

Research Paper

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Self-Concept and Emotion Regulation in Children with Learning Disabilities



Fahimeh Ardeshiri Lordjani^{*1}, Tayebbeh Sharifi²

1. Ph.D. Student of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Citation: Ardeshiri Lordjani F, Sharifi F. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on self-concept and emotion regulation in children with learning disabilities. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2019; 6(3): 28-39.

<http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.3.4>

ARTICLE INFO

Keywords:

Acceptance and commitment therapy (ACT), self-concept, emotional regulation, learning disability

ABSTRACT

Background and Purpose: Learning disability is among the problems which have long been attended to by the specialists and child psychologists. Despite having normal intelligence, children with learning disorders cannot have appropriate educational promotion in reading, writing, and mathematics. This process not only damages their educational performance, but it also influences their psychological processes and causes them to have lower self-concept and self-esteem and vulnerable emotional regulation. Therefore, the purpose of the present study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on self-concept and emotional regulation of children with learning disability.

Method: It was a quasi-experimental research with pretest- posttest control group design. The study population of the present study included all primary students with learning disability who referred to consultation centers in Isfahan in the academic year 2017-2018. A sample of 30 children from them was selected through purposeful sampling and assigned either to the experimental or control group. The instruments used in the present study included *Learning Problems Questionnaire* (Wilcot, et al, 2011), *Emotion Cognitive Regulation Strategies* (Garenfski, et.al, 2002) and *Children's Self-concept* (Piers-Harris, 1969). The experimental group received the acceptance and commitment therapy (ACT) in nine sixty-minute training sessions during two months. The data were analyzed through ANCOVA via SPSS23 software.

Results: The results showed that ACT has had significant effect on self-concept ($F=13.77$, $P<0.0001$), positive emotional regulation ($F=154.65$, $P<0.0001$) and negative emotional regulation ($F=105.17$, $P<0.0001$) in the children with learning disability. It means that ACT had led to the improvement of self-concept and positive emotional regulation of the children with learning disability and decreased their negative emotional regulation.

Conclusion: According to the findings of the present study, it can be said that ACT can be applied as an efficient method to improve self-concept and emotional regulation of children with learning disability through making values clear and psychological flexibility. Furthermore, ACT improves other cognitive and emotional processes such emotional regulation in children with learning disabilities.

Received: 8 Feb 2018

Accepted: 21 Jun 2018

Available: 9 Nov 2019

* **Corresponding author:** Fahimeh Ardeshiri Lordjani, Ph.D. Student of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

E-mail addresses: Ardeshiri2020@gmail.com

2476-5740/ © 2019 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداشت و تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری

فهیمه اردشیری لردجانی^{۱*}، طیبه شریفی^۲

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،
خودپنداشت، تنظیم هیجانی،
ناتوانی یادگیری

زمینه و هدف: ناتوانی‌های یادگیری از جمله مشکلاتی هستند که از دیرباز مورد توجه متخصصان و روان‌شناسان حوزه کودک بوده‌اند. کودکان مبتلا به این اختلال با وجود هوش بهنجار، قادر به پیشرفت تحصیلی در زمینه‌های خواندن، نوشتن، و ریاضیات نیستند. این وضعیت سبب می‌شود تا این کودکان از خودپنداشت و حرمت خود پایین و تنظیم هیجانی پایینی برخوردار باشند؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداشت و تنظیم هیجانی کودکان دارای ناتوانی یادگیری بود.

روش: روش پژوهش حاضر آزمایشی از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی دانش‌آموزان دبستانی مبتلا به ناتوانی یادگیری مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. به‌منظور انجام این پژوهش، نمونه‌ای شامل ۳۰ نفر از جامعه آماری مذکور به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در گروه‌های آزمایش و گواه به‌صورت تصادفی جایدهی شدند. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش شامل پرسشنامه‌های مشکلات یادگیری (ویلکات و همکاران، ۲۰۱۱)، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۲)، و خودپنداشت کودکان (پیرز-هریس، ۱۹۶۹) بود. مداخله آموزشی در طی ۹ جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای در طول ۲ ماه فقط برای گروه آزمایش انجام شد و در پایان داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداشت ($F=13/77, P<0/0001$) و تنظیم هیجانی مثبت ($P<0/0001$)، منفی ($F=154/65$) و منفی ($F=105/17, P<0/0001$) کودکان دارای ناتوانی یادگیری تأثیر معنادار داشته است؛ بدین معنی که این درمان به بهبود خودپنداشت و تنظیم هیجانی مثبت کودکان دارای ناتوانی یادگیری و کاهش تنظیم هیجانی منفی آنها منجر شده است.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش تعهد با آشکار ساختن ارزش‌ها و عمل متعهدانه و ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند به‌عنوان یک روش کارآمد جهت بهبود خودپنداشت و تنظیم هیجانی کودکان دارای ناتوانی یادگیری به کار رود. علاوه بر این شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند دیگر پردازش‌های شناختی و هیجانی مانند تنظیم هیجانی را نیز تحت تأثیر مثبت قرار دهد.

دریافت شده: ۹۶/۱۱/۱۹

پذیرفته شده: ۹۷/۰۳/۳۱

منتشر شده: ۹۸/۰۸/۱۸

* نویسنده مسئول: فهیمه اردشیری لردجانی، دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

رایانامه: Ardeshiri2020@gmail.com

تلفن تماس: ۰۳۸- ۳۳۳۶۱۰۰۰

مقدمه

ناتوانی یادگیری^۱ یکی از مهم‌ترین مشکلات در فرایند یادگیری به شمار می‌رود. درواقع می‌توان گفت این اختلال یک اصطلاح کلی است که در آن فرایندهای شناختی پایه که در فهمیدن یا استفاده از زبان شفاهی و نوشتاری نقش دارند، دچار مشکل شده و به‌صورت ضعف در اکتساب و استفاده از مهارت‌هایی نظیر صحبت کردن، گوش کردن، خواندن، نوشتن، توانایی‌های ریاضی، و استدلال کردن آشکار می‌شوند (۱). پژوهشگران متعدد بر این اعتقادند که علت زیربنایی بسیاری از مشکلات کودکان دارای ناتوانی یادگیری، واج‌شناسی است؛ به عبارت دیگر کودکان دارای این اختلال از خزانه واژگان اندکی برخوردارند که آن هم محدود به کلمات کوتاه و پربسامد است. همچنین بنا به گزارش‌ها، مشکلات معنایی از جمله دانش معنایی محدود و ضعف در طبقه‌بندی کلمات در مقوله‌های معنایی، بر مشکل کوچک بودن خزانه واژگانی نیز افزوده می‌شود (۲).

