing Expression, social competence Questionnaire and Diagnostic Interview based on DSM-5. Data were analyzed by multivariate covariance analysis (MANCOVA) through SPSS 22.

Results: The results revealed that acceptance and commitment training was effective on improving social competence in students suffering from specific learning disorder ($P < 0.001$).

Conclusion: According to the results of this research can said that the acceptance of emotions and communication problems rather than avoiding them help students to learn ways to deal with negative emotions and prevent the consequences of these disorders that one of them is social competence default.

Keywords: specific learning disorder, social competence, acceptance and commitment

مقدمه

اختلال یادگیری خاص، نقص در مهارت‌های تحصیلی عمومی است که در زمینه‌های خواندن، ریاضیات و بیان نوشتاری جلوه می‌کند و مشکل قابل توجهی در زمینه‌ی پیشرفت تحصیلی، عملکرد شغلی و یا فعالیت‌های روزمره زندگی برای فرد ایجاد می‌کند. شیوع اختلال یادگیری خاص در حوزه‌ی خواندن، نوشتن و ریاضیات حدود ۵-۱۵٪ کودکان دبستانی زبان‌ها و فرهنگ‌های مختلف را در برمی‌گیرد. شیوع آن در بزرگسالان نامعلوم است ولی حدود ۴٪ حدس زده می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱، ۲۰۱۳). متأسفانه این کودکان با اینکه بهره‌ی هوشی مناسبی دارند ولی به دلیل نداشتن مهارت‌های زندگی بالا، از عزت‌نفس و خود پنداره‌ی پایینی برخوردار بوده و عملکرد خوبی ندارند (رورک و دل دو تو^۲، ۱۹۹۴؛ به نقل از کاظمی، مؤمنی و کیامرثی، ۱۳۹۰). در DSM-5، اختلال یادگیری به اختلال یادگیری خاص تغییر نام داده است و اختلال خواندن، اختلال نوشتن و اختلال ریاضی که هر یک قبلاً یک اختلال مستقل و مجزا محسوب می‌شدند، اکنون به‌عنوان یک مشخص‌کننده در اختلال یادگیری خاص گنجانده شده است؛ یعنی از این به بعد روان‌پزشکان یا روانشناسان بالینی نخواهند گفت که این کودک به اختلال خواندن مبتلاست؛ در عوض خواهند گفت که به اختلال یادگیری خاص با مشخص‌کننده‌ی خواندن مبتلاست (گنجی، ۱۳۹۲).

کفایت اجتماعی^۳ به‌عنوان توانایی افراد برای عمل به شیوه‌ی سازگارانه متناسب با سن و توانایی شناختی تعریف می‌شود (جان^۴، ۲۰۰۱). کفایت اجتماعی دربرگیرنده‌ی عواملی چون خودآگاهی، آگاهی اجتماعی، مدیریت خود، مهارت‌های ارتباطی و مسئولیت تصمیم‌گیری است. هسته‌ی مرکزی کفایت اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی است؛ زیرا از طریق مهارت‌های ارتباطی مؤلفه‌های دیگر کسب می‌شود. افرادی که فاقد شایستگی‌های اجتماعی لازم هستند، در معرض پیامدهای منفی مانند طرد از جانب همسالان، بروز اختلالات روان‌شناختی، اخراج از مدرسه، انزوا و عملکرد تحصیلی قرار دارند (گرشام، وان و کوک، ۲۰۰۶؛ به نقل از شیخ محمدی، ارجمندنی، حسن‌زاده و رضایی میرحصاری، ۱۳۹۳). کمبود مهارت‌های اجتماعی، کودکان را با مشکلات متعددی مواجه می‌سازد، به‌طوری‌که در بروز و تشدید اختلال‌های رفتاری و در نتیجه بر تحول شخصیت کودک و سازش‌یافتگی وی با محیط تأثیر منفی می‌گذارد (سگرین و تاپلو، ۲۰۰۷؛ به نقل از شیخ محمدی، ارجمندنی، حسن‌زاده و رضایی میرحصاری، ۱۳۹۳). فلنر، لیس و فیلیپس^۵ (۱۹۹۰) معتقدند که کفایت اجتماعی چهار مؤلفه دارد: الف) مهارت‌های شناختی که شامل خزانه‌ی اطلاعات و مهارت‌های پردازش و کسب اطلاعات، توانایی تصمیم‌گیری، باورهای کارآمد و ناکارآمد و سبک‌های اسنادی است. ب) مهارت‌های رفتاری به‌عنوان مؤلفه‌ی مهم دیگر کفایت اجتماعی است. وقتی شخص برای رسیدن به یک نتیجه‌ی

