






Sociology of Education

Effectiveness and Comparison of Rational Emotive Behavior Therapy and Sensory Integration Therapy on Decision-Making Styles and Social Skills of Children with Sluggish Cognitive Tempo

Marzie Rahmani¹, Hooman Namvar^{2*}, Hadi Hashemi Razini³

1. PhD student, Department of Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

❖ **Corresponding Author Email:** hnamvar@iau-saveh.ac.ir

Research Paper

Abstract

Receive: 2024/04/12
Accept: 2024/07/08
Published: 2024/08/20

Keywords:

Sluggish Cognitive Tempo,
 Rational Emotive Behavior
 Therapy, Sensory Integration
 Therapy, Decision-Making Styles,
 Social Skills

Purpose: This study aimed to determine the effectiveness and compare Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) and Sensory Integration Therapy (SIT) on decision-making styles and social skills in children with Sluggish Cognitive Tempo (SCT).

Methodology: The research employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group. The sample consisted of 15 children aged 11 to 14 from District 2 of Qom Province in 2022, diagnosed with SCT. Participants were randomly assigned into three groups: REBT (n=5), SIT (n=5), and control (n=5). The study utilized the Sluggish Cognitive Tempo Scale by Penny et al. (2009), the Decision-Making Styles Questionnaire by Scott and Bruce (1995), and the Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (1986). The interventions comprised 9 sessions of REBT and 12 sessions of SIT. Data were analyzed using covariance analysis with SPSS 24.

Findings: The results indicated significant improvements in rational decision-making ($F(2, 12) = 13.05, p = .002, \eta^2 = .72$), spontaneous decision-making ($F(2, 12) = 15.01, p = .001, \eta^2 = .75$), avoidant decision-making ($F(2, 12) = 11.12, p = .003, \eta^2 = .69$), and social skills ($F(2, 12) = 24.36, p = .000, \eta^2 = .83$) in the REBT and SIT groups compared to the control group. Post hoc tests revealed that REBT was more effective than SIT in reducing spontaneous and avoidant decision-making styles and enhancing social skills.

Conclusion: Both REBT and SIT are effective in improving rational decision-making and social skills in children with SCT. However, REBT is more effective than SIT in reducing spontaneous and avoidant decision-making styles and increasing social skills.

Article Cite:

Rahmani M, Namvar H, Hashemi Razini H. (2024). Effectiveness and Comparison of Rational Emotive Behavior Therapy and Sensory Integration Therapy on Decision-Making Styles and Social Skills of Children with Sluggish Cognitive Tempo, *Sociology of Education*. 10(2): 34-45.



<https://doi.org/10.22034/ijes.2021.541983.1184>



<https://dorl.net/dor/20.1001.1.23221445.1401.15.1.1.0>



Creative Commons: CC BY 4.0



جامعه‌شناسی آموزش و پرورش

اثربخشی و مقایسه رفتار درمانی عقلانی-عاطفی و درمان یکپارچگی حسی بر سبک‌های تصمیم‌گیری و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به کندی شناختی

مرضیه رحمانی^۱ ID، هومن نامور^{۲*} ID، هادی هاشمی رزینی^۳ ID

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

✉ ایمیل نویسنده مسئول: hnamvar@iau-saveh.ac.ir

مقاله تحقیقاتی

چکیده

هدف: این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی و مقایسه رفتاردرمانی عقلانی هیجانی (REBT) و درمان مبتنی بر یکپارچگی حسی (SIT) بر سبک‌های تصمیم‌گیری و مهارت‌های اجتماعی در کودکان با ضرب شناختی کند (SCT) انجام شد. **روش‌شناسی:** این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. نمونه شامل ۱۵ کودک ۱۱ تا ۱۴ ساله از ناحیه ۲ استان قم در سال ۲۰۲۲ بود که با SCT تشخیص داده شده بودند. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی به سه گروه تقسیم شدند (REBT (n=5)، SIT (n=5)، و کنترل (n=5). ابزارهای پژوهش شامل مقیاس کنگدگی شناختی پنی و همکاران (۲۰۰۹)، پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری اسکات و بروس (۱۹۹۵)، و پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی ماتسون (۱۹۸۶) بود. مداخلات شامل ۹ جلسه REBT و ۱۲ جلسه SIT بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار SPSS 24 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در گروه‌های REBT و SIT نسبت به گروه کنترل، بهبود معناداری در تصمیم‌گیری عقلانی ($F(2, 12) = 13.05, p = .002, \eta^2 = .72$)، تصمیم‌گیری آنی ($F(2, 12) = 15.01, p = .001, \eta^2 = .75$)، تصمیم‌گیری اجتنابی ($F(2, 12) = 11.12, p = .003, \eta^2 = .69$)، و مهارت‌های اجتماعی ($F(2, 12) = 24.36, p = .000, \eta^2 = .83$) مشاهده شد. آزمون‌های تعقیبی نشان داد که REBT در کاهش سبک‌های تصمیم‌گیری آنی و اجتنابی و افزایش مهارت‌های اجتماعی نسبت به SIT مؤثرتر بود.

نتیجه‌گیری: هر دو روش REBT و SIT در بهبود تصمیم‌گیری عقلانی و مهارت‌های اجتماعی کودکان با SCT مؤثر هستند. با این حال، REBT در کاهش سبک‌های تصمیم‌گیری آنی و اجتنابی و افزایش مهارت‌های اجتماعی نسبت به SIT مؤثرتر است.

دریافت: ۱۴۰۳/۰۱/۲۴
پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۱۸
انتشار: ۱۴۰۳/۰۵/۳۰

واژگان کلیدی:

سبک‌های تصمیم‌گیری، مهارت‌های اجتماعی، رفتار درمانی عقلانی-عاطفی، یکپارچگی حسی، کندی شناختی.

استناد مقاله:

رحمانی م، نامور ه، هاشمی رزینی ه. (۱۴۰۳). اثربخشی و مقایسه رفتار درمانی عقلانی-عاطفی و درمان یکپارچگی حسی بر سبک‌های تصمیم‌گیری و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به کندی شناختی. جامعه‌شناسی آموزش و پرورش، ۱۰(۲): ۴۵-۳۴.



