

مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش بازسازی شناختی بر خودکارآمدی اجتماعی و عاطفی دانش آموزان با مشکلات یادگیری

زهرآ فداایی وطن^۱، مهناز استکی^۲، افسانه قنبری پناه^۳، رؤیا کوچک انتظار^۴

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۶/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۸/۱۸

چکیده

هدف پژوهش، مقایسه تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش بازسازی شناختی بر خودکارآمدی اجتماعی و عاطفی دانش آموزان با مشکلات یادگیری می‌باشد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهر تهران بود. نمونه‌گیری به صورت غیرتصادفی در دسترس، از مدرسه کوشش واقع در منطقه ۱ تهران صورت گرفت. بدین منظور تعداد ۴۵ نفر از دانش آموزانی که بالاترین نمره را در مشکلات یادگیری کلورادو داشتند به صورت غیرتصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل گمارده شدند. آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های خودکارآمدی اجتماعی اسمیت و بتز (۲۰۰۰) و مقیاس خودکارآمدی عاطفی بوری و همکاران (۲۰۰۸) پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه آزمایش اول به مدت ۲۰ جلسه تحت آموزش ذهن آگاهی قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه دوم به مدت ۲۰ جلسه تحت آموزش بازسازی شناختی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که هر دو روش مداخله‌ای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و بازسازی شناختی موجب افزایش خودکارآمدی اجتماعی و خودکارآمدی عاطفی می‌شود. آموزش ذهن آگاهی و بازسازی شناختی به دانش آموزان با مشکلات یادگیری، مداخله‌ای مؤثر برای افزایش خودکارآمدی اجتماعی و عاطفی در آنان می‌باشد. بر مبنای نتایج این پژوهش می‌توان به معلمان، مشاوران و روان‌شناسان آموزشگاهی پیشنهاد نمود که با استفاده از این روش درمانی در بهبود مهارت‌های فردی و یادگیری دانش آموزان بکوشند.

واژگان کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بازسازی شناختی، خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی عاطفی، مشکلات یادگیری.

۱. گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران
۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).
estaki@btcuai.ac.ir
۳. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.
۴. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

مقدمه

مشکلات یادگیری یکی از مهمترین مسائل مربوط به آموزش ویژه است. آمارهای غیررسمی حاکی از آن است که بیش از نیمی از دانش‌آموزان عادی مدارس، دارای مشکلات یادگیری هستند. مسئله مشترک بین تمام دانش‌آموزان دارای مشکلات یادگیری این است که علاوه بر افت تحصیلی، دچار مشکلات ارتباطی با همسالان خود نیز می‌شوند (شیف، بامینگر و تولدو^۱، ۲۰۰۹). دانش‌آموزان با مشکلات ویژه یادگیری در مقایسه با همسالان طبیعی‌شان از محبوبیت کمتری برخوردارند و به همین دلیل در معرض مشکلات اجتماعی قرار دارند. همچنین این دانش‌آموزان مسائل رفتاری بیشتری از خود نشان می‌دهند و باورهای خودکارآمدی پایینی دارند.

مشکلات یادگیری به عنوان اختلال اساسی تحصیلی معرفی می‌شود که با الگوی خاصی از تغییرات روان‌شناختی و زیستی همراه است و حدود ده تا پانزده درصد از کودکان مدرسه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این کودکان ممکن است از هوش طبیعی برخوردار باشند، ولی در مدرسه عملکرد مطلوبی ندارند و از اختلال‌های عصبی-روان‌شناختی خاصی در جنبه‌های عاطفی و شناختی رنج می‌برند (اسکنلن، ۲۰۱۳؛ به نقل از ناعمی و فائق، ۱۳۹۷). این مشکلات گروه نامتجانسی از اختلال‌هایی هستند که مهمترین مشخصه‌های آن‌ها دشواری در فراگیری و کارکرد خواندن، نوشتن و محاسبات است که روند تحولی داشته و پیش از دبستان شروع و تا بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند. از این رو لازم است تا به نحوه صحیحی با این مشکل برخورد شود و از همان ابتدا درمان‌های لازم برای آن در نظر گرفته شود تا در آینده این مشکل رفع شود و باعث اختلال در زندگی آینده فرد نشود (غیاثوند و رویتوند غیاثوند، ۱۳۹۷). از آنجا که کلیه جنبه‌های خودکارآمدی مانند خودکارآمدی عاطفی، اجتماعی و تحصیلی نقش مهمی در زندگی افراد ایفا می‌کند و دانش‌آموزان دارای مشکلات یادگیری خودکارآمدی پایینی دارند، در مقابله با چالش‌ها و تنش‌های تحصیلی و زندگی دچار مشکل می‌شوند. خودکارآمدی عاطفی از این جهت حائز اهمیت است که افراد در تعامل خود با دیگران نیاز به تنظیم عواطف و همین‌طور شناخت احساسات طرف مقابل و خود دارند (حسینی دولت‌آبادی، سعادت و قاسمی، ۱۳۹۲). اصطلاح ناتوانی یادگیری معمولاً مشکلات یادگیری عمومی و

1. Schiff, Bauminger & Toledo

طولانی مدت را که اغلب با زمینه آموزشی خاصی در ارتباط هستند، نشان می‌دهد (وابر^۱، ۲۰۱۰).

درک عمیق‌تر نسبت به مشکلات یادگیری هم نیاز به دانش عمومی درباره رشد منظم و هم دانش اختصاصی درباره مکانیزم‌های مشکلات یادگیری از جمله فردی، ساختاری و تعاملی آن‌ها با هم دارند. این فرایند نیاز به مطالعه روند رشد شناختی نرمال دارد. وانگ و باتلر^۲ (۲۰۱۲) و بری و کهل^۳ (۲۰۱۱) دامنه وسیعی از این موارد را از جمله پیدایش مشکلات یادگیری، ناتوانی‌های ویژه یادگیری، پیشنهادات کاربردی و راهبردهای مداخله‌ای را پوشش می‌دهند. علاوه بر این، فارل^۴ (۲۰۰۹)، کاربردهای قانونی، پزشکی و اجتماعی آموزش‌های ویژه را بررسی می‌کند. همچنین یکی از موارد مهمی که در ارتباط با مشکلات یادگیری مورد توجه قرار گرفته است، میزان مشکلات هیجانی‌ای است که افراد در فرایند این مشکلات با آن درگیر می‌شوند (حسن، ۲۰۱۵). یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار در ارتباط به فرد و محیط اطرافش، خودکارآمدی اجتماعی می‌باشد. خودکارآمدی اجتماعی ادراک فرد از توانایی‌هایش به منظور موفقیت یا دست‌یابی به معیارهای اجتماعی اشاره دارد (هاردلی، موباری و جاکوبز^۵، ۲۰۱۷). افرادی که رابطه‌های اجتماعی خود را مثبت‌تر ارزیابی می‌کنند، خودکارآمدی اجتماعی بالاتر و احساس ناتوانی کمتری دارند. دانش آموزانی که دارای خودکارآمدی اجتماعی بالاتر هستند، سازگاری روان‌شناختی بالاتر و عملکرد تحصیلی موفق‌تری دارند (لورانس و اسکالن^۶، ۲۰۱۸). در این میان خودکارآمدی عاطفی به معنای درک فرد از توانایی‌های خود جهت کنترل احساسات و مدیریت آن‌ها و همچنین افکار منفی است همچنین خودکارآمدی عاطفی به درک هیجان‌ها خود و دیگران اشاره دارد (اساندري^۷ و همکاران، ۲۰۱۵). تنظیم عواطف و احساسات یکی از مقوله‌های مهم مهارت‌های ارتباطی است و نقش مهمی در سلامت و تداوم روابط اجتماعی دارد. ویگلزورث، کالتر و هامفری^۸ (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان

-
1. Waber
 2. Wong and Butler
 3. Bray and Kehle
 4. Farrell
 5. Hadley, Mowbray & Jacobs
 6. Laurencelle & Scanlan
 7. Alessandri
 8. Wigelsworth, Qualter & Humphrey

دادند که سطوح بالای خودکارآمدی عاطفی منجر به پیشرفت تحصیلی و کاهش مشکلات رفتاری می‌گردد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خودکارآمدی بر انگیزش، انتخاب‌های افراد و میزان کوشش آن‌ها و همچنین پیشرفت و موفقیت آن‌ها تأثیر دارد. دانش‌آموزان با مهارت‌های خودکارآمدی بالاتر، تکالیف دشوارتر را راحت‌تر حل می‌کنند، نسبت به وظایف خود متعهد هستند، و در صورت شکست برای جبران آن تلاش مضاعف می‌کنند. اما دانش‌آموزان با مهارت‌های خودکارآمدی پایین‌تر تکالیف سخت را نوعی تهدید می‌بینند و در صورت شکست خیلی زود از تلاش دست می‌کشند (ریو و ریو، ۲۰۱۰، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۲).

