MEJDS. Vol 16 (2026-2027), Article 31
Published online 2026 Jun **Original Article**

The Effectiveness of Pivotal Response Treatment (PRT) on Social Communication Skills and Internalizing and Externalizing Behavioral Problems in Students with Intellectual Disability

Tavakoli ZAS[1], *Zare Neyestanak M[2], Khoshakhlagh H[2], Banitaba SM[3]

Author Address
1. PhD Student of General Psychology, Department of Psychology, Nae.C, Islamic Azad University, Naein, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Nae.C, Islamic Azad University, Naein, Iran;
3. Assistant Professor, Department of science, Nae.C., Islamic Azad University, Naein, Iran.
***Corresponding Author's Email:** Zare1349@iau.ac.ir

Received: 2026 May 9; **Accepted:** 2026 Jun 9

Abstract

Background & Objectives: Children with intellectual disabilities, as a population with special needs, face numerous challenges in their daily lives. Social difficulties are among the most significant challenges experienced by these children. They often have difficulty establishing effective communication with others and may be unable to express their emotions and needs appropriately. Furthermore, inappropriate or maladaptive social behaviors may further contribute to peer rejection, which, in turn, can lead to the development of behavioral problems, including internalizing and externalizing disorders. One intervention developed in recent years to address communication difficulties in children with autism spectrum disorder is pivotal response treatment (PRT), which appears to have potential applicability for other children with special needs as well. PRT is a naturalistic, child–centered intervention characterized by a flexible structure and grounded in natural learning principles and responsive interactions. It is based on the premise that children's developmental difficulties can be improved through systematic modifications of their environment. Therefore, the present study aimed to examine the effectiveness of pivotal response treatment on social communication skills and internalizing and externalizing behavioral problems among female students with intellectual disabilities in Yazd.

Methods: The present study employed a quasi–experimental design with a pretest–posttest design, a two–month follow–up, and a control group. The study population consisted of female students with intellectual disabilities enrolled in special education schools in Yazd, Iran, during the 2024–2025 academic year. A total of 30 educable female students with intellectual disabilities, aged 7–11 years, who met the study inclusion criteria were selected through purposive sampling from special education schools in Yazd. The participants were then randomly assigned to two groups of 15 participants each: an experimental group and a control group, with 15 participants in each group. The inclusion criteria were as follows: parental informed consent to participate in the study; a diagnosis of educable intellectual disability based on the child's screening records (IQ range: 50–70); age between 7 and 11 years; no use of psychiatric medication according to parental report; and no severe physical disabilities or medical conditions based on the researcher's observations. The exclusion criteria included lack of cooperation during the study, absence from more than two intervention sessions, incomplete questionnaire responses, and withdrawal of consent to continue participation. Data were collected using the Social Skills Rating System (SSRS; Gresham & Elliott, 1990) and the Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991). Participants in the experimental group received pivotal response treatment (PRT) in twenty 1–hour sessions conducted twice weekly, whereas those in the control group were placed on a waiting list. Written informed consent was obtained from the participants, and written information regarding the study was provided to them. Participation in the study was voluntary, and the participants were assured that the confidentiality of their information would be maintained. Furthermore, following the completion of the study, pivotal response treatment (PRT) was also provided to the control group to ensure compliance with ethical principles. Statistical analyses were performed using SPSS version 27. Descriptive statistics included frequencies, percentages, means, and standard deviations. Inferential analyses were conducted using repeated–measures analysis of variance (repeated–measures ANOVA), followed by Bonferroni post hoc tests. Statistical significance was set at 0.05.

Results: The results showed that the main effects of time and group, as well as the time × group interaction effect, were significant for social communication skills, externalizing problems, and internalizing problems ($p<0.0001$). Furthermore, significant differences were observed in these variables between the pretest and posttest mean scores ($p<0.0001$) and between the pretest and follow–up mean scores ($p<0.0001$). However, no significant differences were found between the posttest and follow–up mean scores ($p>0.05$).

Conclusion: Based on the findings of the present study, pivotal response treatment (PRT) is effective in improving social communication skills and reducing internalizing and externalizing problems in children with intellectual disabilities. Therefore, it may be incorporated into rehabilitation programs for children with intellectual disabilities.

Keywords: Pivotal response treatment, Social communication skills, Behavioral problems, internalizing, Externalizing, Children with intellectual disability.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

Copyright © 2026, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

انتشار برخط تیر ۱۴۰۵ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی درمان پاسخ‌محور بر مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی و مشکلات رفتاری درون‌سازی و برون‌ریزی‌شدهٔ دانش‌آموزان با ناتوانی هوشی

زینب‌السادات توکلی[۱]، *محمد زارع نیستانک[۲]، حسن خوش‌اخلاق[۲]، سیدمصطفی بنی‌طبا[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی (عمومی)، گروه روان‌شناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران؛

۳. دانشکدهٔ علوم پایه، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

***رایانامهٔ نویسنده مسئول:** Zare1349@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۰ اردیبهشت ۱۴۰۵؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۰ خرداد ۱۴۰۵

چکیده

زمینه و هدف: مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی و مشکلات رفتاری از عناصر اساسی رشد و سازگاری کودکان با نیازهای ویژه‌اند و ضعف در این حوزه‌ها می‌تواند عملکرد روزمره و سازگاری فردی و اجتماعی آنان را به‌طور جدی مختل کند. این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی درمان پاسخ‌محور بر مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی و مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده و برون‌ریزی‌شدهٔ دانش‌آموزان با ناتوانی هوشی دختر شهر یزد انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه گواه بود. دانش‌آموزان دختر با ناتوانی هوشی مدارس استثنایی شهر یزد در سال تحصیلی ۱۴۰۴ـ۱۴۰۳، جامعهٔ آماری پژوهش را تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، سی نفر از دانش‌آموزان دختر با ناتوانی هوشی وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش وگروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی (گرشام و الیوت، ۱۹۹۰) و سیاههٔ رفتاری کودک (آخنباخ، ۱۹۹۱) انجام شد. گروه آزمایش درمان پاسخ‌محور را در بیست جلسهٔ یک‌ساعته، هفته‌ای دوبار دریافت کرد؛ اما گروه گواه در فهرست انتظار برای آموزش قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۷ تحلیل شد. سطح معناداری همهٔ آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، اثر زمان، اثر گروه و اثر تعامل زمان و گروه بر مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی، مشکلات رفتاری برون‌ریزی‌شده و درون‌ریزی‌شده معنادار بود ($p<۰/۰۰۰۱$). همچنین، در متغیرهای مذکور، بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نیز بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۰۱$)؛ اما بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، درمان پاسخ‌محور بر بهبود مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده و برون‌ریزی‌شدهٔ کودکان با ناتوانی هوشی اثربخشی دارد؛ بنابراین این درمان می‌تواند در برنامه‌های توان‌بخشی کودکان با ناتوانی هوشی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: درمان پاسخ‌محور، مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی، مشکلات رفتاری، درون‌ریزی‌شده، برون‌ریزی‌شده، کودکان با ناتوانی هوشی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