<https://doi.org/10.22034/ijes.2021.541983.1184>



<https://dorl.net/dor/20.1001.1.23221445.1401.15.1.1.0>



Creative Commons: CC BY 4.0

مقدمه

کندی شناختی (SCT) یک وضعیت عصبی-رشدی است که با علائمی مانند خیال‌پردازی، مه‌آلودگی ذهنی، رخوت و سرعت کارکرد آهسته مشخص می‌شود و اغلب منجر به اختلالات قابل توجهی در عملکرد اجتماعی و تحصیلی می‌گردد. شناسایی و درمان مؤثر SCT به دلیل همپوشانی و تمایز آن با سایر اختلالاتی مانند اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD) بسیار حائز اهمیت در روانشناسی کودک شده است (Avcil & Ozbek, 2021). SCT در سال‌های اخیر به دلیل علائم منحصر به فرد و تأثیر آن بر عملکرد شناختی و اجتماعی کودکان توجه بیشتری را به خود جلب کرده است. علائم SCT که شامل خیال‌پردازی مداوم، سردرگمی ذهنی و کاهش فعالیت است، آن را از ADHD که عمدتاً شامل بیش‌فعالی و تکانشگری می‌شود، متمایز می‌سازد (Alizadeh et al., 2018; Barkley, 2013; Barkley, 2014).

عملکرد تحصیلی و روابط با همسالان را مختل کند (Kılıçoğlu et al., 2023; Kim & Lee, 2022; Kim et al., 2022; Rahmani et al., 2024). چندین رویکرد درمانی برای مقابله با چالش‌های شناختی و اجتماعی که کودکان مبتلا به SCT با آن مواجه هستند، توسعه یافته است. در بین این رویکردها، REBT و SIT به دلیل تمرکز بر بازسازی شناختی و پردازش حسی به ترتیب، نویدبخش بوده‌اند (Kahaki, 2024; Rahmani et al., 2024). REBT که توسط آلبرت ایس توسعه یافته است، نوعی از درمان شناختی-رفتاری است که بر شناسایی و تغییر باورهای غیرمنطقی که منجر به مسائل عاطفی و رفتاری می‌شوند، تمرکز دارد. به افراد کمک می‌کند تا به شیوه‌ای منطقی‌تر و سازگارتر فکر کنند و در نتیجه پاسخ‌های عاطفی و رفتاری بهتری به موقعیت‌های مختلف داشته باشند (Enayati Shabkolai et al., 2023; Garber et al., 2016; Rajaenia, 2022).

SIT که بر اساس کارهای جین آریس توسعه یافته است، طراحی شده است تا به کودکان مبتلا به اختلالات پردازش حسی کمک کند و تجربیات حسی را برای آن‌ها فراهم کند که توانایی آن‌ها را در پردازش و یکپارچه‌سازی اطلاعات حسی بهبود بخشد (DeGangi et al., 1993). SIT به طور گسترده‌ای برای درمان کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم (ASD) و سایر اختلالات رشدی استفاده شده است و بهبودهای قابل توجهی در پردازش حسی، مهارت‌های حرکتی و تعاملات اجتماعی نشان داده است (Alamdarloo & Mradi, 2020; Fitriyaningsih et al., 2021). با توجه به چالش‌های پردازش حسی که کودکان مبتلا به SCT با آن مواجه هستند، SIT پتانسیل دارد تا با بهبود توانایی‌های یکپارچه‌سازی حسی، مهارت‌های تصمیم‌گیری و اجتماعی آن‌ها را ارتقا دهد.

تحقیقات درباره اثربخشی REBT و SIT برای کودکان مبتلا به اختلالات رشدی مختلف، پایه محکمی برای کاربرد آن‌ها در SCT فراهم می‌کند. به عنوان مثال، نشان داده شده است که REBT در کاهش باورهای غیرمنطقی و بهبود مهارت‌های تصمیم‌گیری و اجتماعی در کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری و عاطفی مؤثر است (Garber et al., 2016). به طور مشابه، SIT مزایای قابل توجهی در بهبود پردازش حسی و مهارت‌های اجتماعی در کودکان مبتلا به ASD و سایر اختلالات پردازش حسی نشان داده است (Alamdarloo & Mradi, 2020; DeGangi et al., 1993).

مهارت‌های تصمیم‌گیری و اجتماعی جزء حیاتی از توسعه کلی کودکان هستند که عملکرد تحصیلی، روابط با همسالان و موفقیت آینده آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند. کودکان مبتلا به SCT اغلب به دلیل کندی شناختی و مه‌آلودگی ذهنی در تصمیم‌گیری دچار مشکل می‌شوند که منجر به نتایج تحصیلی ضعیف و کناره‌گیری اجتماعی می‌گردد (Alamdarloo & Mradi, 2020). ارتقاء این مهارت‌ها از طریق مداخلات درمانی مؤثر می‌تواند به طور قابل توجهی کیفیت زندگی و چشم‌اندازهای بلندمدت آن‌ها را بهبود بخشد.

تحقیقات متعددی درباره مداخلاتی که هدفشان بهبود مهارت‌های تصمیم‌گیری و اجتماعی در کودکان مبتلا به اختلالات رشدی است، انجام شده است. به عنوان مثال، اسپنس، دونوان و برچمن-توسنت (۲۰۰۰) نشان دادند که آموزش مهارت‌های اجتماعی، ترکیب شده با تکنیک‌های شناختی-رفتاری، به طور مؤثری اضطراب اجتماعی را کاهش داده و تعاملات اجتماعی را در کودکان مبتلا به فویبای اجتماعی بهبود بخشید (Spence et al., 2000). به طور مشابه، آلامدارلو و مرادی (۲۰۲۰) دریافته‌اند که SIT به طور قابل توجهی مشکلات عاطفی و رفتاری را در کودکان مبتلا به ASD کاهش داد و پتانسیل مداخلات حسی برای بهبود مهارت‌های اجتماعی را برجسته کرد (Alamdarloo & Mradi, 2020).

مداخلات شناختی و حسی نقش مهمی در پرداختن به چالش‌های منحصر به فرد کودکان مبتلا به SCT دارند. REBT با تمرکز بر بازسازی شناختی، به کودکان کمک می‌کند تا الگوهای فکری سازگارتر را توسعه دهند که منجر به بهبود تصمیم‌گیری و تعاملات اجتماعی می‌شود (Garber et al., 2016). از سوی دیگر، SIT تجربیات حسی لازم را برای کودکان فراهم می‌کند تا پردازش و یکپارچه‌سازی حسی خود را ارتقا دهند و بدین ترتیب توانایی آن‌ها برای شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و اتخاذ تصمیمات مؤثر را بهبود می‌بخشد (DeGangi et al., 1993; Fitriyaningsih et al., 2021; Kashefimehr et al., 2017).

مطالعه حاضر به ارزیابی اثربخشی REBT و SIT در بهبود سبک‌های تصمیم‌گیری و مهارت‌های اجتماعی در میان کودکان مبتلا به SCT پرداخته و با مقایسه این دو رویکرد درمانی، مطالعه به دنبال شناسایی مؤثرترین مداخله برای ارتقاء عملکرد شناختی و اجتماعی در این جمعیت است.