بنابر نظر فلچر، لیون، فاجس و بارنس^۱ (۲۰۰۷)، دانش‌آموزان دارای مشکلات یادگیری دارای مشکلات رفتاری، هیجانی و اجتماعی نیز هستند. همچنین این دانش‌آموزان در فرایند اجتماعی شدن دچار مشکل هستند و اختلال‌های رفتاری دارند. موضوعی که پس از تشخیص مشکلات یادگیری مهم می‌شود، به کار بستن اقدامات درمانی به‌موقع و مناسب جهت بهبود مشکلات این دانش‌آموزان و جلوگیری از آسیب‌های بعدی است. تاکنون پژوهش‌های بسیاری اثربخشی مداخله‌های مختلف بازی‌درمانی و آموزش رفتاری و غیره را با توجه به علائم بالینی این دانش‌آموزان بررسی کرده‌اند. با توجه به میزان افکار منفی‌ای که در افراد با ناتوانی‌های یادگیری وجود دارد (آلسی، راپو و پیپی^۲، ۲۰۱۴)، به نظر می‌رسد درمان‌های شناختی می‌تواند در تغییر نگرش آن‌ها مؤثر باشد. از این رو با توجه به این تفاوت‌ها در ماهیت این دو روش، پژوهشگر قصد مقایسه اثربخشی این دو مداخله را بر متغیر خودکارآمدی اجتماعی و عاطفی دارد. همچنین تفاوت مهم بین این دو مداخله، در تحلیل‌های بین شناخت درمانی سنتی و موج سوم درمان‌های شناختی- رفتاری که ذهن- آگاهی یکی از آن‌هاست دیده می‌شود. پژوهشگران معتقدند درمانگر، در درمان‌های موج سوم مراقبت بیشتری در طول فرایند درمان از مراجع می‌کند. ایده اصلی برای ایجاد این نسل جدید در درمان که ۱۳ سال پیش شکل گرفت این بود که شناخت درمانی سنتی بیشتر بر روی ارتباط فرد با فکر و احساس نسبت به محتوای آن‌ها تمرکز داشت. اما روش‌های

1. Fletcher, Lyon, Fuchs, & Barnes

2. Alesi, Rappo & Pepi

موج سوم بر مسائل مهمتری مانند ذهن آگاهی، احساسات، پذیرش، ارتباط، ارزش‌ها، هدف‌ها، و فراشناخت تأکید دارد (هیز و هوفمن^۱، ۲۰۱۷).

ذهن آگاهی به معنی توجه کردن ویژه، هدفمند، در زمان کنونی، و خالی از پیش‌داوری و قضاوت است. در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی آگاه می‌شود و مهارت‌های شناسایی شیوه‌های مفیدتر را فرا می‌گیرد. برای ذهن، دو شیوه اصلی در نظر گرفته می‌شود: یکی «انجام دادن» و دیگری «بودن». در ذهن آگاهی فرا می‌گیریم که ذهن را از یک شیوه به سوی شیوه دیگر حرکت دهیم. ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از افکار منفی و کاهش نگرانی‌های فزاینده و کمک به شکل‌گیری نگاه جدید به زندگی و افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (سگال و تیسدیل^۲، ۲۰۱۸).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن-آگاهی کابات-زین^۳ (۲۰۰۳) ساخته شده است. این نوع شناخت درمانی شامل تمرین‌های آرمیدگی متفاوت، یوگا، اسکن بدن و تمرین‌های مربوط به ارتباط رفتار، افکار و احساس می‌باشد. تمامی این تمرین‌ها، به نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامونی را در «لحظه حاضر» میسر می‌سازد. میزان استرس و نشانه‌های بدنی که افراد دچار ناتوانی یادگیری تجربه می‌کنند بسیار زیاد است. آن‌ها به دلیل فشارهای خانواده، محیط تحصیلی و اجتماع دچار اضطراب‌های شدید، کاهش اعتماد به نفس و خودکارآمدی پایین می‌شوند. درمان ذهن آگاهی می‌تواند به این افراد برای تسلط بر بدن خود و کنترل نشانه‌های بدنی کمک کند (فرایدبرگ و مک‌کلور^۴، ۲۰۱۵). کایکن و همکاران (۲۰۱۶) در یک بررسی نشان دادند که استفاده از شناخت درمانی مبتنی بر ذهنی آگاهی می‌تواند از بازگشت استرس در افراد پیشگیری نماید و زمینه ساز بهبود اعتماد به نفس در این افراد را فراهم آورد. منصوری (۱۳۹۷) در پژوهشی به بررسی تاثیر استفاده از شناخت درمانی مبتنی بر ذهنی آگاهی بر حمایت اجتماعی و اهمالکاری در دانش‌آموزان کم پیشرفت پرداخت نتایج

-
1. Hayes & Hofmann
 2. Segal & Teasdale
 3. Kabat-Zinn
 4. Friedberg & McClure

پژوهش آن‌ها نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهنی آگاهی بر حمایت اجتماعی و اهمالکاری در دانش‌آموزان تاثیر دارد.

بازسازی شناختی توانایی شناخت افکار غیر منطقی و بیمارگونه است و جایگزین کردن افکار سالم به جای آن‌هاست و ذهن آگاهی افزودن گستره آگاهی است. به این معنی که فرد به جای برگزیدن آن حالت فکری که همیشه دارد، آگاهی‌اش را به حالات دیگر دهد. ذهن آگاهی دیدن چیزهایی است که قبلاً دیده نمی‌شدند. تجربه چیزهایی است که قبلاً نادیده گرفته شدند و در کل کشف اطلاعات جدید در مورد خود، اطراف و دیگران و راه دادن اطلاعات جدید به دایره بینش و آگاهی. نکته مهم این است که در بازسازی شناختی اولین مرحله این است که فرد بتواند فکرهای غیرمنطقی و نادرست را تشخیص بدهد و اولین مرحله در ذهن آگاهی این است که فرد بتواند بدون هیچ گونه قضاوت در مورد خودش یا دیگران و بدون هیچ گونه انتظاری از خودش یا دیگران، صرفاً با مشکل روبه‌رو شود و درکش کند (میکائیلی، ۱۳۹۵).

