



## بررسی چگونگی تاثیر گذاری فرایند آرامش فکری بر آموزش و تربیت دانش آموزان

سمیه عباس زاده دلی<sup>۱</sup>، رضا کریم عزیزآبادی<sup>۲</sup>، مصطفی قدرتی<sup>۳</sup>، زهرا محمدی گوگ تپه<sup>۴</sup>

۱-لیسانس شیمی

۲-دانشجوی فرهنگیان

۳-کارشناسی ارشد جغرافیا، دبیر آموزش و پرورش

۴-لیسانس فیزیک

### چکیده

دستیابی به آرامش واقعی یکی از خواسته‌های همیشگی بشر بوده است و در این راستا انسان در طول تاریخ تلاش‌ها و رنج‌های بسیاری را به جان دل پذیرفته است. بی‌شک بخش وسیعی از تلاش‌های علمی بشر و کشف رازهای ناگشوده جهان طبیعت به منظور دسترسی به امکاناتی بوده است که آرامش و آسایش را برای انسان به ارمغان آورد از سوی دیگر مطالعات آکادمیک و تحقیقات روانشناسی پیرامون آرامش و اضطراب و عوامل و موانع هر یک بخش قابل توجهی از پژوهش‌های علوم انسانی را به خود اختصاص داده است. هدف از انجام این پژوهش بررسی نقش و جایگاه سلامت و آرامش روانی بر یادگیری دانش آموزان است. بیشتر فعالیت‌های بشر وابسته به سلامت و آرامش ذهنی او می‌باشد فرایند یاددهی و یادگیری و دانش آموزان نیز از این قاعده مستثنی نیست به گونه ای که وقتی می‌توان از یک دانش آموز انتظار داشت که بتواند بیشترین استفاده را از توانایی و استعدادهای را ببرد که از هر لحاظ در بهترین شرایط قرار داشته باشد امروزه این اهمیت و جایگاه بالای آرامش ذهنی بر هیچ کسی پوشیده نیست که برای رسیدن به این وضع باید عوامل تنش زا توسط خانواده و خود دانش آموزان شناسایی و حل شود تا گامی بلند در رشد و شکوفایی دانش آموزان برداشته شود.

**کلمات کلیدی:** تاثیر، امنیت، آرامش، یادگیری، آموزش



# ماهنامه علمی تخصصی پایاشهر



ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

## مقدمه

مهمترین زمان تزکیه و تربیت، دوره ی کودکی و نوجوانی است. از آنجا که لازمه ی هر تحوّل عمیق و فراگیر تربیتی و فرهنگی در هر جامعه، تغییر و تحوّل بنیادی در نظام آموزشی آن است و تحوّل اساسی در برنامه های آموزشی و پرورشی مدارس در گرو همخوانی نظامهای حاکم بر خانواده و مدارس است، روی این اصل مهم تربیتی پدر و مادر، درخانه و مربیان در بیرون از خانه باید بکوشند اصول اساسی و اخلاقی و روشهای صحیح زندگی را به کودکان و نوجوانان بیاموزند. نارساخوانی به هر گونه ناتوانی در خواندن اطلاق می گردد که به واسطه آن کودک از سطح پایه کلاس خود عقب می ماند و هیچگونه شواهد عینی دال بر وجود ناتوانی و کم توانی هوشی، آسیب عمده مغزی، مشکلات هیجانی- فرهنگی و زبان گفتاری در کودک وجود ندارد (سایدریس، ۲۰۰۷). تقریباً ۸۰ درصد کودکان دارای ناتوانی های یادگیری، نارساخوان می باشند (نکی، ۱۹۹۶). در آمریکا نیز حدود ۴ درصد از کودکانی که در سنین مدرسه قرار دارند نارساخوان هستند (پورافکاری، ۲۰۰۷/۱۳۸۶). میزان شیوع ناتوانی های یادگیری در ایران ۱۱ درصد اعلام شده است که حداقل ۹ درصد آن را جمعیت نارساخوان تشکیل می دهد و به رغم وجود این اختلال در هر دو جنس، فراوانی آن در پسران ۳ تا ۴ برابر بیشتر از دختران است (سیف نراقی و نادری، ۱۳۸۸). دانش آموزان دارای ناتوانی های یادگیری در نتیجه شکست های پیاپی در تحصیل به این نتیجه می رسند که صرف نظر از مقدار تلاشی که از خود نشان می دهند، باز شکست می خورند، انگیزه های خود را از دست می دهند و در نهایت دست از تلاش بر می دارند و به همین دلیل عواطف منفی و افسردگی در آن ها افزایش می یابد. کودکان دارای ناتوانی های یادگیری به علت اینکه فاقد مهارت های درک روابط اجتماعی می باشند، واکنش های منفی از دیگران دریافت می کنند و موفقیت ها و توانمندی های خود را کمتر از حد معمول تخمین می زنند (پیرل، بریان و دوناهه، ۱۹۸۰). در حدود بیست سال پیش، مارتین سلیگمن در ضمن آزمایش های مربوط به شرطی شدن حیوانات، به طور تصادفی پدیده درماندگی آموخته شده را کشف کرد. در بررسی های اولیه این روان شناس مشخص شد زمانی که موجود زنده در مقابل رویدادهای غیر قابل کنترل (از جمله شوک الکتریکی) قرار می گیرد و شکست می خورد این کنترل ناپذیری را به موقعیت های دیگر زندگی تعمیم می دهد و در صورت مواجهه با موقعیت های قابل کنترل نیز، غیرفعال و ناتوان عمل می کند (دادستان، ۱۳۸۹). در کنار تجربه موقعیت های غیر قابل کنترل، ارگانسیم یاد نمی گیرد که پاسخدهی او نیز می تواند ثمربخش باشد. در آزمایش های سلیگمن این نتیجه نیز به دست آمد



که حیواناتی که قبلاً شوک های قابل کنترل دریافت کرده بودند و یا اصلاً به آن ها شوک وارد نشده بود به محض موثر واقع شدن واکنش خود در موقعیتی که قرار گرفته بودند آن واکنش را یاد می گرفتند و به انجام آن ادامه می دادند. پس از انجام موفقیت آمیز درماندگی آموخته شده در حیوانات تحقیقات در مورد انسان ها نیز مورد توجه محققان قرار گرفت و نتایج نشان داد که انسان ها نیز طی حوادث غیر قابل کنترل یاد می گیرند که پاسخدهی به موقعیت ها بهبود یافته است. موجود درمانده، رویدادها را خارج از محدوده کنترل خویش می داند و باور به اینکه رویدادها خارج از کنترل اوست منجر به شکل گیری واکنش های جسمی، هیجانی، انگیزشی و شناختی در او می شود. در سال ۱۹۷۸ آبرامسون و سلیگمن نظریه درماندگی آموخته شده را با تلفیق نظریه اسنادی از نو تنظیم کردند. طبق نظریه جدید علاوه بر تجربه رویدادهای غیرقابل کنترل، چگونگی تفسیر فرد از رویدادها و تبیین آن ها از اهمیت قابل ملاحظه ای برخوردار است. چرا که روش تبیین رویدادها توسط فرد ممکن است مهمتر از آن چه واقعا روی می دهد باشد. به استناد این الگو، پرسشی که در ذهن فرد نقش می بندد این است که اکنون علت شکست من چیست؟ آیا این شکست در موقعیت های دیگر نیز اتفاق می افتد؟ آیا کوتاه مدت و موقتی است؟ پاسخ به سوالات فوق در چهارچوب سبک های اسنادی افراد قابل بحث و بررسی است. مطابق با نظریه تجدید نظر شده درماندگی آموخته شده، سبک اسناد علت شکست و فقدان کنترل را در سه حوزه درونی- بیرونی (آیا علت شکست به عوامل درون فرد ارتباط پیدا می کند یا بیرون از وی)، فراگیر- اختصاصی (آیا علت شکست در تمام موقعیت ها وجود دارد یا فقط مختص موقعیت فعلی است) و پایدار- ناپایدار (آیا علت شکست موقتی است یا دائمی) طبقه بندی می کند. با توجه به این ابعاد دو بعد اصلی ناشی از سبک اسناد در افراد نیز قابل شناسایی است: سبک اسناد خوش بینانه که مختص افرادی است که علت شکست های خود را به عوامل ناپایدار، اختصاصی و بیرونی نسبت می دهند و سبک اسناد بدبینانه و مختص افرادی است که شکست های خود را به عوامل پایدار، فراگیر و درونی نسبت می دهند. انتساب شکست به عوامل پایدار، فراگیر و درونی و انتساب موفقیت به عوامل اختصاصی، ناپایدار و بیرونی (که هر دو منتج از سبک اسناد بدبینانه و منفی می باشد)، فرد را برای افسردگی و درماندگی مستعد می سازد (سلیگمن، ۲۰۰۵). سبک اسناد بدبینانه پیش بینی کننده کاهش سلامت جسمانی، افزایش افسردگی و کاهش پیشرفت شغلی و تحصیلی است. به اعتقاد سلیگمن سبک اسناد مثبت و خوش بینانه قابل یادگیری است و دو عامل مهم پیش بینی پذیری و کنترل پذیری حوادث و رخدادها از جمله مفاهیمی هستند که باید در مدارس به کودکان آموخته



شود تا مشکلات را حل شدنی بپندارند و به امور زندگی روزمره و تحصیلی خود به صورت منعطف تری بنگرند (سلیگمن، ۲۰۰۵). پژوهش های مختلف نیز حاکی از اهمیت و تاثیر سبک اسناد بر پیامدهای جسمانی و روانی حاصل از رخدادهای منفی زندگی بوده اند (وارکوئیز<sup>۱</sup>، جیمنز<sup>۲</sup>، سورا<sup>۳</sup>، آویا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱؛ به نقل از سپهوند، گیلانی، زمانی، ۱۳۸۵).

## علائم بالینی نارساخوانی

اکثر کودکان نارساخوان معمولاً تا سن هشت سالگی (پایه دوم ابتدایی) مورد شناسایی قرار می گیرند. مشکلات خواندن در دانش آموزان ممکن است در پایه اول نیز خود را نشان دهند. کودکان در پایه های پایین تر مقطع ابتدایی، گاهی با استفاده از حافظه خود، بخصوص اگر هوش بالایی داشته باشند، می توانند نارساخوانی را جبران کنند. در چنین مواردی ناتوانی ممکن است تا سن ۹ سالگی (پایه چهارم) یا بیشتر خود را نشان ندهد. کودکان نارساخوان، در هنگام خواندن مرتکب اشتباهات متعددی می گردند. اشتباهات کودکان نارساخوان بر مبنای DSM-IV-R معمولاً با نشانه هایی از جمله حذف، افزودن، یا وارونه کردن کلمات مشخص می شود. این کودکان در تفکیک بین حروف از نظر شکل و اندازه دچار اشکال هستند، به خصوص حروفی که فقط از نظر جهت یابی فضایی و طول خطوط با هم تفاوت دارند. سرعت خواندن آنها کم و غالباً با حداقل درک همراه است. اکثر کودکان نارساخوان، توانایی رونویسی از متن چاپی را دارند، اما تقریباً همه آنها در هجی کردن ضعیف هستند. این کودکان ممکن است از وسط یا آخر کلمه ای چاپی یا نوشته شده شروع به خواندن نمایند، گاهی این کودکان حروفی را که باید خوانده شوند پس و پیش می خوانند که علت آن عدم تثبیت کامل حرکات تعقیبی چشم به سمت راست است. نارسایی در به خاطر آوردن و عدم استمرار فراخوانی موجب می شود که فرد اسم و صدای حروف را بخوبی بخاطر نیاورد. اکثر کودکان نارساخوان از نوشتن و خواندن متنفرند و از آن پرهیز می کنند. اضطراب آنها در مقابل تقاضاهایی که زبان نوشتاری را ایجاب می کند، افزایش می یابد. اکثر کودکان نارساخوانی که آموزشهای کمکی دریافت نمی کنند، ممکن است از شکست مستمر و یأس ناشی از آن دچار احساس شرم و تحقیر شوند. با گذشت زمان این احساسها عمیق تر می گردند،

<sup>۱</sup>-Warques, E.