روش‌شناسی

روش این تحقیق نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی کودکان ۱۱ تا ۱۴ ساله منطقه ۲ استان قم در سال ۲۰۲۲ بود که بر اساس نظر روانشناس/روانپزشک و غربالگری با استفاده از مقیاس کندی شناختی (SCT) توسط پنی و همکاران (۲۰۰۹)، علائم کندی شناختی داشتند. از این جامعه آماری، با توجه به ماهیت خاص جامعه هدف و اپیدمیولوژی آن و با در نظر گرفتن کفایت نمونه در مطالعات مشابه، نمونه‌ای به تعداد ۱۵ نفر به صورت هدفمند بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شده و به صورت تصادفی به سه گروه ۵ نفری (رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی، درمان یکپارچگی حسی، و گروه کنترل) تقسیم شدند.

معیارهای ورود شامل محدوده سنی ۱۱ تا ۱۴ سال، داشتن علائم SCT بر اساس تشخیص روانشناس/روانپزشک و مقیاس SCT نمره بالاتر از ۲۸ در مقیاس SCT، هوش عادی، عدم وجود اختلالات عصبی-رشدی یا سایر اختلالات روانپزشکی مانند اضطراب و افسردگی، عدم مشکلات بینایی یا شنوایی، و عدم وجود شرایط پزشکی مانند دیابت، صرع یا بیماری‌های قلبی بود. این موارد از طریق بررسی سوابق کودک و مصاحبه تشخیصی توسط پژوهشگر تعیین شد. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه درمان، درمان همزمان با سایر روش‌های درمانی یا مصرف داروهای روانپزشکی، و عدم همکاری در انجام وظایف بود.

پس از انتخاب نمونه، جلسه‌ای با این افراد و والدینشان برگزار شد و اهداف پژوهش به زبان ساده توضیح داده شد و از آنها خواسته شد که به پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری اسکات و بروس (۱۹۹۵) و ارزیابی مهارت‌های اجتماعی ماتسون (۱۹۸۶) صادقانه پاسخ دهند. سپس، ۹ جلسه رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی برای ۵ کودک و ۱۲ جلسه درمان یکپارچگی حسی برای ۵ کودک دیگر در مرکز توانبخشی اختلالات یادگیری منطقه ۲ استان قم توسط پژوهشگر برگزار شد. ۵ فرد باقی‌مانده به گروه کنترل اختصاص داده شدند و هیچ درمانی دریافت نکردند.

اخذ رضایت آگاهانه، مشارکت داوطلبانه و حق انصراف از مطالعه، حفظ محرمانگی و ناشناس بودن اطلاعات، و اطمینان به شرکت‌کنندگان و والدینشان در مورد بی‌ضرر بودن مداخلات درمانی از اصول اخلاقی مورد پایبندی در این پژوهش بود که مطابق با استانداردهای اخلاقی کمیته‌های تحقیقاتی مؤسسه و ملی مسئول تحقیقات انسانی و اعلامیه هلسینکی ۱۹۷۵ اجرا شد.

مقیاس کندی شناختی توسط پنی و همکاران (۲۰۰۹) برای شناسایی علائم SCT در کودکان و نوجوانان ۴ تا ۱۴ سال طراحی شده است. این مقیاس شامل ۱۴ آیتم و ۳ خرده مقیاس: کندی، خواب‌آلودگی و خیال‌پردازی است که نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌نقطه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) است. بر اساس گفته‌های پنی و همکاران، مقیاس SCT دارای اعتبار محتوای خوب، سازگاری درونی قابل قبول و پایایی بازآزمایی است. ضرایب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰٫۸۷ و برای خرده مقیاس‌های کندی، خواب‌آلودگی و خیال‌پردازی به ترتیب ۰٫۸۷، ۰٫۸۳ و ۰٫۷۰ بود. پایایی این مقیاس در ایران با استفاده از آلفای کرونباخ ۰٫۸۲ گزارش شده است (Kahaki, 2024; Rahmani et al., 2024).

پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری توسط اسکات و بروس در سال ۱۹۹۵ توسعه یافته است. این ابزار خودگزارشی شامل ۲۵ آیتم است که پنج آیتم برای ارزیابی هر یک از سبک‌های کلی تصمیم‌گیری اختصاص داده شده است. آیتم‌ها (۴، ۷، ۱۱، ۱۳ و ۲) سبک تصمیم‌گیری عقلانی را ارزیابی می‌کنند؛ آیتم‌ها (۱، ۳، ۱۲، ۱۶ و ۱۷) سبک شهودی را ارزیابی می‌کنند؛ آیتم‌ها (۲، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۲۲) سبک وابسته را ارزیابی می‌کنند؛ آیتم‌ها (۸، ۹، ۱۵، ۲۰ و ۲۴) سبک خودجوش را ارزیابی می‌کنند؛ و آیتم‌ها (۶، ۱۴، ۱۹، ۲۱ و ۲۳) سبک اجتنابی را ارزیابی می‌کنند. نمرات از ۲۵ تا ۱۲۵ متغیر است و پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌نقطه‌ای از "۱ = هرگز" تا "۵ = همیشه" نمره‌گذاری می‌شوند. ضرایب پایایی پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری عمومی برای هر سبک، شامل عقلانی، شهودی، وابسته، خودجوش و اجتنابی به ترتیب ۰٫۸۵، ۰٫۸۴، ۰٫۸۶، ۰٫۹۴ و ۰٫۸۷ گزارش شده است (Scott & Bruce, 1995). نسخه ایرانی این پرسشنامه نشان داد که ضرایب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰٫۷۷، ۰٫۷۸، ۰٫۷۶، ۰٫۸۶ و ۰٫۸۳ برای سبک‌های عقلانی، شهودی، وابسته، خودجوش و اجتنابی بودند. همچنین، اعتبار سازه‌ای آن نیز قابل قبول بود (Khosravi & Mehrmohammadi, 2023; Raziee et al., 2022).

پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی توسط ماتسون و همکاران (۱۹۸۶) برای ارزیابی مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۵۶ آیتم است و پنج حوزه مرتبط با مهارت‌های اجتماعی نوجوانان را اندازه‌گیری می‌کند: مهارت‌های اجتماعی مناسب (آیتم‌های ۱ تا ۱۸)، رفتارهای ضد اجتماعی (آیتم‌های ۱۹ تا ۲۹)، رفتارهای تهاجمی و تکانشی (آیتم‌های ۳۰ تا ۴۱)، برتری و اعتماد به نفس بالا (آیتم‌های ۴۲ تا ۴۷) و روابط با همسالان (آیتم‌های ۴۸ تا ۵۶). پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌نقطه‌ای از "۱ = هرگز" تا "۵ = همیشه" نمره‌گذاری می‌شوند. لازم به ذکر است که نمره‌گذاری

آیتم‌های ۱۹ تا ۴۷، ۴۹، ۵۰، ۵۲، ۵۴ و ۵۵ معکوس است. سازندگان گزارش داده‌اند که ضرایب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل و هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰،۸۰، ۰،۸۴، ۰،۴۷، ۰،۸۷، ۰،۷۴ و ۰،۷۰ بودند. اعتبار پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی توسط تئودورو و همکاران (۲۰۰۵) محاسبه شده و ۰،۸۵ بوده است. در مطالعه باهداری جهرمی و همکاران (۲۰۱۷)، پایایی آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰،۸۹ و اعتبار آن با استفاده از تحلیل عاملی ۰،۶۸ گزارش شده است (Enayati Shabkolai et al., 2023; McDonnell et al., 2024).

رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی

این بسته مداخله‌ای به صورت محقق‌ساخته و بر اساس فصل‌های ۸ تا ۱۱ کتاب "رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی برای اختلالات کودکی" توسط ایس و برنارد (۲۰۰۶) در ۹ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای طراحی شده است (Rahmani et al., 2024).

جلسه ۱: ایجاد ارتباط اولیه

در جلسه اول، درمانگر بر ایجاد ارتباط با کودک و والدین او تمرکز می‌کند. این شامل انجام ارزیابی و مصاحبه برای درک مسائل کودک و سبک فرزندپروری می‌شود. درمانگر سپس یک برنامه درمانی متناسب با نیازهای خاص کودک طراحی می‌کند. این جلسه زمینه را برای ایجاد یک رابطه اعتمادآمیز فراهم کرده و استراتژی‌های مداخله‌ای بعدی را اطلاع‌رسانی می‌کند.

جلسه ۲: آموزش مدل ABC

در جلسه دوم، درمانگر مدل ABC رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی را به کودک معرفی می‌کند. مدل ABC به کودک کمک می‌کند تا ارتباط بین باورها، احساسات و رفتارها را درک کند. با یادگیری چگونگی تأثیر افکار بر احساسات و اعمال، کودکان می‌توانند پاسخ‌های عاطفی و رفتاری سالم‌تری را توسعه دهند. درمانگر از مثال‌های ساده و قابل فهم برای توضیح این چارچوب استفاده می‌کند.

جلسه ۳: پذیرش مسئولیت برای احساسات و رفتارها

جلسه سوم بر آموزش کودک برای پذیرش مسئولیت احساسات و رفتارهای خود تمرکز دارد. درمانگر توضیح می‌دهد که چگونه احساسات و اعمال دارای پیامدهایی هستند و به کودک کمک می‌کند تا نقش خود را در این پیامدها بشناسد. این جلسه هدف دارد که کودک را قادر سازد تا کنترل بر پاسخ‌های عاطفی و رفتاری خود را به دست گیرد.

جلسه ۴: آموزش روش‌های مفید تفکر

در جلسه چهارم، درمانگر استراتژی‌هایی برای تفکر مفید در مورد خود، دیگران و موقعیت‌ها معرفی می‌کند. کودک یاد می‌گیرد تا افکار غیرمفید را با افکار سازنده‌تر جایگزین کند. به عنوان مثال، تبدیل فکر "من همیشه به خاطر مشکلات توجهی‌ام شکست خواهم خورد" به "ممکن است نیاز داشته باشم بیشتر از همکلاسی‌هایم کار کنم به دلیل مشکلات توجهی‌ام، اما این به معنای شکست نیست".

جلسه ۵: آموزش مدل ABC به والدین

جلسه پنجم شامل آموزش والدین درباره مدل ABC است تا آنها بتوانند ارتباط بین باورها، احساسات و رفتارها را درک کنند. والدین یاد می‌گیرند که پاسخ‌های عاطفی و رفتاری خود را مدیریت کنند و مسئولیت تنظیم عاطفی کودک خود را بپذیرند. این جلسه هدف دارد که یک محیط خانگی حمایت‌کننده ایجاد کند که یادگیری کودک را تقویت کند.

جلسه ۶: آموزش سیستم اقتصادی پاداش

در جلسه ششم، درمانگر والدین را در استفاده از سیستم اقتصادی پاداش آموزش می‌دهد. این شامل مدیریت موقعیت‌های اضطراری و استفاده از تکنیک‌هایی مانند تایم‌اوت‌ها، تحسین‌ها و استفاده از پاداش‌ها برای تقویت رفتارهای مطلوب می‌شود. درمانگر و والدین این استراتژی‌ها را تمرین می‌کنند تا اطمینان حاصل شود که در خانه به طور مؤثری اجرا می‌شوند.

جلسه ۷: چالش باورهای غیرمنطقی

جلسه هفتم به چالش باورهای غیرمنطقی کودک و جایگزینی آنها با باورهای منطقی اختصاص دارد. درمانگر کودک را در پرسش از افکار غیرمفید خود هدایت کرده و باورهای منطقی و مفیدتری را پذیرش می‌کند. این جلسه همچنین بر درونی‌سازی این باورهای منطقی و ارتباط آنها با احساسات و رفتارهای مثبت تمرکز دارد.

جلسه ۸: آموزش مهارت‌های اجتماعی

در جلسه هشتم، درمانگر به مهارت‌های اجتماعی کودک می‌پردازد. کودک در مورد موقعیت‌های اجتماعی که ممکن است به دلیل کمبود مهارت‌های اجتماعی موجب اضطراب یا طرد شود، یاد می‌گیرد. درمانگر بازخورد ارائه می‌دهد و به کودک کمک می‌کند تا این مهارت‌ها را توسعه داده و تمرین کند تا تعاملات اجتماعی خود را بهبود بخشد.

جلسه ۹: خلاصه‌سازی، ایجاد برنامه اقتصادی پاداش و تعمیم

جلسه نهمی شامل مرور جلسات قبلی، دریافت بازخورد و ایجاد یک برنامه اقتصادی پاداش برای مدیریت رفتارهای کودک در خانه است. درمانگر همچنین روش‌هایی برای تعمیم مهارت‌های آموخته شده به سایر موقعیت‌ها را مورد بحث قرار می‌دهد تا اطمینان حاصل شود که کودک می‌تواند مهارت‌های جدید خود را در موقعیت‌های مختلف به کار گیرد.

برنامه درمانی مبتنی بر یکپارچگی حسی توسط فرهد، هدیه یندخانی و محشدی (۲۰۱۷) در سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور برای بهبود مهارت‌های حسی و حرکتی و همچنین عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان استثنایی توسعه یافته است (Fitriyaningsih et al., 2021; Kashefimehr et al., 2017; Pfeiffer et al., 2017).