از آن جا که مشکلات یادگیری برای کودکان، خانواده و جامعه می‌تواند یک مشکل اساسی به حساب آید، لذا دستیابی به تفاوت‌های شناختی و انگیزشی بین دانش‌آموزان با مشکلات یادگیری برای مقابله با این مشکل دارای اهمیت است. همچنین در ارتباط با تفاوت میان بازسازی شناختی و ذهن آگاهی باید گفت تفاوت اصلی در ذهن آگاهی بر تمرکز آشکار روی تغییر خلق در ابتدای مداخله است، به همین دلیل آزمودنی‌ها، در تشخیص علائم خود و اعتماد به توانایی خود در پاسخ ماهرانه به مشکلات، تجربه کسب می‌کنند. تمرکز اصلی بر روی تغییر رابطه با افکار، عواطف، و احساسات بدنی ناآگاهانه است که به حالت آگاه تغییر کند. بنابراین، آزمودنی‌ها می‌توانند به جای اجتناب به طور خودکار با شیوه‌ای عمیق و ماهرانه، به آن‌ها پاسخ دهند (امیدی^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). لطیفی (۱۳۹۱) به بررسی استفاده از آموزش بازسازی شناختی بر میزان خودکارآمدی اجتماعی در دانش‌آموزان پرداخت. نتایج پژوهش او نشان داد که استفاده از بازسازی شناختی می‌تواند در بهبود خودکارآمدی اجتماعی دانش‌آموزان موثر باشد. قمری و همکاران (۲۰۱۵) به بررسی تاثیر بازسازی شناختی بر مهارت‌های مطالعه و کاهش اضطراب آزمون در بین دانش‌آموزان پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که بازسازی شناختی می‌تواند در

کاهش اضطراب آزمون و بهبود مهارت‌های مطالعه در بین افراد منجر شود. با توجه به مطالب مطرح شده در مورد ضرورت شناسایی و درمان مشکلات یادگیری و همچنین نقش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش بازسازی شناختی در این گروه از افراد، پژوهش حاضر به دنبال پاسخدهی به این پرسش است که کدام یک از روش‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش بازسازی شناختی بر خودکارآمدی اجتماعی و عاطفی دانش‌آموزان دارای مشکلات یادگیری مؤثرتر است؟

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر ماهیت اجرا و شیوه جمع‌آوری اطلاعات، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول (پایه هفتم و هشتم) شهر تهران بود. نمونه‌های پژوهش از یک مدرسه در منطقه ۱ تهران با استفاده از روش در دسترس انتخاب شدند (مدرسه کوشش). نمونه‌های پژوهش بدین صورت انتخاب شدند که ابتدا در مدرسه کوشش، پرسشنامه مشکلات یادگیری در مورد دانش‌آموزان پایه هفتم و هشتم که در یک یا چند درس مشکل داشتند اجرا شد. با توجه به منبع دلاور (۱۳۹۴) که حداقل نمونه در پژوهش‌های آزمایشی برای هر گروه باید ۱۵ نفر باشد، در پژوهش حاضر نیز تعداد نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. از این رو ۴۵ نفر از دانش‌آموزان به‌عنوان نمونه به صورت در دسترس مشخص شدند که به‌طور تصادفی ۱۵ نفر از آن‌ها در گروه آزمایش اول (۲۰ جلسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی)، ۱۵ نفر در گروه آزمایش دوم (۲۰ جلسه بازسازی شناختی) و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. دانش‌آموزان شرکت در این پژوهش با میانگین سنی ۱۲ تا ۱۳ سال بودند. ملاک‌های ورود شامل سن ۱۲ تا ۱۳ سال، هوشبهر بالای ۸۵، نداشتن معلولیت مثل ناتوانی جسمی - حرکتی و عدم مصرف دارو بود. ملاک‌های خروج شامل وجود سایر اختلال‌های هیجانی / رفتاری مانند نارسایی توجه / بیش‌فعالی، مصرف دارو و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی بود. جهت گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی^۱: این پرسشنامه توسط اسمیت و بتز در سال ۲۰۰۰ طراحی شد. این ابزار ۲۵ سؤال دارد. این پرسشنامه در یک طیف لیکرتی ۵ نمره ای از ۱ (اصلاً به خودم اعتماد ندارم) تا ۵ (کاملاً به خودم اعتماد دارم) نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره در این پرسشنامه ۲۲ و حداکثر ۱۱۰ می‌باشد و به صورت مداد-کاغذی اجرا می‌شود. روایی سازه این ابزار نیز توسط اسمیت و بتز آن به روش همگرا و واگرا از طریق همبستگی با مقیاس‌های اعتماد اجتماعی^۲ و کمرویی مطلوب گزارش گردیده است. این ابزار به صورت فردی و مداد کاغذی اجرا می‌شود. روایی و پایایی این مقیاس در ایران توسط محمدی دهاقانی و یوسفی (۱۳۹۵) بررسی شد. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد و روایی این پرسشنامه با استفاده از روش تحلیل عاملی مورد تایید قرار گرفت.

مقیاس خودکارآمدی عاطفی^۳: این مقیاس توسط بورلی، نیکولا، شات و دونالد در سال ۲۰۰۸ طراحی شد. این ابزار دارای ۲۶ سؤال است که بورلی، نیکولا، شات و دونالد (۲۰۰۸) آن را تهیه کردند. نمره گذاری این مقیاس به صورت لیکرتی از نمره ۱ (کاملاً مخالفم) تا نمره ۵ (کاملاً موافقم) تنظیم شده است. این پرسشنامه به صورت مداد-کاغذی اجرا می‌شود روایی و پایایی این مقیاس در ایران توسط خدایاری فرد و همکاران (۱۳۹۱) بررسی شد. میزان آلفای کرونباخ در دانشجویان زن ۰/۷۲، در دانشجویان مرد ۰/۸۱ و در کل نمونه میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد و روایی این پرسشنامه با استفاده از روش تحلیل عاملی مورد تایید قرار گرفت.

پرسشنامه مشکلات یادگیری: این پرسشنامه توسط ویلکات و همکاران در سال ۲۰۱۱ تهیه شده است. این پرسشنامه ۲۰ ماده ای، مشکلات یادگیری را با توجه به ۵ گویه اساسی (خواندن، حساب کردن، شناخت اجتماعی، اضطراب اجتماعی، و مشکلات تجسم فضایی) می‌سنجد و توسط دانش آموز تکمیل می‌شود. پاسخ به سؤالات پرسشنامه به صورت لیکرت در طیف ۵ درجه ای از (۱) اصلاً تا (۵) همیشه می‌باشد و به صورت مداد کاغذی اجرای می‌شود. روایی و پایایی این مقیاس در ایران توسط حاجلو و رضایی شریف

1. Scale of Perceived Social Self-Efficacy (PSSE)

2. social confidence

3. Emotional Self-Efficacy Scale (ESES)

(۱۳۹۰) بررسی شد که آن‌ها شریب آلفای کرونیباخ را برای مشکلات تجسم فضایی ۰/۷۲، اضطراب اجتماعی ۰/۸۵، شناخت اجتماعی ۰/۸۳، ریاضی ۰/۷۱، و مؤلفه خواندن ۰/۸۸، گزارش کردند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونیباخ ۰/۸۲ به دست آمد و روایی این پرسشنامه با استفاده از روش تحلیل عاملی مورد تایید قرار گرفت.

برنامه مداخله

آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر ذهن آگاهی مورد نظر از تلفیق آموزش‌های عمومی ذهن - آگاهی آلدینا (۲۰۱۰) و برنامه اجرایی آموزش ذهن آگاهی در مدارس آمریکا کیسر - گرینلند (۲۰۱۰) و توسط پژوهشگران مقاله حاضر تهیه شد و بر مبنای پروتکل درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بائر^۱ (۲۰۱۴) مدل‌سازی شد و بعد از اجرای اولیه روی ۵ دانش آموز، بسته نهایی آموزش برای اجرا روی گروه آزمایش طراحی گردید. مداخله ذهن آگاهی در مجموع طی ۱۰ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای کاملاً عملی طراحی شد. این روش مداخله در هر هفته دو جلسه ای در مدرسه انجام شد. و با مشارکت دانش آموزان برگزار شد.

مداخله بازسازی شناختی بدین صورت که آزمودنی‌های گروه آزمایشی در ۱۰ جلسه ۳۰ دقیقه ای تحت آموزش با رویکرد بازسازی شناختی قرار گرفتند. برای تنظیم این ۱۰ جلسه درمانی از منابع لارسون، هوپر، اسبورن، بنت و مک هوگ^۲ (۲۰۱۵)، اُدونوهو و فیشر^۳ (۲۰۱۲)، لوما و هیز^۴ (۲۰۰۹) و بک^۵ و بک (۲۰۱۱) استفاده شد و توسط پژوهشگران مقاله حاضر تهیه شد. این روش مداخله در هر هفته دو جلسه ای در مدرسه انجام شد و با مشارکت دانش آموزان برگزار شد.