1. American Psychiatric Association
2. Rourke & Deldotto
3. Social Competence
4. John
5. Felner, Lease & Philips

دلخواه، رفتاری را برمی‌گزیند باید آن رفتار در دسترس باشد. مذاکره، ایفای نقش، ابراز وجود، مهارت‌های محاوره‌ای برای شروع و تداوم تعامل‌های اجتماعی، مهارت‌های فراگیری و یادگیری رفتار دوستانه با دیگران، از مؤلفه‌های اصلی مهارت‌های رفتاری تلقی گردیده‌اند. (ج) مهارت‌های هیجانی و عاطفی مؤلفه‌ی سومی است که برای برقراری روابط مثبت با دیگران، ایجاد و گسترش اعتماد و روابط حمایتی دوجانبه، شناسایی و پاسخ‌دهی مناسب به علائم هیجانی در تعامل‌های اجتماعی یا مدیریت استرس لازم به نظر می‌رسد. (د) مهارت‌های انگیزشی شامل ساختار ارزشمند فرد، سطح رشد اخلاقی و احساس اثربخشی و کنترل فرد و درنهایت احساس خودکارآمدی او می‌شود. کفایت اجتماعی، دانش آموزان را قادر به انتخاب رفتارهای مناسب در زمینه‌های مختلف برای تفسیر مؤثرانه این نشانه‌های اجتماعی در موقعیت‌های مختلف و پیش‌بینی پیامد رفتارها برای خود و دیگران می‌کند (وستلینگ، آندروس و پیترسون^۱، ۲۰۱۲) و همچنین احساس باارزش بودن و فرصت شرکت در اجتماع را به فرد می‌دهد و محیط‌های اجتماعی، خانواده، مدرسه و جامعه را شامل می‌شوند (سیدامینی، مالک و ابراهیمی، ۲۰۱۱).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین ویژگی‌های رفتاری کودکان دارای ناتوانی یادگیری و کودکان بدون مشکل یادگیری، تفاوت معناداری وجود دارد و رشد اجتماعی کودکان ناتوان در یادگیری، پایین‌تر از کودکان بدون مشکل یادگیری است. کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری در مقایسه با کودکان عادی، مشکلات رفتاری و اجتماعی-هیجانی مختلفی دارند. این مشکلات عبارت‌اند از: سطوح بالای طرد از سوی از همسالان و تنهایی، سطوح بالای افسردگی و اضطراب، مشکلات جسمانی بیشتر، سطوح پایین منابع مقابله‌ای، سطوح پایین خودکارآمدی و رفتارهای گوشه‌گیرانه (ال یانگ، ۲۰۱۰؛ به نقل از شیخ محمدی، ارجمندنیا، حسن‌زاده و رضایی میرحساری، ۱۳۹۳). مشکلاتی که این نوجوانان در زمینه تعاملات اجتماعی با آنها مواجه‌اند به کمبود مهارت‌هایشان در زمینه‌ی شروع و تداوم مهارت‌های اجتماعی مثبت در این گروه باز می‌گردد. به همین دلیل است که از سویی فرد مبتلا به ناتوانی یادگیری در گوش دادن و سخن گفتن، هنگام ارتباط با دیگران دچار مشکلاتی است و ممکن است از نظر روابط اجتماعی با مسائلی مواجه شود و از لحاظ کفایت اجتماعی دچار شک و تردیدهایی شود (بوتوین و گریفین^۲، ۲۰۰۲؛ بومینگر، ادلزتین و موراش^۳، ۲۰۰۵؛ ولش و بیرمن^۴، ۲۰۰۸). همچنین افراد فوق در توانایی پاسخ دادن و کنار آمدن با موقعیت‌های جدید که از جنبه‌های اساسی کفایت اجتماعی و رشد اجتماعی به هنجار است، ضعیف هستند (تیلزرو و بونار^۵،

1. Westling, Andrews & Peterson
2. Botvin & Griffin
3. Bauminger, Edelsztejn & Morash
4. Welsh & Bierman
5. Tetzlow & Bonar

۲۰۰۲). با آموزش می‌توان باعث افزایش کفایت اجتماعی، تحصیلی و کاهش مشکلات رفتاری این دانش‌آموزان گردید (کارولین و جمیلا^۱، ۲۰۰۴؛ و واینر، ۲۰۰۴).

آکرمن، الاردو و دوهان^۲ (به نقل از کاظمی و همکاران ۱۳۹۰) دریافتند که این کودکان قادر به درک رفتارهای مثبت هستند ولی در تصمیم‌گیری و انتخاب یک رفتار و استفاده از آن در تعاملات اجتماعی نسبت به هم‌تایان خود مشکل دارند. همچنین گرشام و ایوت (به نقل از کاظمی و همکاران، ۱۳۹۰) نشان داده‌اند که دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری در مهارت‌های اجتماعی نقص جدی دارند. علاوه بر این، آگا لیوتیس و کالیوا^۳ (۲۰۰۸) در پژوهشی بر روی دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری نشان دادند که این دانش‌آموزان در مهارت‌های تعامل اجتماعی غیرکلامی نسبت به کودکان عادی مشکل بیشتری دارند. در پژوهشی دیگر بایلی و فورچلی^۴ (۲۰۱۴) به این نتایج دست یافتند که دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص در مهارت‌های ارتباطی همچون سخنرانی در کلاس درس، یادداشت سخنرانی‌های سر کلاس ضعف دارند. همچنین مشخص شد که این دانش‌آموزان در تعداد و نحوه‌ی یادداشت برداری متون درسی تفاوت‌هایی محسوس با دانش‌آموزانی که پیشرفت تحصیلی بالایی داشتند، دارند.

از جمله درمان‌های روان‌شناختی که اخیراً مورد توجه قرار گرفته و می‌تواند بر افزایش کفایت اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص تأثیر داشته باشد، آموزش پذیرش و تعهد^۵ (ACT) می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به اختصار ACT خوانده می‌شود یک رفتاردرمانی موج سوم است که آشکارا این رویکرد (تغییر کارکرد افکار و احساسات به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آن‌ها) را می‌پذیرد (هیز، ۲۰۰۴). ACT ریشه در یک نظریه‌ی فلسفی به نام بافتارگرایی کارکردی^۶ دارد و مبتنی بر یک برنامه‌ی تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه‌ی چهارچوب ارتباطی^۷ خوانده می‌شود. (هیز، بارنز و راج^۸، ۲۰۰۱) در واقع در این نوع درمان هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فرمن و هربرت^۹، ۲۰۰۸). به عبارت دیگر پذیرش و تعهد جایگزین مهم برای اجتناب بر اساس تجربه است که شامل پذیرش فعال و آگاهانه‌ی رویدادهای شخصی است که با تاریخچه‌ی فرد مرتبط می‌شوند و با عدم تلاش لازم برای کاهش فراوانی یا تغییر شکل آن رویدادها، مخصوصاً زمانی که باعث آسیب‌های