<sup>۲</sup>-Jimense,F.

<sup>۳</sup>-Soura, F.

<sup>۴</sup> - Avaya, M. D.



کودکان ممکن است احساس افسردگی را تجربه کنند و حرمت خود پایین تری را نشان دهند (پورافکاری، ۲۰۰۷/۱۳۸۶).

## تشخیص افتراقی

خطر مشکلات توجه، اختلالات رفتار ایدایی (مانند اختلال سلوک) و اختلالات اضطرابی و افسردگی در کودکان نارساخوان بیش از حد متوسط است. داده‌های موجود حاکی از آن است که ۲۵ درصد کودکان نارساخوان به طور همزمان دچار اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی<sup>۵</sup> (ADHD) و تکانشگری نیز هستند. از سوی دیگر تخمین زده می‌شود ۱۵ تا ۳۰ درصد کودکان مبتلا به ADHD دارای ناتوانی‌های یادگیری هستند. اگرچه این اختلالات در بسیاری از موارد به طور همزمان بروز می‌کنند، اختلالات مجزایی بوده و مستلزم مداخلات جداگانه‌ای هستند. اما مطالعه خانواده‌ها نشان می‌دهد که در برخی موارد احتمالاً عوامل ژنتیک موجب نارساخوانی و سندرم‌های توجه، مشترک هستند. برخی شواهد نشان می‌دهند که میزان بروز پرخاشگری در کودکان خردسال نارساخوان بالاتر از شانس و تصادف است و همچنین میزان بروز اختلالات سلوک در نوجوانان نارساخوان بالاتر از حد متوسط است (سیف نراقی و نادری، ۱۳۸۸). به نظر می‌رسد در کودکان و نوجوانان دارای اختلال سلوک، شیوع نارساخوانی بالاتر از حد مورد انتظار است. میزان بروز افسردگی براساس مقیاس‌های خودسنجی در کودکان نارساخوان بالاتر از حد متوسط است و میزان بروز علائم اضطرابی در این کودکان نیز بالاتر می‌باشد. علاوه بر این کودکان نارساخوان معمولاً در روابط با همسالان مشکلاتی دارند و در موقعیت‌های مبهم اجتماعی مهارت کمتری در پاسخ‌دهی دقیق و ظریف دارند (پورافکاری، ۲۰۰۷/۱۳۸۶).

## جنسیت و نارساخوانی

به رغم وجود نارساخوانی در هر دو جنس، فراوانی آن در پسران ۳ تا ۴ برابر بیشتر از دختران گزارش شده است. از آنجایی که نارساخوانی در پسران در اغلب مواقع با اختلال‌های رفتاری همراه است و به مراکز درمانی بیشتر ارجاع داده می‌شوند در نتیجه، تشخیص در آنها با فراوانی بیشتری صورت می‌گیرد. تحقیقات نشان داده‌اند که اگر از یک روش تشخیصی منظم و ضوابط دقیق استفاده شود، میزان فراوانی نارساخوانی در پسران و دختران تقریباً یکسان است. به طور کلی خواندن شامل مراحل زیر است که تا حدودی قابل تعدیل نیز می‌باشند (پورافکاری، ۲۰۰۷/۱۳۸۶):

<sup>۵</sup>-Attention deficit hyperactivity disorder



# ماهنامه علمی تخصصی پایاشهر



ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

۱- ادراک حروف و مجموعه‌ای از حروف

۲- تلفظ کلمه و رشته‌هایی از حروف

۳- پردازش نحوی مربوط به کلمات دستوری و بخشهای انتهایی کلمات

۴- فرآیندهای معنایی مربوط به بازنمایی معانی کلمات

۵- فرآیندهای مفهوم‌سازی مربوط به پیوستار کلمات انتزاعی - عینی

مشکلات هیجانی- رفتاری کودکان نارساخوان

آثار هیجانی ناشی از شکست های مکرر و ناتوانی در دست یابی به احساس قابلیت و خود ارزشمندی و ارزش قائل شدن برای خود اغلب نامطلوب و فراموش ناشدنی است. دانش آموزان موفق دارای تجارب بسیار دلگرم کننده‌ای هستند که منجر به رشد احساس خودارزشمندی می شود. افزون بر این، کودکان عادی دارای فرصت های بسیار زیادی برای داشتن رضایت از خود و لذت بردن از الطاف دیگران در اختیار دارند. از آن جایی که ارتباط والدین و فرزندان دو سویه است، موفقیت طبیعی کودکان در انجام دادن کارها موجب می شود والدین مرتباً فرزند خود را تشویق کنند و در نتیجه احساس موفقیت در کارها و اطمینان از تایید اطرافیان، حس خودارزشمندی و مباحثات به خویشتن را در کودک پرورش دهند و هویت سالمی را برای کودک پی ریزی کنند. اما رشد شخصیتی و هیجانی دانش آموزان نارساخوان از الگوی متفاوتی پیروی می کند. در صورتی که دستگاه اعصاب مرکزی فرد سالم نباشد و از رشد طبیعی برخوردار نباشد، اختلالات رشدی حرکتی و ادراکی، منجر به نارضایتی از خویشتن در این کودکان می شود. کوشش های بی نتیجه برای ماهرانه انجام دادن وظایف محوله به جای احساس موفقیت به احساس ناکامی و بیهودگی منتهی می شود و منجر به ایجاد پس خوراند تمسخر آمیز نسبت به خویشتن می گردد. این پاسخ ها منجر می شود کودک پاسخ غرورآمیزی نیز از والدین دریافت نکند و حتی والدین را نیز دچار اضطراب و ناامیدی کند و در نهایت طرد شدن یا مراقبت افراطی والدین را به همراه داشته باشد (باعزت، ۱۳۸۷). نگرش دانش آموزان نارساخوان به خود غالباً بسیار منفی است. احساس درونی آن ها نسبت به خودشان و واکنش هایی که از جهان بیرون دریافت می کنند تصویری ترسناک و ناامن است. آن ها به رضایت های طبیعی حاصل از پیشرفت یا مهر و محبت دست نمی یابند. عدم موفقیت درسی و اجتماعی منجر به ایجاد احساس یأس و ناامیدی، ناکامی، بی لیاقتی و فقدان



حس خودارزشمندی و خود پنداشت منفی در این کودکان می گردد (راموس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). دانش آموزان نارساخوان در صورت داشتن اختلال بیش فعالی و نقص توجه، مشکلات رفتاری را به صورت همزمان از خود بروز می دهند. اعمال آن ها در مدرسه چندان اختیاری نیست و مشکلات رفتاری غالباً منجر به شکست تحصیلی و طرد شدن دانش آموز از سوی همسالان می گردد چرا که این رفتارها از سوی اطرافیان آزارنده تلقی می گردد و این وضعیت ممکن است منجر به احساس ناکامی و کاهش حرمت خود در کودک شود (باعزت، ۱۳۸۷). دانش آموزان نارساخوان از لحاظ انگیزش نیز با همسالان عادی خود متفاوتند. انگیزش نیرویی است که میل به رسیدن به هدف را در فرد تقویت می کند و جهت می بخشد. دانش آموزان نارساخوان معمولاً بدون انگیزه هستند. فقدان انگیزه در این کودکان ممکن است به دلیل شکست های مزمن تحصیلی باشد. از زمانی که دانش آموز به توانایی های هوشی خود شک می کند فرایند کاهش انگیزه آغاز می شود و او تمام تلاش ها و کوشش هایش را بیهوده می پندارد. به سبب دلسردی های مکرر در کلاس درس نسبت به خود و یادگیری تحصیلی، نگرش منفی پیدا می کند در نتیجه فرصت های این افراد برای کنترل تجربه شخصی کمتر از شکست های یادگیری آن ها است و سرانجام به این باور می رسند که سرنوشت تحصیلی بر آن ها غلبه دارد (زیگلر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱). در کنار این مشکلات سبک اسناد دانش آموزان نارساخوان نیز منفی و بدبینانه است. دانش آموزان نارساخوان مایلند موفقیت های خود را به عواملی خارج از کنترل، نظیر خوش اقبالی، تصادف یا معلم نسبت دهند و شکست های خود را ضمن سرزنش خود به ناتوانی، دشواری تکالیف، برخورد معلم و دیگر عوامل تصادفی نسبت دهند (سلیگمن، ۲۰۰۵). اما آن چه در ارتباط با دانش آموزان نارساخوان دارای اهمیت بسیار بالایی است، کمبود مهارت های اجتماعی است که ناتوان کننده ترین مشکلی است که کودکان نارساخوان با آن مواجه اند. ناتوانی اجتماعی تقریباً در تمام جنبه های زندگی تاثیر می گذارد. این کودکان نسبت به دیگران، توجه و حساسیت نشان نمی دهند، درک آن ها از موقعیت اجتماعی کم است و از نظر اجتماعی مطرود هستند. این ناتوانی اجتماعی ممکن است ناتوانی اولیه و مجزایی باشد که با نارساخوانی فرد ارتباط نداشته باشد و یا بازتاب مشکلی ثانویه باشد که خود می تواند منجر به ایجاد مشکلات ثانویه هیجانی و اجتماعی گردد. به طور مثال این دانش آموزان دارای درک اجتماعی اندکی هستند. آن ها دارای

<sup>۶</sup>- Ramus, F.

<sup>۷</sup>- Zigler, J. C. U.



مشکلاتی در زمینه داوری و قضاوت و اشکال در درک احساسات دیگران، مشکلات مربوط به معاشرت و دوست یابی، اشکال در برقراری روابط خانوادگی و ناتوانی اجتماعی در محیط مدرسه می باشند (ویس<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸).