مهم‌ترین علت عملکرد تحصیلی ضعیف، مربوط به ناتوانی‌های یادگیری است و هرساله به این دلیل تعداد زیادی دانش‌آموزان در فراگیری مطالب درسی با دشواری مواجه می‌شوند. با وجود اینکه هوش این دانش‌آموزان معمولاً در دامنه متوسط یا بالاتر قرار دارد، ولی نسبت به سایر دانش‌آموزان در شرایط یکسان آموزشی، از عملکرد تحصیلی ضعیف‌تری برخوردار هستند. از سوی دیگر این افراد با توجه به فقدان ضایعات بیولوژیک بارز، عدم مشکلات اجتماعی و روانی حاد و با وجود برخورداری از محیط آموزشی مناسب و دارا بودن هوش متوسط، در زمینه‌های خاص تحصیلی (خواندن، نوشتن حساب کردن)، قادر به یادگیری نیستند (۳).

پژوهش‌های گوناگون حاکی از آن هستند که دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری، از افسردگی (۴) و اضطراب (۵)، مشکلات اجتماعی (۶)، مهارت‌های بین فردی ضعیف (۷)، سطوح بالای طرد اجتماعی^۲ و تنهایی (۸)، دوستان صمیمی اندک (۹)، رفتارهای پرخاشگرانه و

ازهم‌گسیختگی در روابط بین فردی^۳ (۱۰)، نارسایی در پردازش اطلاعات اجتماعی^۴ (۱۱)، مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود^۵ (۱۲) و سطوح پایین رفتارهای اجتماعی مثبت^۶ (۱۳)، رنج می‌برند.

به دلیل آن که کودکان دارای ناتوانی یادگیری از عملکرد اجتماعی و تحصیلی پایینی برخوردارند، درک تحصیلی آنها از خود پایین بوده و همین موضوع بر خودپنداشت^۷ آنان تأثیر منفی می‌گذارد (۱۴) و در نهایت به مشکلات متعدد در آنها می‌انجامد (۱۵). بنا به تعریف خودپنداشت به عنوان تصویری است که کودکان درباره خودشان دارند و این تصور از طریق پس‌خوراندهای دریافتی از سوی همسالان کودک، والدین و معلمان، و ارزیابی کودک از تجارب ذهنی‌اش شکل می‌گیرد (۱۶). می‌توان گفت خودپنداشت آموختنی بوده و چنانچه در مسیر شکل‌گیری مؤلفه‌های روان‌شناختی، آسیبی به این ویژگی کودکان وارد آید، با به کارگیری روش‌های آموزشی صحیح می‌توان آن را افزایش داد (۱۷).

کودکان دارای ناتوانی یادگیری علاوه بر خودپنداشت، در فرایندهای هیجانی همچون تنظیم هیجان^۸ نیز دارای مشکلاتی هستند (۱۸ و ۱۹). بنا به تعریف، تنظیم هیجان به فرایندهایی اطلاق می‌شود که از طریق آنها افراد هیجاناناثان را برای پاسخ به توقعات محیطی به‌طور هشیار و ناهشیار تعدیل می‌کنند (۲۰)؛ به بیانی دیگر افراد از طریق به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان بر زمان، چگونگی و نوع تجربه و بیان، تغییر شدت یا طول دوره فرایندهای رفتاری و تجربی و یا جسمانی هیجان‌ها، به‌صورت خودکار یا مهار شده و هوشیارانه یا ناهوشیار، به تنظیم هیجان می‌پردازند (۲۱ و ۲۲). به اعتقاد کرایچ و گرانیفسکی (۲۳)، افراد در شرایط پُر تنش به‌صورت متفاوت عمل می‌کنند؛ برخی از آنان به سرزنش خود^۹ و سرزنش دیگران^{۱۰}، نشخوار فکری^{۱۱}، و فاجعه‌انگاری^{۱۲} دست می‌زنند که این کار باعث افزایش هیجان منفی و ناگوار جلوه نمودن موقعیت می‌شود. از سوی دیگر عده‌ای با تکیه بر ارزیابی مثبت^{۱۳}، پذیرش^{۱۴}،

8. Emotional regulation
9. Self-blame
10. Blaming others
11. Rumination
12. Catastrophising
13. Positive reappraisal
14. Acceptance

1. Learning disability
2. Social rejection
3. Interrelationship dissociation
4. Social information processing deficiency
5. Internalizing –externalizing problems
6. Positive behaviors
7. Self-concept

تمرکز مجدد مثبت^۱، برنامه‌ریزی^۲ و توسعه چشم‌اندازهای^۳ خویش، هیجان ایجاد شده را مدیریت کرده و توانشان را جهت مقابله با آن بالا می‌برند.

به‌منظور اصلاح و ارتقای مؤلفه‌های روان‌شناختی کودکان دارای ناتوانی یادگیری از روش‌های مختلفی استفاده شده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ یکی از پرکاربردترین روش‌های درمانی است که کارایی بالینی خود را در پژوهش‌هایی مانند مطالعات طیبی، محمدخانی، اکبری و عابدی (۲۴)، اونگ و همکاران (۲۵)، واین و همکاران (۲۶)، ورسب و همکاران (۲۷)، الینبرگ، هافمن، جنسن و فورستولم (۲۸)، یو، نورتون و مک‌کراکن (۲۹)، و کروسبی و توهیگ (۳۰) نشان داده است. این روی آورد درمانی برگرفته از تئوری فلسفی عمل‌گرایی بوده و بر مبنای برنامه‌ای تحقیقاتی در مورد شناخت و زبان شکل گرفته است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (۳۱).

روی آورد درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش با بهره‌گیری از شش فرایند مرکزی به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعان کمک می‌کند. پذیرش، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، گسلش، ارزش‌ها، و عمل متعهدانه از جمله شش فرایندی هستند که در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار می‌گیرند (۳۲). شیوه به‌کارگیری این فرایندها به این شرح است: در ابتدای درمان سعی بر آن است که پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و نظایر آن) افزایش و در مقابل اعمالی که مهارگری ناموثر را به دنبال دارد، کاهش یابد. در گام بعدی، کانون توجه بر آگاهی روان‌شناختی فرد نسبت به زمان حال معطوف گشته و به افزایش آن اقدام می‌شود، بدان معنا که فرد در زمان حال بر تمامی افکار، حالات روانی و رفتار خود آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم هدف، جداسازی فرد از تجارب ذهنی‌اش است (جداسازی شناختی)، به صورتی که بتواند عمل خویش را مستقل از تجاربش بیندارد. در قدم چهارم، برگسلش شناختی (کاهش تمرکز بر خود تجسمی) یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که ساخته ذهن فرد بوده، تلاش می‌شود. در گام پنجم، سعی بر آن است که شخص بر ارزش‌های فردی و اصلی خود وقوف یافته، به‌طور واضح آنان را مشخص کرده و

به‌سوی اهداف رفتاری سوق دهد (روشن‌سازی ارزش‌ها). مرحله آخر نیز به ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده توأم با پذیرش تجارب ذهنی مربوط می‌شود (۳۳).