1. Carolyn & Jamila
2. Ackerman, Elardo & Dvhman
3. Agaliotis & Kalyva
4. Joseph, Boyle, Gina & Forchelli
9. Acceptance And Commitment Training
6. Functional Contextualism
7. Relational Frame Theory
8. Hayes, Barnes-Holmes & Roche
13. Forman & Herbert

روان‌شناختی می‌شوند، مرتبط‌اند. پذیرش به‌خودی‌خود یک هدف نیست، بلکه به‌عنوان یک روش افزایش فعالیت وابسته به ارزش‌ها به خدمت گرفته می‌شود (نریمانی، تکلوی و احدی، ۱۳۹۱). ACT. شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند این مؤلفه‌ها عبارت هستند از: پذیرش^۱، گسلش^۲، خود به‌عنوان بافتار^۳، تماس با لحظه‌ی حال^۴، ارزش‌ها^۵ و عمل متعهدانه^۶ (هیز، لوما، باوند، فرانک، ماسودا و لیلیس، ۲۰۰۶).

پژوهش‌های مختلف صورت گرفته بیانگر آن است که این روش درمانی در کاهش بسیاری از اختلالات روانی- اجتماعی مؤثر است. نتایج پژوهش دیویس، نیلز، پتینگ، آرچ و کراسک^۷ (۲۰۱۵) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب و اجتناب رفتاری این افراد می‌شود. نتایج مطالعه‌ی اسون، هانکوک، هینسورث و باومن^۸ (۲۰۱۵) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور قابل توجهی باعث کاهش اضطراب و سازگاری اجتماعی این دانش‌آموزان می‌گردد. همچنین یافته‌های هالی بارتون و کوپر^۹ (۲۰۱۵) از اثربخشی این روش روان‌درمانی در بهبود بهزیستی اجتماعی، کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و اضطراب این نوجوانان حکایت دارد. نتایج پژوهش عباسی (۱۳۹۲) نیز نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش رفتارهای پرخطر و بهبود بهزیستی روانی و سازگاری این دانش‌آموزان مؤثر است. همچنین حکیم‌پور (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی تحصیلی و اضطراب ریاضی دانش‌آموزان پایه‌ی ششم ابتدایی اثربخش بوده است. همچنین پژوهش نریمانی، پورعبدل و بشرپور (۱۳۹۴) نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری مؤثر بوده است. سلگی و عطائی مغانلو (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند میزان شادکامی را در میان نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت افزایش و میزان الگوی رفتاری تیپ A و احساس تنهایی را کاهش دهد.

درمجموع با توجه به اهمیت کفایت اجتماعی در زندگی اجتماعی افراد، همچنین با توجه به پیامدهای منفی اختلال یادگیری از قبیل کاهش بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی، افزایش رفتارهای پرخطر، ترک تحصیل، مشکلات رفتاری، تعارض با والدین و نهایتاً کاهش کفایت اجتماعی این دانش‌آموزان و نیز وجود شواهد مختلف که حاکی از اثربخشی این روش درمانی است.

1. Acceptance
2. Defusion
3. Self As E Context
4. Contact With Present Momment
5. Values
6. Committed Action
7. Davies, Niles, Pittig, Arch & Craske
8. Swain, Hancock, Hainsworth & Bowman
9. Halliburton & Cooper

این پژوهش با هدف پاسخگویی به این سؤال انجام شد: آیا آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کفایت اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص مؤثر است؟

روش

روش پژوهش حاضر آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر، کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر دارای اختلال یادگیری خاص کلاس پنجم مقطع ابتدایی مدارس شهر اردبیل در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ می‌باشد. برای انتخاب نمونه، در مرحله‌ی اول ۳۷۰ دانش‌آموز به‌صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین دانش‌آموزان ۵ مدرسه (از هر مدرسه ۲ کلاس) انتخاب و تمام اعضای آن کلاس با استفاده از آزمون‌های استاندارد شده حساب یا آزمون پیشرفت تحصیلی، آزمون ریاضی کی‌مت و آزمون تشخیص اختلالات خواندن (DTRD¹) و آزمون اختلال نوشتن، مورد ارزیابی و سپس موارد مشکوک به اختلال یادگیری خاص مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند و در نهایت به‌منظور آنکه دانش‌آموزان انتخاب‌شده دارای ناتوانی‌های ذهنی نباشند، از نمره هوشی آزمون ریون استفاده شد و دانش‌آموزانی که بهره هوشی پایین‌تر از ۹۰ داشتند از نمونه پژوهش حذف شدند. در نهایت ۵۴ نفر به‌عنوان افراد دارای اختلال یادگیری خاص که دارای کفایت اجتماعی پایینی نیز بودند با استفاده از ابزارهای مذکور شناسایی شدند. سپس از میان این دانش‌آموزان، ۴۰ نفر به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب گردید. با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی حداقل نمونه بایستی ۱۵ نفر باشد (دلاور، ۱۳۸۰)، اما در این تحقیق به خاطر افزایش اعتبار بیرونی ۴۰ نفر دارای اختلال یادگیری خاص (برای هر زیرگروه ۲۰ نفر) به‌عنوان نمونه‌ی تحقیق انتخاب شد. معیارهای ورود در این پژوهش شامل داشتن هوش نرمال، نداشتن بیماری‌های جسمی، جنسیت پسر و معیارهای خروج شامل خستگی در جلسات آموزشی و عدم همکاری دانش‌آموزان موردنظر بود.