جدول ۱. هدف و محتوای مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	هدف	محتوا	فعالیت یادگیری	تکلیف
۱	برقراری ارتباط و معرفی برنامه	توضیح درباره ساختار جلسات، برنامه‌ریزی، هدف گذاری و روش‌ها	توصیف و توضیح دقیق مشکلات	تکمیل کار برگ مشکلات یادگیری

1. Baer
2. Larsson, Hooper, Osborne, Bennett & McHugh
3. O'Donohue & Fisher
4. Luoma & Hayes
5. Beck

	یادگیری و بحث درباره مشکلات یادگیری		
۲	مشخص کردن کارکرد احساس‌های مختلف	توجه به حالت‌های الان در زمان حاضر	آشنایی با ذهن آگاهی، معرفی حواس پنجگانه به طور کامل
۳	نگرشی از علاقه و کنجکاوی به این حس‌ها داشتن و تغییرات لحظه به لحظه‌ی آن‌ها را نظاره کردن	تمرین را با چند دقیقه توجه به تنفس شروع و به حس‌های بالا و پایین رفتن شکم با هر نفس توجه کردن.	توجه به حالت‌های بدن
۴	ارائه بازخودهای مربوط به بدن	بازگرداندن توجه خوشایند یا ناخوشایند، در صورت منحرف شدن توجه	تمرین تکنیک اسکن بدنی و یادگیری آن
۵	تمرکز بر تنها یک موضوع مانند «تنفس» دیگر مسائلی که درون و فردی رخ می‌دهند مانند احساسات و افکار و نگرانی‌ها	احساسات نه قرار است برای همیشه در وجود او باقی بمانند، نه آسیب جسمی به وی خواهند زد.	تقویت درک احساسات درونی و علائم جسمی مربوط به آن
۶	تغییر توجه به رویدادها و تقویت تمرکز بر آنها	ارتقای توجه به رویدادها درونی و تمرکز به حالت‌های آنها	تقویت و توجه به رویدادهای درونی
۷	توانایی معطوف ساختن توجه به گونه‌ای که بتوان از طریق تمرینات مراقبه آن را پرورش داد،	بهبود خود تنظیمی توجه از یک لحظه به لحظه دیگر	توجه کامل به تجربیات زمان حال به شکل لحظه به لحظه
۸	اجرای دستورالعمل‌های حرکتی یک مرحله‌ای و چندمرحله‌ای مانند طبقه‌بندی و تمایزگذاری	بدون توجه به محتوا و ماهیت افکار، بازگرداندن توجه به زمان حال	در نظر گرفتن هیجانات، حس‌ها یا شناخت‌ها بدون قضاوت
۹	آشنایی با افکار خودکار منفی و آگاهی از قلمرو مشکلات	آگاهی از شیوه‌های مناسب بازپردازش افکار	ماندن در زمان حال،
۱۰	مروری بر محتوای جلسات و آمادگی برای خروج از برنامه	بهبود توانایی‌های خودکارآمدی	خروج از برنامه و جمع‌بندی

جدول ۲. هدف و محتوای مداخله بازسازی شناختی

جلسه	هدف	محتوا	فعالیت یادگیری	تکلیف
۱	برقراری ارتباط و معرفی برنامه	توضیح درباره ساختار جلسات، برنامه‌ریزی، هدف‌گذاری و روش‌ها	توصیف و توضیح دقیق مشکلات یادگیری و بحث درباره مشکلات یادگیری	تکمیل کاربرگ مشکلات یادگیری
۲	تن آرامی پیش رونده	عضلات تقریباً به مدت ۵ ثانیه منقبض و سپس به مدت ۲۰ تا ۳۰ ثانیه به آرامی رها (منبسط) می‌شوند.	موقع انقباض عضلانی، حواس خود را بر روی عضلات متمرکز کرده، بدن را تحت تأثیر گذاشته	استفاده از تکنیک انقباض و انبساط عضلات
۳	قطع موقتی زنجیره افکار منفی است	غرق نشدن بیمار در افکار و هیجان‌های ناخوشایند و استفاده روش‌های مقابله‌ای	اصرار بر انجام توجه برگردانی و تمرکز بر روی فعالیت‌ها	کلمات متقاطع - خواندن کتاب - دیدن فیلم - مرور خاطرات لذت بخش گذشته
۴	آموزش تکنیک توجه برگردانی	در واقع هر فعالیتی که می‌توانند توجه فرد را به خود جلب کند می‌تواند برای توجه‌گردانی مورد استفاده قرار گیرد. تشویق به انجام فعالیت‌هایی در جهت توجه برگردانی	کاهش ناراحتی فرد با انجام تکالیف توجه برگردانی	شمارش معکوس سه تا سه تا از عدد هزار به سمت پایین و یا شمارش اجسامی با رنگی خاص
۵	آشنایی با تحریف‌های شناختی	دقت مراقب شیوه‌های خود تخریبی و یادگیری مورد سؤال قرار دادن اهداف مسئله ساز	شناسایی واکنش‌های خودکار (اتوماتیک)	استفاده از تکنیک تحریف‌های شناختی
۶	آرام‌سازی از طریق تصویرسازی ذهنی (تجسم) هدایت شده	آموزش نحوه تصویرسازی ذهنی در مهار تنیدگی	فرد صحنه‌ای را تجسم می‌کند که در آن احساس رهایی از تنش دارد و با آرام‌سازی همراه است	تکنیک آرامش و تجسم
۷	آموزش بازسازی شناختی	احساس را می‌توان در یک کلمه بیان کرد اما فکر کمی پیچیده‌تر است. در یک زمان حالات روحی مختلفی داشته باشید. این منعکس‌کننده جنبه‌های مختلف وضعیت است	تغییر ارزیابی‌تان از یک موقعیت برای جلوگیری از حالات روحی منفی	تکنیک استفاده از دفترچه
۸	آموزش خودگویی هدایت شده	اجرای دستورالعمل‌های مربوط به خلق و خو	تغییر گفتگوی درونی از منفی به مثبت	تکنیک آموزش راهنما
۹	آموزش و تمرین تکنیک حل مسئله	افراد باید یاد بگیرند که مشکلات خود را پذیرفته و از زیر آنها شانه خالی نکنند	آگاهی از مهارت‌های مقابله‌ای	تکنیک استفاده از نقاشی

۱۰	خروج از برنامه و جمع‌بندی	مروری بر محتوای جلسات و آمادگی برای خروج از برنامه	بهبود توانایی‌های خودکارآمدی	مرور تکنیک‌ها
----	---------------------------	--	------------------------------	---------------

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، والدین شرکت‌کنندگان آنها رضایت‌نامه کتبی مبنی بر شرکت فرزندشان در پژوهش را امضا کردند. همچنین جزوهای در خصوص محتوای جلسات در اختیار آنها قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهشی با استفاده از روش‌های مختلف آمار توصیفی و استنباطی (پارامتریک و ناپارامتریک) و طی مراحل با استفاده از نرم‌افزار SPSS(23) صورت گرفت.

نتایج

با توجه به طرح آزمایشی پژوهش تعداد ۴۵ نفر دانش‌آموز دارای مشکلات یادگیری در آزمایش شرکت داشتند که به‌طور مساوی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ویژگی‌های توصیفی مربوط به هر گروه به صورت مجزا در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری خودکارآمدی اجتماعی در سه گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	Z کالموگروف	سطح معناداری
خودکارآمدی اجتماعی	شناخت درمانی	پیش‌آزمون	۳۱/۴۶	۳/۱۵	۰/۱۸	۰/۰۲
		پس‌آزمون	۵۵/۲۶	۴/۱۱	۰/۲۰	۰/۲۰
		پیگیری	۵۰/۶۶	۳/۳۳	۰/۲۱	۰/۲۰
خودکارآمدی عاطفی	آموزش بازسازی شناختی	پیش‌آزمون	۳۰/۲۰	۲/۳۳	۰/۱۶	۰/۱۰
		پس‌آزمون	۵۱/۳۳	۲/۷۹	۰/۱۲	۰/۲۰
		پیگیری	۴۶/۰۰	۳/۲۰	۰/۱۵	۰/۲۰
خودکارآمدی عاطفی	شناخت درمانی	پیش‌آزمون	۳۰/۳۳	۳/۴۵	۰/۱۵	۰/۲۰
		پس‌آزمون	۳۴/۴۰	۴/۱۳	۰/۲۲	۰/۲۰
		پیگیری	۳۳/۹۳	۲/۱۵	۰/۲۳	۰/۲۰
خودکارآمدی عاطفی	آموزش بازسازی شناختی	پیش‌آزمون	۳۶/۶۰	۲/۷۴	۰/۱۷	۰/۲۰
		پس‌آزمون	۸۰/۰۶	۵/۳۲	۰/۲۵	۰/۰۱
		پیگیری	۷۳/۲۶	۴/۵۴	۰/۱۴	۰/۲۰
خودکارآمدی عاطفی	آموزش بازسازی شناختی	پیش‌آزمون	۳۷/۱۳	۳/۵۰	۰/۱۳	۰/۲۰
		پس‌آزمون	۷۴/۲۰	۶/۳۰	۰/۱۲	۰/۲۰
		پیگیری	۶۶/۰۶	۶/۰۴	۰/۱۶	۰/۲۰