حال با توجه به پیامدهای نامطلوب ناتوانی یادگیری و تأثیرات گسترده آن بر روند زندگی فردی و اجتماعی کودک و این که می‌تواند زندگی آینده فرد را به تباهی بکشانند و آسیب‌های اجتماعی، تحصیلی، و هیجانی جبران‌ناپذیری به دنبال داشته باشد (۱ و ۲)، ضروری است اقدامات مقتضی برای درمان مؤلفه‌های روان‌شناختی و هیجانی این کودکان در کنار روش‌های آموزشی و تحصیلی مناسب به کار گرفته شود تا از پیشروی آسیب‌های هیجانی و روان‌شناختی این ناتوانی و تبدیل آن به اختلال‌های بالینی دیگر در آینده جلوگیری شود. علاوه بر این فرایند توجه به سلامت روان کودکان، موضوعی اجتناب‌ناپذیر است، زیرا این گروه از جامعه در آینده نزدیک، باید به ایفای نقش اجتماعی و شغلی بپردازند و آسیب‌پذیری روان‌شناختی، هیجانی، و تحصیلی آنان سبب می‌شود آنها نتوانند کارکرد اجتماعی، روان‌شناختی، و تحصیلی مناسب را از خود بروز دهند که همین موضوع مهم حاکی از ضرورت انجام پژوهش حاضر دارد؛ بنابراین با توجه به موضوعات مطروحه و پژوهش‌های انجام شده در مورد تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی افراد مختلف (۳۰-۲۴)، و نیز محدود بودن انجام مطالعات درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداشت و تنظیم هیجانی کودکان دارای ناتوانی یادگیری، پژوهشگران در این مقاله بر آن شدند که تأثیر این درمان را بر خودپنداشت و تنظیم هیجانی کودکان دارای ناتوانی یادگیری خاص مورد بررسی و آزمون قرار دهند.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. متغیر مستقل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و متغیرهای وابسته خودپنداشت و تنظیم هیجانی کودکان دارای ناتوانی یادگیری بود. در این پژوهش

3. Putting in to perspective
4. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

1. Positive refocusing
2. Planning

(ب) ابزار

۱. پرسشنامه مشکلات یادگیری^۱: پرسشنامه مشکلات یادگیری کلورادو توسط ویلکات و همکاران (۳۵) تهیه شده است که مشکلات یادگیری را در پنج عامل اساسی خواندن (سؤالات ۱ تا ۶)، شناخت اجتماعی (سؤالات ۷ تا ۱۰)، اضطراب اجتماعی (سؤالات ۱۱ تا ۱۳)، عملکردهای فضایی (سؤالات ۱۴ تا ۱۷)، و حساب کردن (سؤالات ۱۸ تا ۲۰) می‌سنجد. این پرسشنامه که از ۲۰ گویه تشکیل شده است، توسط والدین دانش‌آموزان تکمیل می‌شود. پاسخ به هر عبارت در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً (۱) تا همیشه (۵) است. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. اعتبار این پرسشنامه و مؤلفه‌های آن، توسط سازندگان پرسشنامه با روش‌های همسانی درونی و بازآزمایی بررسی شده و مقادیر قابل قبولی را به دست داده است. روایی تفکیکی و سازه پرسشنامه مذکور در حد مطلوب گزارش شده است. همچنین روایی همگرایی مؤلفه‌های این پرسشنامه با پرسشنامه‌های پیشرفت تحصیلی استاندارد به این ترتیب گزارش شده است: خواندن ۰/۶۴، ریاضی ۰/۴۴، شناخت اجتماعی ۰/۶۴، اضطراب اجتماعی ۰/۴۶، و فضایی ۰/۳۰ (۳۵). در پژوهش صبحی، حاجلو و غلامزاده (۳۶)، به منظور واریسی اعتبار پرسشنامه مشکلات یادگیری کلورادو از دو روش همسانی درونی و بازآزمایی استفاده شده است. همسانی درونی کل پرسشنامه و خرده‌مقیاس‌های آن از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ مطلوب برآورد شد. در این پژوهش پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۹ به دست آمد.

۲. پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان^۲: پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را گارنفسکی، ون‌دن‌کامر، کراج، تیرز و لیگرستی در سال ۲۰۰۲ به منظور ارزیابی راهبردهای شناختی تطابقی بعد از تجربه رخدادهای ناراحت‌کننده تدوین کردند. این پرسشنامه، ۳۶ عبارت دارد که هر کدام بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت در دامنه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) قرار دارد. هر ۴ عبارت یک خرده‌مقیاس را تشکیل می‌دهد و در مجموع ۹ خرده‌مقیاس وجود دارد که هر کدام راهبردی خاص از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را می‌سنجد. خرده‌مقیاس‌ها عبارت‌اند از: پذیرش خود (سؤالات ۲، ۱۱، ۲۰، ۲۹)، توجه مجدد مثبت (سؤالات