## دیدگاه ها و سبب شناسی نارساخوانی

در طول تاریخ، متخصصان با توجه به دیدگاه نظری خود به تبیین نارساخوانی پرداخته‌اند. تانمر<sup>۹</sup> (۲۰۱۱) معتقد است به دلیل وجود تعاریف و تبیین‌های متفاوت از نارساخوانی، علت واحدی نمی‌تواند مفهوم نارساخوانی را روشن سازد. لذا نارساخوانی باید در سطوح عصب‌شناختی، ژنتیکی، حرکتی، شناختی، رفتاری و محیطی تبیین گردد (رید، ۲۰۰۳). به طور کلی، متخصصان عصب‌شناختی بر این باور هستند که نارساخوانی یک اختلال رشدی-عصبی<sup>۱۰</sup> است که مبنای زیست‌شناختی دارد، در حالی که متخصصان تعلیم و تربیت و روان‌شناسان معتقدند که نارساخوانی باید در سطح شناختی و رفتاری تبیین گردد. یکی از مهمترین عوامل سبب ساز نارساخوانی، عوامل ژنتیکی هستند که در بروز اختلالات خواندن نقش مهمی دارند. مطالعات نشان می‌دهند که ۳۵ تا ۴۰ درصد بستگان درجه اول کودکان نارساخوان دچار نوعی ناتوانی در خواندن هستند. مطالعات نشان داده‌اند که آگاهی واج شناختی (توانایی رمزگشایی اصوات و درک کلمات) با کروموزوم ۶ ارتباط دارد. به علاوه توانایی شناسایی کلمات واحد با کروموزوم ۱۵ ارتباط دارد (پورافکاری، ۲۰۰۷/۱۳۸۶). تحقیقات دیگر نیز نشان می‌دهند که ژن‌های مشخص‌کننده نارساخوانی بر روی کروموزوم ۱۵ و کروموزوم ۶ (پیر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۸) مشاهده شده‌اند. لذا ارتباط عوامل ژنتیک با نارساخوانی منجر به شناسایی زودهنگام کودکان نارساخوان می‌گردد (رید، ۲۰۰۳). به اعتقاد متخصصان علوم اعصاب، نارساخوانی مبنای عصب‌شناختی دارد و مشکل افراد نارساخوان در کسب مهارت‌های خواندن، از کارکرد مغزی ناپه‌نچار ریشه می‌گیرد. مغز افراد نارساخوان از نظر ساختاری و کارکردی از مغز افراد به‌نچار متفاوت است. مطالعات پژوهشی درباره مغز افراد نارساخوان، بیشتر از نوع مطالعات کالبدشکافی بعد از مرگ بوده است. در این پژوهشها از فنون

<sup>۸</sup>- Wise, B, W.

<sup>۹</sup> - Tunmer, W. E.

<sup>۱۰</sup>- Neuro-Developmental

<sup>۱۱</sup>- Peer, L.





تصویربرداری جدید مغز و مطالعات ژنتیک ناتوانی های یادگیری استفاده می شود (نیکولسون<sup>۱۲</sup>، فاولست<sup>۱۳</sup> و دیان<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۰). نتایج پاره‌ای از تحقیقات با استفاده از MRI<sup>۱۵</sup> نشان داده‌اند در کودکان دارای ناتوانی های یادگیری، لوب گیجگاهی نیمکره چپ نسبت به نیمکره راست از عدم تقارن کمتری برخوردار است. مطالعات توموگرافی با نشر پوزیترون (PET)<sup>۱۶</sup> برخی محققان را به این نتیجه رساند که الگوهای جریان خون قطعه گیجگاهی نیمکره چپ در حین تکالیف زبانی در کودکان نارساخوان با سایر کودکان متفاوت است. همچنین برخی مطالعات تجزیه سلولی نشان داد که در افراد نارساخوان، در دستگاه مولکولی بینایی<sup>۱۷</sup> (که در حالت طبیعی دارای سلولهای بزرگ است) تنه‌های سلولی کوچکتر و نامنظم‌تر از حد انتظار وجود دارد. تحقیقات اخیر در رشته عصب روانشناسی و علوم عصبی حاکی از آن است که احتمالاً نقطه ضعف کودکان نارساخوان بیشتر در حافظه فعال و فرآیندهای رمزگردانی است تا توجه یا حافظه طولانی مدت. فرض بر این است که عوامل مربوط به رشد نیز در بروز ناتوانی های خواندن نقش موثری دارند (پورافکاری، ۲۰۰۷/۱۳۸۶). افراد نارساخوان در مقایسه با افراد بهنجار، فعالیت کمتری در نیمکره چپ مغز دارند. موتر<sup>۱۸</sup> (۲۰۰۵) بر اساس اسکن‌های PET گزارش نمود که افراد بزرگسال نارساخوان هنگام خواندن با صدای بلند و در طی بازشناسی کلمه و غیرکلمه<sup>۱۹</sup> نسبت به گروه کنترل در ناحیه کرتکس گیجگاهی پس سری چپ<sup>۲۰</sup> فعالیت کمتری را نشان داده‌اند. این یافته‌ها ممکن است حاکی از آن باشد که تفاوت‌های پردازش بین کودکان و بزرگسالان نارساخوان ناشی از نارسایی در پردازش نیمکره مغزی چپ است. موتر (۲۰۰۵) اظهار می‌دارد افراد نارساخوان ممکن است در سطح عصب شناختی، نابهنجاریهای میکروسکوپی کورتیکال به شکل جایجایی قشرمغز<sup>۲۱</sup> و اختلال در لایه های قشر مغز داشته باشند (نقل از رید، ۲۰۰۳). هاگتوت<sup>۲۲</sup> (۲۰۱۰) معتقد است تفاوت‌های موجود بین ساختارهای دستوری و زبان‌های متفاوت می‌تواند شیوع و ماهیت مشکلات خواندن را در زبان‌های مختلف تحت تاثیر قرار

<sup>۱۲</sup>- Nicolson, R. I.

<sup>۱۳</sup>- Fawcett, A. J.

<sup>۱۴</sup>- Dean, P.

<sup>۱۵</sup>-Magnetic resonance imaging

<sup>۱۶</sup>-Positron emission tomography

<sup>۱۷</sup>-Magnocellular

<sup>۱۸</sup>- Muter, V.

<sup>۱۹</sup>- Non-word

<sup>۲۰</sup>- Left posterior temporal cortex

<sup>۲۱</sup>- Cortical ectopias

<sup>۲۲</sup>- Hagtvet, B. E.



دهد. همچنین اظهار می‌دارد که نارسایی‌های دیداری یا شنیداری با نارساخوانی مرتبط هستند و این امر می‌تواند حاکی از بدعملکردی سیستم مگنوسلولار مغز باشد و نارساخوانی را نتیجه نابهنجاری در مسیر عصبی سیستم بینایی می‌داند. شناخت گرایان ادعا می‌کنند که رشد کلامی پس از رشد غیر کلامی به وجود می‌آید. در واقع به باور شناخت گرایان رشد غیر کلامی زیربنای رشد کلامی است. در صورتی که ارتباط و توازن رشد عادی کلامی و غیر کلامی برهم بخورد سیستمی که بهتر رشد کرده است برای حل مسائل به کار گرفته می‌شود. به همین منظور کودکان نارساخوان نیز معمولاً تمایل دارند از توانایی‌های غیر کلامی خود برای انجام تکالیف مدرسه استفاده کنند (امیدوار، ۱۳۸۵).

روان تحلیل‌گری از زاویه‌ای دیگر به بررسی احساسات کودکان نارساخوان پرداخته است. مطابق با این دیدگاه، کودک طبیعی با عملکردهای نظام عصبی سالم، من خود را گسترش می‌دهد و تکامل می‌بخشد. این کودک از امکانات فراوانی برخوردار است و روابط او با دیگران رضایت خاطر دو جانبه‌ای را برای او فراهم می‌کند اما کودک نارساخوان دارای کنش‌های من‌ناقص است و اغلب تلاش‌های کودک در به نتیجه رساندن فعالیت‌هایش به احساس ناکامی تبدیل می‌شود و به نكوهش خود می‌پردازد و دچار خود پنداره منفی می‌گردد. مطابق با نظریه فراگیری آگاهی‌ها<sup>۲۳</sup>، بشر نمونه بردار آگاهی‌ها و محرک‌های پیرامونی است که تنها نمونه‌ای از این محرک‌ها را تجربه می‌کند. کودکان نارساخوان مطابق با این نظریه دارای دشواری‌هایی در خصوص دریافت، ضبط و بازگردانی آگاهی‌های داده شده در مجرای یادگیری خاصی هستند. آن‌ها کندتر از همسالان می‌آموزند و از لحاظ پردازش شنوایی دارای مشکل می‌باشند و دیرتر از سایرین پاسخ می‌دهند. دیدگاه تاخیر در رشد نیز اظهار می‌دارد که کودکان نارساخوان از نظر کیفیت یادگیری تفاوتی با دیگر کودکان ندارند اما کمیت یادگیری در کودکان نارساخوان با کودکان عادی متفاوت است و آن‌ها در فراگیری مطالب نسبت به همسالان بسیار کند عمل می‌کنند و به زمان بیشتری برای عکس‌العمل و پاسخ احتیاج دارند (نادری و سیف‌نراقی، ۱۳۸۸).

همچنین کودکان نارساخوان ممکن است دارای مشکلات حرکتی نیز باشند. کارکرد سیستم حرکتی نتیجه فعالیت سلولهای هر می واقع در قشر حرکتی مغز، سطوح مختلف سیستم عصبی، عضلات و مفاصل، سطوح زیرقشری، مخچه، ساقه‌مغز، مغز میانی و حتی

<sup>۲۳</sup> -Information processing theory



سیستم لیمبیک تا قشر مغز می باشد. اگر مراکز زیرقشری به طور صحیح عمل نکنند هماهنگی و موزونی حرکت از بین می رود و اگر مفاصل و عضلات درست عمل نکنند علامتی جهت اصلاح حرکت به مراکز قشر فرستاده نمی شود و بدین ترتیب اجرا و درستی حرکت غیرممکن می گردد. بنابراین عملکرد پیوسته، همزمان و درجه بندی شده مراکز و مناطق گوناگون سیستم عصبی، عملکرد مناسب حرکتی را شکل می دهند به طوری که قطع یکی از حلقه ها یا اختلال در یکی از این مراکز کارکرد مربوطه را با اشکال روبرو می کند (نلسون<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۷). در زمینه مهارتهای حرکتی کودکان نارساخوان، تحقیقات زیادی صورت گرفته است. پاره ای از پژوهشگران اظهار می دارند که عدم ریش مغز<sup>۲۵</sup> ممکن است منجر به نارساخوانی شود و فراتر از آن می توان در اکتساب مهارتهای زبان، حرکت و تعادل اختلال ایجاد کند (رید، ۲۰۰۳). عوامل شناختی مثل حافظه و مشکلات سرعت پردازش از جمله عوامل تأثیرگذاری هستند که می تواند توسط معلم کلاس که با راهبردها و پیشرفت یادگیری دانش آموز در ارتباط است، مشخص شود و می تواند روی طرح درس و پیشبرد برنامه درسی تأثیر بگذارد. پاره ای از عوامل شناختی که می تواند در ارتباط با نارساخوانی دارای بیشترین تأثیر باشد، عبارتند از: پردازش آواشناختی<sup>۲۶</sup>، فراشناخت<sup>۲۷</sup> و نارسایی واج شناسی که در سن ۶ سالگی قوی ترین پیش بینی کننده مشکلات نارساخوانی است (لیون<sup>۲۸</sup>، ۲۰۰۸).

مطالعات دیگر بیانگر آن است که سرعت گفتار<sup>۲۹</sup> به عنوان پیش بینی کننده ای قوی برای مشکلات نارساخوانی مطرح می شود و این امر در تحول آزمون توانایی های آواشناختی منعکس شده است. بر اساس فرضیه «نقص دوگانه<sup>۳۰</sup>» پنولازی<sup>۳۱</sup> (۲۰۰۹)، ممکن است افراد نارساخوان در پردازش آواشناسی و سرعت نامگذاری<sup>۳۲</sup> مشکلاتی، داشته باشند. جالب توجه است که سرعت پردازش و سیالی معنایی در برخی آزمونهای متداول کودکان نارساخوان وجود دارد.