جلسه ۱: لیوان‌های درجه‌بندی شده

در جلسه اول، از کودک خواسته می‌شود آب را از یک پارچ به لیوان‌های علامت‌دار بدون تجاوز از علامت بریزد. ابتدا از لیوان‌های با یک علامت استفاده می‌شود و با افزایش کنترل کودک به لیوان‌های با دو علامت پیش می‌رود. جلسه با تعیین تکالیف خانگی برای تقویت مهارت‌های آموخته شده خاتمه می‌یابد.

جلسه ۲: پیچ و مهره‌ها

جلسه دوم شامل کار کودک با پیچ و مهره‌ها است، تمرین باز و بسته کردن آنها، می‌توان زمان‌بندی کرد تا سرعت و دقت کودک افزایش یابد و مهارت‌های حرکتی ظریف بهبود یابد.

جلسه ۳: حس کردن و گفتن

در جلسه سوم، دو ورق یکسان با علامت‌های صلیب تهیه می‌شود. یکی پشت کودک و دیگری جلوی او قرار می‌گیرد. درمانگر یک علامت روی ورق پشت کودک لمس می‌کند و کودک باید محل مربوطه را روی ورق جلویی نشان دهد. این فعالیت آگاهی فضایی و درک لمسی را بهبود می‌بخشد.

جلسه ۴: رسیدن به هدف

در جلسه چهارم، یک هدف در انتهای یک مسیر موانع تنظیم می‌شود. کودک باید موانع را طی کرده و به هدف برسد، مثلاً توپ را از مسیر عبور داده و در سبیدی در انتها قرار دهد. این جلسه مهارت‌های برنامه‌ریزی حرکتی و هماهنگی را بهبود می‌بخشد.

جلسه ۵: پرچم‌ها

در جلسه پنجم، به کودک پرچم‌های رنگی داده می‌شود که هر کدام نمایانگر تعداد مشخصی ضربه است. درمانگر با خط‌کش روی میز پشت کودک ضربه می‌زند و کودک باید پرچمی را که با تعداد ضربه‌ها مطابقت دارد، بالا ببرد. این فعالیت پردازش شنیداری و توجه به جزئیات را بهبود می‌بخشد.

جلسه ۶: شنیدن و دنبال کردن

جلسه ششم شامل کشیدن خطوط مختلف روی کاغذ یا تخته است. به کودک دستور داده می‌شود که خط را بین دو نقطه بکشد در حالی که موسیقی پخش می‌شود و وقتی موسیقی متوقف می‌شود، دست خود را نگه دارد. وقتی موسیقی ادامه می‌یابد، کودک به کشیدن ادامه می‌دهد. این فعالیت پردازش شنیداری و کنترل حرکتی را بهبود می‌بخشد.

جلسه ۷: تعادل

در جلسه هفتم از یک زیرانداز با اشکال هندسی مختلف استفاده می‌شود. به کودک دستور داده می‌شود که بخش‌های بدن خود را روی اشکال خاصی قرار دهد، مثلاً دست راست روی دایره سیاه و پای چپ روی مثلث آبی، و تعادل خود را حفظ کند. با بهبود مهارت‌های کودک، دستورات متعددی به طور متوالی به او داده می‌شود که تعادل و حافظه را بهبود می‌بخشد.

جلسه ۸: کلمات رنگی

در جلسه هشتم، کارت‌هایی با نام‌های رنگی نوشته شده در رنگ‌های مختلف استفاده می‌شود. به عنوان مثال، کلمه "آبی" ممکن است با رنگ صورتی روی زمینه زرد نوشته شده باشد. کودک باید رنگ کلمه را شناسایی کند و متن و رنگ زمینه را نادیده بگیرد. این فعالیت تمرکز انتخابی و انعطاف‌پذیری شناختی را آموزش می‌دهد.

جلسه ۹: کلمات رمز

در جلسه نهم، حروفی روی تخته نوشته می‌شوند که هر کدام با یک نماد مرتبط هستند. کودک از این نمادها برای کدگذاری و رمزگشایی کلمات استفاده می‌کند. ابتدا درمانگر کلمات را برای کدگذاری ارائه می‌دهد و سپس وظایف رمزگشایی انجام می‌شود. در نهایت، کودک کلمات خود را برای کدگذاری و رمزگشایی ایجاد می‌کند که درک او از نمایندگی نمادین را تقویت می‌کند.

جلسه ۱۰: ردپاها

در جلسه دهم، ردپاهای رنگی در فاصله قدم‌های کودک روی زمین قرار می‌گیرند. کودک فعالیت‌هایی مانند راه رفتن روی ردپاها، پریدن با هر دو پا یا جهیدن روی یک پا را انجام می‌دهد، بسته به الگو. این تمرین مهارت‌های حرکتی درشت و آگاهی فضایی را بهبود می‌بخشد.

جلسه ۱۱: نوار فرمان

در جلسه یازدهم، درمانگر یک سری دستورات را با استفاده از تلفن همراه یا ضبط صوت ضبط می‌کند. دستورات ضبط‌شده برای کودک پخش می‌شوند که باید آنها را به خاطر بسپارد و به ترتیب اجرا کند. این جلسه حافظه شنیداری و پردازش ترتیبی را بهبود می‌بخشد.

جلسه ۱۲: خط و مربع

در جلسه دوازدهم، کودک ورق‌های کاری با خطوط و اشکال مشابه نمونه داده می‌شود. کودک حداکثر پنج دقیقه وقت دارد تا شکل‌های مشابه را در ردیف‌ها پیدا کرده و علامت بزند. این فعالیت تشخیص بصری و توجه به جزئیات را تشویق می‌کند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته‌ها

جدول ۱ آمار توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای متغیرهای پژوهش، بر اساس گروه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	میانگین پیش‌آزمون	انحراف معیار پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف معیار پس‌آزمون
تصمیم‌گیری عقلانی	یکپارچگی حسی	4.80	4.02	11.00	1.22
	رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی	5.60	3.85	12.40	2.41
	کنترل	5.00	2.58	6.00	1.83
تصمیم‌گیری شهودی	یکپارچگی حسی	4.40	4.16	11.20	1.10
	رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی	7.40	4.39	12.00	2.74
	کنترل	11.25	4.86	11.25	5.50
تصمیم‌گیری وابسته	یکپارچگی حسی	9.20	3.96	9.00	2.24
	رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی	12.60	1.95	10.60	4.16
	کنترل	11.75	3.10	11.75	2.22
تصمیم‌گیری خودجوش	یکپارچگی حسی	9.20	4.66	10.20	1.30
	رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی	12.00	2.74	6.60	2.51
	کنترل	14.75	3.95	15.25	2.99
تصمیم‌گیری اجتنابی	یکپارچگی حسی	11.00	4.85	10.80	1.30
	رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی	12.80	3.35	6.60	2.97
	کنترل	12.75	4.57	14.00	3.56
مهارت‌های اجتماعی	یکپارچگی حسی	128.00	15.91	154.20	16.21
	رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی	129.20	12.64	177.80	8.04
	کنترل	146.00	19.34	148.00	18.17