ابزار پژوهش

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

ب) آزمون اختلال در خواندن: این آزمون توسط شفیع و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای با عنوان طراحی و ساخت آزمون غربالگری تشخیص اختلال در خواندن در پایه‌های اول تا پنجم دانش‌آموزان مقطع ابتدایی در شهر اصفهان ساخته شده است. بدنه‌ی اصلی آزمون در هر پایه مرکب از یک متن صدکلمه‌ای و چهار سؤال درک مطلب است که توسط کارشناس ارشد و کارشناسان

آسیب‌شناسی گفتار و زبان به‌دقت کنترل شده است. در نتیجه‌ی انجام این آزمون، دانش‌آموزان هر پایه‌ی تحصیلی در سه سطح توانایی خواندن طبقه‌بندی می‌گردند. نمره‌دهی به این آزمون به این شرح است: پاسخ صحیح بدهد (درک مطلب او ۷۵ درصد باشد) در سطح آموزشی قرار می‌گیرد. اگر دانش‌آموز کمتر از ۹۰ درصد کلمات را درست بخواند و نمره‌ی درک مطلب او کمتر از ۵۰ درصد باشد، یعنی بیش از ۱۰ درصد خطا داشته باشد و به کمتر از ۲ سؤال پاسخ بدهد، در سطح خواندن ناتوانی (فروخواندن) قرار دارد. این آزمون بر روی ۲۰۰ دانش‌آموز دختر و پسر در تمام پایه‌های اول تا پنجم مقطع ابتدایی و مجموعاً ۱۰۰۰ دانش‌آموز که به‌صورت تصادفی از کلیه‌ی نواحی پنج‌گانه‌ی شهر اصفهان انتخاب‌شده بودند، معیار شده است. به‌علاوه آزمون روی دو گروه نارساخوان و عادی اجرا گردیده است. یافته‌های این مطالعه نشان داد که همبستگی نمرات دقت و سرعت خواندن با نمره‌ی کل آزمون بالا بوده است. اعتبار آزمون با معیار آلفای کرونباخ $0/77$ گزارش شده است و تفاوت میانگین دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال خواندن معنی‌دار بود ($p < 0/01$). با توجه به نتایج فوق، این آزمون می‌تواند به‌عنوان یکی از ابزارهای مفید در تشخیص غربالی و سریع نارساخوانی دانش‌آموزان پایه‌های اول تا پنجم کاربرد داشته باشد.

ج) آزمون ریاضی کی‌مت^۱: آزمون ریاضی کی‌مت توسط کنولی^۲ (۱۹۸۸) هنجاریابی شده است. این آزمون یک آزمون ملاک مرجع با قواعدی برای تفسیر هنجاری است. این آزمون از لحاظ گستره و توالی شامل سه بخش مفاهیم، عملیات و کاربرد است. این بخش‌ها در مجموع به ۱۳ خرده آزمون و هر بخش به سه یا چهار حیطه تقسیم می‌شوند. آزمون فوق پس از ترجمه، سؤال‌های آن مطابق با پرسش‌های کتاب ریاضی مقطع ابتدایی سازمان‌دهی و سپس در یازده استان کشور هنجاریابی شده است. روایی آن از طریق روایی محتوا و روایی تفکیکی محاسبه گردیده و همچنین روایی هم‌زمان آن بین $0/55$ تا $0/67$ به‌دست‌آمده است. پایایی آن با روش آلفای کرونباخ بین $0/80$ تا $0/84$ گزارش شده است (محمداسماعیل و هومن، ۱۳۸۱).

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

ه) آزمون هوشی ریون: این آزمون توسط ریون (۱۹۶۲؛ به نقل از سید عباس زاده، گنجی و شیرزاد، ۱۳۸۲) در انگلستان برای اندازه‌گیری هوش در گروه سنی ۹ تا ۱۸ سال ساخته شده است و دارای ۶۰ آیتیم (۵ سری ۱۲ تایی) می‌باشد. ضریب همسانی درونی این آزمون با میانگین $0/90$ و ضریب پایایی بازآزمایی با میانگین $0/82$ گزارش شده است. همبستگی این آزمون با آزمون‌های هوشی وکسلر، استنفورد-بینه، مازهای پروتئوس و آدمک گودیناف در دامنه‌ای از $0/40$ تا $0/75$

به‌دست‌آمده است. میزان همبستگی آن با آزمون‌های غیرکلامی بیشتر گزارش شده است. در این پژوهش ملاک انتخاب افراد نمره هوشیهر ۹۰ و به بالا بوده است.

و) مقیاس کفایت اجتماعی فلنر: مقیاس کفایت اجتماعی فلنر و همکاران (۱۹۹۰) بر اساس نظریه‌ی فلنر ساخته شده است، ۴۷ آیتم دارد و چهار بُعد از مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی را می‌سنجد. آزمودنی‌ها به آیتم‌های این آزمون به‌صورت یک مقیاس ۷ درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) پاسخ می‌دهند. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۹ گزارش شده است. در ایران نیز با استفاده از تحلیل عوامل، چهار عامل فوق‌مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین روایی سازه مقیاس به‌وسیله‌ی تحلیل عاملی موردبررسی قرار گرفته است و مقدار KMO برابر ۰/۸۳ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله‌ی یک ماه ۰/۸۹ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۰ به دست آمد.