---

<sup>۲۴</sup> - Nelson, A, G.

<sup>۲۵</sup> - Cerebellar immaturity

<sup>۲۶</sup> - phonological processing

<sup>۲۷</sup> - Metacognition

<sup>۲۸</sup> - Lyon G. R.

<sup>۲۹</sup> - speech Rate

<sup>۳۰</sup> - double deficit

<sup>۳۱</sup> - Penolazzi, B.

<sup>۳۲</sup> - Naming Speed



یکی دیگر از عوامل اصلی در بروز نارساخوانی در کودکان مشکلات فراشناختی است. اصطلاح فراشناخت، به شناخت فرد درباره فرایندهای شناختی خود و چگونگی استفاده بهینه از آن برای رسیدن به هدف‌های یادگیری گفته می‌شود. راهبردهای فراشناختی، فرایندهایی پی‌درپی هستند که شخص برای کنترل فعالیت‌های شناختی و برای اطمینان از دست‌یابی به یک هدف شناختی به کار می‌گیرد. این فرایندها در تنظیم و هدایت یادگیری، برنامه‌ریزی و نظارت بر فعالیت‌های شناختی، و همچنین در واریسی آن فعالیت‌ها به شخص کمک می‌کند (نادری و سیف نراقی، ۱۳۸۸). بسیاری از دانش‌آموزان نارساخوان از راهبردهای فراشناختی ضعیفی برخوردارند. بسیاری از آن‌ها فاقد راهبردهای طرح‌ریزی<sup>۳۳</sup>، نظارت<sup>۳۴</sup>، و ارزیابی<sup>۳۵</sup> رفتارهای خود می‌باشند. همچنین راهبردهای درک خواندن دانش‌آموزان نارساخوان به اندازه دانش‌آموزان عادی تحول نمی‌یابد. آنها همچنین ممکن است در جستجو و استفاده از ساختار متن خاص به عنوان یک چهارچوب سازمان‌یافته برای هدایت رمزگردانی و یادآوری، کمتر ماهر باشند و در مقایسه با خوانندگان پهنجار، از یادآوری ضعیف‌تری برخوردارند. به طور کلی مشاهدات انجام شده بر فعالیت‌های خواندن و هجی کردن می‌تواند در سطح رفتاری توصیف شود. این رفتارها مستقیماً قابل مشاهده هستند. از ویژگی‌های قابل مشاهده نارساخوانی می‌توان هجی کردن ناصحیح کلمات، یا خواندن کلمات به‌طور نادرست را ذکر کرد. چنین مشاهداتی تحت تاثیر شماری از عوامل محیطی از جمله زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی، و محیط کلاس درس قرار می‌گیرد. عمدتاً عوامل رفتاری با عوامل آموزشی و محیطی ارتباط دارد (رید، ۲۰۰۳). با توجه به یافته‌های ارائه شده در سطور پیشین می‌توان بیان کرد که تمام مولفه‌های مدل عصب شناختی، شناختی و رفتاری با یکدیگر تعامل دارند و بر یکدیگر اثر می‌گذارند.

اغلب مریبان احساس می‌کنند که محیط‌های نامناسب یا یادگیری ضعیف به طور معناداری با مشکلات یادگیری و رفتاری اکثر کودکان نارساخوان مرتبط است. شواهدی وجود دارد مبتنی بر این که مشکلات اکثر دانش‌آموزان نارساخوان از طریق آموزش منظم و مستقیم اصلاح می‌شود و برنامه‌های آموزشی ضعیف، فقدان فعالیت‌های انگیزشی و مواد و روش‌های نامناسب به عنوان علت ناتوانی‌های یادگیری دوران کودکی شناخته شده است. بنابراین، تنظیم غیراصولی برنامه‌های درسی، متراکم کردن مواد آموزشی،

---

<sup>۳۳</sup>- Planing

<sup>۳۴</sup>- Monitor

<sup>۳۵</sup>- evaluate



تاکید بر محفوظات، عدم استفاده از مواد آموزشی مرتبط، بی‌توجهی نسبت به نیازها و ویژگی‌های فردی دانش‌آموزان و ناتوانی در طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی انفرادی از جمله عوامل محیطی سبب ساز ناتوانی‌های یادگیری است (نادری و سیف نراقی، ۱۳۸۸). شواهد پژوهشی مختلف نشان می‌دهند که معمولاً از هر سه کودک نارساخوان، دو کودک دارای تضادورزی، پرخاشگری، درخودماندگی، بی‌اختیاری ادرار ثانویه و اختلالهای خواب هستند. اما عقاید درباره تفسیر این اختلالها متفاوتند (دادستان، ۱۳۸۹). برخی از محققان، اختلالهای رفتاری را پیامد مستقیم نارساخوانی و ناکامی‌های ناشی از آن می‌دانند. برای مثال تمپل<sup>۲۶</sup> (۲۰۱۰) در بررسی ۲۰۰ کودک نارساخوان به این نتیجه رسید که بی‌نظمی‌های ذکر شده در ۸۰٪ موارد پس از آموزش خواندن ظاهر می‌شوند و بروز اختلال به بازخورد خانواده نیز وابسته است. هنگامی که والدین تفاهم و محبت نشان می‌دهند، اختلالهای رفتاری به‌ندرت مشاهده می‌شوند و وقتی طرد‌کننده و انعطاف‌ناپذیرند، مشکلات زیادی به وجود می‌آید. این احتمال وجود دارد، در گروهی از نارساخوانها، اختلالهای رفتاری دارای جنبه نخستین باشد. افراد این گروه، کودکانی هستند که در همه سطوح تحول‌نیافته‌اند، فاقد کنجکاوای عقلی می‌باشند و با خود و جهان پیرامون خود سازش نیافته‌اند. بدین ترتیب مشکلات خواندن در آنها به تشدید تحول‌نیافتگی و افزایش وابستگی به محیط (بخصوص مادر) منجر می‌شود و نسبت به مدرسه رغبتی نشان نمی‌دهند. بالعکس، در گروهی دیگر از نارساخوانها، مشکلات رفتاری جنبه ثانوی واکنشی دارند. برای این گروه از کودکان، نارساخوانی یک شکست است؛ شکستی که برحالت عاطفی آنها تاثیر می‌گذارد، موجب پرخاشگری یا بازداري می‌شود، ضمن آنکه انزجار خاصی را نسبت به زبان نوشتاری در آنها به وجود می‌آورد (دادستان، ۱۳۸۹).

## طبقه بندی نارساخوانی

بسیاری از متخصصان عصب روان‌شناسی، نارساخوانی را به دو طبقه کلی تقسیم نموده‌اند (نلسون، ۲۰۰۷):

الف - نارساخوانی اکتسابی<sup>۳۷</sup>: این طبقه به توصیف نوعی از ناتوانی خواندن می‌پردازد که بر اثر آسیب مغزی در افرادی ایجاد شده که قبلاً سطح توانایی خواندن آنها به‌نجار بوده است.

<sup>۲۶</sup>- Temple, E.

<sup>۳۷</sup> - Acquired Dyslexia



ب - نارساخوانی تحولی<sup>۳۸</sup>: عبارت است از اختلال در شناسایی کلمات بر مبنای شکل‌های دیداری آنها. براساس ویژگیهای فوق، نارساخوانی تحولی نوعی اختلال خاص خواندن است که کودکان مبتلا علی‌رغم داشتن هوشیهر طبیعی و آموزش مناسب و فقدان نارسایی حسی آشکار، در زمینه خواندن دچار مشکل هستند. کودکان دارای نارساخوانی تحولی در زمینه‌های آواشناسی، رمزگردانی کلمات منفرد، سرعت خواندن، مهارتهای بازشناسی کلمات به طور مجزا و صحیح، درک متن و در سایر فرایندهای زبان از جمله نحو و معنا، نارسایی دارند (کنت<sup>۳۹</sup>، ۲۰۰۸). پاره‌ای از محققان بر این باورند که «نارسایی در پردازش گیجگاهی» علت اصلی نارساخوانی تحولی است (کیبی<sup>۴۰</sup>، ۲۰۰۹). در نتیجه، آنها اظهار می‌دارند که مشکل عمده در نارساخوانی ممکن است ناشی از آسیب کلی در پردازش فرایندهای سریع مربوط به اطلاعات چند وجهی باشد. سایر مؤلفان معتقدند که سیستم مگنوسولولار مبنای عصب شناختی چنین مشکلی است. در حال حاضر مؤلفان با در نظر گرفتن دو ویژگی به طبقه‌بندی نارساخوانی تحولی پرداخته‌اند. ویژگی نوع اول عبارت است از نارسایی اولیه در «صداسازی<sup>۴۱</sup>» کلمات (به کار بستن قوانین در ایجاد رابطه بین نویسه - واج<sup>۴۲</sup>). ویژگی نارساخوانی تحولی به طبقات گوناگون از جمله: نارساخوانی dysphonetic و نارساخوانی dyseidetic، نارساخوانی آوایی و سطحی/واژگی<sup>۴۳</sup> و نارساخوانی نوع P (ادراکی<sup>۴۴</sup>) و نارساخوانی نوع L (زبان‌شناختی<sup>۴۵</sup>) تقسیم می‌شود (نیکولسون، فاوست و دیان، ۲۰۱۰).

ج- نارساخوانی اکتسابی به چهار طبقه عمده تقسیم می‌شود که عبارتند از: نارساخوانی دیداری، نارساخوانی آواشناختی، نارساخوانی سطحی، نارساخوانی عمیق. افراد مبتلا به نارساخوانی دیداری قادر به بازشناسی سریع کلمات نیستند اما زمانی که به آنها فرصت داده می‌شود تا تک تک حروف کلمه را نام ببرند، قادر به خواندن کلمات هستند (لرکانن<sup>۴۶</sup>، ۲۰۰۶). شدیدترین نوع این نارساخوانی منجر به بازشناسی ضعیف تک تک حروف می‌شود. برای مثال فردی که دچار نارساخوانی دیداری است. وقتی کلمه «mat» را می‌بیند ممکن است آن را به صورت «C,a,t» یعنی cat بخواند (نلسون، ۲۰۰۷). این افراد براساس حدس و گمان، حروف را می‌خوانند نه بر

<sup>۳۸</sup> - Developmental Dyslexia

<sup>۳۹</sup> - Kenneth, R. P.

<sup>۴۰</sup> - Kibby, M. Y. A.

<sup>۴۱</sup> - Sounding-Out

<sup>۴۲</sup> - grapheme - phoneme

<sup>۴۳</sup> - Morphemic

<sup>۴۴</sup> - Perceptual

<sup>۴۵</sup> - Linguistic

<sup>۴۶</sup> - Lerkkanen, M. K.