۱ مقدمه

کودکان با ناتوانی هوشی[1] به‌عنوان گروهی از افراد با نیازهای ویژه، با چالش‌های متعددی در زندگی روزمرهٔ خود روبه‌رو هستند. این مشکلات به صورت‌های گوناگون بروز می‌یابد و بر جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۱). ناتوانی عملکردی در کودکان با ناتوانی هوشی بر همهٔ ابعاد زندگی آن‌ها ازجمله حوزه‌های روانی‌عاطفی، رفتاری، شناختی، روابط متقابل و رشد اجتماعی اثرگذار است (۲). یکی از اصلی‌ترین مشکلات این کودکان، محدودیت‌های شناختی[2] است که می‌تواند بر توانایی‌های یادگیری، حل مسئله و تصمیم‌گیری آن‌ها تأثیر بگذارد. این محدودیت‌ها معمولاً به ناتوانی در درک مفاهیم پیچیده و انجام وظایف روزمره منجر می‌شود (۳).

مشکلات اجتماعی نیز به‌منزلهٔ یکی از چالش‌های اصلی کودکان با ناتوانی هوشی مطرح می‌شود. آن‌ها معمولاً در برقراری ارتباط مؤثر با دیگران دچار مشکل هستند و ممکن است نتوانند به‌درستی احساسات و نیازهای خود را بیان کنند. این امر سبب انزوا و طردشدن آن‌ها از گروه‌های همسالان می‌شود (۴)؛ به‌همین‌دلیل، توجه به مهارت‌های اجتماعی[3] و ارتباطی در این کودکان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. مهارت‌های اجتماعی به‌منزلهٔ توانایی‌های ضروری برای تعامل مؤثر با دیگران، مجموعه‌ای از رفتارها و توانایی‌ها است که به فرد کمک می‌کند در محیط‌های اجتماعی به‌خوبی عمل کند. این مهارت‌ها شامل ارتباطات کلامی و غیرکلامی، همدلی، همکاری، حل تعارض و توانایی درک و پاسخ به احساسات دیگران است (۵). در کودکان با ناتوانی هوشی، چنین مهارت‌هایی معمولاً تحت‌تأثیر محدودیت‌های شناختی و اجتماعی قرار می‌گیرد. آن‌ها ممکن است در درک نشانه‌های اجتماعی، مانند زبان بدن و حالات چهره، دچار مشکل شوند که می‌تواند بروز سوءتفاهم‌ها و تنش‌های اجتماعی را به‌همراه داشته باشد (۳). پیشینهٔ پژوهش نشان داد، کودکان با ناتوانی هوشی علاوه‌بر مسائل شناختی، از مشکلات رفتاری و عاطفی نظیر سازش‌نایافتگی اجتماعی[4] نیز رنج می‌برند (۴). همچنین، مشکلات در مهارت‌های اجتماعی می‌تواند به انزوا و کاهش اعتمادبه‌نفس در این کودکان منجر شود. کودکان با ناتوانی هوشی ممکن است در برقراری دوستی‌ها و حفظ روابط اجتماعی با چالش‌های جدی مواجه شوند که بروز احساس تنهایی و افسردگی در آن‌ها را به‌همراه دارد (۵). به‌علاوه، رفتارهای اجتماعی نادرست یا نامناسب می‌تواند باعث طردشدن آن‌ها از گروه‌های همسالان شود که این موضوع به‌نوبهٔ‌خود به شکل‌گیری مشکلات رفتاری و اختلالات درون‌ریزی‌شده[5] و برون‌ریزی‌شده[6] منجر می‌شود (۶). مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده به‌شکل واکنش اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی و شکایات جسمانی[7] بروز می‌کند. درمقابل مشکلات رفتاری برون‌ریزی‌شده با رفتار پرخاشگرانه شناخته می‌شود (۷). در این رابطه، کودکان با ناتوانی هوشی خفیف درمقایسه با کودکان عادی، آسیب‌پذیری بیشتری را دربرابر مشکلات رفتاری نشان می‌دهند؛ ازاین‌رو، به‌منظور بهبود این اختلالات، به برنامه‌های آموزشی و درمانی اختصاصی‌تری نیاز دارند (۲).

یکی از درمان‌هایی طراحی‌شده در سال‌های اخیر به‌منظور بهبود مشکلات ارتباطی کودکان با اختلال طیف اتیسم، مدل درمان پاسخ‌محور[8] است که به نظر می‌رسد برای سایر کودکان با نیازهای خاص نیز می‌تواند به‌کار می‌رود. مدل پاسخ‌محور در درمان، ساختاری آزاد دارد و مبتنی‌بر اصول و واکنش‌های طبیعی است؛ به‌علاوه، بر این فرض استوار است که اختلالات کودکان ازطریق دست‌کاری‌های محیطی بهبود می‌یابد (۸). ارائهٔ این روش باهدف افزایش انگیزه و اشتیاق کودکان به یادگیری محیط پیرامون، کاهش مقاومت کودک در طول جلسهٔ درمانی و بهبود ارتباط مؤثر میان والدین و مراقبان با کودک، صورت می‌گیرد (۹).