شیوه اجرای پژوهش

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که بعد از هماهنگی و کسب مجوز و مراجعه به مدارس و انتخاب نمونه‌ی آماری درنهایت از تعداد کل دانش‌آموزان شناسایی‌شده به‌عنوان اختلال یادگیری خاص، تعداد ۲۰ نفر در گروه آزمایش و تعداد ۲۰ نفر در گروه گواه به‌تصادف گمارش شدند. ضمن توجه این دانش‌آموزان و بیان اهداف پژوهش، از آنها درخواست شد تا در دوره‌ی درمان این اختلال شرکت نمایند. قبل از شروع روش‌های آموزشی، هر دو گروه مورد مطالعه را تحت پیش‌آزمون قرار داده و آزمون‌های مذکور بر روی آنها اجرا شد و از آنها درخواست شد تا پرسشنامه‌ی موردنظر را تکمیل نمایند. مدت جلسات درمانی ۸ جلسه یک و نیم‌ساعته بود و به‌صورت گروهی و در هفته یک‌بار در محلی که توسط اداره‌ی آموزش و پرورش شهر اردبیل تعیین شد، اجرا گردید. پس از اتمام دوره‌ی آموزش، از دو گروه تحت درمان و کنترل پس‌آزمون به عمل آمد. سپس داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از ابزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

خلاصه‌ی جلسات آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه‌ی اول	اجرای پیش‌آزمون، ارزیابی دانش‌آموزان، مصاحبه‌ی تشخیصی و ضابطه‌بندی درمان.
جلسه‌ی دوم	آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد، ایجاد بینش در دانش‌آموزان نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل.
جلسه‌ی سوم	آموزش نوبدی خلاقانه و آشنایی با فهرست ناراحتی‌ها و مشکلاتی که دانش‌آموزان برای رهایی از آنها تلاش نمودند.
جلسه‌ی چهارم	ایجاد پذیرش و ذهن‌آگاهی به‌واسطه‌ی رها کردن تلاش برای کنترل و ایجاد گشایش شناختی و مرور جلسه‌ی پیشین و تکالیف.
جلسه‌ی پنجم	آموزش زندگی ارزش‌مدار و انتخاب و مرور جلسات پیشین و تکالیف.
جلسه‌ی ششم	ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزش‌ها، اهداف و اعمال و موانع آنها.
جلسه‌ی هفتم	بررسی مجدد ارزش‌ها، اهداف و اعمال و آشنایی و درگیری با اشتیاق و تعهد.
جلسه‌ی هشتم	شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش به ترتیب ۱۰/۶۰ و ۰/۴۷ و گروه کنترل ۱۰/۴۰ و ۰/۴۹ با دامنه‌ی سنی ۱۰ تا ۱۱ سال بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه‌های کفایت اجتماعی در پیش‌آزمون - پس‌آزمون

گروه‌های مورد مطالعه

متغیر وابسته	مؤلفه	آزمایش				کنترل			
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
کفایت اجتماعی	مهارت‌های رفتاری	۴/۵۸	۱۳۹/۵۹	۵/۰۸	۱۵۳/۷۶	۴/۸۷	۱۳۶/۱۲	۴/۴۹	۱۳۵/۹۰
	مهارت‌های انگیزشی و انتظارات	۲/۲۰	۱۹/۳۴	۲/۵۳	۲۴/۱۵	۱/۱۵	۱۷/۴۸	۱/۹۰	۱۸/۰۵
کفایت اجتماعی	مهارت‌های شناختی	۲/۱۴	۱۳/۶۵	۲/۹۱	۱۸/۳۲	۲/۶۱	۱۲/۴۰	۱/۲۴	۱۲/۱۵
	کفایت هیجانی	۱/۱۷	۱۰/۱۵	۲/۱۷	۱۵/۴۵	۱/۰۹	۹/۷۵	۱/۷۹	۱۰/۰۸
	کل	۷/۵۹	۱۸۲/۷۳	۸/۱۳	۲۱۱/۶۸	۶/۶۱	۱۷۵/۷۵	۷/۳۲	۱۷۶/۱۸

همان طوری که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین (انحراف معیار) نمره‌ی کلی پیش‌آزمون کفایت اجتماعی دانش‌آموزان گروه آزمایش ۱۸۲/۷۳ (۷/۵۹) و نمره‌ی کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه آزمایش در کفایت اجتماعی ۲۱۱/۶۸ (۸/۱۳) به دست آمد. همچنین میانگین (انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در کفایت اجتماعی ۱۷۵/۷۵ (۶/۶۱) می‌باشد و نمره‌ی کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در کفایت اجتماعی ۱۷۶/۱۸ (۷/۳۲) می‌باشد.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چند متغیری، جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لوین استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس به‌درستی رعایت شده است ($F=۲/۹۴۷, P=۰/۸۳۱$ و $BOX=۳۹/۹۰۳$) همچنین بر اساس آزمون لوین و عدم معنی‌داری آن برای همه‌ی متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است.

جدول ۲. اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری

(MANCOVA)

متغیر	آزمون	ارزش	df فرضیه	df خطا	F	P	Eta
گروه	پیلای-بارتل	۰/۷۴۳	۴	۳۴	۴۱/۵۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۴۳
	لامبدای ویلکز	۰/۱۶۱	۴	۳۴	۴۱/۵۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۴۳
	هتلینگ لالی	۶/۸۱	۴	۳۴	۴۱/۵۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۴۳
	بزرگترین ریشه روی	۶/۸۱	۴	۳۴	۴۱/۵۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۴۳

همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های کفایت اجتماعی معنی‌دار می‌باشد [$P \leq 0/001$ ، $F(4, 33) = 41/54$ ، $F(4, 33) = 0/161$ ، لامبدای ویلکز]. آزمون فوق‌قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از مؤلفه‌های متغیر مورد بررسی در بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به مؤلفه‌های متغیر وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت بر اساس آزمون لامبدا ویلکز تقریباً ۷۴ درصد است یعنی ۷۴ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل مؤلفه‌های متغیر وابسته می‌باشد.