۰/۱۹	۰/۱۸	۵/۰۴	۳۷/۲۰	پیش آزمون	
۰/۰۹	۰/۲۰	۳/۷۳	۴۲/۰۶	پس آزمون	کنترل
۰/۲۰	۰/۱۰	۲/۸۵	۴۱/۴۶	پیگیری	

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمرات پس‌آزمون خودکارآمدی اجتماعی و خودکارآمدی عاطفی در آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش بیشتر از میانگین نمرات پیش‌آزمون آن‌ها است؛ درحالی‌که تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل ناچیز است.

برای انجام تحلیل اندازه‌گیری مکرر ابتدا مفروضه‌های آن مرد بررسی شد. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف^۱ (جدول ۳) نشان داد که Z به دست آمده برای متغیرهای پژوهش با توجه به سطح معناداری توزیع داده‌ها طبیعی است ($P > 0/05$). جهت بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهشی از آزمون برابری خطای واریانس‌های لوین^۲ استفاده شد. نتایج نشان داد که واریانس خودکارآمدی اجتماعی ($F > 0/48$; $P > 0/05$)، خودکارآمدی عاطفی ($F > 0/63$; $P > 0/05$)، در دو گروه با هم برابرند ($P > 0/05$). به‌منظور بررسی همگنی شیب رگرسیون یعنی رابطه متغیر وابسته و متغیر کمکی (در اینجا نمره پیش‌آزمون) از رگرسیون استفاده شد؛ نتایج نشان داد که مقدار شیب‌های رگرسیون خودکارآمدی اجتماعی ($F > 10/53$; $P > 0/05$)، خودکارآمدی عاطفی ($F > 0/69$; $P > 0/05$)، در دو گروه همگن هستند ($P > 0/05$). بنابراین می‌توان از تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای تحلیل داده‌های پژوهش استفاده کرد تا اثر پیش‌آزمون نیز کنترل و ثبات در مرحله پیگیری نیز بررسی شود.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای متغیرهای پژوهش

تحلیل واریانس	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بین	گروه	۵۰/۱۱	۲	۵۰/۱۱	۵/۲۷	۰/۰۲	۰/۱۱
آزمودنی	خطا	۳۸۹/۷۵	۴۱	۹/۵۰	-	-	-
درون	خودکارآمدی اجتماعی	۲۵۴۵/۵۸	۲	۸۸۵/۷۹	۴۵/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۴۶

1. Kolmogorov-Smirnov
2. Leven

۰/۵۹	۰/۰۰۱	۷۸/۶۰	۱۶۹۷/۷۹	۲	۳۳۹۵/۵۸	خودکارآمدی	
						اجتماعی * گروه	
-	-	-	۹/۵۰	۴۱	۴۲۵/۷۵	خطا	
۰/۰۰۲	۰/۸۳	۰/۰۴	۰/۶۲	۲	۰/۶۲	گروه	بین
						خطا	آزمودنی
-	-	-	۱۴/۲۵	۴۱	۳۴۲/۱۵	خطا	
۰/۵۲	۰/۰۰۱	۱۲۵/۹۶	۴۲۲۵/۰۴	۲	۱۱۲۵۴/۰۹	خودکارآمدی	
						عاطفی	درون
۰/۶۱	۰/۰۰۱	۲۳۳/۹۶	۶۲۹۹/۰۴	۲	۱۲۵۹۸/۰۹	خودکارآمدی	آزمودنی
						عاطفی * گروه	
-	-	-	۷/۷۳	۴۱	۳۷۱/۳۸	خطا	

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر عامل‌های دوران آزمودنی خودکارآمدی اجتماعی ($P \leq 0/001$ ، $F=78/60$) و خودکارآمدی عاطفی ($P \leq 0/001$ ، $F=233/96$) معنی‌دار بود. همچنین اثر تعاملی نیز معنادار بود. از سویی برای بررسی مقایسه‌های جفتی از آزمون بانفرونی استفاده شد که نتایج در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵. نتایج بررسی میانگین‌های بین گروهی آزمون بانفرونی برای خودکارآمدی اجتماعی و خودکارآمدی عاطفی

متغیر	گروه (i) گروه (j)	تفاوت میانگین i-j	خطای استاندارد	سطح معناداری
خودکارآمدی اجتماعی	شناخت درمانی	۲/۶۵	۱/۱۹	۰/۰۹
	مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۲۰/۰۴	۱/۱۹	۰/۰۰۱
	آموزش بازسازی شناختی	۱۷/۳۸	۱/۱۲	۰/۰۰۱
خودکارآمدی عاطفی	شناخت درمانی	۳۸/۰۳	۱/۸۶	۰/۰۰۱
	مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۳۲/۲۹	۱/۸۶	۰/۰۰۱
	آموزش بازسازی شناختی	۵/۷۳	۱/۸۶	۰/۰۱۱

جدول ۶. نتایج بررسی میانگین‌های درون گروهی آزمون بانفرونی برای خودکارآمدی اجتماعی و خودکارآمدی عاطفی

متغیر	زمان (i) زمان (j)	تفاوت میانگین $i-j$	خطای استاندارد	سطح معناداری
خودکارآمدی اجتماعی	پیش آزمون	۱۶/۱۳-	۰/۵۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۲/۵۷-	۰/۵۲	۰/۰۰۱
خودکارآمدی عاطفی	پیش آزمون	۲۸/۴۶-	۰/۸۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲۳/۲۸-	۰/۸۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۵/۱۷	۰/۳۷	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۵ و ۶ در زمینه مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که حتی پس از تعدیل آلفا به روش اعمال تصحیح بانفرونی، تفاوت میان همه گروه‌ها و موقعیت‌های آزمایشی یعنی تفاوت پیش آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با پیگیری و همچنین پس آزمون با پیگیری معنادار است و این امر نشان می‌دهد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش بازسازی شناختی بر خودکارآمدی اجتماعی و عاطفی دانش‌آموزان با مشکلات یادگیری معنادار است و این معناداری در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی مقایسه تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش بازسازی شناختی بر خودکارآمدی اجتماعی و عاطفی دانش‌آموزان با مشکلات یادگیری انجام شد. در ارتباط با اثربخشی مداخلات بر خودکارآمدی اجتماعی، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در (جدول ۵) نشان داد آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و بازسازی شناختی، خودکارآمدی اجتماعی در دانش‌آموزان دارای مشکلات یادگیری را تحت تأثیر قرار داد. در خصوص همسویی نتایج این فرضیه با پژوهش‌های قبلی باید گفت نتایج این فرضیه با یافته‌های پژوهش‌های ترنر و همکاران (۲۰۱۶)، حیدریان فرد و همکاران (۱۳۹۴)، گلدین و همکاران (۲۰۱۲)، مهدی زاده و همکاران (۱۳۹۷)، لطیفی و استکی آزاد (۱۳۹۱)، و محمدپور و همکاران (۱۳۹۶) همخوانی دارد.