بررسی پیشینهٔ پژوهش مشخص کرد، روش درمانی پاسخ‌محور اثربخشی خود را بر بهبود کارکردهای اجرایی[9] (۸)، مهارت‌های اجتماعی و سازگاری اجتماعی[10] (۱۰)، توجه اشتراکی و تعامل اجتماعی[11] (۱۱)، ارتباطات اجتماعی، تعامل اجتماعی و رفتار قالبی[12] (۱۲)، بهبود عملکردهای زبانی، اجتماعی و ارتباطی، شناخت، مهارت‌های حرکتی، تقلید و رفتارهای سازشی (۱۳) و استفادهٔ صحیح از پرسش‌های مختلف در تعاملات اجتماعی (۱۴) در کودکان با اختلال طیف اتیسم نشان داده است؛ اما تاکنون پژوهشی دربارهٔ اثربخشی درمان پاسخ‌محور بر مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی و مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده و برون‌ریزی‌شده در دانش‌آموزان با ناتوانی هوشی انجام نشده است. علاوه‌براین، تفاوت‌های بنیادین در ماهیت نقایص شناختی، انجام‌نشدن پژوهش‌های مشابه در جمعیت افراد با ناتوانی هوشی و تفاوت‌های اساسی در نیم‌رخ شناختی و ارتباطی این دو گروه، تعمیم نتایج حاصل از یک گروه به گروه دیگر را با تردید جدی روبه‌رو می‌کند. همچنین، فقدان مداخلات ارتباطی‌اجتماعی متناسب با سطح توانایی کودکان با ناتوانی هوشی و شیوع زیاد مشکلات رفتاری در این کودکان، ضرورت انجام این مطالعه را دوچندان می‌کند؛ بنابراین، پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان پاسخ‌محور بر مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی و مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده و برون‌ریزی‌شدهٔ دانش‌آموزان دختر با ناتوانی هوشی شهر یزد انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه گواه بود. دانش‌آموزان دختر با ناتوانی هوشی مدارس استثنایی شهر یزد در سال تحصیلی ۱۴۰۴ـ۱۴۰۳، جامعهٔ آماری پژوهش را تشکیل دادند. برای انتخاب نمونه، به‌روش نمونه‌گیری هدفمند، سی نفر از دانش‌آموزان دختر ۷تا۱۱ساله با ناتوانی

[1]. Children with intellectual disability
[2]. Cognitive limitations
[3]. Social skills
[4]. Social maladjustment
[5]. Internalizing
[6]. Externalizing
[7]. Somatic complaints
[8]. Pivotal Response Treatment (PRT)
[9]. Executive functions
[10]. Social adjustment
[11]. Social interaction
[12]. Stereotyped behavior

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

هوشی آموزش‌پذیر و دارای ملاک‌های ورود به پژوهش، از مدارس استثنایی شهر یزد وارد مطالعه شدند. سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه پانزده‌نفری آزمایش (درمان پاسخ‌محور) و گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: رضایت آگاهانهٔ والدین برای شرکت در پژوهش؛ دریافت تشخیص ناتوانی هوشی آموزش‌پذیر براساس پروندهٔ غربالگری کودک (دامنهٔ هوش‌بهر ۵۰تا۷۰)، دامنهٔ سنی ۷تا۱۱ سال، مصرف‌نکردن داروهای روان‌پزشکی توسط کودک براساس گزارش والدین؛ نبود معلولیت و مشکلات جسمی حاد در کودک براساس مشاهدهٔ پژوهشگر. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش شامل نداشتن همکاری لازم در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله، تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها و رضایت‌نداشتن از ادامهٔ مشارکت در پژوهش بود. قبل از اجرای مداخله برای گروه آزمایش، ابتدا مرحلهٔ پیش‌آزمون با تکمیل پرسش‌نامه‌های پژوهش در هردو گروه آزمایش و گواه اجرا شد. برای ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، اطلاعات مرتبط با سن جمع‌آوری شد. پرسش‌نامه‌ها به‌صورت خودگزارشی توسط والدین تکمیل شد. در پایان دورهٔ آموزشی، هردو گروه ارزیابی مجدد (پس‌آزمون) شدند و پس از دو ماه نیز مرحلهٔ پیگیری اجرا شد.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی[1]: این مقیاس توسط گرشام و الیوت در سال ۱۹۹۰ ساخته شد که دارای سه فرم ویژهٔ والدین، معلمان و دانش‌آموزان است که برای سه دورهٔ پیش‌دبستانی، دبستان و راهنمایی طراحی شده است (۱۵). در پژوهش حاضر از فرم والدین مخصوص دورهٔ ابتدایی استفاده شد. این فرم شامل چهار زیرمقیاس همکاری، ابراز وجود، خویشتن‌داری و مسئولیت‌پذیری است که هریک ده گویه دارد؛ اما ازآنجایی‌که دو گویه در دو عامل قرار داده شده است، کل این فرم حاوی ۳۸ گویه است. نمره‌گذاری به‌شیوهٔ لیکرت (هرگز، بعضی اوقات، اغلب اوقات) است که به‌ترتیب نمرات صفر، ۱، ۲ دریافت می‌کند؛ درنتیجه، نمرهٔ کل این فرم بین صفرتا۸۰ متغیر است. در این مقیاس هرچه نمره بیشتر باشد، بیانگر سطح بالاتری از مهارت‌های اجتماعی است (۱۵). گرشام و الیوت روایی هم‌گرا را بین مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی و مقیاس رفتار انطباقی واینلند[2] برابر با ۰/۶۵ به‌دست آوردند. برای فرم‌های معلمان، والدین و دانش‌آموزان نیز ضرایب پایایی ۰/۸۳ تا۰/۹۵ را گزارش کردند (۱۵). در ایران پایایی فرم ویژهٔ کودکان دبستانی این مقیاس، در یک گروه از کودکان عقب‌ماندهٔ ذهنی ۰/۷۷ تا۰/۹۹ و در یک گروه از کودکان عادی بین ۰/۴۹ تا۰/۹۶ برای فرم‌های معلمان و والدین گزارش شده است (۱۶).