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین‌های سبک‌های تصمیم‌گیری عقلانی و شهودی و همچنین مهارت‌های اجتماعی در گروه‌های رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی و یکپارچگی حسی در پس‌آزمون افزایش یافته است. برعکس، میانگین سبک تصمیم‌گیری اجتنابی در این گروه‌ها کاهش یافته است. با این حال، میانگین سبک‌های تصمیم‌گیری وابسته و خودجوش در گروه‌های رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی و یکپارچگی حسی و همچنین میانگین‌های

سبک‌های تصمیم‌گیری و مهارت‌های اجتماعی در گروه کنترل تغییرات قابل توجهی نشان ندادند. برای بررسی این تفاوت‌ها، تحلیل کوواریانس استفاده شد و فرضیات این روش ابتدا ارزیابی شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و نتایج نشان داد که فرض نرمال بودن در هر دو گروه رعایت شده است ($p > .05$). آزمون لوین برای ارزیابی فرض همگنی واریانس‌ها استفاده شد و نتایج نشان داد که فرض همگنی واریانس‌ها نقض نشده است زیرا مقادیر آزمون لوین برای سبک‌های تصمیم‌گیری و مهارت‌های اجتماعی بالاتر از مقدار بحرانی ۰.۵ بودند. برای اطمینان از فرض همگنی همبستگی‌ها میان متغیرهای وابسته، آزمون کرویت بارتلت محاسبه شد و نتایج نشان داد که شاخص بارتلت به طور آماری معنادار نبود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که فرض همبستگی‌ها میان متغیرهای وابسته، که برای تحلیل کوواریانس چندمتغیره ضروری است، رعایت نشده است. لذا با توجه به عدم همگنی همبستگی‌ها و عدم همبستگی تجربی میان سبک‌های تصمیم‌گیری و مهارت‌های اجتماعی، تحلیل کوواریانس یک‌متغیره برای آزمون فرضیات پژوهش استفاده شد و نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره برای مقایسه میانگین‌های گروه‌ها در متغیرهای پس‌آزمون

متغیر	SS	df	MS	F	p	η^2
تصمیم‌گیری عقلانی	95.94	2	47.97	13.05	.002	.72
تصمیم‌گیری شهودی	19.69	2	9.85	1.42	.287	.22
تصمیم‌گیری وابسته	6.41	2	3.20	0.47	.637	.09
تصمیم‌گیری خودجوش	133.97	2	66.98	15.01	.001	.75
تصمیم‌گیری اجتنابی	129.03	2	64.52	11.12	.003	.69
مهارت‌های اجتماعی	3460.83	2	1730.41	24.36	.000	.83

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تفاوت‌های معناداری در میانگین نمرات سبک تصمیم‌گیری عقلانی ($F(2, 12) = 13.05, p = .002, \eta^2 = .72$)، تصمیم‌گیری خودجوش ($F(2, 12) = 15.01, p = .001, \eta^2 = .75$) و تصمیم‌گیری اجتنابی ($F(2, 12) = 11.12, p = .003, \eta^2 = .69$) و همچنین مهارت‌های اجتماعی ($F(2, 12) = 24.36, p = .000, \eta^2 = .83$) بین گروه‌های درمان (یکپارچگی حسی و رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی) و گروه کنترل در پس‌آزمون وجود دارد. با این حال، تفاوت‌های معناداری در میانگین نمرات سبک‌های تصمیم‌گیری شهودی ($F(2, 12) = 1.42, p = .287, \eta^2 = .22$) و وابسته ($F(2, 12) = 0.47, p = .637, \eta^2 = .09$) بین گروه‌ها مشاهده نشد.

همچنین، آزمون‌های پس‌زمینه نشان داد که:

میانگین سبک تصمیم‌گیری عقلانی در هر دو گروه یکپارچگی حسی و رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود. میانگین نمرات سبک‌های تصمیم‌گیری خودجوش و اجتنابی در گروه رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی به طور معناداری کمتر از گروه‌های یکپارچگی حسی و کنترل بود.

میانگین نمره مهارت‌های اجتماعی در گروه رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی به طور معناداری بالاتر از گروه‌های یکپارچگی حسی و کنترل بود و میانگین نمره مهارت‌های اجتماعی در گروه یکپارچگی حسی نیز به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود.

بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که هر دو روش رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی و یکپارچگی حسی در افزایش تصمیم‌گیری عقلانی و مهارت‌های اجتماعی در کودکان مبتلا به کندی شناختی مؤثر هستند. همچنین، رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی در کاهش سبک‌های تصمیم‌گیری خودجوش و اجتنابی و افزایش مهارت‌های اجتماعی نسبت به یکپارچگی حسی مؤثرتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی و مقایسه رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی (REBT) و درمان یکپارچگی حسی (SIT) بر سبک‌های تصمیم‌گیری و مهارت‌های اجتماعی در کودکان مبتلا به کندی شناختی (SCT) انجام شد. یافته‌ها نشان داد که هر دو روش REBT و SIT در مقایسه با گروه کنترل به

طور معناداری تصمیم‌گیری عقلانی و مهارت‌های اجتماعی را بهبود بخشیدند. علاوه بر این، مشخص شد که REBT نسبت به SIT در کاهش سبک‌های تصمیم‌گیری خودجوش و اجتنابی مؤثرتر است.

بهبود معنادار در تصمیم‌گیری عقلانی و مهارت‌های اجتماعی در کودکانی که REBT دریافت کردند، با مبانی نظری این مداخله شناختی-رفتاری هماهنگ است. REBT بر شناسایی و تغییر باورهای غیرمنطقی که منجر به مشکلات عاطفی و رفتاری می‌شوند، تمرکز دارد (Garber, Frankel, & Herrington, 2016). با ترویج تفکر عقلانی، REBT به کودکان کمک می‌کند تا استراتژی‌های بهتری برای تصمیم‌گیری توسعه دهند و تعاملات اجتماعی‌شان را بهبود بخشند. این یافته با تحقیقات قبلی که اثربخشی مداخلات شناختی-رفتاری در بهبود نتایج اجتماعی و شناختی کودکان با اختلالات رشدی مختلف را نشان می‌دهد، همخوانی دارد (Granovetter, 2013).