اساس حروفی که واقعاً چاپ شده‌اند. افراد مبتلا به این نارساخوانی آواشناختی در خواندن کلمات واقعی و آشنا بهتر عمل می‌کنند و در خواندن کلمات ناآشنا ضعیفند. معمولاً اشتباهات این افراد در کلمات ناآشنا عبارت است از: تلاشهای بی‌نتیجه در سطح تبدیل نویسه - واج و همچنین خطاهای دیداری تقریباً شبیه به خطاهای نارساخوانی دیداری. شیویتز<sup>۴۷</sup> (۲۰۱۰) عقیده دارد شخص دارای نارساخوانی آواشناختی ابتدا یک رشته حروف را واری می‌کند. اگر این رشته، کلمه‌ای را تشکیل دهد به صورت یکپارچه درک و تلفظ می‌شود، اما اگر به صورت یک کلمه نباشد (به شکل غیرکلمه باشد)، شخص سردرگم می‌شود و از خواندن آن ناتوان خواهد بود، زیرا نمی‌تواند شیوه‌های تبدیل نویسه- واج را به کار ببرد. افراد دارای نارساخوانی سطحی قادر به بازشناسی کلمه براساس ظاهر آن نیستند. این افراد کلمات را تجزیه و به صورت تکه‌تکه تلفظ می‌کنند، به شکلی که گویا این کلمات کاملاً ناآشنا هستند. این افراد کلمات باقاعده را درست‌تر و بهتر از کلمات بی‌قاعده می‌خوانند و مرتکب خطاهای «قاعده‌دار»<sup>۴۸</sup> می‌شوند (مثلاً تلفظ *gauge* به صورت *trough, garge*، به صورت *truff*) (بایلیوکس<sup>۴۹</sup>، ۲۰۱۰). نارساخوانی عمیق به توصیف ناتوانی شدید در توانایی خواندن می‌پردازد. نشانه بارز نارساخوانی عمیق خطای معنایی<sup>۵۰</sup> است. خطای معنایی زمانی اتفاق می‌افتد که فرد نارساخوان کلمه نوشته شده‌ای را به صورت کلمه‌ای می‌خواند که از نظر معنایی با آن مشابهت دارد. مثلاً خواندن *city* به صورت *town*. افراد دارای نارساخوانی عمیق قادر به خواندن کلمات عینی می‌باشند اما در خواندن کلمات انتزاعی با مشکل مواجه هستند (کازانووا<sup>۵۱</sup>، ۲۰۰۶).

سبک اسناد در کودکان نارساخوان

ویژگی‌های عاطفی و حالات هیجانی منتج از سبک‌های اسنادی عناصر مهمی هستند که بر یادگیری و پیشرفت تحصیلی تأثیر می‌گذارند؛ چرا که آن‌ها تعیین‌کننده میزان تلاشی هستند که یک یادگیرنده در یادگیری مهارت‌های خاص به کار می‌گیرد (بلوم، ۱۹۸۲). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که میان موفقیت تحصیلی و عوامل هیجانی ناشی از سبک‌های اسنادی ارتباط بسیار گسترده‌ای وجود دارد و دانش‌آموزان نارساخوان در مقایسه با همسالان عادی خود، موفقیت‌ها و شکست‌ها را به میزان بالاتری به عوامل

<sup>۴۷</sup>- Shaywitz, V. W.

<sup>۴۸</sup>- Regularisation

<sup>۴۹</sup>-Baillieux, H.

<sup>۵۰</sup>- Semantic errors

<sup>۵۱</sup>- Casanova, M. F.



بیرونی و با احتمال کمتری به توانایی و عوامل درونی، قابل کنترل و پایدار نسبت می دهند و موفقیت های خود را نیز بیشتر به شانس یا عوامل بیرونی، غیرقابل کنترل و ناپایدار نسبت می دهند (فرلیچ، ۲۰۱۰؛ تارنوسکی و نی، ۱۹۸۹). این دانش آموزان میان موفقیت ها و اعمال خود رابطه نزدیکی نمی بینند و شکست خود را به فقدان توانایی نسبت می دهند. تأکید بر عوامل بیرونی، غیرقابل کنترل و ناپایدار از سوی دانش آموزان نارساخوان و شکست های تحصیلی آنان به تدریج منجر به شکل گیری خودپنداره‌ی تحصیلی<sup>۵۲</sup> ضعیف تری در آن ها نسبت به سایر دانش آموزان می شود (نریمانی، علایی و علایی خرایم، ۱۳۹۱). این خودپنداره پایین از مقطع ابتدایی شروع شده و تا مقطع دبیرستان نیز ادامه می یابد. شکست در رسیدن به مقاصد تحصیلی و شکل گیری خودپنداره سطح پایین در دانش آموزان نارساخوان به تدریج احساس درماندگی آموخته شده را در آن ها به وجود می آورد (زیلند، ۲۰۰۴). احساس درماندگی در یادگیری مهارت خواندن، کودک را در موقعیتی قرار می دهد که با وجود داشتن توانایی هوشی بهنجار، احساس عدم شایستگی و بی کفایتی می کند، شکست های پیاپی خود را به جای فقدان کوشش به فقدان توانایی نسبت می دهد (سلیگمن، ۲۰۰۵)، با احتمال کمتری تکالیف جدید را شروع می کند، احساس می کند که بر محیط خود کنترل ندارد، و بدشانسی های متناوبی را تجربه می کند (زیلند، ۲۰۰۴). دانش آموزان نارساخوان در مقایسه با دانش آموزان عادی دارای سطح کمتری از انگیزش پیشرفت (نریمانی و علایی خرایم، ۱۳۹۱)، حرمت خود (والاس، ۲۰۱۱)، خود تنظیمی (اشنایدر و لویز، ۲۰۰۷) و سطح بالایی از افسردگی (هیس و روت، ۲۰۰۰) و احساس تنهایی (والاس، ۲۰۱۱؛ سایدریدیس، ۲۰۰۶) هستند. این حالات پایدار ناشی از سبک اسناد منفی و بدبینانه چیزی نیست که تنها با آموزش خواندن صحیح و یا نوشتن درست کلمات و عبارات از بین برود. حالت های پایدار منتج از سبک های اسنادی منفی و بدبینانه در این کودکان تا مدت های طولانی پابرجا می ماند و به بسیاری از جنبه های زندگی نیز تعمیم می یابد. دانش آموزان نارساخوان نسبت به خود، جهان و آینده نگرشی منفی دارند. تجارب شخصی آن ها به طور قابل ملاحظه ای اندوهناک تر از دیگران است. تجربه های مکرر شکست در امور مختلف، کودکان نارساخوان را به این باور می رساند که توانایی برآمدن از عهده تقاضاهای محیطی را ندارند در نتیجه برداشت های آن ها از خود و رویداد های محیطی منفی تر و بدبینانه تر از دیگران است چرا که این افراد برای خود، ارزش پایینی قائل هستند و دارای حرمت خود و خودپنداشت پایین تری هستند. به طور

<sup>۵۲</sup> -Academic self - concept





# ماهنامه علمی تخصصی پایاشهر



ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

کلی داشتن نارسایی در قلمرو خاص می تواند تمام زمینه های عملکرد کودک را تحت تاثیر قرار دهد و کودک را از داشتن ارزیابی واقع بینانه نسبت به خود، جهان و استعدادها و توانایی های خود بازدارد. تجربه خواندن در مدرسه در حالت کلی می تواند کفایت، شایستگی، حرمت خود، خودپنداشت و خودباوری کودک را تحت تاثیر قرار دهد و شکست در خواندن می تواند منجر به بروز مشکلاتی در زمینه های تحصیلی، اجتماعی، رفتاری و سایر زمینه های مهم زندگی کودک بشود. در ارتباط با ویژگی ها، رفتارها و واکنش های کودکان نارساخوان نیز پژوهش های فراوانی صورت گرفته است که از آن جمله می توان به منبع کنترل، خلق و خو، مشکلات رفتاری و منزلت اجتماعی کودکان نارساخوان اشاره کرد که با کودکان عادی تفاوت دارد. به طور کلی می توان بیان کرد که کودکان نارساخوان در مقایسه با کودکان عادی، دارای اضطراب بیشتر، حرمت خود پائین تری هستند و علاقه کمتری به مدرسه دارند، هنگام شکست خود را بیشتر سرزنش می کنند و موفقیت های خود را به شانس نسبت می دهند. آن ها انتظار موفقیت کمتری دارند و به شکست های خود بیشتر به شکل منفی جواب می دهند و علت شکست را کمبود توانایی های خود می دانند. نتایج پژوهش ها حاکی از آن است که می توان سبک های اسناد را با استفاده از روش های رویکرد روانشناسی مثبت نگر در جهت کمک به دانش آموزان به منظور اینکه یادگیرندگانی مستقل و مقاوم شوند تغییر داد (سلیگمن، ۲۰۰۵).

## روانشناسی مثبت نگر

برخلاف روان شناسان پیشین که محور پژوهش ها و کارهای علمی خود را تنها بر جنبه های منفی و مخرب افکار، باورها و احساسات انسان ها متمرکز کرده بودند و تمام سعی و تلاش آن ها به جنبه های اختلال انگیز افکار و ابعاد بیمارگونه روان انسان و رفع و زدودن نشانه های بیماری های روانی انسان ها معطوف شده بود، امروزه بسیاری از روان شناسان به جنبه های مثبت افکار، باورها، احساسات و رفتارهای انسان توجه بیشتری دارند. در دهه های اخیر روانشناسی مثبت نگر به عنوان تلاشی در جهت بررسی توانمندی های انسان به عنوان بستری برای مطالعه در مورد بهزیستی و شادمانی در حوزه های مختلف آموزشی، بهداشتی، درمانی و دانشگاهی در نظر گرفته شده است (گلستانی بخت، ۱۳۸۶). روانشناسی مثبت نگر جهت تسهیل رشد، به مطالعه علمی تجارب مثبت و ویژگی های فردی می پردازد تا چهارچوبی مفهومی برای شادمانی در حوزه های لذت، درگیری و معنا فراهم سازد (سلیگمن، ۲۰۰۵). مارتین سلیگمن پدر روانشناسی مثبت نگر معتقد است روانشناسی باید به یک اندازه با رشد سلامتی و درمان بیماری در افراد مرتبط باشد.



در نتیجه هدف از ایجاد روانشناسی مثبت نگر سرعت بخشی به تغییر مرکز ثقل روانشناسی است تا علاوه بر درمان بیماری ها بر ساخت کیفیت مثبت زندگی نیز اقدام شود. در همین زمینه سلیگمن اعتقاد دارد که سبک اسناد افراد مبنای مثبت اندیشی و خوش بینی است که قابل اکتساب و یا تغییر می باشد.