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات مداخلهٔ پاسخ‌محور

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه و برقراری ارتباط با کودکان ازطریق بازی.
دوم و سوم	تنظیم محیط آموزشی کودک (به‌منظور برقراری ارتباط بین تکالیف جدید و چالش‌برانگیز با تکالیف قبلاً یادگرفته‌شده)، برقراری ارتباط مؤثر با کودک در قالب بازی‌درمانی (افزایش انگیزه)، پیگیری برنامه‌ها در خانه.
سوم تا پنجم	فرصت‌دادن به کودک به‌منظور انتخاب فعالیت‌های آزادانه (ازقبیل انتخاب اسباب‌بازی‌ها، انواع بازی) و بازخورددادن مثبت به‌موقع به درخواست‌های آنان و تقویت‌کننده‌های مشروط به رفتار مثبت.
ششم تا هشتم	درخواست‌های عینی شامل اجزای متعدد، متناسب با درجهٔ شدت ناتوانی کودک به‌طوری‌که قدرت پاسخ‌گویی به نشانه‌های متعدد در کودک افزایش پیدا کند (تأکید بر رفتارهای محوری، پاسخ به نشانه‌های متعدد).
نهم تا چهاردهم	طراحی بازی با همسالان و تقویت آن در قالب مراحل انتخاب همبازی‌های تاحدامکان همگن؛ آماده‌سازی برای فعالیت‌ها و طراحی فعالیت‌های شاد (مثل طراحی با مداد، طراحی و حدس آن، دویدن به دور حیاط در قالب انجام بازی‌های سازمان‌دهی‌شده (گرگم‌به‌هوا و...).
پانزدهم و شانزدهم	آماده‌سازی برای رفتارهای اجتماعی در قالب بازی‌های گروهی و ارائهٔ تقویت‌کننده‌های گروهی به‌منظور افزایش تعامل با یکدیگر.
هفدهم و هجدهم	افزایش موفقیت در مدرسه ازطریق آماده‌سازی در قالب مراحل همکاری و ارتباط بین معلمان و خانواده؛ تهیهٔ چک‌لیستی از برنامه‌های آماده‌سازی و ارتباطی به‌منظور برقراری ارتباط.
نوزدهم و بیستم	ارزشیابی از برنامه‌های آماده‌سازی به‌منظور شروع ارتباط و برنامه‌ریزی برای برنامه‌ها.

ـ سیاههٔ رفتاری کودک[3]: این پرسش‌نامه توسط آخنباخ در سال ۱۹۹۱ ساخته شد (۱۷). این ابزار مشکلات کودکان و نوجوانان را در هشت مقیاس نشانگان اضطراب/افسردگی، انزوا/افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده‌گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. دو عامل نادیده‌گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه، عامل مرتبهٔ دوم مشکلات برون‌ریزی‌شده را تشکیل می‌دهند. سیاههٔ رفتاری کودک آخنباخ مشکلات عاطفی‌رفتاری و توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان شش تا هجده‌ساله را از دیدگاه والدین می‌سنجد و معمولاً در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شود. پاسخ به سؤالات سیاههٔ رفتاری کودک آخنباخ به‌صورت طیف لیکرت سه‌گزینه‌ای (هرگز، گاهی اوقات و همیشه) به‌ترتیب با نمرات صفرتا۲ نمره‌گذاری می‌شود. علاوه‌براین، سیاههٔ رفتاری کودک آخنباخ سه نمره شامل مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده، مشکلات رفتاری

[1]. Social Skills Rating System (SSRS)
[2]. Vineland Adaptive Behavior Scales
[3]. Child Behavior Checklist (CBCL)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

برون‌ریزی‌شده و مشکلات کلی را ارائه می‌کند. مقیاس مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده شامل گویه‌های خرده‌مقیاس‌های اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی و شکایات جسمانی، مقیاس مشکلات رفتاری برون‌ریزی‌شده شامل گویه‌های خرده‌مقیاس‌های رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگرانه و نمرهٔ مشکلات کلی شامل همهٔ گویه‌ها، به‌جز گویه‌های ۲ و ۴ (آلرژی و آسم) است (۱۷). ضرایب کلی اعتبار سیاههٔ رفتاری کودک آخنباخ با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شد. همچنین، روایی محتوایی و روایی ملاکی فرم سیاههٔ رفتاری کودکان ۴تا۱۸ساله با ضریب همبستگی ۰/۶۸ مطلوب گزارش شد (۱۷). در تحقیق مینایی در ایران، دامنهٔ ضرایب همسانی درونی مقیاس‌های اضطراب/افسردگی، انزوا/افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده‌گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۳ تا۰/۹۵ بود و روایی این مقیاس ۰/۷۱ گزارش شد. ثبات زمانی مقیاس‌ها با استفاده از روش آزمون‌بازآزمون با فاصلهٔ زمانی پنج تا هشت هفته بررسی شد که دامنهٔ ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا۰/۶۷ به‌دست آمد (۱۸).

ـ مداخلهٔ درمانی پاسخ‌محور: روی گروه آزمایش بیست جلسهٔ یک‌ساعته دو بار در هفته به‌مدت دوماه‌ونیم، مداخلهٔ درمانی پاسخ‌محور براساس دستورالعمل کوگل و همکاران (۱۹) اجرا شد؛ اما گروه گواه در فهرست انتظار برای آموزش قرار گرفت. میزان شاخص روایی محتوا[1] برای تمامی هدف‌ها توسط سازندگان آن بین ۰/۹ تا۱ گزارش شد (۱۹). در پژوهش حاضر نیز برمبنای نظر پنج تن از اساتید دکتری رشتهٔ روان‌شناسی کودکان استثنایی و دارای تجربهٔ کار درزمینهٔ کودکان با نیازهای ویژه، روایی محتوایی پروتکل ۰/۹۴ به‌دست آمد. خلاصه‌ای از محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