در تبیین تأثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی اجتماعی ابتدا باید بیان داشت که آموزش ذهن آگاهی باعث می‌شود که فرد از غوطه ور شدن در گذشته

دست بردارد و خود را به خاطر اتفاقات قبلی کمتر سرزنش کند و از قضاوت منفی در مورد خود و دیگران اجتناب نماید. ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی ارزیابی افراد را از وقایع مختلف تغییر می‌دهد و باعث می‌شود که آنان قضاوت‌های منفی در مورد خودشان را کنار گذاشته و بتوانند به طور مؤثر با افراد، رویدادها و شرایط استرس‌زای محیط مواجه شوند. کنار گذاشتن قضاوت‌های منفی در مورد خود و مواجهه مؤثر با مشکلات و افزایش خودکنترلی می‌تواند افزایش خودکارآمدی را در پی داشته باشد. در واقع، یکی از اصول مهم در حضور ذهن «رها کردن» است. رویکرد ذهن آگاهی معتقد است که انسان به‌طور کلی به خیلی چیزها چسبیده است به باورها، رویدادهای خاص، زمان خاص، یک منظره، یک خواسته و غیره و این مسئله آن‌ها را آسیب‌پذیر و درمانده می‌سازد و احساس از دست دادن کنترل بر زندگی خودشان را تشدید می‌کند. ولی زمانی که دانش‌آموزان یاد گرفتند با استفاده از تکنیک تصویر سازی ذهنی این مسائل را رها کنند و نسبت به آن‌ها آگاهی و پذیرش بیشتری کسب کنند، بدین ترتیب مشکلات و مسائل را با ذهنی شفاف‌تر و گشوده‌تر بررسی کردند. این نظریه سلامت روانی را با توانایی فرد برای رهایی از درگیری در فعالیت‌های شناختی و هیجانی ذهن و همچنین تمرکز و آگاهی از چیزهایی که در حال حاضر وجود دارد و درگیر نشدن با گذشته و آینده می‌سنجد. این وضعیت به دانش‌آموز امکان می‌دهد که در مواجهه با مسائل و مشکلات عاطفی و احساسات پریشان‌کننده به جای اجتناب و در نتیجه طولانی‌تر شدن آن‌ها، از ذهنیت منعطف و پذیرا استفاده کنند (استتزر، ۲۰۱۵) و تأکیدی بر این امر است که ذهن آگاهی در تعامل‌های اجتماعی و بازخوردهای ارتباطی اثربخش و همسو با این پژوهش است. شرکت کنندگان در این نوع درمان به ویژه از طریق تمرین مکرر مهارت‌های ذهن آگاهی، طی فرایند یادگیری، به طور عامدانه بر ساختار و پردازش‌های شناختی خود نظارت می‌کنند، تا به جای استفاده از الگوهای خودکار و پردازش‌های همیشگی، عادات و الگوهای فکری جدید ایجاد کنند (بائر، ۲۰۱۴). آموزش‌ها به تغییر تجارب و بینش شرکت کنندگان در مورد اتفاقاتی منجر شد که به طور معمول رخ می‌دهد و آنها در عین حال به تجاربشان آگاه‌تر شدند و افزایش آگاهی به تجربه، به افزایش آزادی انتخاب در مورد موقعیت‌های مختلف منجر شد. در تبیین افزایش خودکارآمدی اجتماعی چند نکته حائز اهمیت است: شاید به علت قرار گرفتن دانش‌آموز در یک محیط دوستانه در جلسات گروهی نگرش او به دیگران تغییر

یافته باشد و به کارگیری مهارت‌های آموخته شده در مدرسه موجب بهتر شدن روابط دیگران با دانش آموز و در نتیجه افزایش خودکارآمدی اجتماعی او باشد. همچنین بندورا بر این باور است که موثرترین روش برای افزایش خودکارآمدی اجتماعی فراهم نمودن موقعیت‌هایی است که افراد بتوانند به طور موفقیت آمیزتری مهارت‌هایی را برای افزایش اعتماد به نفس تجربه کنند، که در آن مداخله چنین شرایطی برای دانش آموزان فراهم شد (به نقل از حیدریان فرد و همکاران، ۱۳۹۴).

در تبیین تاثیر آموزش بازسازی شناختی بر خودکارآمدی اجتماعی گفت که بازسازی شناختی از طریق تغییر افکار و تصورات ناسازگار و منفی باعث می‌گردد تا در این دانش آموزان این منطقی بوجود آید که بر احساسات، رفتار و شرایط زندگی خود تسلط داشته و بدانند که شکست و موفقیت‌های آنها نتیجه تلاش خود آنان می‌باشد. شکل‌گیری چنین نگرشی سبب می‌شود که این افراد به توانمندی و تلاش خود متکی شده و موجب بهبود اعتماد به نفس در آنها می‌گردد. در نتیجه این امر آنها را از موضع انفعالی در برابر رویدادهای زندگی دور می‌نماید. با به کارگیری این روش مداخله ای، تصورات منفی و باورهای غیر منطقی که در دانشجویان واجد افت تحصیلی مبنی بر خارج از کنترل بودن امور، بدشانس بودن و غیرقابل پیش بینی بودن رویدادهای زندگی شکل گرفته تصحیح و تغییر یابد و در پی آن موجب افزایش اعتماد به نفس و حس کنترل بر محیط در این افراد می‌شود. نتیجه چنین نگرشی درونی شدن منبع کنترل و نسبت دادن موفقیت‌ها به توانایی‌های خود خواهد بود (حمید و همکاران، ۱۳۹۴).

آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توانست خودکارآمدی عاطفی در دانش آموزان دارای مشکلات یادگیری را تحت تاثیر قرار دهد. در خصوص همسویی نتایج این فرضیه با پژوهش‌های قبلی باید گفت با یافته‌های پژوهش‌های شاه مرادی و انصاری (۱۳۹۶)، قاسمی و همکاران (۱۳۹۵)، شجاعیان و همکاران (۱۳۹۵)، لطیفی و استکی آزاد (۱۳۹۱)، زارع و نظری (۱۳۹۳)، ترنر و همکاران (۲۰۱۶) و محمدپور و همکاران (۱۳۹۷) همخوانی دارد.

در تبیین تاثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی عاطفی می‌توان بیان داشت ذهن آگاهی با استفاده از تکنیک توجه آگاهی و تمرین ماندن در زمان حال به افراد کمک می‌کند تا این نکته را درک کنند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ

دهد، اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و بدون تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد (امانوئل و همکاران، ۲۰۱۰). علاوه بر این فرد با مشاهده دقیق واقعیت درونی خود درمی‌یابد که خوشحالی یا غم کیفیت‌هایی نیستند که وابسته به عناصر بیرونی و تغییرات دنیای بیرون باشند و زمانی اتفاق می‌افتند که فرد وابستگی به افکار، موضع گرفتن و برنامه‌های ذهنی از پیش تعیین شده را رها کند و در نتیجه رفتارهای خودکاری را که برای رسیدن به موقعیت‌های لذت‌آور یا فرار از موقعیت‌های دردناک انجام می‌دهد، کنار بگذارد و به رهایی برسد.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که نوجوانان از طریق اجرای تمرین‌ها به تدریج توانستند ذهن خود را پذیرنده تجربیات لحظه حاضر قرار دهند و به وقایع ناخوشایند زندگی خود بی‌قضاوت و فقط به عنوان تجربه بنگرند، بنابراین آگاهی فراشناختی آنها بر اثر تمرین‌های ذهن آگاهی بالا رفت. به نظر می‌رسد ذهن آگاهی به این نوجوانان در شناخت بهتر خود کمک کرده و در کسب تجربه بازخورد غیرقضاوتی و و پذیرا و در بهبود رفتارهای بین فردی اثربخش بوده است. شناخت افکار منفی و به چالش کشیدن آنها، به شکل‌گیری بینشی منجر می‌شود که با احساس ناکارآمدی و بی‌کفایتی مقابله می‌کند (بهداری خسروشاهی و هاشمی، ۱۳۹۰). به علاوه، از طریق ذهن آگاهی افراد می‌توانند تشخیص دهند که تمرکز بر برخی از احساسات مضر و غیرمؤثر است و از این طریق انتظار مثبت برای پیامدها و رویدادها در آنان افزایش می‌یابد. همچنین ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا این نکته را درک کنند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهند، اما آنها جزء ثابت و دائمی شخص نیستند. این دیدگاه می‌تواند به تقویت امید در فرد منجر شود و باعث شود به جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد، نقش و عاملیت خود و اراده فردی را در حل مشکلات مورد توجه قرار دهد، به مسیرهای مختلف برای رسیدن به هدف خود بیندیشد و به زندگی خود غنا و معنی بخشد (بهداری خسروشاهی و هاشمی، ۱۳۹۰). به عبارت دیگر، این روش افراد را ترغیب می‌سازد که مشاهده گر فرایندهای ذهنی خود باشند؛ افکار خودانتقادی و قضاوت‌کننده را ببینند و بپذیرند و سعی در تمرکز بر روی آنها نداشته باشند؛ همچنین ممکن است شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، وسعت بروز افکار ناکارآمد را که در پاسخ به نوسانات خلقی بروز می‌یابند محدود

سازند. همچنین تأکید بر پذیرش، خود ممکن است منجر به ارزیابی مجدد افکار ناکارآمد گردد (مزولیس و همکاران، ۲۰۰۶).