به طور مشابه، اثربخشی SIT در بهبود مهارت‌های اجتماعی و تصمیم‌گیری عقلانی می‌تواند به تمرکز آن بر بهبود پردازش و یکپارچگی حسی نسبت داده شود. تجربیات حسی کنترل‌شده‌ای را برای کودکان فراهم می‌کند که به آن‌ها کمک می‌کند اطلاعات حسی را بهتر پردازش و پاسخ دهند که این برای تعاملات اجتماعی و تصمیم‌گیری ضروری است (DeGangi et al., 1993; Fitriyaningsih et al., 2021). این نتایج با مطالعاتی که نشان می‌دهند مداخلات مبتنی بر حسی می‌تواند به بهبودهای قابل توجهی در مهارت‌های اجتماعی و شناختی کودکان مبتلا به اختلالات پردازش حسی منجر شود، همخوانی دارد (Alamdarloo & Mradi, 2020).

اثربخشی بیشتر REBT نسبت به SIT در کاهش سبک‌های تصمیم‌گیری خودجوش و اجتنابی نشان می‌دهد که رویکردهای شناختی-رفتاری ممکن است برای پرداختن به جنبه‌های شناختی SCT مناسب‌تر باشند. تاکید REBT بر بازسازی شناختی به کودکان کمک می‌کند تا الگوهای فکری منجر به رفتارهای تکانشی و اجتنابی را شناسایی و تغییر دهند که منجر به تصمیم‌گیری‌های دقیق‌تر و عقلانی‌تر می‌شود (Garber et al., 2016). این یافته با تحقیقاتی که نشان می‌دهند مداخلات شناختی-رفتاری به ویژه در کاهش سبک‌های تصمیم‌گیری ناسازگار در کودکان مبتلا به ADHD و سایر اختلالات شناختی مؤثر هستند، حمایت می‌شود (Avcil & Ozbek, 2021).

در حالی که مطالعه حاضر دیدگاه‌های ارزشمندی درباره اثربخشی REBT و SIT برای کودکان مبتلا به SCT ارائه می‌دهد، باید چندین محدودیت را در نظر گرفت. اول، اندازه نمونه نسبتاً کوچک بود و فقط شامل ۱۵ شرکت‌کننده تقسیم شده به سه گروه بود. این اندازه نمونه محدود ممکن است قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش دهد. مطالعات آینده باید هدفشان شامل نمونه‌های بزرگ‌تر باشد تا این نتایج را تأیید کرده و کاربردپذیری آن‌ها را به جمعیت‌های گسترده‌تر افزایش دهند. دوم، مطالعه از طراحی نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون کنترل گروه استفاده کرد که اگرچه دقیق است، نمی‌تواند به طور کامل تأثیر متغیرهای مداخله‌گر را حذف کند. آزمایش‌های تصادفی کنترل‌شده (RCT) برای برقراری روابط علی قوی‌تر بین مداخلات و نتایج ضروری هستند.

یک محدودیت دیگر، اتکا به اندازه‌گیری‌های خودگزارشی و ارزیابی‌های مشاهده‌ای است که می‌تواند دچار اریبی باشد. تحقیقات آینده باید دامنه وسیع‌تری از اندازه‌گیری‌های عینی مانند تصویربرداری عصبی یا ارزیابی‌های فیزیولوژیک را به کار بگیرند تا ارزیابی جامع‌تری از اثرات مداخلات ارائه دهند. علاوه بر این، تمرکز مطالعه بر کودکان ۱۱ تا ۱۴ ساله قابلیت تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌های سنی را محدود می‌کند. پژوهش درباره اثربخشی این مداخلات در مراحل رشدی مختلف می‌تواند درک کامل‌تری از مزایای آن‌ها فراهم کند.

تحقیقات آینده باید به محدودیت‌های مطالعه حاضر پرداخته و شامل نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر بوده و از طراحی‌های RCT برای تقویت پایه شواهد برای REBT و SIT در درمان SCT استفاده کنند. مطالعات طولی نیز برای بررسی اثرات بلندمدت این مداخلات بر سبک‌های تصمیم‌گیری و مهارت‌های اجتماعی توصیه می‌شود. این امر کمک می‌کند تا تعیین شود که آیا بهبودهای مشاهده شده در کوتاه‌مدت در طول زمان پایدار هستند و به مزایای توسعه‌ای ماندگار منجر می‌شوند.

علاوه بر این، مطالعات آینده باید به بررسی عوامل میانجی و تعدیل‌گر احتمالی که بر اثربخشی REBT و SIT تأثیر می‌گذارند، بپردازند. برای مثال، بررسی نقش تفاوت‌های فردی در پردازش شناختی و حسی و همچنین عوامل خانوادگی و محیطی می‌تواند بینش‌هایی درباره چگونگی تنظیم این مداخلات برای برآورده کردن نیازهای خاص کودکان مختلف ارائه دهد. تحقیقات درباره ادغام REBT و SIT با سایر رویکردهای درمانی مانند کاردرمانی و گفتار/زبان درمانی نیز می‌تواند درک جامع‌تری از چگونگی حمایت مؤثر از کودکان مبتلا به SCT فراهم کند (Granovetter, 2013).

یافته‌های این مطالعه پیامدهای مهمی برای عمل بالینی در درمان کودکان مبتلا به SCT دارد. پزشکان باید در نظر داشته باشند که هر دو مداخله شناختی-رفتاری و مبتنی بر حسی را برای پرداختن به نیازهای چندوجهی این کودکان در برنامه‌های درمانی خود گنجانند REBT. با تمرکز بر بازسازی شناختی می‌تواند به ویژه در بهبود تصمیم‌گیری عقلانی و کاهش رفتارهای تکانشی و اجتنابی مفید باشد SIT. از سوی دیگر می‌تواند پردازش حسی و مهارت‌های اجتماعی را بهبود بخشد و آن را به یک مکمل ارزشمند برای رویکردهای شناختی-رفتاری تبدیل کند.

بالینگران نیز باید از تفاوت‌های فردی میان کودکان مبتلا به SCT آگاه بوده و مداخلات خود را متناسب با این تفاوت‌ها تنظیم کنند. ارزیابی چالش‌های خاص شناختی و پردازش حسی هر کودک می‌تواند به طراحی برنامه‌های درمانی شخصی‌سازی شده که حداکثر بهره‌وری از REBT و SIT را تضمین می‌کنند، کمک کند. علاوه بر این، درگیر کردن والدین و مراقبان در فرایند درمانی می‌تواند اثربخشی این مداخلات را با فراهم کردن حمایت و تقویت مداوم در محیط خانه افزایش دهد.

در نتیجه، مطالعه حاضر پتانسیل REBT و SIT در بهبود سبک‌های تصمیم‌گیری و مهارت‌های اجتماعی در میان کودکان مبتلا به SCT را برجسته می‌کند. با پرداختن به جنبه‌های شناختی و حسی SCT، این مداخلات می‌توانند حمایت جامعی برای نیازهای توسعه‌ای کودکان ارائه دهند. ادامه تحقیقات و نوآوری‌های عملی ضروری است تا این رویکردها بهبود یافته و تضمین شود که کودکان مبتلا به SCT دریافت مراقبت‌های مؤثر و شخصی‌سازی شده به بهترین نحو ممکن را داشته باشند.