جامعه آماری را تمامی دانش‌آموزان دوره دبستان مبتلا به ناتوانی یادگیری مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. جهت انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. به این صورت که از بین مراکز مشاوره شهر اصفهان، مرکز مشاوره تماشا به صورت در دسترس انتخاب شد. در مرحله بعد، دانش‌آموزان دوره دبستانی که از طرف مدارس به عنوان ناتوان یادگیری به این مرکز ارجاع داده شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. ملاک ارجاع این دانش‌آموزان، عدم فراگیری دروس تحصیلی، برخورداری از هوش طبیعی، سلامت جسمی (با توجه به پرونده تحصیلی آنها)، و عدم برخورداری از مشکلات رفتاری حاد در مدارس بود. تعداد دانش‌آموزان ارجاعی ۶۳ نفر بودند که در دامنه سنی ۹ تا ۱۲ سال قرار داشتند. در گام بعد پرسشنامه مشکلات یادگیری به والدین این دانش‌آموزان ارائه و پس از جمع‌آوری و نمره‌گذاری، تعداد ۴۳ نفر از این دانش‌آموزان تشخیص ناتوانی یادگیری دریافت کردند (کسب نمره بالاتر از ۷۰ در پرسشنامه مشکلات یادگیری). سپس پرسشنامه‌های خودپنداشت و تنظیم شناختی هیجان ارائه و تعداد ۳۰ نفر از این دانش‌آموزان که کمترین نمره را کسب کرده بودند، به شکل هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۵ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش‌آموز در گروه گواه). ملاک انتخاب این تعداد افراد برای نمونه پژوهش رجوع به منابع علمی مربوطه بود. چنانکه در این منابع تصریح شده است که در پژوهش‌هایی با روش آزمایشی انتخاب تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه کافی بوده و می‌توان به روایی بیرونی پژوهش اعتماد کرد (۳۴). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن علائم ناتوانی یادگیری، کسب نمره ۷۰ و بالاتر در پرسشنامه مشکلات یادگیری، برخورداری از سلامت جسمی، و عملکرد انضباطی مناسب بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت در دو جلسه آموزشی و عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس بود.

تحلیل داده‌های جمعیت شناختی افراد نمونه بیانگر آن بود که این افراد در دامنه سنی ۹ تا ۱۲ سال بودند که میانگین و انحراف معیار سن آنها $11/40 \pm 3/22$ سال بود. همچنین بیشترین میزان پایه تحصیلی مربوط به کلاس پنجم (۴۲٪) بود.

1. Learning difficulties questionnaire

2. Cognitive emotion regulation strategies questionnaire

۴، ۱۳، ۲۲، ۳۱)، توجه مجدد به برنامه ریزی (سؤالات ۵، ۱۴، ۲۳، ۳۲)، ارزیابی مجدد مثبت (سؤالات ۵، ۱۶، ۲۴، ۳۳)، اتخاذ دیدگاه (۷، ۱۶، ۲۵، ۳۴)، سرزنش خود (سؤالات ۱، ۱۰، ۱۹، ۲۸)، نشخوار ذهنی (سؤالات ۳، ۱۲، ۲۱ و ۳۰)، فاجعه آمیز پنداری (سؤالات ۸، ۱۷، ۲۶، ۳۵)، و سرزنش دیگران (سؤالات ۹، ۱۸، ۲۷، ۳۶) (به نقل از ۳۷). مقیاس های این پرسشنامه به دو قسمت عمده عامل های تنظیم شناختی مثبت و عامل های تنظیم شناختی منفی تقسیم بندی می شود که این دو عامل باید در تحلیل های آماری به شکل مجزا مورد تحلیل قرار گیرد. عامل تنظیم شناختی مثبت شامل خرده مقیاس های پذیرش خود، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، و اتخاذ دیدگاه است؛ در حالی که تنظیم شناختی منفی نیز شامل خرده مقیاس های سرزنش خود، نشخوار ذهنی، فاجعه آمیز پنداری، و سرزنش دیگران است. نمرات هر زیرمقیاس در دامنه ای از ۴ تا ۲۰ و جمع کل نمرات در دامنه ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می گیرد. اعتبار این آزمون در پژوهش های مختلفی هم تأیید شده است. از جمله گارنفسکی و کرایچ (۳۷) پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ گزارش دادند. در ایران روایی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با نمرات خرده مقیاس های آزمون بررسی شد که دامنه ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ را گزارش شد که همگی معنادار و مطلوب هستند (۳۸). در این پژوهش ضرایب آلفای به دست آمده برای این پرسشنامه ۰/۸۴ محاسبه شد.

۳. پرسشنامه خودپنداشت کودکان^۱: مقیاس خودپنداشت کودکان توسط پیرز-هریس در سال ۱۹۶۹ تهیه شده است. این مقیاس جهت سنجش میزان خودپنداشت کودکان و نوجوانان طرح ریزی شده و برای نگرش و

احساس فرد نسبت به خودش، به کار می رود. این پرسشنامه شامل ۸۰ سؤال است که سؤالات پرسشنامه به صورت گزارش شخصی درباره اینکه کودکان و نوجوانان درباره خودشان چه احساسی دارند، طرح ریزی شده اند. هر عبارت پرسشنامه به صورت دوبخشی بلی یا خیر طرح ریزی شده است. این مقیاس ۶ بعد دارد: رفتار، وضعیت مدرسه وضعیت شناختی و ذهنی، ظاهر و ویژگی فیزیکی، اضطراب، جامعه پسندی (محبوبیت)، و شادی. نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده خودسنجی مثبت و نمره پایین، نشان دهنده خودسنجی منفی است. روش نمره گذاری برای مقیاس خودپنداشت به این گونه است که سؤالات مطابق الگوی نمره گذاری در جهت خودپنداشت بالا (کافی)، نمره داده می شوند. از مجموع نمرات ۶ حوزه، نمره کل به دست می آید (به نقل از ۳۹). ضریب پایایی این آزمون در پژوهش مارش بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (۴۰). همچنین کمپیل و همکاران (۳۹) همسانی درونی مقیاس را ۰/۹۳ گزارش کرد. پرسشنامه حاضر توسط ساعتچی، کامکاری و عسکریان به فارسی ترجمه و روایی محتوایی آن مطلوب گزارش شده است و ضریب پایایی آن را بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۴ به دست آوردند (۴۱). لازم به ذکر است که پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد.

ج) برنامه مداخله ای: در پژوهش حاضر جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی ۹ جلسه ۶۰ دقیقه ای به صورت هفته ای یک جلسه و در طول ۲ ماه اجرا شد. شرح جلسات این درمان توسط طیبی و همکاران (۲۴) طرح ریزی و اجرا شده است. رئوس مطالب جلسات درمانی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: مراحل جلسات درمانی (۲۴)

جلسات	رئوس مطالب
جلسات والدین	معرفی درمان و فلسفه آن، بحث در مورد حدود رازداری، تصریح نوع رابطه درمانی و بیان استعاره «دو کوه»، سنجش هدفمند (سنجش بر مبنای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) استعاره «لوله کش»، مقدمه ای بر درماندگی خلاق و بیان استعاره «چکش»، «مزرعه»، معرفی والد احساسی، منطقی و عاشق و استعاره «لنگر»، ارائه تکلیف: دادن فرم یادداشت تجربیات روزانه و لنگر انداختن
	سنجش عملکرد، مرور بازخوردها در مورد جلسه قبل، مرور تکلیف، ویژگی های والد عاشق، استعاره «سفر»، بیان حساسیت های مسیر والدگری و مثال «رانندگی روی یخ» و استعاره «تشییع جنازه»، استعاره «جزیره» و مطرح کردن ارزش ها، ارائه تکلیف: پیدا کردن رفتارهای جزیره ای