## شیوه‌های تغییر سبک اسناد و ایمن سازی روانی

افرادی که امنیت روانی دارند، از سلامت روانی نیز بهره مند هستند. بیشتر بیماری‌های روانی از ناامنی روانی سرچشمه می‌گیرند. فردی که به طور مداوم از محرک‌های درونی و بیرونی احساس ناامنی، ترس و خطر می‌کند، سلامت جسمی و روانی او در معرض خطر واقع می‌شود، در بسیاری از موقعیت‌ها با پرخاشگری یا اضطراب واکنش نشان می‌دهد و در دنیای ذهنی او مدام کشمکش و حالت تدافعی وجود دارد. احساس ناامنی دائمی، متابولیسم بدن را به هم می‌ریزد، زیرا دستگاه ایمنی بدن، توان محدود دارد و از تحمل تنش دائمی ناتوان است، در نتیجه، ادامه این وضع، فرد را به سوی بیماری‌های جسمی و روانی سوق خواهد داد. ایمن سازی روانی باعث می‌شود که انسان احساس آرامش کند؛ به بیان دیگر، فردی می‌تواند احساس آسودگی و اطمینان کند که احساس تهدید نکرده و ایمنی روانی داشته باشد. واژه ایمنی و مشتقات آن، نظیر امنیت روانی، امنیت شغلی، امنیت اجتماعی، امنیت جانی، در زندگی روزمره دارای اهمیت بالایی است. ایمنی، یکی از نیازهای اولیه و غریزی بشر بوده، چنان که از دیرباز یکی از دغدغه‌های اساسی بشر، تأمین ایمنی در حوزه‌های مختلف زندگی بوده است. امنیت به دو بخش درونی و بیرونی تقسیم می‌شود. امنیت درونی یا امنیت روانی، یکی از مهم‌ترین عوامل زندگی سالم هر فرد را تشکیل می‌دهد. با رشد صنعت و تکنولوژی و پیچیده‌شدن جوامع، روابط اجتماعی نیز دست‌خوش تغییرات شده و پیچیدگی‌های خاصی در آن پدید آمده است. همچنین متغیرهای تأثیرگذار بر امنیت روانی، نظیر شغل، سبک اسناد فرد، طبقه اجتماعی، امید به زندگی، سیاست، عشق، اعتبار اجتماعی و بسیاری از موارد دیگری که می‌توانند امنیت روانی افراد را تضمین یا مختل نمایند، ساخت‌ها و حوزه‌های گسترده‌ای را به خود اختصاص داده‌اند. با توجه به اینکه امنیت اجتماعی لازم و ملزوم امنیت روانی یک جامعه است، نیاز جامعه سالم و انسانی به امنیت روانی برای رشد و تحول در ابعاد گوناگون زندگی، بیشتر از نیاز به آسایش و رفاه است، زیرا در سایه امنیت و آرامش روانی است که هر هدف ابتدایی، متوسط و غایی قابل دسترسی و تحقق یافتنی است، از این‌رو، تأمین امنیت در همه ابعاد آن، به ویژه امنیت روانی و آرامش جمعی، مهم‌ترین وظیفه



و مسئولیت دولت‌ها و خواسته ملت‌ها و جوامع به شمار می‌رود (سلیگمن، ۲۰۰۵). لذا مکاتب مختلف روانشناسی، اهداف اصلی خود را زدودن نشانه‌های اضطراب و پدیدآوردن احساس امنیت روانی در قالب‌های مختلف قرار داده‌اند. رویکردهای گوناگون روان‌درمانی با استفاده از روش‌ها و راهبردهای متفاوت، سعی و تلاش لازم را برای پیشگیری از ابتلا به اضطراب و افسردگی و دیگر حالات هیجانی منفی، می‌دول داشته‌اند که از جمله آن‌ها می‌توان به درمان بازسازی شناختی، توقف فکر<sup>۵۳</sup> و لپی<sup>۵۴</sup>، رفتار درمانی عقلانی-هیجانی آلبرت ایس، روش شناخت درمانی بک، روش حل مسئله، آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس و برنامه ایمن‌سازی روانی مبتنی بر الگوی پیشگیری پنسیلوانیا اشاره کرد

## رویکرد شناختی- رفتاری

در رویکرد شناختی- رفتاری تأکید بر آن است که مفاهیم به‌طور عملیاتی بیان شوند و اعتباریابی درمان به‌طور تجربی صورت پذیرد؛ بدین منظور در شرایط پژوهشی و نیز در کار بالینی روزمره، از طرح‌های آزمایشی گروهی و تک‌آزمودنی استفاده می‌شود. قسمت اعظم درمان، براساس رویکرد «اینجا و اینک» صورت می‌گیرد و فرض بر آن است که هدف عمده درمان، عبارت است از کمک به فرد به نحوی که بتواند تغییرات مطلوب را در زندگی خود پدید آورد. بنابراین تأکید در درمان، متوجه فراهم آوردن فرصتی برای یادگیری‌های انطباقی جدید، و نیز ایجاد تغییراتی در فضای بیرون از حیطه بالینی می‌شود. حل مسئله، جزء مهم و جدایی‌ناپذیر درمان را تشکیل می‌دهد. تمامی جنبه‌های درمانی و تغییر رفتار برای فرد توضیح داده می‌شود. درمانگر یا تغییر دهنده رفتار و درمانجو سعی می‌کنند ارتباط متقابلی برقرار کنند و به کمک یکدیگر راهبردهایی را برای مقابله با مسائل دقیقاً مشخص شده، وضع نمایند (امیدوار، ۱۳۸۵).

<sup>۵۳</sup> -Stop thinking

<sup>۵۴</sup> -Volpe.J.



## آموزش ایمن سازی روانی

در زندگی روزمره وقایع کوچک و بزرگ بسیاری وجود دارد که منجر به استرس و فشار روانی می شوند و معمولاً فرد کنترلی بر آن ها ندارد. اما می توان با تغییر نظر فرد، مقابله با آن را تحت کنترل درآورد. روش ایمن سازی روانی مبتنی بر الگوی پیشگیری پنسیلوانیا یکی از برنامه های شناختی رفتاری است که در سال ۱۹۷۰ توسط مارتین سلیگمن پدر روانشناسی مثبت نگر در جهت تغییر سبک اسناد و کاهش پیامدهای هیجانی منتج از آن ایجاد شد. این برنامه از دو بخش عمده شناختی و اجتماعی تشکیل شده است. در بخش شناختی تکنیک های اصلی مورد استفاده همان تکنیک هایی هستند که درمانگران شناخت گرا به منظور درمان افسردگی افراد مورد استفاده قرار می دهند. در واقع در این بخش در زمینه آموزش خوش بینی چهار مهارت اصلی: تکنیک شکار افکار خودآیند، ارزیابی افکار خودآیند، تلاش برای یافتن تبیین های جایگزین به هنگام مواجهه با شرایط و رویدادهای ناخوشایند و اجتناب از فاجعه پنداری به افراد آموخته می شود. همچنین در بخش اجتماعی برنامه پیشگیری پنسیلوانیا، همسو با برخی الگوهای نظری موجود درباره افسردگی به منظور کاهش چشمگیر تجارب هیجانی منفی در بین افراد، بر نقش محوری عناصر اجتماعی مانند مهارت های حل مسأله و مهارت های اجتماعی (جرات ورزی و مذاکره) تأکید می شود. به بیان دیگر، در این برنامه تأکید می شود که فراهم سازی بستر مناسب برای افزایش مهارت های اجتماعی (جرات ورزی و مذاکره) افراد به منظور کاهش تجارب هیجانی منفی در بافت تعاملات بین فردی از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد. بر این اساس، به منظور تجهیز خزانه مهارت های حل مسأله افراد بر آموزش مهارت هایی نظیر: الف) درنگ کردن و اندیشیدن، ب) از دیدگاه دیگران به امور نگریستن، ج) مشخص کردن اهداف و مطرح کردن راه حل های جایگزین، د) انتخاب شیوه ای برای عمل به راه حل ها و ه) آزمون اثربخشی راه حل های انتخابی تأکید می شود. از این روش به ویژه در مدارس و کلینیک ها در ارتباط با دانش آموزان باهوش و با استعداد، دانش آموزان دارای ناتوانی های یادگیری و دانش آموزان در معرض خطر به منظور برطرف کردن مشکلات انگیزشی (سلگمن، ۲۰۰۵)، کاهش درماندگی آموخته شده (نریمانی، رفیق ایرانی و ابوالقاسمی، ۱۳۸۸)، پیشرفت تحصیلی از طریق ایجاد کنترل بیشتر (یعقوبی، ۱۳۸۳) استفاده می شود.



مرور دقیق و موشکافانه شواهد تجربی مختلف نشان می دهد که در حال حاضر برای اغلب یادگیرندگان در سطوح مختلف، به ویژه دانش آموزان نارساخوان، تجربه موقعیت های پیشرفت اعم از مدرسه و دانشگاه با گستره وسیعی از هیجانات پیشرفت<sup>۵۵</sup> همراه می باشد. به بیان دیگر، نتایج مطالعات مختلف نشان می دهد که الگوی تجارب هیجانی یادگیرندگان (منتج از سبک اسناد) در موقعیت های پیشرفت، به عنوان مهمترین عامل قابل مشاهده در کیفیت زندگی تحصیلی دانش آموزان از اهمیت قابل ملاحظه ای برخوردار است (گوئتز<sup>۵۶</sup>، فرنزل<sup>۵۷</sup>، پکران<sup>۵۸</sup> و هال<sup>۵۹</sup>، تیتز<sup>۶۰</sup>، ۲۰۰۸). بر این اساس، تعداد زیادی از محققان علاقه مند به موضوع محوری پیشبرد سطح کیفی زندگی تحصیلی دانش آموزان از طریق طرح و اجرای برنامه های مداخله ای مختلف، رسالت خطیر تحقق بخشیدن به رفتارهای تسهیل کننده سلامت روان و فراهم سازی آموزش های لازم برای مدیریت کارآمد تجارب هیجانی را در بافت های تحصیلی پیگیری کرده اند.

موی چان (۲۰۱۱) در پژوهشی که روی ۳۲۶ نوجوان عادی (۱۶۰ نفر پسر، ۱۶۶ نفر دختر) انجام داد به این نتیجه دست یافت نوجوانانی که وقایع را از طریق پرسشنامه سبک اسناد کودکان به صورت مثبت شرح می دادند دچار افسردگی نبودند در حالی که نوجوانانی که وقایع را به طور منفی شرح دادند نشانه های افسردگی در آنها مشاهده شد. به طور کلی سبک اسناد منفی و بدبینانه با بروز نشانه های افسردگی ارتباط داشت.

در پژوهشی دیگر که سیزدک<sup>۶۱</sup> و آدیس<sup>۶۲</sup> (۲۰۱۰) بر روی ۶۲ دانش آموز ترک تحصیل کرده دارای ناتوانی یادگیری انجام دادند به این نتیجه رسیدند که سبک اسناد منفی و بدبینانه با بروز نشانه های افسردگی همبستگی دارد.

سایدیدیس (۲۰۰۷) نیز به مفید بودن مداخلات ایمن سازی روانی در افزایش فهم و درک رفتارهای هیجانی - اجتماعی و اصلاح رفتارهای دشوار کودکان با ناتوانی یادگیری اشاره کرد و این مداخله را عامل افزایش قدرت تفکر دانش آموزان در زمینه فرضیه سازی

---

<sup>۵۵</sup>- achievement emotions

<sup>۵۶</sup>-Goetz, T.

<sup>۵۷</sup>- Frenzel, A.

<sup>۵۸</sup>- Pekrun, R.

<sup>۵۹</sup>- Hall, N.

<sup>۶۰</sup>- Titz, W.

<sup>۶۱</sup>-Syzdek, M. R.

<sup>۶۲</sup>-Addis, M..



و درک و فهم شوحی در روابط اجتماعی دانسته است. در تبیین این نتایج می توان به تاکید راهبردهای رویکرد شناختی- اجتماعی برنامه ایمن سازی روانی بر گفتگو با خود یا زبان درونی<sup>۶۳</sup> (چیزی که دانش آموزان به خود گفته و یا درباره آن فکر می کنند) به عنوان ابزار هدایت رفتار آشکار، اشاره کرد. والاس (۲۰۱۱) بیان کرده است که دانش آموزان با ناتوانی یادگیری، موفقیت های خود را به عوامل بیرونی و شکست های خود را با احتمال بیشتری به توانایی پایین نسبت می دهند در حالیکه دانش آموزان عادی اینگونه عمل نمی کنند.