تجزیه‌وتحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۷ در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. در بخش آمار توصیفی از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو ـ ویلک، برای ارزیابی پیش‌فرض کرویت از آزمون موچلی و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. سطح معناداری همهٔ آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان به‌تفکیک گروه نشان داد، در گروه درمان پاسخ‌محور، ۲ نفر (۱۳/۳۳درصد) و در گروه گواه، ۳ نفر (۲۰درصد) هفت‌ساله بودند. بیشترین فراوانی در گروه درمان پاسخ‌محور، ۹ نفر (۶۰درصد) و در گروه گواه، ۸ نفر (۵۳/۳۳درصد) مربوط به کودکان هشت‌ساله بود. در گروه درمان پاسخ‌محور، ۲ نفر (۱۳/۳۳درصد) نه‌ساله، ۱ نفر (۶/۶۷درصد) ده‌ساله و ۱ نفر (۶/۶۷درصد) یازده‌ساله بودند. در گروه گواه نیز ۱ نفر (۶/۶۷درصد) نه‌ساله، ۲ نفر (۱۳/۳۳درصد) ده‌ساله و ۱ نفر (۶/۶۶درصد) یازده‌ساله بودند. در جدول ۲، آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌تفکیک گروه ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی و مشکلات رفتاری در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی	درمان پاسخ‌محور	۲۱/۲۶	۱/۷۰۹	۳۱	۲/۲۶۷	۳۱/۴۰	۱/۸۰۴
	گواه	۲۲/۰۶	۱/۷۵۱	۲۲/۹۳	۲/۱۵۳	۲۲/۸۶	۲/۱۹۹
مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده	درمان پاسخ‌محور	۴۶/۳۳	۸/۱۹۹	۳۷/۳۳	۷/۷۰۵	۳۷/۶۶	۷/۷۰۵
	گواه	۴۵/۸۶	۶/۹۸۸	۴۶/۱۳	۷/۰۲۹	۴۶/۴۶	۷/۱۱۰
مشکلات رفتاری برون‌ریزی‌شده	درمان پاسخ‌محور	۲۴/۱۳	۱/۶۸۴	۱۷/۷۳	۱/۷۵۱	۱۸/۴۰	۲/۰۹۷
	گواه	۲۵/۲۰	۲/۱۱۱	۲۴/۷۳	۲/۰۵۱	۲۴/۷۳	۲/۰۵۱

همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در گروه آزمایش در مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی و مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده و برون‌ریزی‌شده، میانگین نمرات در پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون تغییر درخورملاحظه‌ای داشت.

برای بررسی این تفاوت و آزمون فرضیه‌های پژوهش از آمار استنباطی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام این آزمون، پیش‌فرض‌های اصلی آن بررسی و تأیید شد. نرمال‌بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو ـ ویلک بررسی شد. مقادیر این آزمون برای مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی و مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده و برون‌ریزی‌شده در هر سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری غیرمعنادار بود که توزیع نرمال داده‌ها در هر سه مرحله و در هر دو گروه را نشان داد (p>۰/۰۵). نتایج آزمون لوین مشخص کرد، مفروضهٔ همسانی واریانس گروه‌ها برقرار بود (p>۰/۰۵). نتایج آزمون ام‌باکس برای متغیرهای پژوهش غیرمعنادار بود؛ درنتیجه برابری ماتریس واریانس‌کوواریانس رد نشد (p>۰/۰۵). به‌منظور ارزیابی فرض کرویت از آزمون ماچلی استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد، فرض کرویت برای مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی برقرار بود (p=۰/۴۲۶، x^2=۱/۷۰۷)؛ اما برای مشکلات رفتاری برون‌ریزی‌شده (p=۰/۰۰۱، x^2=۱۹/۸۴۲) و مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده (p=۰/۰۰۱، x^2=۲۳/۴۲۵) برقرار نبود؛ بنابراین، برای این دو متغیر از تصحیح

[1]. Content Validity Index (CVI)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

گرین‌هاوس‌گیزر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش

متغیر	اثرات	منبع	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	p	اندازهٔ اثر
مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی	درون‌آزمودنی	زمان	۱۳۱/۷۵۶	۱	۱۳۱/۷۵۶	۸۹/۱۵۸	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۱
		زمان× گروه	۸۸/۲۰۰	۱	۸۸/۲۰۰	۵۹/۶۸۴	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۱
	بین‌آزمودنی	گروه	۶۲۴/۱۰۰	۱	۶۲۴/۱۰۰	۷۳/۵۲۰	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۴
مشکلات رفتاری برون‌ریزی‌شده	درون‌آزمودنی	زمان	۲۰۶/۴۲۲	۱/۳۱۵	۱۵۶/۹۲۷	۸۹/۹۹	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۳
		زمان× گروه	۱۶۶/۶۸۹	۱/۳۱۵	۱۲۶/۷۲۱	۷۲/۶۷	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۲
	بین‌آزمودنی	گروه	۵۲۴/۶۷۸	۱	۵۲۴/۶۷۸	۵۹/۲۸۳	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۹
مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده	درون‌آزمودنی	زمان	۳۵۴/۴۶۷	۲	۱۷۷/۲۳۳	۷۷/۴۳۲	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۴
		زمان× گروه	۴۲۹/۳۵۶	۱/۲۶۶	۳۳۹/۱۹۹	۹۳/۷۹۲	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۰
	بین‌آزمودنی	گروه	۷۳۳/۸۷۸	۱	۷۳۳/۸۷۸	۴/۵۵۵	۰/۰۴۲	۰/۷۱۴