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

متغیر وابسته	مؤلفه	منابع تغییرات	Ss	df	MS	F	P
کفایت اجتماعی	مهارت‌های رفتاری	اثر پیش‌آزمون	۰/۴۳۲	۱	۰/۴۳۲	۰/۰۳۲	۰/۶۳۳
		گروه	۴۱۸/۱۷۸	۱	۴۱۸/۱۷۸	۴۱/۶۳۳	۰/۰۰۱
کفایت اجتماعی	انتظارات	اثر پیش‌آزمون	۵/۲۴۰	۱	۵/۲۴۰	۱/۸۷۵	۰/۳۴۸
		گروه	۳۸۹/۴۵۱	۱	۳۸۹/۴۵۱	۳۷/۹۲۱	۰/۰۰۱
کفایت اجتماعی	مهارت‌های شناختی	اثر پیش‌آزمون	۹/۴۴۳	۱	۹/۴۴۳	۱/۷۷۶	۰/۲۹۴
		گروه	۳۹۰/۶۷۹	۱	۳۹۰/۶۷۹	۲۹۰/۶۷۹	۰/۰۰۱
کفایت هیجانی	کفایت هیجانی	اثر پیش‌آزمون	۸/۶۶۲	۱	۸/۶۶۲	۰/۹۹۵	۰/۱۴۵
		گروه	۳۴۷/۵۷۴	۱	۳۴۷/۵۷۴	۳۱/۲۷۶	۰/۰۰۱

متطابق با جدول ۳ بر اساس نتایج حاصل از آزمون مانکوا، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله‌ی پس‌آزمون بر مؤلفه‌های مهارت‌های رفتاری ($P < 0/001$ ، $F = 41/633$)، مهارت‌های انگیزشی و انتظارات ($P < 0/001$ ، $F = 37/921$)، مهارت‌های شناختی ($P < 0/001$ ، $F = 290/679$) و کفایت هیجانی ($P < 0/001$ ، $F = 31/276$) اثر معنی‌داری دارد؛ بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله‌ی پس‌آزمون باعث بهبود کفایت اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص (گروه آزمایش) نسبت به گروه کنترل شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کفایت اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص بود. نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر افزایش کفایت اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص مؤثر است.

این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیویس و همکاران (۲۰۱۵)، آرج و همکاران (۲۰۱۵)، اسون و همکاران (۲۰۱۵) عباسی (۱۳۹۲)، حکیم‌پور (۱۳۹۳)، نریمانی و همکاران (۱۳۹۴) و سلگی و همکاران (۱۳۹۶) همسو بوده و حاکی از اثربخشی این روش درمانی در کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش بهزیستی روانی، هیجانی - اجتماعی و کفایت اجتماعی این دانش‌آموزان است. در توجیه این یافته‌ها می‌توان گفت یکی از مؤلفه‌های کلیدی در مدل درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تماس با لحظه‌ی حال است. آگاهی از لحظه‌ی حال اجازه می‌دهد تا به‌طور سیال ارتباط لحظه‌به‌لحظه با خودمان و دنیای اطرافمان داشته باشیم. این توانایی مستلزم توجه به هر آنچه در کنار و در اطراف ماست. به علاوه ما همیشه به‌طور محدودی بر روی تجارب خاصی مثل افکار یا احساسی که سعی می‌کنیم آن را کنترل کرده یا تغییر دهیم تثبیت می‌شویم و از تغییرات ثابتی در تجارب در ارتباط با دنیای اطرافمان چشم‌پوشی می‌کنیم. هدف در درمان پذیرش و تعهد برای مراجع ایجاد سبک حالت ذهنی خاصی نیست قبل از اینکه بتواند افعال ارزشمندی را انتخاب کند بلکه مقصود این است که در مشاهده‌ی تجارب خودشان که نامطلوب به آمیختگی بوده و ارزیابانه هستند، بهتر شوند و این افکار و احساسات تأثیر کمتری بر رفتارشان اعمال کند و به مراجع کمک می‌کند تا نسبت به محیط آگاهی‌های بیشتر پیدا کرده و رفتارهای ارزشمند را کسب کند و بدین گونه موجب افزایش مهارت اجتماعی و کفایت اجتماعی فرد شود.

ویکسل^۱ (۲۰۰۹) نشان داد که اصلی‌ترین سازه‌ی نظری در پذیرش مبتنی بر درمان‌های رفتاری از قبیل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی علی‌رغم حضور مشکل است. نتایج این تحقیقات نشان‌دهنده‌ی اهمیت پذیرش روان‌شناختی به‌خصوص در مورد عملکردهای روان‌شناختی است. بیمارانی که گزارش می‌کنند تمایل بیشتری برای تجربه کردن تجارب روان‌شناختی منفی، تجارب هیجانی، افکار و خاطرات نامطلوب دارند عملکرد اجتماعی، فیزیکی و هیجانی بهتری را نشان می‌دهند.

گلدبرگ^۲ (۲۰۱۱) به نقل از عباسی، (۱۳۹۲) نشان داده که اجتناب از تجارب با حیطه‌ی وسیعی از مشکلات رفتاری و روان‌شناختی ارتباط دارد. درواقع اجتناب از تجارب، انسان‌ها را در مقابل عوامل تنیدگی‌زا آسیب‌پذیرتر می‌نماید. افرادی که تمایل و آمادگی بیشتری برای محبوس کردن و سرکوب نمودن چنین تجاربی را دارند هنگامی که استرس و نگرانی در مدرسه، محیط کار، تعارض‌ها با همسر و ... برای آنها پیش می‌آید، تلاش برای کنترل، آشفتگی‌های آنها را تشدید می‌نماید.