سلیگمن (۲۰۰۵)، پیرل، بریان و دوناهه (۱۹۸۰) اثربخشی الگوی اثرات آموزشی برنامه ایمن سازی روانی در بعد مدیریت هیجان را در بین گروهی از دانشجویان دختر و پسر رشته مددکاری اجتماعی آزمون کردند. دانشجویان گروه آزمایش در قلمرو مهارت های شناختی و رفتاری و رفتارهای جرات ورزی آموزش های لازم را در طی ۱۴ جلسه دریافت کردند. قبل و بعد از ارائه مداخله آزمایشی، از دو گروه آزمایش و کنترل اطلاعات لازم درباره رخدادهای تنیدگی زای زندگی، نشانه های تنیدگی، مهارت های مقابله با استرس (مهارت های مقابله فعال و منفعل) و سبک اسناد آنها جمع آوری شد. در این پژوهش، محتوای برنامه مداخله ای ایمن سازی روانی بر مبنای مدیریت تجارب تنیدگی زا ناشی از سبک اسناد بدبینانه، بر آموزش مهارت های مقابله ای فعال، مبتنی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که مهارت های مقابله ای منفعلانه دانشجویانی که در گروه مدیریت تجارب تنیدگی زا قرار داشتند، به طور معناداری کاهش یافت.

همچنین در پژوهش مک سینگا<sup>۶۴</sup> و نعمتی<sup>۶۵</sup> (۲۰۱۱) نشان داده شد که سبک اسناد منفی و بدبینانه ایجاد شده در کودکان می تواند تا بزرگسالی نیز ادامه داشته باشد که در این صورت بزرگسالان دارای سبک اسناد منفی و بدبینانه در زندگی روزمره امکان فعالیت کمتری دارند، به راه های مثبت احتمالی کمتر می اندیشند و برای دریافت حمایت شبکه اجتماعی نیز با مشکل مواجه هستند. دان<sup>۶۶</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان داد که افراد بهنجار از سبک اسناد بیرونی، اختصاصی و ناپایدار برای مهار هیجان های منفی و غلبه بر آن استفاده می کنند. اما افراد دارای اختلالات اضطرابی، ترس های مرضی و وسواس از سبک اسناد درونی، پایدار و فراگیر استفاده

<sup>۶۳</sup> - Innerlanguage

<sup>۶۴</sup>-Macsingaa. I.

<sup>۶۵</sup> -Nemeti. J.

<sup>۶۶</sup>- Dunn, P. B.



می کنند. نتایج مطالعات پترسون<sup>۶۷</sup> (۲۰۰۷) نیز نشان داد که میان سبک اسناد پایدار، درونی و فراگیر با اختلالاتی چون افسردگی، اضطراب و وسواس‌های فکری و عملی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد.

دهقانی (۲۰۰۷)، در مطالعه ای از تعدادی از بیماران خواست که قبل و بعد از درمان شناختی پرسشنامه سبک اسنادی را تکمیل کنند. فرض وی بر این مبنا بود که بیماران قبل از درمان، مشکلاتشان را درونی، فراگیر و پایدار می پندارند وی پس از درمان از بیماران درخواست کرد پرسشنامه سبک اسناد را تکمیل نمایند. نتیجه نشان داد که پس از درمان، بیماران مشکلات خود را بیرونی، اختصاصی و ناپایدار ارزیابی می کنند.

در پژوهش نیک نشان، نوری، احمدی (۱۳۸۸) که بر دانش آموزان مقطع ابتدایی صورت گرفت، این نتیجه به دست آمد که آموزش سبک اسناد خوش بینانه و مثبت از طریق برنامه ایمن سازی روانی، منجر به افزایش سلامت عمومی و امنیت روانی در دانش آموزان شده است. همچنین آموزش سبک اسناد مثبت و خوش بینانه در کاهش افسردگی، اختلال در عملکرد اجتماعی، اضطراب، بی خوابی و نشانه های جسمانی این دانش آموزان نیز تاثیر داشته است.

سپهوند، گیلانی و زمانی (۱۳۸۵) در پژوهشی با عنوان رابطه سبک اسناد با رخدادهای استرس زای زندگی و سلامت عمومی در گروهی از افراد خوش بین و بدبین به این نتیجه رسیدند که میان این دو گروه از لحاظ تعداد رخدادهای استرس زای زندگی با یکدیگر تفاوتی وجود ندارد، اما میزان سازگاری مجدد مورد نیاز ناشی از این رخدادهای در افراد بدبین بیشتر و سلامت عمومی در آن ها کمتر گزارش شده است.

در پژوهشی که یوسفی و شیخ (۱۳۸۱)، با عنوان بررسی و مقایسه اثربخشی برنامه ایمن سازی روانی بر میزان حرمت خود، احساس خود کارآمدی، سبک اسنادی و انگیزه توفیق گرایی و پیشرفت دانش آموزان مقطع راهنمایی شهر کرمانشاه انجام دادند به این نتیجه رسیدند که الگوهای تدریس مبتنی بر ایمن سازی روانی و بازآموزی اسنادی می تواند منجر به افزایش حرمت خود و احساس خود کارآمدی و توفیق گرایی در دانش آموزان شود. همچنین نتایج برنامه ایمن سازی روانی موجب تغییر و بهبود سبک اسناد دانش آموزان گردید و موجب شد جهت گیری اسنادهای موفقیت، از بعد بیرونی، ناپایدار و اختصاصی به بعد درونی، پایدار و فراگیر تغییر

---

<sup>۶۷</sup>- Peterson, I.



یابد و در عین حال اسنادهای شکست از بعد درونی، پایدار و فراگیر به سوی بعد بیرونی، ناپایدار و اختصاصی سوق یابد. این مساله بدان معنی است که افراد خود را در حصول موفقیت ها بیشتر سهیم می دانند؛ در کسب موفقیت احساس توانایی بیشتری می کنند و آن را به ابعاد دیگر نیز تعمیم می دهند.

لطیفی، ملک پور، امیری و مولوی (۱۳۸۶) نشان دادند که آموزش راهبردهای شناختی و آموزش اسنادهای خوش بینانه بر حل مساله دانش آموزان حساب نارسا تاثیر بسیار زیادی داشته است.

## نتیجه گیری

اساس وجودی همه ی موجودات عالم بر تحول و تغییر نهاده شده است . انسان نیز در تمام دوران زندگی خود دست خوش تغییرات مداوم است و دوره ی کودکی از مهمترین این دوران به شمار می رود . تمامی روانشناسان و صاحب نظران در این مورد توافق دارند که دوره ی کودکی در تعیین و شکل یافتن رفتار ، رشد شخصیت و منش آینده ی کودک دارای اهمیت بسزایی است . این دوره را بین سنین شش تا یازده سالگی می دانند که سنین حضور کودک در دبستان است . با وجود آنکه مدرسه نیز قسمتی از جامعه و از عوامل تاثیر گذار بر رشد روانی کودکان محسوب می گردد ، اما در شرایطی نقش آن از خانواده مهمتر و آشکار تر می نماید . بر مدرسه به عنوان مهمترین مرکز پرورش کودکان و در آن معلم به عنوان تنها فردی که می توان نفوذی همچون والدین برای او قائل شد بهداشت روانی عبارتست از «توانایی کامل برای ایفای نقش های اجتماعی، و روانی جسمی» . این سازمان معتقد است که بهداشت روانی فقط عدم وجود بیماری و یا عقب ماندگی نیست، بنابراین کسی که احساس ناراحتی نکند از نظر روانی سالم محسوب می شود. بهداشت روانی همان بهداشت فکر و قدرت سازگاری فرد با محیط و اطرافیان است. همچنان که از جسم خود مراقبت می کنیم روح خود را نیز باید مقاومت تر کنیم تا زندگی بهتری داشته باشیم. در زندگی «چگونه بودن» خیلی مهم تر از «بودن یا نبودن» است. ایجاد فرصت برای شکوفایی استعدادها، توانایی ها و کنار آمدن با خود و دیگران یکی از اهداف مهم و اساسی بهداشت روانی است. جوامع مختلف سعی می کنند تا سیاست های مربوط به بهداشت روانی راسازماندهی کنند. اصل کلی در این تلاش، سالم سازی محیط فردی و اجتماعی است که افراد جامعه را در بر می گیرد. این نگرش حکم می کند که خانواده ها





# ماهنامه علمی تخصصی پایاشهر



ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

بیش از پیش با بهداشت روانی خانواده و چگونگی پیشگیری و درمان بیماری های روحی آشنا شوند. چون در مواجهه با چالش ها و مشکلات روزمره، ما براساس ویژگی های روانی خود با آنها برخورد می کنیم، هر چه از بهداشت روانی بیشتری برخوردار باشیم به یقین آسیب پذیری ما کمتر خواهد بود. امید است با برخورداری از بهداشت فکر و روان به موفقیت های بیشتری رسیده و بیش از پیش بر مشکلات غلبه کنیم. مسؤلیت اولیای مدرسه فقط در پرورش نیروی عقلی و آشنا کردن دانش آموزان به مسائل اجتماعی و اخلاقی خلاصه نمی شود. مدرسه مسؤول تغییر و اصلاح رفتارهای ناسازگارانه و تأمین بلوغ عاطفی و بهداشت روانی دانش آموزان نیز می باشد. در مدرسه فرزندان دوست داشتن و دوست داشته شدن را تجربه می کنند، معلم با تکریم شخصیت، محبت و توجه، آنان را در مسیر صحیح هدایت می کند، دانش آموز در مدرسه چگونگی برقراری روابط درست عاطفی، سازگاری با دیگران و مسؤولیت پذیری را می آموزد و راههای مبارزه با کینه توزی، دیگر آزاری و حسادت را یاد می گیرد. امنیت دانش آموزان دو مولفه دارد: هیجانی و جسمی. نیاز به امنیت هیجانی زمانی ارضا می شود که دانش آموزان بتوانند این اطمینان را بیابند که معلمان و همسالانشان به دیدگاه های آنها احترام می گذارند. نیاز به امنیت جسمانی دانش آموزان زمانی ارضا می شود که دانش آموزان از اینکه قربانی خشونت، پرخاشگری یا مخاطرات کلاسی شوند نترسند. ما در فصل بعد چند راهکار خاص ارائه خواهیم کرد که امنیت جسمانی را بهبود می بخشد. در این فصل بر مشخصه هایی از معلم تمرکز می کنیم که نیاز به احساس امنیت هیجانی دانش آموزان را حمایت می کنند. قبل از این بحث، درباره کسی فکر کنید که به شما احترام می گذارد. نامحتمل است که این شخص هرگز برای اینکه ادارتان کند کاری را انجام دهید، از تهدید استفاده کند. و بسیار محتمل است که آن فرد به عقاید شما علاقمند باشد. اگرچه شما همیشه با افکار و رفتارهای دانش آموزان موافق نخواهید بود، این امر ضرورت دارد که شرایط (جوی) را ایجاد کنید که در آن دانش آموزان می دانند به طور منحصر بفرد مورد احترام قرار می گیرند و شما از اعمال یا رفتارهای آنها به طور شخصی بر علیه شان استفاده نمی کنید. در مطالعه دیگری دپارتمان آموزش و پرورش اورگون از دانش آموزانی که در دبیرستان ها نام نویسی کرده بودند پرسید ویژگی های مدرسه ای که می خواهند در آن بمانند و یا محیط بهتری داشته باشد چگونه است. تمامی دانش آموزان بدون توجه به پیشینه یا محیطشان یک پاسخ مشترک دادند: به من به عنوان انسانی که هستم احترام بگذارید، از من بخواهید بیشترین تلاشم را بکنم و به من کمک کنید تا پیشرفت کنم.