۳	سنجش عملکرد، مرور تکلیف، قوانین مسیر فرزند پروری استعاره «اداره پرخرج و مرج»، مثال تخم مرغ خراب و سالم در مورد تحکیم قوانین و ساختار خانواده، ایجاد تمایل و گسلش: استعاره «نیش پشه استعاره»، «مهمان» و «اتوبوس»، ادامه بحث ارزش ها و تعهد، تکلیف: حرکت به سمت والد عاشق، مشخص کردن اهداف در جهت ارزش فرزند پروری و آگاهی نسبت به موانع و هیجانات درونی
۱	معارفه و آشنایی همره با بازی، هدف از جلسات با ارائه نقشه گنج و نشان دادن سیر درمان روی نقشه، تفهیم درست مشکل کودک، ارائه قوانین جلسات، فن و جمع بندی
۲	مرور تکلیف و بازخورد جلسه قبل، تفهیم دنیای درون و بیرون و قوانین درست هر کدام، تکالیف در مورد نوشتن احساسات، افکار و نحوه مدیریت آن ها روی آدمک بازخورد و تکالیف جلسه قبل، تفهیم اینکه خودمهارگری یک نوع مسئله است با کمک استعاره ببر و بازی، بازی مار و پله برای شروع معرفی قلب و سم، تکلیف برای درست کردن جعبه سم و قلب و نوشتن بیرهایی که سراغ کودک می آیند.
۳	بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، تحکیم ارزش ها به وسیله بازی دارت و قرار دادن ارزش های کودک در جعبه قلب و اجتناب های او در جعبه سم، معرفی شش ارزش کلی (معنویت و خدا، تحصیل، پدر و مادر، سلامتی، دوستان و تفریح) و تعیین اهداف کوتاه مدت و بلندمدت در جهت آنها، تکلیف و دادن فرم ارزش ها به کودک.
۴	بازخورد و بررسی تکالیف جلسه قبل، گسلش و استعاره اتوبوس، تمایل و استعاره رادیو، تکلیف یافتن مسافران مزاحم و باطل کردن قراردادهای با آنها
۵	بازخورد و مرور تکلیف جلسه قبل، تعهد و ارائه فایل قراردادهای فرم سربزرگ، تکلیف، پیمان نامه و تعیین جلسات پیگیری
۶	

د) روش اجرا: جهت انجام پژوهش، ابتدا هماهنگی های لازم با مسئولین

مرکز مشاوره تماشا به عمل آمده و پس از انتخاب افراد نمونه با رضایت کتبی (از والدین) و گمارش آنها در گروه های آزمایش و گواه، پرسشنامه های پژوهش به صورت گروهی بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت اولیاء و دانش آموزان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند کرد. در این مطالعه به افراد هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت، بر روی گروه آزمایش مداخله آموزشی با توجه به محتوای ارائه شده در جدول یک اجرا شد، درحالی که افراد گروه گواه به همان روش جاری و معمول آموزش می دیدند. لازم به توضیح است که سه جلسه اول مداخله مربوط

به والدین و شش جلسه بعدی مربوط به کودکان دارای ناتوانی یادگیری بود.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس ها، همچنین از تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. لازم به ذکر است که داده های به دست آمده در این مطالعه با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته ها

یافته های توصیفی پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار و همچنین نتایج مربوط به نرمالیتی در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: نتایج آمار توصیفی در مراحل پیش و پس از آزمون

مؤلفه ها	گروه ها	پیش آزمون			پس آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	P Value	میانگین	انحراف معیار	P Value
گروه آزمایش	تنظیم هیجان مثبت	۳۹/۴۰	۵/۳۷	۰/۲۲	۵۲/۷۳	۵/۸۶	۰/۱۱
	تنظیم هیجان منفی	۴۱/۳۳	۴/۹۴	۰/۱۱	۳۱/۲۶	۴/۵۸	۰/۲۲
	خودپنداشت	۳۹/۶۰	۵/۹۷	۰/۳۰	۴۵/۸۰	۵/۵۴	۰/۲۳
	تنظیم هیجان مثبت	۴۰/۶۶	۳/۷۱	۰/۱۲	۴۱/۲۰	۴/۱۷	۰/۱۴
گروه گواه	تنظیم هیجان منفی	۴۰/۲۰	۴/۲۵	۰/۱۶	۳۹/۲۶	۴/۷۱	۰/۲۰
	خودپنداشت	۳۸/۶۰	۴/۸۳	۰/۳۵	۳۹/۶۶	۵/۱۹	۰/۱۷

برای بررسی تفاوت شاخص‌های توصیفی در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد که قبل از ارائه نتایج، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو وویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ($F=0/41, P>0/05$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌دهد پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($P>0/05$). همچنین باید اشاره کرد که در بررسی پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون، نتایج نشان داد که تعامل پیش آزمون با متغیر گروه‌بندی در متغیرهای خودپنداشت و تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی معنادار نبوده است. این بدان معناست که

فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای خودپنداشت و تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی، برقرار بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان خودپنداشت و تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی کودکان دارای ناتوانی یادگیری با کنترل متغیر پیش آزمون در جدول ۳ گزارش شده است. لازم به ذکر است که متغیر خودپنداشت به دلیل شیوه نمره گذاری متفاوت و مبانی نظری مجزا نسبت به تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی به شکل هم‌زمان با این متغیرها مورد تجزیه و تحلیل قرار نگرفت، بلکه این تحلیل‌ها به شکل جدا از هم صورت پذیرفته و نتایج صرفاً جهت ساده‌تر و قابل فهم‌تر شدن در یک جدول ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداشت و تنظیم هیجانی کودکان دارای ناتوانی یادگیری