همان‌طورکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی، تفاوت مراحل زمانی معنادار بود (p<۰/۰۰۰۱؛ F=۸۹/۱۵۸). میزان F اثر تعامل مراحل زمانی و گروه برای مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی نیز معنادار بود (p<۰/۰۰۰۱؛ F=۵۹/۶۸۴). این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معناداری داشتند. اندازهٔ اثر به‌دست‌آمده با استفاده از شاخص مجذور اتا برای تفاوت بین‌گروهی مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی برابر با ۰/۷۲۴ بود که حاکی از اثربخشی زیاد مداخلات درمانی است. تفاوت بین گروه‌ها در مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی نیز معنادار به‌دست آمد (p<۰/۰۰۰۱، F=۷۳/۵۲۰). بخش دیگری از یافته‌ها در جدول ۳ نشان داد، در مشکلات رفتاری برون‌ریزی‌شده (p<۰/۰۰۰۱، F=۸۹/۹۹) و مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده (p<۰/۰۰۰۱، F=۷۷/۴۳۲) تفاوت مراحل زمانی معنادار بود. میزان F اثر تعامل مراحل زمانی و گروه برای مشکلات رفتاری برون‌ریزی‌شده (p<۰/۰۰۰۱، F=۷۲/۶۷) و مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده (p<۰/۰۰۰۱، F=۹۳/۷۹۲) معنادار بود. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده و برون‌ریزی‌شده در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معناداری داشتند. اندازهٔ اثر به‌دست‌آمده با استفاده از شاخص مجذور اتا برای تفاوت بین‌گروهی مشکلات رفتاری برون‌ریزی‌شده و درون‌ریزی‌شده به‌ترتیب برابر با ۰/۶۷۹ و ۰/۷۱۴ بود که حاکی از اثربخشی مداخلات درمانی است. در ادامه برای مقایسهٔ زوجی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مبنی‌بر مقایسهٔ زوجی مراحل آزمون در متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله (A)	مرحله (B)	اختلاف میانگین A-B	خطای معیار	p
مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۵/۳۰۰	۰/۲۹۴	<۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۵/۴۶۷	۰/۳۶۲	<۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۱۶۷	۰/۳۵۶	۱/۰۰۰
مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۹/۳۰۰	۰/۳۷۲	<۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۹/۸۳۳	۰/۳۹۶	<۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۳۳	۰/۱۹۰	۰/۰۶۱
مشکلات رفتاری برون‌ریزی‌شده	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۴۳۳	۰/۲۵۲	<۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۲/۹۳۳	۰/۳۶۰	<۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۵۰۰	۰/۱۹۱	۰/۰۶۷

باتوجه‌به جدول ۴، در متغیرهای مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی و مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده و مشکلات برون‌ریزی‌شده، بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نیز بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت (p<۰/۰۰۰۱)؛ اما بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد (p>۰/۰۵). این یافته نشان می‌دهد که اثر درمان پاسخ‌محور گروهی بر افزایش مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده و برون‌ریزی‌شده تا مرحلهٔ پیگیری حفظ شد و

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

گذشت زمان از پس‌آزمون به پیگیری موجب کاهش اثربخشی درمان نشد.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان پاسخ‌محور بر مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی و مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده و برون‌ریزی‌شدهٔ کودکان با ناتوانی هوشی آموزش‌پذیر شهر یزد بود. نتایج نشان داد، درمان پاسخ‌محور بر افزایش مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی کودکان با ناتوانی هوشی در گروه آزمایش اثربخشی داشت و این اثربخشی در طول زمان پایدار بود.

براساس پیشینهٔ پژوهش، تاکنون مطالعه‌ای دربارهٔ اثربخشی درمان پاسخ‌محور بر متغیرهای پژوهش در کودکان با ناتوانی هوشی انجام نشده است؛ ازاین‌رو، مطالعات همسو عمدتاً مربوط به کودکان با اختلال طیف اتیسم است. در این راستا، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات اولجارویچ و همکاران مبنی‌بر اثربخشی درمان پاسخ‌محور بر بهبود مهارت‌های زبانی و ارتباطی افراد با اختلال طیف اتیسم (۹)، ادیب و همکاران دربارهٔ اثربخشی این مداخله بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و سازگاری اجتماعی کودکان با اختلال طیف اتیسم (۱۰)، ابراهیم مبنی‌بر اثربخشی درمان پاسخ‌محور بر بهبود توجه اشتراکی و تعامل اجتماعی کودکان با اختلال طیف اتیسم (۱۱)، اونا و همکاران دربارهٔ اثربخشی درمان پاسخ‌محور بر بهبود ارتباطات اجتماعی، تعامل اجتماعی و رفتار قالبی کودکان با اختلال طیف اتیسم (۱۲) و وانگ و همکاران مبنی‌بر اثربخشی درمان پاسخ‌محور بر بهبود عملکردهای زبانی، عملکرد اجتماعی و ارتباطی، شناخت، مهارت‌های حرکتی، تقلید و رفتارهای سازشی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم (۱۳)، همخوانی دارد.

در تبیین یافتهٔ حاصل می‌توان گفت، این درمان با تأکید بر ایجاد پیوند عاطفی ایمن و پاسخ‌دهی حساس به علائم و نشانه‌های رفتاری کودک (مانند گریه، لبخند، تماس چشمی، اشارات و حرکات بیانگر بدن) زمینه‌ساز رشد مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی می‌شود (۱۹). از منظر روان‌شناسی رشد، شکل‌گیری تعاملات اجتماعی مؤثر به تجربهٔ روابط پاسخگو و پیش‌بینی‌پذیر بستگی دارد. زمانی که درمانگر یا مربی در چارچوب درمان پاسخ‌محور به‌طور مداوم به نشانه‌های کلامی و غیرکلامی کودک با ناتوانی هوشی پاسخ می‌دهد، احساس امنیت و اعتماد در کودک تقویت می‌شود و این امر انگیزهٔ او را برای برقراری ارتباط و تداوم تعامل افزایش می‌دهد. این رویکرد باعث می‌شود کودک یاد بگیرد که تعامل اجتماعی نه‌تنها به دریافت توجه و محبت منجر می‌شود، بلکه بستری برای ارضای نیازهای ارتباطی و هیجانی او نیز فراهم می‌آورد (۲۰). این فرایند صرفاً به یادگیری شرطی ساده محدود نمی‌شود، بلکه ازطریق تقویت مکرر مسیرهای عصبی مرتبط با پاداش و تعلق اجتماعی (مانند مسیر مزولیمبیک[1] و ترشح دوپامین[2])، الگوی انگیزشی کودک دربارهٔ برقراری ارتباط تغییر می‌کند و این تغییر به‌مرور زمان تثبیت می‌شود (۱۹)؛ درنتیجه، کودکانی که درمان پاسخ‌محور دریافت می‌کنند، به‌تدریج نشانه‌های اولیهٔ تعامل (مانند تماس چشمی، لبخند اجتماعی و اشاره) را با بسامد و کیفیت بیشتری بروز می‌دهند که این امر خود چرخهٔ پاسخ‌دهی محیط را تقویت می‌کند و به بهبود پایدار مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی منجر می‌شود (۱۲). از منظر عصب‌روان‌شناختی نیز درمان پاسخ‌محور با افزایش تجارب تعامل مثبت، موجب فعال‌سازی و تقویت شبکه‌های عصبی مرتبط با پردازش هیجانی و اجتماعی (مانند آمیگدالا[3]، قشر پیش‌پیشانی میانی[4] و شبکهٔ نورون‌های آینه‌ای[5]) می‌شود که به ارتقای توانایی درک حالات دیگران، همدلی و تنظیم رفتار اجتماعی کمک می‌کند. تکرار تعاملات پاسخ‌محور در محیط آموزشی و درمانی به شکل‌گیری الگوهای پایدار در روابط اجتماعی کودک منجر می‌شود که بهبودی پایدار مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی را به‌همراه دارد (۱۹).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان پاسخ‌محور بر کاهش مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده و برون‌ریزی‌شدهٔ کودکان با ناتوانی هوشی در گروه آزمایش اثربخشی داشت و این اثربخشی در طول زمان پایدار بود. براساس بررسی پیشینهٔ پژوهش، مطالعه‌ای دراین‌زمینه انجام نگرفته است.