همچنین یافته‌های هالی بارتون و کوپر^۳ (۲۰۱۵) حاکی از اثربخشی این روش روان‌درمانی در بهبود بهزیستی اجتماعی، کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و اضطراب این نوجوانان حکایت دارد. این محققان دریافتند که پذیرش و تعهد با به‌کارگیری اصول بنیادین خودمانند؛ ایجاد گسلس شناختی یعنی یادگیری روش‌هایی برای کاهش تمایل به عین واقعیت پنداشتن افکار، تصورات، هیجان‌ات و خاطرات؛ پذیرش

1. Wicksell
2. Goldberg
3. Halliburton & Cooper

یعنی اجازه دادن به آموذرفت افکار بدون اینکه با آن‌ها مبارزه شود. تماس با لحظه اکنون یعنی آگاهی از اینجا و اکنون، و تجربه آن با گشودگی و علاقه‌مندی؛ مشاهده‌ی خود یعنی دستیابی به حسی تعالی‌یافته از خود؛ تسلسلی از آگاهی که تغییرپذیر نیست؛ ارزش‌ها یعنی اکتشاف اینکه چه چیزی برای خود واقعی فرد بسیار مهم است؛ اقدام متعهدانه یعنی طرح‌ریزی اهداف بر اساس ارزش‌ها و تلاش متعهدانه برای رسیدن به آن اهداف؛ به این افراد می‌آموزد تا در برخورد با محیط اجتماعی و روابط حاکم بر آن، خود را جدا از بافت اجتماعی نبینند و با ارزیابی مثبت از تأثیر متقابل خود با جامعه، مشکلات کنونی را بپذیرند. لازم به ذکر است که پذیرش به معنای تسلیم و منفعل شدن نیست بلکه تمایل برای پذیرش «احساسات» و «افکار» منفی به‌عنوان «احساسات» و «افکار» منفی است و در واقع پذیرش احساسات و افکار به‌عنوان تجارب انسانی توجه به احساسات و پذیرش آنها، نه آن‌گونه که آنها می‌خواهند. پذیرش، دادن امید بیشتر برای بهتر زندگی کردن نسبت به قبل است. پذیرش به این معنا نیست: مدارا کردن، شکست، کناره‌گیری. پذیرش یعنی: آزادسازی بدون دفاع کردن و اجتناب، حذف قضاوت، جاگیری و توجه به احساسات و هیجانات. شما مجبور نیستید که افکار ناخوشایند را دوست داشته باشید، فقط آنها را بپذیرید. در درمان پذیرش و تعهد به مراجع کمک می‌شود تا بفهمد که وقتی فکر می‌کند و هنگامی که افکار منفی را جدی می‌گیرد به‌طور خودکار نیز به این افکار پاسخ می‌دهد؛ بنابراین در اینجا به درک این موضوع که تفکرات نمی‌توانند رفتار را تعیین کنند، پرداخته می‌شود و درمانگر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش هرروز تمرینات جدیدی را خلق می‌کند و مراجع را تشویق می‌کند تا استعاره‌هایی را خلق کند و به آنچه مراجع ایجاد می‌کند، توجه می‌کند. در واقع در ACT به‌جای تلاش مستقیم برای کاهش هیجانات و افکار آزارنده بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در عین وجود افکار و احساسات ناخوشایند، تأکید می‌کند. مفروضه اصلی ACT از این قرار است که بخش قابل‌توجهی از آشفتگی روان‌شناختی جزء بهنجار تجربه‌ی انسانی است. اجتناب تجربه‌ای ممکن است برای مدت کوتاهی تسکین‌دهنده باشد، اما مشکلات و آشفتگی ما را در درازمدت وخیم‌تر می‌کند و مانع از زندگی بامعنا، هدفمند و پرشور می‌شود. اگر فردی برای شغل رضایت‌بخش ارزش قائل است ولی معمولاً با تقاضاهای استرس‌زای آن کنار نمی‌آیند، بعید است به چنین شغلی برسد.

درکل می‌توان بیان کرد که درمان پذیرش و تعهد با آمیختن فنون شناختی رفتاری جدید و جدا ساختن افکار و احساسات منفی از فرد و شناسایی افکار و هیجانات منفی برای افراد و آموزش اینکه اجتناب از این احساسات و افکار تنها به‌صورت موقتی چاره‌ساز است و در بلندمدت فرد رنج بیشتری تجربه خواهد کرد، به افراد کمک می‌کند که آنها را پذیرفته و به زمان حال آگاهی داشته باشند.

این نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود کفایت اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری می‌شود. این یافته و یافته‌های قبلی که نشان دادند پذیرش و تعهد در کاهش رفتارهای پرخطر، بهبود بهزیستی روانی، سازگاری و بهزیستی اجتماعی مؤثر است، بیانگر اهمیت این رویکرد درمانی در کاهش بسیاری از اختلالات روانی است. لذا ضروری به نظر می‌رسد تا آموزش‌های

لازم برای روانشناسان، مشاوران، اولیاء و دانش آموزان مختلف در خصوص این روش درمانی و همچنین سایر درمان‌های نسل سوم شناختی- رفتاری ارائه گردد تا شاهد پیامدهای ناشی از اختلالات مختلف از جمله اختلال یادگیری خاص نباشیم.

محدود بودن نمونه به شهر اردبیل، مشارکت دانش آموزان جنس پسر کلاس پنجم ابتدایی از جمله محدودیت‌های این پژوهش بود. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در سایر نقاط کشور عزیزمان ایران صورت گیرد. همچنین بهتر است این روش درمانی بر روی سایر سطوح سنی و بر روی دانش آموزان دختر نیز انجام گیرد تا با اطمینان کامل بتوان نتایج را تعمیم داد.