متغیر	گروه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
تنظیم هیجان مثبت	همپراش	۱۳۶/۲۴	۱	۱۳۶/۲۴	۱۶/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۷
	بین گروهی	۱۲۷۷/۸۰	۱	۱۲۷۷/۸۰	۱۵۴/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵	۱
	خطا	۲۲۳/۰۸	۲۷	۸/۲۶				
تنظیم هیجان منفی	همپراش	۲۹۹/۳۲	۱	۲۹۹/۳۲	۴۲/۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱
	بین گروهی	۷۳۴/۴۵	۱	۷۳۴/۴۵	۱۰۵/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹	۱
	خطا	۱۸۸/۵۴	۲۷	۶/۹۸				
خودپنداشت	همپراش	۱۵۳/۰۴	۱	۱۵۳/۰۴	۶/۳۱	۰/۰۲	۰/۱۸	۰/۶۸
	بین گروهی	۳۳۳/۹۷	۱	۳۳۳/۹۷	۱۳/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۵
	خطا	۶۵۴/۶۹	۲۷	۲۴/۲۴				

با توجه به نتایج جدول ۳، آموزش متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (خودپنداشت و تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی کودکان دارای ناتوانی یادگیری) در مرحله پس آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ منجر شده است؛ بنابراین نتیجه می‌شود که با کنترل متغیرهای مداخله‌گر، میانگین نمرات متغیرهای خودپنداشت و تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی کودکان دارای ناتوانی یادگیری با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر یافته است. این تغییر بدین شکل بوده است که مطابق با یافته توصیفی، پس آزمون نمرات خودپنداشت و تنظیم شناختی هیجان مثبت کودکان

دارای ناتوانی یادگیری، افزایش و تنظیم شناختی هیجان منفی، کاهش یافته است. مقدار تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خودپنداشت و تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی کودکان دارای ناتوانی یادگیری به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۹ و ۰/۳۵ بوده است، این بدان معناست که به ترتیب ۸۵، ۷۹ و ۳۵ درصد تغییرات متغیرهای خودپنداشت و تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی کودکان دارای ناتوانی یادگیری توسط عضویت گروهی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) تبیین می‌شود. در جدول ۴ میانگین‌های تعدیل شده متغیرهای وابسته گزارش شده است.

جدول ۴: میانگین‌های تعدیل‌شده متغیرهای وابسته

متغیر	میانگین	خطای استاندارد
پس‌آزمون تنظیم هیجانی مثبت	۵۳/۰۷	۰/۷۴
گروه آزمایش	۳۹/۸۵	۰/۷۴
پس‌آزمون تنظیم هیجانی منفی	۳۰/۷۵	۰/۶۸
گروه گواه	۴۰/۷۸	۰/۶۸
خودپنداشت	۴۵/۵۸	۱/۲۷
گروه گواه	۳۸/۸۸	۱/۲۷

چنانکه از نتایج جدول ۴ مشخص است نمرات میانگین تعدیل‌شده متغیر تنظیم هیجانی مثبت و خودپنداشت در گروه آزمایش از میانگین نمرات گروه گواه بیشتر است، این در حالی است که میانگین تعدیل‌شده متغیر تنظیم هیجانی منفی گروه آزمایش از گروه گواه کمتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداشت و تنظیم هیجانی کودکان با ناتوانی یادگیری انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداشت و تنظیم هیجانی مثبت و منفی کودکان دارای ناتوانی یادگیری خاص تأثیر معنادار داشته است ($p < 0.001$)؛ بدین معنی که این نوع درمان منجر به بهبود خودپنداشت و تنظیم هیجانی مثبت این کودکان منجر شده و همچنین تنظیم هیجانی منفی آنها را کاهش داده است. بر این اساس یافته نخست این مطالعه مبنی بر تأثیر روش مداخله پذیرش و تعهد بر بهبود خودپنداشت کودکان دارای ناتوانی یادگیری با نتایج پژوهش ورسب و همکاران (۲۷)، الینبرگ و همکاران (۲۸)؛ یو و همکاران (۲۹) همسو است. چنانکه این پژوهشگران نشان داده‌اند که درمان پذیرش و تعهد با ایجاد تصریح ارزش‌ها و تشویق مراجعان به عمل متعهدانه بر اساس ارزش‌ها سبب می‌شود تا آنها ادراک خودکارآمدی و خودپنداشت بالاتری را تجربه کنند. در تبیین این یافته می‌توان گفت هدف درمان مبتنی بر روی آورد پذیرش و تعهد به مواردی مانند کاهش، تنظیم و یا از بین بردن مشکلات عاطفی و تقلیل نشانه‌های عاطفی، شناختی، جسمی، و رفتاری مشکلات مرکز می‌کند که در نهایت منجر به افزایش بهزیستی و کمک به عملکرد بهتر در زندگی افراد می‌شود (۲۷). درمان مبتنی بر پذیرش تعهد با آموزش به مراجع این امکان را می‌دهد که در وهله اول

به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان و کاهش اجتناب تجربی پرداخته و در گام بعد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند در مسیر بهنجار، گام بردارد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. حرکت در مسیر ارزش‌ها و عمل متعهدانه همراه با آن نیز می‌تواند به کودکان دارای ناتوانی یادگیری کمک کند تا آنها احساس توانمندی بالاتری را در خود تجربه کنند که در نتیجه حس خودپنداشت آنها ارتقا می‌یابد. علاوه بر این باید اشاره کرد که یکی از دیگر اهداف مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تجربه افکار، احساسات، و هیجان‌ها همان‌گونه است که به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتد (۲۹). این فرایند سبب می‌شود که از میزان اجتناب تجربه‌ای کودکان دارای ناتوانی یادگیری در رویارویی با افکار و اعمال ناتوان‌سازی همچون مواجهه با تکلیف درسی جدید، کاسته شود.

مواجهه شدن با افکار منتج از ناتوانی یادگیری و عدم مهار آن سبب می‌شود تا کودکان با بهره‌گیری از قدرت حل مسئله به دنبال بهبود وضعیت خویش باشند. همچنین پیگیری مبتنی بر قدرت حل مسئله می‌تواند با بهبود خودپنداشت در این کودکان همراه شود. در نهایت باید توجه داشت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش عمل ارزشمند تأکید می‌کند (۲۷). در این شیوه درمانی، مراجعان آن دسته از اهداف رفتاری را انتخاب می‌کنند که بیشترین اهمیت با ارزش را برای آنان دارد. این ارزش‌ها می‌تواند شامل بهبود روابط بین فردی، تحصیل، مراقبت از خود، و روابط خانوادگی باشد. هدف، مشارکت دادن فرد در اعمالی است که برای فرد مهم است، اما وی از آن اجتناب می‌کند (۲۸). انتخاب اعمال با ارزش و حرکت در راستای آن سبب می‌شود تا فرد تجارب موفقیت‌آمیز بیشتری را به دست آورد (۳۲). این نکته از آن نظر حائز اهمیت است که کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری به دلیل خودپنداشت و اعتماد به‌خود آسیب‌دیده، تجارب موفقیت‌آمیز کمتری را تجربه می‌کنند؛ بنابراین حرکت در راستای اعمال با ارزش و کسب تجارب موفقیت‌آمیز باعث می‌شود تا کودک دارای ناتوانی یادگیری سطح خودپنداشت بهبود یافته‌تری را در نتیجه دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به‌دست آورد.