تشکر و قدرانی

بدین وسیله پژوهشگران از شرکت‌کنندگان در پژوهش به دلیل مشارکت فعال در پژوهش و از مسئولان آن‌ها به دلیل موافقت جهت انجام پژوهش و انجام پرسشنامه تقدیر و تشکر می‌شود.



References

- Alamdarloo, G. H., & Mradi, H. (2020). The Effectiveness of Sensory Integration Intervention on the Emotional-Behavioral Problems of Children With Autism Spectrum Disorder. *Advances in Autism*, 7(2), 152-166. <https://doi.org/10.1108/aia-12-2019-0051>
- Alizadeh, H., Hamivand, L., Farokhi, N., & Kazemi, F. (2018). Psycho-Social Program Designing for Students with Sluggish Cognitive Tempo and its Effectiveness on Socio-Emotional Difficulties. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*---, 8(1), 36. <https://www.magiran.com/paper/1960852>
- Avcil, S., & Ozbek, M. M. (2021). The Relationship Between Theory of Mind and Sluggish Cognitive Tempo in School-Age Children With Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(4), 1137-1152. <https://doi.org/10.1177/13591045211030665>
- Barkley, R. A. (2013). Distinguishing Sluggish Cognitive Tempo From ADHD in Children and Adolescents: Executive Functioning, Impairment, and Comorbidity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(2), 161-173. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.734259>
- Barkley, R. A. (2014). Sluggish cognitive tempo (concentration deficit disorder?): Current status, future directions, and a plea to change the name. *Journal of abnormal child psychology*, 42, 117-125. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10802-013-9824-y>
- DeGangi, G. A., Wietlisbach, S., Goodin, M., & Scheiner, N. (1993). A Comparison of Structured Sensorimotor Therapy and Child-Centered Activity in the Treatment of Preschool Children With Sensorimotor Problems. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(9), 777-786. <https://doi.org/10.5014/ajot.47.9.777>
- Enayati Shabkolai, M., Enayati Shabkolai, M., & Bagheri Dadokolai, M. (2023). The Effectiveness of Treatment based on Acceptance and Commitment on Social Adaptation, Academic Self-Regulation and Cognitive Flexibility of Students with Specific Learning Disorders. *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, 4(1), 33-41. <https://doi.org/10.61838/kman.ijecs.4.1.5>
- Fitriyaningsih, A., Dewi, Y. L. R., & Adriani, R. B. (2021). Meta-Analysis the Effect of Sensory Integration Therapy on Sensoric and Motoric Development in Children With Autism Spectrum Disorder. *Journal of Maternal and Child Health*, 7(1), 52-63. <https://doi.org/10.26911/thejmch.2022.07.01.06>
- Garber, J., Frankel, S. A., & Herrington, C. G. (2016). Developmental Demands of Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Children and Adolescents: Cognitive, Social, and Emotional Processes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 181-216. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112836>
- Granovetter, M. (2013). The Methodology and Efficacy of Cognitive Behavioural Therapy, Occupational Therapy, and Speech/Language Therapy: A Critical Review. *Oa Autism*, 1(3). <https://doi.org/10.13172/2052-7810-1-3-975>
- Kahaki, F. (2024). The Effectiveness of Social-Cognitive Competence Skills Training on Positive Affects and Executive Functions of Adolescents. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, 3(1), 222-233. <https://doi.org/10.22034/pdmd.2024.449900.1067>
- Kashefimehr, B., Kayihan, H., & Huri, M. (2017). The Effect of Sensory Integration Therapy on Occupational Performance in Children With Autism. *Otjr Occupational Therapy Journal of Research*, 38(2), 75-83. <https://doi.org/10.1177/1539449217743456>
- Khosravi, R. A., & Mehrmohammadi, M. (2023). Design and Validation of Decentering Schemes for Decision-Making about Curriculum Based on Schwab's Theory and Features of the Curriculum Development System in Iran. *iase-idje*, 6(1), 12-30. <https://doi.org/10.61186/ijes.6.1.12>
- Kılıçoğlu, A. G., Zadehgan Afshord, T., Derin, S., Ertas, E., Coskun, P., Aktas, S., & Guler, E. M. (2023). Comparison of Possible Changes in Oxidative Stress, DNA Damage, and Inflammatory Markers in Children/Adolescents Diagnosed with Sluggish Cognitive Tempo and Children/Adolescents Diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 33(8), 325-331. <https://doi.org/10.1089/cap.2022.0081>
- Kim, K., & Lee, J.-H. (2022). The effect of feedback in virtual attention training on orienting attention in individuals with sluggish cognitive tempo. *Journal of Attention Disorders*, 26(12), 1640-1652. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10870547221090664>
- Kim, Y., Park, C., & You, J. H. (2022). Effects of Integrative Autism Therapy on Multiple Physical, Sensory, Cognitive, and Social Integration Domains in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder: A 4-Week Follow-Up Study. *Children*, 9(12), 1971. <https://doi.org/10.3390/children9121971>
- McDonnell, M., Yang, Y., & Zadhan, Z. (2024). Linking Emotional and Social Competencies to Career Readiness Among Senior Undergraduates [Research Article]. *Iranian Journal of Educational Sociology*, 7(1), 198-204. <https://doi.org/10.61838/kman.ijes.7.1.19>

- Pfeiffer, B., May-Benson, T. A., & Bodison, S. (2017). State of the Science of Sensory Integration Research With Children and Youth. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 7201170010p7201170011-7201170010p7201170014. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.721003>
- Rahmani, M., Namvar, H., & Hashemi Razini, H. (2024). The Effectiveness of Rational Emotive Behavior Therapy on Executive Functions and Academic Procrastination of Children with Sluggish Cognitive Tempo. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, 2(4), 82-90. <https://doi.org/10.22034/pdmd.2024.434756.1038>
- Rajaeinia, A. (2022). Effectiveness of Cognitive Behavior Group Therapy on decreasing perfectionism, increasing positive affect and mental performance in Female Clergies. *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, 2(4), 45-53. <https://doi.org/10.22034/injoeas.2022.160688>
- Raziee, Z., Fattahi Andabil, A., & dokaneheefard, F. (2022). The relationship between decision-making styles and happiness with the mediating role of lifestyle in female adolescents [Research]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*, 11(1), 211-222. <http://frooyesh.ir/article-1-3307-en.html>
- Spence, S. H., Donovan, C. L., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The Treatment of Childhood Social Phobia: The Effectiveness of a Social Skills Training based, Cognitive behavioural Intervention, With and Without Parental Involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 713-726. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00659>