منابع

- حکیم‌پور، صبا. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش پذیرش / تعهد بر فرسودگی تحصیلی و اضطراب ریاضی دانش‌آموزان پایه ششم ابتدایی شهر اردبیل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل.
- دلاور، علی. (۱۳۸۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، تهران: انتشارات رشد.
- سلگی، زهرا و عطائی مغالو، وحید. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر الگوی رفتاری تیپ A، شادکامی و احساس تنهایی در نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۷(۲۷)، ۴۱-۵۴.
- سیدعباس زاده، میرمحمد؛ گنجی، مسعود و شیرزاد، علی. (۱۳۸۲). بررسی رابطه‌ی هوش، پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان پایه سوم راهنمایی تحصیلی مدارس استعداد درخشان شهرستان اردبیل. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان اردبیل.
- شفیع، بیژن؛ توکل، سمیرا؛ علینیا، لیلا؛ مرایی، محمدرضا؛ صدیقی، لیلا و فروغی، رقیه. (۱۳۸۷). طراحی و ساخت آزمون غربالگری تشخیص اختلال در خواندن در پایه‌های اول تا پنجم دانش‌آموزان مقطع ابتدایی در شهر اصفهان. مجله‌ی علوم پزشکی دانشگاه تهران، ۱۷(۲)، ۶۰-۵۳.
- شیخ محمدی، عباس؛ ارجمندنیاء، علی‌اکبر، حسن‌زاده، سعید و رضایی میرحساری، علی. (۱۳۹۳). اثربخشی برنامه‌ی مبتنی بر شایستگی اجتماعی در افزایش مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری. فصلنامه کودکان استثنایی، ۴(۳)، ۳۰-۱۹.
- عباسی، مسلم. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش‌های پذیرش / تعهد و تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی، سازگاری و رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی. پایان‌نامه دکترای دانشگاه محقق اردبیلی.
- فلاح چای، حمیدرضا. (۱۳۷۳). بررسی اختلال خواندن و نوشتن در بین دانش‌آموزان ابتدایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تربیت مدرس.

- کاظمی، رضا؛ مؤمنی، سویل و کیامرثی، آذر. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کفایت اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری، (۱)*، ۹۴-۱۰۸.
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۲). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5*. انتشارات ساوالان، تهران.
- محمد اسماعیل، الهه و هومن، حیدرعلی. (۱۳۸۱). انطباق و هنجاریابی آزمون ریاضیات ایران کی-مت. *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۲* (۴)، ۳۳۲-۳۳۳.
- نریمانی، محمد؛ پورعبدل، سعید و بشرپور، سجاد. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص. *فصلنامه پژوهش‌های اجتماعی، ۴* (۱۶)، ۷-۲۲.
- نریمانی، محمد؛ تکلوی، سمیه؛ احدی، بتول. (۱۳۹۱). *روش‌های نوین روان‌درمانی، انتشارات محقق اردبیلی، اردبیل.*
- Agaliotis, I., & Kalyva, E. (2008). Nonverbal social interaction skills of children with learning disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 29(1)*, 1-10.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., Text Rev.)*. Washington, DC: Author.
- Bauminger, N., Edelsztein, H. S., & Morash, J. (2005). Social information processing and emotional understanding in children with LD. *Journal of Learning Disabilities, 38*, 45-61.
- Botvin, G. L., & Griffin, k. w. (2002). Life skills training as a primary prevention approach for adoloescent drug abuse and other problem behavior. *International journal of emergency mental health, 4(1)*, 41-47.
- Boyle, J. R., & Forchelli, G. A. (2014). Differences in the note-taking skills of students with high achievement, average achievement, and learning disabilities. *Learning and Individual Differences, 35*, 9-14.
- Carolyn, W. S., & Jamila, R. M. (2004). Strengthening Social and Emotional Competence in Young Children—The Foundation for Early School Readiness and Success: Incredible Years Classroom Social Skills and Problem Solving Curriculum. *Infants & Young children, 17(2)*, 96-113.
- Connolly, A. J. (1988). *Keymath; a Diagnostic Inventory of Essential Mathematics*. U. S. A: Guidance Service. Inc.
- Davies, C. D., Niles, A. N., Pittig, A., Arch, J. J., & Craske, M. G. (2015). Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 46*, 35-43.
- Felner, R. D., Lease, A. M., & Philips, R. C. (1990). Social Competence and the Language of Adequacy as a Subject Matter for Psychology: A Quadripartite Travel Framework. In T. P. Gullotta. G. R. Adams, & R Montemayor (Eds), *the Development of Social Competence* (pp. 254-264).

- Beverly -Hills: Sage. Learning disabilities: a qualitative analysis of a 20-year longitudinal study. *Learn. Disable. Res. Pract*, 18, 222–236.
- Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, je. Fisher, (eds), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken ,NJ: Wiley, 263-265.
 - Halliburton, A. E., & Cooper, L. D. (2015). Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 1-11.
 - Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.
 - Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer Science & Business Media.
 - Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
 - John, K. (2001). Measuring children's social functioning. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6(4), 181-188.
 - Seyedamini, B., Malek, A., & Mamaghani, M. E. (2011). Level of activity, social and school competency in obese and overweight girls of elementary schools in Tabriz city. *Iran Journal of Nursing*, 24(69), 36-42.
 - Telzrow, F. C., & Bonar, M. A. (2002). Responding to students with nonverbal learning disabilities. *Teaching Exceptional Children*. 34 (6), 8-13.
 - Swain, J.; Hancock, K.; Hainsworth, C. and Bowman, J. (2015); Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 56-67.
 - Welsh, J., & Bierman, k. (2008). Social competence. *Child development*, 61, 9-1.
 - Westling, E., Andrews, J. A., & Peterson, M. (2012). Gender differences in pubertal timing, social competence, and cigarette use: A test of the early maturation hypothesis. *Journal of Adolescent Health*, 51(2), 150-155.
 - Wicksell, R. K., Olsson, G. L., & Melin, L. (2009). The Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) -further validation including a confirmatory factor analysis and a comparison with the Tampa Scale of Kinesiophobia. *European Journal of Pain*, 13(7), 760-768.
 - Wiener, J. (2004). Do Peer Relationships Foster Behavioral Adjustment in Children with Learning Disabilities? *Learning Disability Quarterly*, 27(1), 21-30.