همچنین در تبیین اثربخشی بازسازی شناختی بر خودکارآمدی عاطفی می توان گفت که به نظر می رسد شرکت در جلسات آموزشی موجب شد تا دانش آموزان مشکل خود را بپذیرند و به طرزی منطقی با مشکل خود مواجه شوند. تشکیل گروه فرصتی را فراهم کرد تا افراد بتوانند عواطف خود را به شیوه ای جدید بیان کنند و از طریق آن احساس اطمینان و اعتماد در روابط بین فردی را به دست بیاورند. این اعتماد و اطمینان از داشتن توانایی بیان عواطف باعث شد تا خودکارآمدی افراد از نظر عاطفی افزایش پیدا کند و بیان تجربیات و شکست به تک تک افراد احساس کنترل خویشتن و خودکارآمدی دهد. مداخله درمانی شاید برای اولین بار این فرصت را داد که مشکل را جدا از خود در نظر بگیرند و احساس کنند که علی رغم مشکل تحصیلی می توانند با دیگران ارتباط لذت بخش برقرار کنند. همچنین افراد دارای خودکارآمدی بالا، غالباً از راهبردهای مسأله مدار و تکلیف محور، و افراد دارای خودکارآمدی پایین، از راهبردهای مقابله ای هیجان مدار ناکارآمد بهره می گیرند. لذا با توجه به اینکه راهبردهای حل مسئله در جلسات مداخله آموزش داده شد و بارها مورد تکرار و تمرین قرار گرفت، این روش توانست سبب افزایش خودکارآمدی هیجانی دانش آموزان شود. نتیجه کلی پژوهش نشان داد هر دو مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و بازسازی شناختی توانستند موجب بهبود و افزایش خودکارآمدی اجتماعی و خودکارآمدی عاطفی در دانش آموزان دارای مشکلات یادگیری شوند. از آنجا که افزایش جلسات درمان و همراهی بیشتر و مستمر با دانش آموزان می تواند اثربخشی درمان را بیشتر کند، این تغییر منجر به تاثیر گذاری هر دو مداخله شد.

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به عدم امکان استفاده از پرسشنامه ها با مولفه های بیشتر و دقیق تر به دلیل نبود اطلاعات مربوط به هنجاریابی در گروه نمونه ایرانی، اجرای پژوهش تنها بر روی دانش آموزان دختر و استفاده از مقیاس های خود گزارشی که همانند دیگر پژوهش ها در آن امکان سوء گیری در نتایج وجود دارد، نام برد. از آنجایی که در این پژوهش از روش آموزش گروهی استفاده شد، توصیه می شود که این شیوه درمانی به صورت فردی یا تک موردی نیز بررسی شوند. ذهن آگاهی یکی از درمان های موج سوم شناخت درمانی است. پیشنهاد می شود اثربخشی دیگر درمان های این نسل مانند درمان

پذیرش و تعهد یا درمان فراشناختی نیز بر روی مشکلات یادگیری و مشکلات همراه آن‌ها صورت گیرد. تکرار مجدد همین پژوهش با استفاده از سایر روش‌های مداخله ای مانند درمان پذیرش و تعهد پیشنهاد می‌شود. از آنجایی که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با تاکید بر تکنیک توجه آگاهی و افزایش توجه برای دانش‌آموزان دارای نقص توجه و اختلال‌های یادگیری خاص (ریاضی) می‌تواند مؤثر باشد، پژوهش‌هایی در این زمینه توصیه می‌شود. با توجه به تأثیر آموزش ذهن آگاهی و بازسازی شناختی به دانش‌آموزان، در مدارس تلاش گردد تا در قالب کارگاه‌های آموزشی یا سمینار، این مهارت‌ها را به دانش‌آموزان آموزش دهند. برنامه‌ریزی آموزش و پرورش برای آموزش راهبردهای بازسازی شناختی و ذهن آگاهی به معلمان جهت استفاده از این راهبردها در کلاس درس به منظور ارتقای عملکرد دانش‌آموزان پیشنهاد می‌گردد.

منابع

- ایزاک، ا (۱۳۹۲). راهنمای تحقیق و ارزشیابی در روان‌شناسی و علوم تربیتی. ترجمه علی دلاور. تهران: ارسباران.
- بهادری خسروشاهی، ج.، و هاشمی نصرت آباد، ت. (۱۳۹۰). رابطه امیدواری و تاب آوری با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی. ۶(۲۲)، ۴۱-۵۰.
- حاجلو، ن.، و رضایی شریف، ع. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه مشکلات یادگیری کلورادو. مجله ناتوانی‌های یادگیری. ۱(۱)، ۴۳-۲۴.
- حسینی دولت آبادی، ف.، صادقی، ع.، سعادت، س.، و خدایاری، ه. (۱۳۹۳). رابطه بین خودکارآمدی با راهبردهای مقابله ای در دانشجویان. پژوهش در آموزش علوم پزشکی. ۶(۱)، ۱۷-۱۰.
- حیدریان فرد، ز.، بخشی پور، ب.، و فرامرزی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی اجتماعی و نشخوار فکری در دانشجویان با اختلال اضطراب اجتماعی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی. ۲۱(۶): ۱۷۵-۱۵۱.

خدایاری فرد، م.، منظری توکلی، و.، و فراهانی، ح. (۱۳۹۱). بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی مقیاس خودکارآمدی هیجانی. *مجله روان‌شناسی*. ۱۶(۱): ۸۳-۷۹.
 دلاور، ع. (۱۳۹۴). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: انتشارات رشد.

رویتوند غیاثوند، ن.، و امیری مجد، م. (۱۳۹۷). اثربخشی نرم افزار شناختی کاپیتان لاگ بر ادراک دیداری- فضایی دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنائی*. ۱۹(۱): ۱۴-۵.

ریو، جان م. (۱۳۸۵). *انگیزش و هیجان*، ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات ویرایش.

زارع بهرام آبادی، م.، و نظری، ط. (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی شناختی بر افسردگی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانواده. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*. ۱۴(۴): ۸۳-۹۷.

شاه مرادی طباطبایی، ط.، و انصاری شهیدی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی ذهن آگاهی بر انگیزش پیشرفت دختران دوره متوسطه. *کنفرانس بین‌المللی فرهنگ آسیب‌شناسی روانی و تربیت*. قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات.

شجاعیان، م.، و ابوالمعالی، خ. (۱۳۹۵). اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی جانبازان. *طب جانباز*. ۸(۴): ۲۰۱-۱۹۵.

عیسی زادگان، ع.، شیخی، س.، حافظ‌نیا، م.، و خادمی، ع. (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری در کاهش نشانه‌های افسردگی در بین بیماران مبتلا به سرطان. *مجله علوم پزشکی ارومیه*. ۲۴(۵): ۳۴۶-۳۳۹.

قاسمی جوبنه، ر.، موسوی، و.، ظنی پور، آ.، و حسینی صدیق، م. (۱۳۹۵). رابطه بین ذهن آگاهی و تنظیم هیجان با تعادل ورزشی تحصیلی دانشجویان. *مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*. ۹(۲): ۱۴۱-۱۳۴.