یافته دوم این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است به بهبود تنظیم هیجانی مثبت و کاهش در تنظیم هیجانی

منفی کودکان دارای ناتوانی یادگیری منجر شود. این یافته با یافته‌های پیشین همچون نتایج پژوهش‌های طیبی و همکاران (۲۴)، اونگ و همکاران (۲۵)، واین و همکاران (۲۶)، و کروسبی و توهیگ (۳۰) همسو است. چنانکه این پژوهشگران نیز در نتایج مطالعه خود نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأثیرگذاری بر فرایند پذیرش افراد و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به بهبود وضعیت روان‌شناختی و هیجانی افراد مختلف منجر می‌شود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به کودکان کمک می‌کند تا ماهیت تجارب درونی‌شان (به‌خصوص عملکرد هیجانات) را درک کرده و به طور منطقی بفهمند. این فرایند سبب می‌شود تا آنها با پذیرش هیجانات منفی خود از مقابله کردن هیجان‌مدار با آن کاسته و دست به مدیریت هیجان سازمان‌یافته‌تری بزنند (۳۱). باید توجه داشت که به‌طور طبیعی پذیرش و مدیریت هیجانات، تنظیم هیجانات بهتری را در پی دارد. علاوه بر این باید در درمان پذیرش و تعهد تجارب ناخواسته حذف می‌شود که این فرایند در این مطالعه باعث شد کودکان دارای ناتوانی یادگیری هنگام رویارویی با مشکلات، با بیان افکار و احساسات خود به شیوه مستقیم برای خود ارزش قائل شوند و با حفظ خویشتن خود، پیامدهایی مانند دلواپسی، تحریک‌پذیری، هراس، احساس خطر، بی‌تابی، و بی‌قراری ناشی از مقابله با مشکلات را کاهش دهند که این عوامل نخست باعث حفظ سلامتی و انرژی و بهبود عملکرد در مقابله با مشکلات مخاطره‌آمیز، و در نهایت باعث بهبود تنظیم هیجانی می‌شوند (۲۶). در تبیین دیگر برای اثربخشی درمان پذیرش و تعهد می‌توان به تکنیک‌های این روش همچون تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه اشاره کرد (۳۳). ترغیب کودکان دارای ناتوانی یادگیری به شناسایی ارزش‌هایشان و تعیین اهداف اعمال، موانع، و در نهایت تعهد به انجام آنها در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات، باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادمانی ناشی از آن، رضایت از زندگی نیز افزایش یابد و این افراد از گیر افتادن در حلقه افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب، تنیدگی، یأس، ناامیدی، و افسردگی که باعث افزایش

شدت مشکلات می‌شوند، رها شوند که همین موضوع در نهایت باعث بهبود تنظیم هیجانی می‌شود.

پژوهش حاضر، همانند هر مطالعه دیگر محدودیت‌هایی را به همراه داشته است. محدود بودن نتایج پژوهش به دوره تحصیلی و دامنه سنی خاص، محدود بودن ابزار اندازه‌گیری به پرسشنامه و عدم استفاده از سایر ابزارها، عدم کنترل نوع ناتوانی یا کم‌توانی یادگیری خاص، و عدم اجرای مرحله پیگیری از جمله محدودیت‌های مهم این مطالعه به شمار می‌آیند؛ بنابراین ضمن در نظر داشتن جانب احتیاط در تعمیم‌دهی نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در دیگر دوره‌های تحصیلی و سنی و با کنترل متغیرهای مزاحم و نوع اختلال یادگیری، و پیگیری نتایج در بلندمدت انجام شود تا دقت نتایج و تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر مبنی بر اثربخش بودن روی آورد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، در سطح به کار بسته پیشنهاد می‌شود که از این روش درمانی در کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ادارات آموزش و پرورش و به خصوص هسته مشاوره مستقر در مدارس استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در دوره‌های آموزش قبل و ضمن خدمت، این روش به مشاوران مقاطع مختلف تحصیلی به صورت نظری و عملی به خوبی آموزش داده شود تا آنها شیوه کاربست این روش درمانی را در بهبود وضعیت روانی دانش‌آموزان به طور اعم و دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری به طور خاص، بیاموزند.

تشکر و قدردانی: این مطالعه به‌صورت مستقل اجرا شده است. مجوز اجرای آن توسط دانشگاه آزاد شهرکرد صادر و تحت نظارت گروه روان‌شناسی این دانشگاه انجام شده است. بدین وسیله از کودکان حاضر در این مطالعه و والدین آنها جهت حضور در مراحل اجرا تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از مسئولین مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی تماشا که اجازه انجام پژوهش حاضر در آن محل را فراهم کردند، تقدیر و تشکر می‌شود.