# ماهنامه علمی تخصصی پایشهر



ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

## منابع

- احمدیان، محمد و آقازاده، محرم. (۱۳۷۸). راهنمای کاربردی روش های نوین تدریس. تهران: انتشارات آئیش.
- اصلانی، جلیل،، علیزاده، حمید،، قوام آبادی، صغری،، فرخی، نورعلی. (۱۳۹۱). اثربخشی برنامه ی تلفیقی روانی - آموزشی برسبک تبیین بدبینانه دانش آموزان با ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانی های یادگیری. (۲)، ۲۴-۶
- امیدوار، احمد. (۱۳۸۵). روشهای تغییر رفتار، رفتار درمانی و شناخت- درمانی. مشهد: انتشارات فرا انگیزش
- باعزت، فرشته. (۱۳۸۷). تعیین عوامل اختلال های هیجانی مؤثر بر نارساخوانی دانش آموزان مقطع ابتدایی. مجله ی پژوهش در حیطه ی کودکان استثنایی، ۸ (۴)، ۳۵-۳۰.
- براهنی، محمد تقی،، اصغرزاده، امین،، صفیه رضوی، عزت السادات،، شمالی، راضیه،، خمیری، طاهره. (۱۳۷۶). هنجاریابی آزمون بندر گشتالت در گروه کودکان ۵ تا ۱۱ ساله تهران، انستیتو روانپزشکی تهران.
- دادستان، پریخ . ( ۱۳۸۹ ) . اختلال های زبان، روش های تشخیص و بازپروری. روانشناسی مرضی تحولی ۳ . تهران؛ انتشارات سمت.
- درویزه، زهرا، خسروی، زهره،، جاهدی،، سهیلا. ( ۱۳۷۷ ) . تاثیر بازآموزی اسناد و راهبرد های شناختی یادگیری در پیشرفت ریاضی دانش آموزان پایه پنجم لبتدایی شهر شیراز، نشریه علوم انسان (۱)، ۴۵-۳۵.
- رجبی، غلامرضا. ( ۱۳۸۷ ) . هنجاریابی آزمون ماتریسهای پیشرونده ریون رنگی کودکان دردانش آموزان شهر اهواز .روانشناسی معاصر، ( ۱،۲۳-۳۲ ) .
- رحمانی، جهانبخش،، عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۲). هنجاریابی آزمون هوشی ریون رنگی کودکان ۵ تا ۱۰ سال در استان اصفهان.شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان . جلد ۵. صص: ۴۵-۵۰.
- سادوک، بنیامین ،، سادوک، ویرجینیا: خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی (ترجمه پورافکاری)(۱۳۸۶)، تهران: انتشارات شهر آب.



# ماهنامه علمی تخصصی پایاشهر



ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

- سپهوند، تورج، گیلانی، بیژن، زمانی، رضا. (۱۳۸۵). رابطه سبک های اسنادی با رخدادهای استرس زای زندگی و سلامت عمومی. پژوهش های روان شناختی، ۹(۳ و ۴): ۳۳-۴۶.
- سرمد، زهره، بازرگان، عباس، حجازی، الهه. (۱۳۸۳). روش تحقیق در علوم رفتاری. تهران: انتشارات آگاه
- سلیگمن، مارتین. (۱۳۸۳). کودک خوش بین: برنامه ای آزموده شده برای ایمن ساختن همواره کودکان در برابر افسردگی. داورپناه، فروزنده. تهران: انتشارات رشد.
- سیف، علی اکبر. (۱۳۸۸). تغییر رفتار و رفتاردرمانی نظریه ها و روش ها. تهران: نشر دوران.
- سیف نراقی، مریم، نادری، عزت الله. (۱۳۸۸). روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی. تهران: نشر ارسباران.
- شکری، امید. (۱۳۸۸). آزمون الگوی اثرات برنامه مداخله ای بازآموزی اسنادی بر تنیدگی تحصیلی ادراک شد، تجارب هیجانی مثبت و منفی، افسردگی و خوش بینی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی. گزارش نهایی طرح پژوهشی، تهران.
- شکوهی یکتا، محسن، پرند، اکرم. (۱۳۸۵). ناتوانی های یادگیری. تهران: موسسه انتشاراتی تیمورزاده. نشر طیب.
- شعبانی، حسن. (۱۳۸۲). روش ها و فنون تدریس. تهران: انتشارات سمت.
- شوالترز، دوان؛ سیدنی (۱۳۸۵). روانشناسی شخصیت. ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: نشر ویرایش.
- علایی خرابیم، رقیه، نریمانی، محمود، علایی خرابیم، سارا. (۱۳۹۱). مقایسه باورهای خودکارآمدی وانگیزه ی پیشرفت درمیان دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. مجله ی ناتوتنی های یادگیری، ۱(۳)، ۱۰۴-۸۵.
- کدیور، پروین. (۱۳۸۷). سبک های تبیینی درماندگی آموخته شده و تاثیر انتظار معلم در کلاس های طبقه بندی شده. وزارت آموزش و پرورش. دفتر تحقیقات.
- گلستانی بخت، طاهره. (۱۳۸۶). ارائه الگوی بهزیستی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران. پایان نامه دکتری. تهران دانشگاه الزهرا، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.



لطیفی، زهره، امیری، شعله، ملک پور، مختار، مولوی، حسین. (۱۳۸۸). اثر بخشی آموزش حل مسئله ی شناختی - اجتماعی بر بهبود روابط بین فردی، تغییر رفتارهای اجتماعی و ادراک خودکارآمدی دانش آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری. تازه های علوم شناختی، ۱۱(۳)، ۸۴ - ۷۰.

نریمانی، محمد، رفیق ایرانی، سودابه، ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۸۸). مقایسه اثر بخشی روش های ایمن سازی روانی مایکنبام و مهارت های مطالعه و ترکیبی از هر دو روش در افزایش خودکارآمدی دانش آموزان دختر. مجله اندیشه های نوین تربیتی. دوره ۵، شماره ۳. صص ۱۱۱-۱۲۴.

نصفت، مرتضی. نظری، مجتبی. (۱۳۸۰). آزمون تشخیصی اختلال خواندن. گزارش نهایی طرح پژوهشی، تهران.  
نیک نشان، شکوفه، نوری، ابوالقاسم، احمدی، سید احمد. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش سبک اسناد بر بهبود سلامت عمومی گروهی از دانش آموزان ناتوانی یادگیری. مجله مطالعات آموزش و یادگیری دانشگاه شیراز، ۱(۲): ۱۳۰-۱۱۷.  
واضحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۲). بررسی تاثیر بازآموزی اسنادی بر سبک اسنادی، عملکرد و پشتکار در درس ریاضیات دانش آموزان. فصلنامه ی اندیشه و رفتار، ۹ (۳): ۸۷.

یعقوبی، ابوالقاسم. (۱۳۸۳). تاثیر آموزش راهبرد های فرا شناختی بر بهبود عملکرد خواندن دانش آموزان نارساخوان پسر پایه چهارم و پنجم ابتدایی شهر همدان. رساله دکتری. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.  
یوسفی، بهرام، شیخ، محمود. (۱۳۸۱). بررسی و مقایسه اثر سه برنامه ی هدف چینی، بازآموزی اسنادی و ترکیبی بر میزان عزت نفس احساس خود سودمندی سبک اسنادی و انگیزه توفیق گرایی دانش آموزان مقطع راهنمایی شهر کرمانشاه. حرکت، ۱۳: ۴۳-۳۱.

Abela, J.R.Z. (۲۰۱۰). The hopelessness theory of depression: a test of the diathesis-stress and causal mediation components in third and seventh grade children. *J Abnorm Child Psychol*; ۲۹:۲۴۱-۵۴.



# ماهنامه علمی تخصصی پایشهر



ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

Adams, M. J.(۲۰۰۸). *Beginning to Read Thinking and Learning about Print* Cambridge, MA: MIT press.

Baillieux, H,(۲۰۱۰). Developmental dyslexia and widespread activation across the cerebellar hemispheres. *Brain Lang.* ۱۰۸(۲):۱۲۲-۳۲.

Baker, G. A., Hargis, E., Mo – song hish, M., Mounfield, H., Arzimanoglou, A., Glauser, T., Pellock, J., Lund, S (۲۰۰۸). Perceived impact of epilepsy in teenager and young adult: An international survey. *Epilepsy & Behaviour*, ۱۲, ۳۹۵-۴۰۱.

Banks, R. (۲۰۰۶). Psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities. *The journal of psychiatry*. Elsevier Ltd ۵, ۱۰.

Beasley M, Thompson T, & Davidson J. (۲۰۰۳). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, ۳۴, ۷۷-۹۵.

Benn, E.K.T., Hesdorffer, D.C., Levy, S., Testan, F.M., Dimorio, F.J., Bery, A (۲۰۱۰). Parental report of behavioral and cognitive diagnosis in childhood onset epilepsy: A case – sibling – controlled analysis. *Epilepsy & Behaviour*, ۱۸, ۲۷۶ – ۲۷۹.

Bloom, B. S. (۱۹۸۲). *Human characteristics and school learning*. New York: McGraw-Hill.

Casanova M, F,(۲۰۰۶). Reduced brain size and gyrification in the brain of dyslexia patients. *J Child Neurol.*; ۱۹(۴):۲۷۵-۸۱.

Chang, E. C. (۱۹۹۸). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, ۷۴, ۱۱۰۹-۱۱۲۰.



Coville, P. F. (۱۹۹۱). The effects of a teacher attribution training program on the locus-of-control, achievement, persistence, and helpless behaviors of students in a remedial reading classroom. EdD Dissertation, Boston College.

Dehghani, M. (۲۰۰۷). Compare of the effectiveness of attributional and instructional cognitive metacognition-attributional strategies on text understanding of dyslexic girl students.

Dissertation in Allame Tabatabaee University. (Persian).

Deckro, G. R, Ballinger, K. M., Hoyt, M., et al. (۲۰۰۲). The evaluation of a mind/body intervention to reduce psychological distress and perceived stress in college students. *Journal of American College Health*, ۵۰, ۲۸۱-۲۸۷.

Donahue, M. (۲۰۱۰). Learning disabled children attributions for success and failure. *Learning Disability Quarterly*, ۳, ۳-۹.

Douglas J. Hacker, I & Bol, I & Bahbahani, K. (۲۰۰۸). Explaining calibration accuracy in classroom contexts: the effects of incentives, reflection, and explanatory style. *Metacognition Learning* ۳:۱۰۱-۱۲۱ DOI ۱۰.۱۰۰۷/s۱۱۴۰۹-۰۰۸-۹۰۲۱-۵.

Dunn, P. B., & Shapiro, S. K. (۲۰۰۰). Gender differences in the achievement goal orientation of ADHD children. *Cognitive therapy and Research*, ۲۳, ۳۲۷-۳۴۴.