کاویانی، ح.، جواهری، ف.، و بحرایی، ه. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. *تازه‌های علوم شناختی*. ۷(۱): ۵۹-۴۹.

گرمن، ج. ج. (۱۳۸۶). اختلالات هیجانی و ناتوانیهای یادگیری. ترجمه فرشته باعزت و مریم راحت. تهران: انتشارات پیام مولف. تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۱.
لرنر، ژ. (۱۳۸۴). ناتوانی یادگیری: نظریه‌ها، تشخیص و راهبردهای تدریس. ترجمه عصمت دانش. تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی. تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۷.

لطیفی، ز. و استکی آزاد، ن. (۱۳۹۱). اثربخشی بازسازی شناختی بر میزان خودکارآمدی اجتماعی، عاطفی، تحصیلی و خواندن دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی. ۲(۵).

مهدی زاده ازدین، س.، موسوی، ع. م.، جلالی، م.، و کاکاوند، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمانگری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی اجتماعی و افسردگی. روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی). ۱۴(۵۵)، ۳۱۴-۳۰۵.

محمدپور، س.، تاجیک زاده، ف.، و محمدی، ن. (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد زنان باردار مبتلا به افسردگی. دانشور رفتار. ۱۶(۱)، ۱۹۸-۱۸۷.

محمدی دهاقانی، م.، و یوسفی، ف. (۱۳۹۵). رابطه انواع خودکارآمدی با خشم: بررسی نقش واسطه‌ای حل مسئله اجتماعی. روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی. ۱۲(۴۷)، ۲۵۰-۲۳۷.

میکائیلی، ن. (۱۳۹۵). مقایسه کنترل فکر، ذهن آگاهی و سبکهای دلبستگی در دانشجویان با گرایش بالا و پایین به اعتیاد. فصلنامه اعتیادپژوهی. ۱۰(۴۰)، ۸۶-۶۵.
ناعمی، ع. م.، و فائق، ز. خ. (۱۳۹۷). تأثیر روش مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا بر خودبخشایش‌گری و تاب‌آوری مادران کودکان دارای ناتوانی یادگیری. فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی. ۱۸(۲)، ۳۸-۲۳.

هالاهان، د.، کافمن، ج. (۲۰۰۳). دانش‌آموزان استثنایی: مقدمه‌ای بر آموزش ویژه. ترجمه حمید علیزاده، هاید صابری، ژانت هاشمی، مهدی محی‌الدین، ۱۳۸۸. تهران: نشر ویرایش.

Alesi, M. , Rappo, G. , & Pepi, A. (2014). Depression, anxiety at school and self-esteem in children with learning disabilities. *Journal of psychological abnormalities*, 1-8.

- Baer, R. A. (2014). *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*. Elsevier.
- Beck, J. S. , & Beck, A. T. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and beyond*. New York, NY: Guilford Press.
- Beverley A. Kirk, Nicola S. Schutte, Donald W. (2008). Development and preliminary validation of an emotional self-efficacy scale. *Journal of Personality and Individual Differences*, 45, 432-436.
- Bray, M. , & Kehle, T. (2011). *The Oxford handbook of school psychology*. New York: Oxford University Press.
- Emmanuel, O. O. , Ngozi, U. P. , & Anayochi, N. (2014). Effects of Cognitive Restructuring Technique and Self-Efficacy Training on Farming Anxiety of Farmers in Ibiadan Emu Farming Community Edo State Nigeria. *Advances in Social Sciences Research Journal*, 1(5), 222-231.
- Farrell, M. (2009). *Foundations of Special Education: An Introduction*. New York: Wiley.
- Fletcher, J. M. , Lyon, G. R. , Fuchs, L. S. , & Barnes, M. A. (2007). *Learning disabilities: From identification to intervention*. NY: Guilford.
- Goldin, P. R. , Ziv, M. , Jazaieri, H. , Werner, K. , Kraemer, H. , Heimberg, R. G. , & Gross, J. J. (2012). Cognitive reappraisal self-efficacy mediates the effects of individual cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(6), 1034.
- Hansen Z, Daykin A, Lamb SE. (2010). A cognitive-behavioral program for the management of low back pain in primary care: a description and justification of the intervention used in the Back Skills Training Trial (BeST; ISRCTN 54717854). *Physiotherapy*. 96 (2): 87-94.
- Hassan, A. E. H. (2015). Emotional and behavioral problems of children with learning disabilities. *Journal of Educational Policy and Entrepreneurial Research (JEPER)*, 2(10), 66-74.
- Hayes, S. C. , & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245.
- Kabat-Zinn, J. (2003) Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 10, 144-156.
- Larsson, A. , Hooper, N. , Osborne, L. A. , Bennett, P. , & McHugh, L. (2015). Using Brief Cognitive Restructuring and Cognitive Defusion Techniques to Cope With Negative Thoughts. *Behavior Modification*, 40(3), 452-482.
- Luoma, J. B. , & Hayes, S. C. (2009). Cognitive defusion. In W. T. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy applying empirically supported techniques in your practice* (pp. 181-188). New York, NY: John Wiley.
- Mezulis, A. H. , Hyde, J. S. , & Abramson, L. Y. (2006). The developmental origins of cognitive vulnerability to depression: temperament, parenting, and negative life events in childhood as contributors to negative cognitive style. *Developmental psychology*, 42(6), 10-12.

- Ghamari, K. H. , Rafeie, S. H. , & Kiani, A. R. (2015). Effectiveness of cognitive restructuring and proper study skills in the reduction of test anxiety symptoms among students in Khalkhal Iran. *AERJ*, 3, 1230-6.
- Hadley, J. , Mowbray, T. , & Jacobs, N. (2017). Examining the mediating effects of self-efficacy on approval of aggression and proactive aggression. *Journal of School Violence*, 16(1), 86–103.
- Laurencelle, F. , & Scanlan, J. (2018). Graduate students experiences: Developing self-efficacy. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 15, 1.
- Alessandri, G. , Vecchione, M. , & Caprara, G. V. (2015). Assessment of regulatory emotional self-efficacy beliefs: A review of the status of the art and some suggestions to move the field forward. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 33(1), 24-32.
- Friedberg, R. D. , & McClure, J. M. (2015). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts*. Guilford Publications.
- O'Donohue, W. T. , & Fisher, J. E. (Eds.). (2012). *Cognitive Behavior Therapy: Core principles for practice*. Hoboken, NJ: John Wiley.
- Omidi, A. , Mohammadkhani, P. , Mohammadi, A. , & Zargar, F. (2013). Comparing mindfulness based cognitive therapy and traditional cognitive behavior therapy with treatments as usual on reduction of major depressive disorder symptoms. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(2), 142.
- Schiff R, Bauminger N, Toledo I. (2009). Analogical problem solving in children with verbal and nonverbal learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*; 42: 3-13.
- Segal, Z. V. , Williams, J. M. G. , & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York Guilford.
- Smith, H. , & Betz, N. E. (2000). Development and evaluation of a measure of social self-efficacy in college students. *Journal of Career Assessment*, 8, 232-302.
- Tangney, J. P. Baumeister, R. F. & Boone, A. L. (2004). High self – control predicts good adjustment, Less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of personality*, 72, 271 – 322.
- Turner, J. A. , Anderson, M. L. , Balderson, B. H. , Cook, A. J. , Sherman, K. J. , & Cherkin, D. C. (2016). Mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. *Pain*, 157(11), 2434-2444.
- Kuyken, W. , Warren, F. C. , Taylor, R. S. , Whalley, B. , Crane, C. , Bondolfi, G. , . . . & Segal, Z. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA psychiatry*, 73(6), 565-574.
- Waber, D. (2010). *Rethinking Learning Disabilities: Understanding Children who struggle at school*. New York: Guilford Press.
- Wigelsworth, M. , Qualter, P., & Humphrey, N. (2017). Emotional self-efficacy, conduct problems, and academic attainment: Developmental cascade effects in early adolescence. *European Journal of Developmental Psychology*, 14(2), 172-189.