تعارض منافع: در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

References

1. Sandy PT. The use of observation on patients who self-harm: Lessons from a learning disability service. *Health SA Gesondheid*. 2016; 21: 253-260. [Link]
2. Afeli SA. Academic accommodation strategies for pharmacy students with learning disabilities: What else can be done? *Curr Pharm Teach Learn*. 2019; 11 (8): 751-756. [Link]
3. Zhang S, Liu J, Wang J, Xia X, Zhang L, Liu L, Jiang T. Developing and validating the learning disabilities screening scale in Chinese elementary schools. *Inter J Edu Res*. 2019; 96: 91-99. [Link]
4. Maag JW, Reid R. Depression among students with learning disabilities: Assessing the risk. *J Learn Disabil*. 2006; 39(1): 3-10. [Link]
5. Giuliani F, Jacquemettaz M. Animal-assisted therapy used for anxiety disorders in patients with learning disabilities: An observational study. *Eur J Integr Med*. 2017; 14: 13-19. [Link]
6. Mafra H. Development of learning and social skills in children with learning disabilities: an educational intervention program. *Procedia Soc Behav Sci*. 2015; 209: 221-228. [Link]
7. Wiener J. Do peer relationships foster behavioral adjustment in children with learning disabilities? *Learn Disabil Q*. 2004; 27(1): 21-30. [Link]
8. Power A, Bartlett R. Ageing with a learning disability: Care and support in the context of austerity. *Soc Sci Med*. 2019; 231: 55-61. [Link]
9. Floyd FJ, Olsen DL. Family-peer linkages for children with intellectual disability and children with learning disabilities. *J Appl Dev Psychol*. 2017; 52: 203-211. [Link]
10. Crane N, Zusho A, Ding Y, Cancelli A. Domain-specific metacognitive calibration in children with learning disabilities. *Contemp Educ Psychol*. 2017; 50: 72-79. [Link]
11. Mu GM, Hu Y, Wang Y. Building resilience of students with disabilities in China: The role of inclusive education teachers. *Teach Teach Educ*. 2017; 67: 125-134. [Link]
12. Chambrier A-F, Zesiger P. Is a fact retrieval deficit the main characteristic of children with mathematical learning disabilities? *Acta Psychol*. 2018; 190: 95-102. [Link]
13. Tong X, Leung WWS, Tong X. Visual statistical learning and orthographic awareness in Chinese children with and without developmental dyslexia. *Res Dev Disabil*. 2019; 92: 103443. [Link]
14. Brabcová D, Zárubová J, Kohout J, Jošt J, Kršek P. Effect of learning disabilities on academic self-concept in children with epilepsy and on their quality of life. *Res Dev Disabil*. 2015; 45-46: 120-128. [Link]
15. Gorges J, Neumann P, Wild E, Stranghöner D, Lütje-Klose B. Reciprocal effects between self-concept of ability and performance: A longitudinal study of children with learning disabilities in inclusive versus exclusive elementary education. *Learn Individ Differ*. 2018; 61: 11-20. [Link]
16. Danesh E, Manavi Shad M, Khoushabi K, Hasanazadeh Tavakoli MR. The impact anger level and childrearing styles of mothers on self-concept of their children with or without LD. *Journal of Family Research*. 2014; 10(2): 175-196. [Persian]. [Link]
17. Paulus M, Licata M, Gniewosz B, Sodan B. The impact of mother-child interaction quality and cognitive abilities on children's self-concept and self-esteem. *Cogn Dev*. 2018; 48: 42-51. [Link]
18. Dehghani Y, Golestaneh SM, Zangouei S. The effectiveness of emotion regulation training on academic burnout, social acceptance and affective control of students with learning disabilities. *Quarterly of Applied Psychology*. 2018; 12 (2): 163-182. [Persian]. [Link]
19. Bryan T, Burstein K, Ergul C. The social-emotional side of learning disabilities: A science-based presentation of the state of the art. *Learn Disabil Q*. 2004; 27(1): 45-51. [Link]
20. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010; 30(2): 217-237. [Link]
21. Li D, Li D, Wu N, Wang Z. Intergenerational transmission of emotion regulation through parents' reactions to children's negative emotions: Tests of unique, actor, partner, and mediating effects. *Child Youth Serv Rev*. 2019; 101: 113-122. [Link]
22. Malesza M. Stress and delay discounting: The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Pers Individ Dif*. 2019; 144: 56-60. [Link]
23. Kraaij V, Garnefski N. The behavioral emotion regulation questionnaire: development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. *Pers Individ Dif*. 2019; 137: 56-61. [Link]
24. Tayebi Naieni P, Mohammad-Khani S, Akbari M, Abedi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility in children with obsessive-compulsive disorder.

- Quarterly Journal of Child Mental Health. 2017; 4(3): 91–106. [Persian]. [\[Link\]](#)
25. Ong CW, Lee EB, Krafft J, Terry CL, Barrett TS, Levin ME, et al. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2019; 22: 100444. [\[Link\]](#)
26. Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, Byrne K, Rowan C, et al. Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2019; 156(4): 935–945.e1. [\[Link\]](#)
27. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hoyer J, Wittchen H-U, Gloster AT. Changes of valued behaviors and functioning during an acceptance and commitment therapy intervention. *J Contextual Behav Sci*. 2017; 6(1): 63–70. [\[Link\]](#)
28. Eilenberg T, Hoffmann D, Jensen JS, Frostholm L. Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. *Behav Res Ther*. 2017; 92: 24–31. [\[Link\]](#)
29. Yu L, Norton S, McCracken LM. Change in “self-as-context” (“perspective-taking”) occurs in acceptance and commitment therapy for people with chronic pain and is associated with improved functioning. *J Pain*. 2017; 18(6): 664–672. [\[Link\]](#)
30. Crosby JM, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for problematic internet pornography use: a randomized trial. *Behav Ther*. 2016; 47(3): 355–366. [\[Link\]](#)
31. Hofmann SG, Asmundson GJG. Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clin Psychol Rev*. 2008; 28(1): 1–16. [\[Link\]](#)
32. McCracken LM, Sato A, Taylor GJ. A trial of a brief group-based form of acceptance and commitment therapy (act) for chronic pain in general practice: pilot outcome and process results. *J Pain*. 2013; 14(11): 1398–1406. [\[Link\]](#)
33. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76(6): 1083–1089. [\[Link\]](#)
34. Delavar A. Methods in psychology and educational sciences. Second edition. Tehran: Virayesh pub; 2012, p: 99. [Persian].
35. Willcutt EG, Boada R, Riddle MW, Chhabildas N, DeFries JC, Pennington BF. Colorado learning difficulties questionnaire: validation of a parent-report screening measure. *Psychol Assess*. 2011; 23(3): 778–791. [\[Link\]](#)
36. Sobhi N, Hajloo N, Gholamzadeh H. A comparison of learning styles, personality characteristics and academic performance of students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*. 2013; 2(4): 82–102. [Persian]. [\[Link\]](#)
37. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Pers Individ Dif*. 2006; 41(6): 1045–1053. [\[Link\]](#)
38. Yousefi F. The relationship of cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety in students of special middle schools for talented students in Shiraz. *Journal of Exceptional Children*. 2007; 6(4): 871–892. [Persian]. [\[Link\]](#)
39. Campbell JD, Trapnell PD, Heine SJ, Katz IM, Lavalley LF, Lehman DR. Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *J Pers Soc Psychol*. 1996; 70(1): 141–156. [\[Link\]](#)
40. Marsh HW. Influences of internal and external frames of reference on the formation of math and English self-concepts. *J Educ Psychol*. 1990; 82(1): 107–116. [\[Link\]](#)
41. Saatchi M, Kamkari K, Askarian M. Psychological tests. First Edition. Tehran: Virayesh Pub; 2015, p: 74. [Persian].