در تبیین یافتهٔ به‌دست‌آمده می‌توان گفت، مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده مانند اضطراب، افسردگی و گوشه‌گیری و مشکلات رفتاری برون‌ریزی‌شده مانند پرخاشگری، بی‌توجهی و نقض قوانین اجتماعی، ازجمله رفتارهای ناپایدار و آسیب‌زا در کودکان با ناتوانی هوشی است که به‌دلیل محدودیت‌های شناختی و هیجانی در این گروه بیشتر مشاهده می‌شود (۴). درمان پاسخ‌محور با تمرکز بر اصلاح الگوهای پاسخ رفتاری و فراهم‌کردن بازخورد مناسب، شرایطی ایجاد می‌کند که دانش‌آموزان بتوانند به‌تدریج پاسخ‌های خود را شناسایی، تنظیم و جایگزین کنند (۲۰). این فرایند به‌ویژه در مهار رفتارهای برون‌ریزی‌شده مؤثر است؛ زیرا کودک می‌آموزد رفتارهای ناکارآمد و آسیب‌زا را با پاسخ‌های مناسب و اجتماعی جایگزین کند. هم‌زمان، توجه به پاسخ‌های هیجانی و ارائهٔ حمایت‌های عاطفی موجب کاهش مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده می‌شود؛ زیرا کودک احساس کنترل و امنیت هیجانی بیشتری پیدا می‌کند و درنتیجه، اضطراب و گوشه‌گیری او کاهش می‌یابد. از منظر عصب‌روان‌شناختی، درمان پاسخ‌محور موجب فعال‌سازی شبکه‌های عصبی مرتبط با تنظیم هیجان، کنترل رفتاری و توجه می‌شود. تمرین‌های مکرر در اصلاح پاسخ‌ها، توانایی کنترل مهاری و انعطاف‌پذیری هیجانی کودک را تقویت می‌کند و به بازآرایی مسیرهای عصبی مرتبط با رفتارهای اجتماعی و هیجانی منجر می‌شود (۱۹). این سازوکار توضیح می‌دهد که چگونه درمان پاسخ‌محور می‌تواند به‌صورت هم‌زمان هم بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و هم بر کاهش رفتارهای انزواطلبانه و افسرده‌کننده تأثیرگذار باشد. این بازآرایی عصبی به‌تدریج منجربه خودکارسازی پاسخ‌های رفتاری سازگار می‌شود؛ به‌گونه‌ای‌که کودک بدون نیاز به بازخورد بیرونی مداوم، قادر به تنظیم هیجانات و رفتارهای خود در

[1]. Mesolimbic pathway
[2]. Dopamine
[3]. Amygdala
[4]. Medial prefrontal cortex
[5]. Mirror neuron network

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

موقعیت‌های اجتماعی مختلف خواهد بود (۲۰). همین تغییرات پایدار در سطح شبکه‌های عصبی و الگوهای رفتاری، تبیین‌کنندهٔ یافته اصلی این پژوهش مبنی‌بر ماندگاری اثربخشی درمان پاسخ‌محور بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان با ناتوانی هوشی در طول زمان است. پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی ازجمله محدودبودن جامعهٔ آماری به دختران دانش‌آموز با ناتوانی هوشی آموزش‌پذیر شهر یزد، استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و کوتاه‌بودن دورهٔ پیگیری همراه بود؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود به‌منظور افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، پژوهش‌های مشابه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و دورهٔ پیگیری طولانی‌تر، روی دانش‌آموزان دختر و پسر با ناتوانی هوشی در سایر شهرها انجام گیرد و نتایج آن‌ها با یافته‌های پژوهش کنونی مقایسه شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد، درمان پاسخ‌محور بر بهبود مهارت‌های ارتباطی‌اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری درون‌ریزی‌شده و برون‌ریزی‌شدهٔ کودکان با ناتوانی هوشی اثربخشی دارد. این یافته بیان می‌کند که درمان پاسخ‌محور، نه‌تنها مداخله‌ای کارآمد برای مدیریت رفتارهای مشکل‌دار است، بلکه با بهبود توانایی‌های هیجانی و اجتماعی کودک، به رشد روانی و تعاملات سالم او نیز کمک می‌کند. این یافته می‌تواند راهنمایی عملی برای مربیان، والدین و متخصصان در طراحی برنامه‌های آموزشی و توان‌بخشی باشد تا از مداخلات مبتنی‌بر شواهد استفاده کنند که هم با نیازهای شناختی این کودکان سازگار باشد و هم امکان تثبیت پایدار رفتارهای مدنظر را فراهم آورد.

۶ تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی مادران دانش‌آموزان با ناتوانی هوشی که در این پژوهش شرکت کردند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌کنند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

مقالهٔ حاضر برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین است. پژوهش کنونی دارای شناسهٔ اخلاق (IR.IAU.KHUISF.REC.1404.591) در دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان است. برای رعایت اخلاق پژوهش، رضایت‌نامهٔ کتبی امضاشده از شرکت‌کنندگان دریافت شد و اطلاعات لازم درزمینهٔ پژوهش به‌شکل مکتوب در اختیار آن‌ها قرار گرفت؛ به‌علاوه افراد داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند و به آن‌ها درزمینهٔ رازداری و محفوظ‌ماندن اطلاعات اطمینان داده شد. پس از پایان پژوهش به‌منظور حفظ موازین اخلاقی، درمان پاسخ‌محور برای گروه گواه نیز اجرا شد.

رضایت برای انتشار

این امر اجرایی نیست.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

در صورت نیاز پژوهشگران به داده‌ای خاص، با ارسال درخواست به رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول مقاله، دردسترس قرار خواهد گرفت.

تضاد منافع

هزینهٔ انجام پژوهش از منابع شخصی تأمین شده است.

منابع مالی

هزینهٔ انجام پژوهش از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول است. همهٔ نویسندگان پژوهش حاضر، در ارائهٔ ایده و پیش‌نویسی و بازبینی مقاله مشارکت داشتند و نسخهٔ نهایی را قبل از انتشار، مطالعه و تأیید کردند.

References

1. Dukmak SJ, Mousa A, Algharaibeh M. Child behavior problems as predictors of stress in parents of children with developmental and intellectual disabilities in four Emirates of the United Arab Emirates. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities. 2023;16(2):114-41. doi: 10.1080/19315864.2022.2098434
2. Khalil Arjmandi F, Kashani Vahid L, Vakili S. Development of a structural model of psychological well-being of mothers with children with intellectual disabilities based on the core of self-evaluation with the mediation of inferiority feeling. Journal of Psychological Science. 2024;23(134): 131-46. [Persian] doi: 10.52547/JPS.23.134.381
3. Shahhosseini M, Talepasand S, Shakibarad A. A comparison of the effectiveness of emotional self-regulation training and mindfulness on parent-child interaction and cognitive flexibility of mothers of children with mild intellectual disability. Journal of Psychological Science. 2025;24(154): 275-95. [Persian] doi: 10.52547/JPS.24.154.275
4. Langley E, Totsika V, Hastings RP. Psychological well-being of fathers with and without a child with intellectual disability: a population-based study. J Intellect Disabil Res. 2020;64(6):399-413. doi: 10.1111/jir.12692
5. Elias LC. Social skills, behavioral problems, and academic competence of students with intellectual disabilities. Psico-USF, Bragança Paulist. 2023;28(4):811-24. doi: 10.1590/1413-82712023280412
6. Schoop-Kasteler N, Hofmann V, Cillessen AH, Müller CM. Social status of students with intellectual disabilities in special needs schools: The role of students' problem behavior and descriptive classroom norms. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities. 2023;16(2):67-91. doi: 10.1080/19315864.2022.2029644
7. Berman S, Ventola P, Gordon I. Improvements in micro level indices of social communication following pivotal response treatment (PRT). Research in Autism Spectrum Disorders. 2018;51:56–65. doi: 10.1016/j.rasd.2018.04.003

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

8. Nikookholgh A, Saffarian Toosi MA, Nejat H, Zendedel A. Comparison of the effectiveness of pivotal response treatment model and therapeutic-educational model for children with autism and related disabilities with emphasis on sensory integration on the executive functions of students with autism spectrum disorder. J Child Ment Health. 2020;7(3):291-303. [Persian] http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.7.3.23
9. Uljarević M, Billingham W, Cooper MN, Condron P, Hardan AY. Examining effectiveness and predictors of treatment response of pivotal response treatment in autism: an umbrella review and a meta-analysis. Front Psychiatry. 2022;12:766150. doi: 10.3389/fpsyt.2021.766150
10. Adib Z, Ebrahimpour M. Effectiveness of parent-based pivotal response treatment (PRT) on improving social skills and social adjustment in children with autism spectrum disorder. Journal of Psychology and Education Science in the Third Millennium. 2023;7(3):654–65. [Persian] https://www.pejournal.ir/fa/downloadpaper.php?pid=280&rid=26&p=A
11. Ebrahim MTES. Effectiveness of a pivotal response training programme in joint attention and social interaction of kindergarten children with autism spectrum disorder. Psycho-Educational Research Reviews. 2019;8(2):48-56. https://perrjournal.com/index.php/perrjournal/article/view/159
12. Ona HN, Larsen K, Nordheim LV, Brurberg KG. Effects of pivotal response treatment (PRT) for children with autism spectrum disorders (ASD): a systematic review. Rev J Autism Dev Disord. 2020;7:78-90. doi: 10.1007/s40489-019-00180-z
13. Wang L, Li S, Wang C. Using pivotal response treatment to improve language functions of autistic children in special schools: a randomized controlled trial. J Autism Dev Disord. 2024;54(6):2081-93. doi: 10.1007/s10803-023-05988-7
14. Faramarzi S, Mohseni-Ezhiyeh A, Azimi Garosi S. Effectiveness of pivotal response treatment (PRT) on the correct use of different questions in social interactions of children with autism spectrum disorder: a single-subject study. J Rehab Med. 2020;8(4):20-9. [Persian] doi: 10.22037/jrm.2019.111206.1837
15. Gresham FM, Elliott SN. Social Skills Rating System (SSRS). Minneapolis) MN): American Guidance Service; 1990. doi: 10.1037/t10269-000
16. Shahim S. Comparison of social skills and behavioral problems in two groups of normal children with learning disabilities at home and at school. Journal of Psychology and Educational Sciences. 2003;33(1):121-38. [Persian]
17. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.
18. Minaee A. Adaptation and standardization of child behavior checklist, youth self-report, and teacher's report forms. Journal of Exceptional Children. 2006;6(1):529–58. [Persian] http://joec.ir/article-1-416-en.html
19. Koegel LK, Koegel RL, Harrower JK, Carter CM. Pivotal response intervention I: Overview of approach. Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps. 1999;24(3):174-85. doi: 10.2511/rpsd.24.3.174
20. Stock R, Mirenda P, Isabel MS. Comparison of community-based verbal behavior and pivotal response in children with autism spectrum disorder. Research in Autism Spectrum Disorders. 2013;7(9):1168-81.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]